



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



DIANA MARTINS MARCOS

AVALIAÇÃO DO CUIDADO DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL.

Ouro Preto, MG
2021

DIANA MARTINS MARCOS

**AVALIAÇÃO DO CUIDADO DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Nutrição, como requisito
final para obtenção do título de Nutricionista.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Erika Cardoso dos Reis

Coorientadora: Prof.^a M.Sc Elma Lúcia de Freitas
Monteiro

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

M321a Marcos, Diana Martins.

Avaliação do cuidado das pessoas com obesidade na atenção primária à saúde no Estado de Minas Gerais, Brasil. [manuscrito] / Diana Martins Marcos. - 2021.

34 f.: il.: tab.. + Quadro.

Orientadora: Profa. Dra. Erika Cardoso dos Reis.

Coorientadora: Ma. Elma Lúcia de Freitas Monteiro.

Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Nutrição. Graduação em Nutrição .

1. Obesidade. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Serviços de ambulatório. I. Monteiro, Elma Lúcia de Freitas. II. Reis, Erika Cardoso dos. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 612.43

Bibliotecário(a) Responsável: Sônia Marcelino - CRB6/2247

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:

“AVALIAÇÃO DO CUIDADO DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL”.

Aos dez dias do mês de dezembro de 2021, remotamente (on-line) pelo aplicativo Google Meet no link: <https://meet.google.com/bdq-ojiq-pvb>, para a Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, reuniu-se a Banca Examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso da estudante **Diana Martins Marcos** orientada pela Prof^a. Erika Cardoso dos Reis. A defesa iniciou-se pela apresentação oral feita pela estudante, seguida da arguição pelos membros da banca. Ao final, os membros da banca examinadora reuniram-se e decidiram por aprovar a estudante.

Membros da Banca Examinadora:

Erika Cardoso dos Reis
CPF: 095938177-51

Assinado de forma digital por
Erika Cardoso dos Reis CPF:
095938177-51
Dados: 2021.12.10 12:48:50 -03'00'

Prof^a. Erika Cardoso dos Reis
Presidente (DENCS/ENUT/UFOP)

Anelise Andrade de
Souza - UFOP - SIAPE:
1.195.422

Assinado de forma digital por
Anelise Andrade de Souza - UFOP -
SIAPE: 1.195.422
Dados: 2021.12.10 12:59:27 -03'00'

Prof^a. Anelise Andrade de Souza
Examinadora (DENCS/ENUT/UFOP)

Amanda Nathale
Soares

Assinado de forma digital por
Amanda Nathale Soares
Dados: 2021.12.10 15:10:06 -03'00'

Dra. Amanda Nathale Soares
Examinadora (ESP/MG)

Elma Lúcia de Freitas
Monteiro - CPF:
823.340.996-00

Assinado de forma digital por
Elma Lúcia de Freitas Monteiro -
CPF: 823.340.996-00
Dados: 2021.12.13 11:16:46 -03'00'

**Doutoranda Elma Lúcia de
Freitas Monteiro**
Coorientadora (PPGAS/ /UFTM)

Campus Universitário Morro do Cruzeiro35400-000 – Ouro Preto - M

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por todas as graças alcançadas em minha vida, hoje especialmente, pela oportunidade de estar realizando este sonho. Sem Ele, nada disso seria possível. Agradeço por toda a força e perseverança que foi depositada a mim para que conseguisse caminhar sem fraquejar, por toda misericórdia, amor e bondade que me permitiu ser capaz de seguir e me fez compreender que o caminho, muitas vezes mais difícil, nos faz ser mais fortes e nos proporciona frutos valiosos.

Agradeço a minha família, por todo apoio e ajuda em todos os momentos. Aos meus pais Deijinha e Tinim por todos os cuidados, confiança, dedicação, e principalmente amor, vocês são chaves fundamentais para a abertura dessa nova porta. Ao meu irmão André por todos os conselhos sobre o melhor caminho a ser trilhado, inclusive, a escolha do curso que hoje estou concretizando. Ao meu irmão Thiago que nos momentos de nervosismo, me fez sorrir e relaxar. Ao meu namorado Chrystian por todo companheirismo, toda força e incentivo em todos os momentos para que conseguisse concluir esta etapa tão importante em minha vida.

Às minhas amigas Isabella e Ana Flávia pela sincera e bela amizade, que me fazem ser mais feliz e mais forte. Aos meus amigos e colegas realizados durante a graduação, especialmente, Ana Paula, Tainá, Juscelino, Rosimara e Iara. Vocês 5 tornaram muito mais prazerosos os caminhos percorridos para chegar até aqui. Agradeço por todos os momentos compartilhados e todos os aprendizados em conjunto.

À minha orientadora e professora Erika Cardoso dos Reis, meus sinceros agradecimentos, por todo conhecimento passado a mim, toda paciência e dedicação, principalmente, ao longo desses últimos meses. E, em especial à Elma Lúcia de Freitas Monteiro, minha coorientadora, que me apoiou e me deu todo suporte para que conseguisse finalizar esse trabalho. À todos os professores do curso de Nutrição, meus calorosos agradecimentos, por todos os ensinamentos e desafios proporcionados para que seus alunos se tornassem profissionais.

Também agradeço por toda confiança e pela troca de experiências que permitiram a realização de um trabalho digno. Enfim, agradeço a todos que fizeram parte da construção desse sonho, seja diretamente ou indiretamente. Certamente, vocês são participantes dessa conquista tanto quanto eu.

RESUMO

Introdução: A obesidade é reconhecida mundialmente como problema de saúde pública, e as ações de cuidado das pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde têm sido amplamente estudada. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar o cuidado à pessoa com obesidade na APS no estado de Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional descritivo, transversal, de natureza quantitativa baseado em dados secundários do Sistema de Informação para Atenção Básica (SISAB) e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Resultados:** Foi observado que o profissional médico realiza o maior número de atendimentos a pessoas com obesidade, seguido do enfermeiro e nutricionista. Os dados do PMAQ-AB apontam que a maioria das equipes realizam avaliação antropométrica dos usuários atendidos em todos os grupos. Com relação à qualificação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado do usuário com excesso de peso e obesidade, nota-se um cenário desafiador para a efetivação da linha de cuidado em obesidade e a garantia da integralidade do cuidado, ainda que na análise do ciclo tenha apresentado altas taxas entre seus componentes. **Discussão:** Este estudo aponta que o cuidado da pessoa com obesidade ainda é centrado no médico, e apesar deste atendimento fazer parte do cotidiano da equipe mínima da ESF, o nutricionista se destaca como preferencialmente o coordenador do cuidado à pessoa com obesidade. Os dados do PMAQ-AB apontam que grande parte das equipes realizam acompanhamento das pessoas com obesidade nos serviços de saúde da APS, mas as ações de educação em saúde para a perda de peso ainda se apresentam como uma dificuldade. **Conclusões:** Ainda é muito comum o modelo de cuidado centrado na figura do médico e destaca-se o nutricionista como coordenador do cuidado. Com os dados do PMAQ-AB foi observado que algumas das estratégias apresentadas têm pouca adesão, ao analisar o cuidado à pessoa com obesidade no âmbito da APS. Além disso, é notório a carência de uma reorganização dos serviços de saúde e qualificação de cuidado a essas pessoas, pois, a discussão em relação às práticas de cuidado voltada às pessoas com obesidade na APS pode favorecer o fortalecimento dos processos de trabalho, especialmente em relação à organização da linha de cuidado.

Palavras-chave: Obesidade. Atenção Primária à Saúde. Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is recognized worldwide as a public health problem, and the care actions of people with obesity in Primary Health Care have been widely studied.

Objective: The aim of this study is to evaluate the care of people with obesity in PHC in the state of Minas Gerais.

Methods: This is a descriptive, cross-sectional observational study of a quantitative nature based on secondary data from the Information System for Primary Care (SISAB) and the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB).

Results: It was observed that the medical professional performs the largest number of visits to people with obesity, followed by the nurse and nutritionist. Data from the PMAQ-AB indicate that most teams carry out anthropometric assessments of users served in all groups. Regarding the qualification of Primary Care professionals for the care of users with excess weight and obesity, there is a challenging scenario for the realization of the obesity care line and the guarantee of comprehensive care, even in the analysis of the cycle has presented high rates between its components.

Discussion: This study shows that the care of people with obesity is still centered on the doctor, and despite this service being part of the daily life of the minimum team of the ESF, the nutritionist stands out as preferentially the coordinator of care for people with obesity. Data from the PMAQ-AB show that most teams monitor people with obesity in the PHC health services, but health education actions for weight loss are still a difficulty.

Conclusions: The model of care centered on the doctor is still very common and the nutritionist stands out as the care coordinator. With the data from the PMAQ-AB, it was observed that some of the strategies presented have little adherence, when analyzing the care of people with obesity in the context of PHC. In addition, the lack of a reorganization of health services and qualification of care for these people is notorious, as the discussion regarding care practices aimed at people with obesity in PHC can favor the strengthening of work processes, especially in regarding the organization of the care line.

Keywords: Obesity. Primary Health Care. Ambulatory Care.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Variáveis do módulo II selecionadas para este estudo, PMAQ-AB, 2017/2018.....	13
Quadro 2: Variáveis do módulo IV selecionadas para este estudo, PMAQ-AB, 2017/2018.....	15
Tabela 1: Categorização dos municípios do estado de Minas Gerais de acordo com o número de habitantes, e quantidades de equipes nos módulos II e IV, do ciclo 3 do PMAQ - AB, nos anos 2017 e 2018.....	16
Tabela 2: atendimentos à pessoas com obesidade realizados na APS por categoria profissional em Minas Gerais registrados no SISAB, entre os anos de 2014 a 2020.....	17
Tabela 3: Estratégias em relação à atenção à pessoa com obesidade e a promoção à saúde realizadas pelas equipes da atenção primária em Minas Gerais, segundo variáveis do ciclo 3 do PMAQ - AB, 2017/2018.....	18
Tabela 4: Estratégias em relação à abordagem de pessoas com doenças crônicas realizadas pelas equipes NASF em Minas Gerais, segundo variáveis do ciclo 3 do PMAQ - AB, 2017/2018.....	20
Tabela 5: Estratégias de atenção nutricional realizadas pelas equipes NASF em Minas Gerais, segundo variáveis do ciclo 3 do PMAQ - AB, 2017/2018.....	21
Tabela 6: Estratégias de atenção à pessoa com obesidade realizadas pelas equipes NASF em Minas Gerais, segundo variáveis do ciclo 3 do PMAQ - AB, 2017/2018.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

eAP - Equipe de Atenção Primária

esF - Equipe de Saúde da Família

IMC - Índice de Massa Corporal

MG - Minas Gerais

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NASF AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PC – Perímetro da Cintura

PMAQ AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

VAN - Vigilância Alimentar Nutricional

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVO.....	12
2.1 Objetivo geral:.....	12
2.2 Objetivos específicos:	12
3. METODOLOGIA	12
3.1 Desenho do estudo e fonte dos dados.....	12
3.2 Variáveis do estudo.....	13
4. RESULTADOS	17
4.1 Profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com obesidade na atenção primária à saúde no estado de Minas Gerais, Brasil.....	17
4.2 Ações de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na atenção primária à saúde no estado de Minas Gerais, Brasil.....	18
5. DISCUSSÃO.....	23
5.1 Cuidado profissional da pessoa com obesidade.....	24
5.2 Realização avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos	26
5.3 Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	27
5.4 Promove articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis, como feiras de alimentos agroecológicos, hortas comunitárias	27
5.5 Qualificação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o cuidado do usuário com excesso de peso e obesidade	28
6. CONCLUSÃO	29
7. REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição de saúde crônica marcada pelo acúmulo de gordura corporal, considerada um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo (OMS; FAO, 2003). A natureza da obesidade é multifatorial, logo, seus determinantes não são apenas biológicos e individuais, mas também estão fortemente relacionados com o ambiente alimentar das pessoas e abrangem um complexo de interações sociais, culturais, econômicas e históricas que moldam o modo de vida dos indivíduos e seus hábitos (MOURA; RECINE, 2019). É apontada como uma doença que contribui para o aparecimento de diversas comorbidades de alta prevalência e com graves prejuízos à saúde dos indivíduos (REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003).

A determinação quantitativa da gordura corporal é o indicador mais usado na avaliação da obesidade e o IMC é a medida mais comum para classificar o excesso de adiposidade. A OMS adota que indivíduos com IMC entre 25,0-29,9 kg/m² são classificados com excesso de peso, indivíduos com valores de IMC de 30 – 34,9 kg/m² são classificados com obesidade de Classe 1, indivíduos com IMC entre 35 – 39,9 kg/m² são classificados com obesidade de Classe 2 e indivíduos com IMC maior ou igual à 40 kg/m² são classificados com obesidade de Classe 3 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A obesidade é considerada uma epidemia mundial que atinge cerca de 1,3 bilhão de adultos em todo o mundo (OMS; FAO, 2003) e são observadas prevalências elevadas tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (KRZYSZTOSZEK; LAUDAŃSKA-KRZEMIŃSKA; BRONIKOWSKI, 2019; LEOCÁDIO et al., 2021). Em 2016, foi demonstrado que 39% dos adultos com 18 anos ou mais apresentaram sobrepeso e 13% dos adultos apresentaram obesidade (WHO, 2020). A rápida urbanização desorganizada, redução de desnutrição, crescente consumo de alimentos ultraprocessados, inatividade física e melhora no nível socioeconômico da América Latina e no Caribe, demonstram que a obesidade nestes países tende a elevar (PINHEIRO et al., 2019).

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019, mostraram taxas de crescimento da prevalência da obesidade de 20,8% para 25,9%, respectivamente, entre adultos (BRASIL, 2019a). Dados do VIGITEL (2020),

mostraram que a população brasileira adulta (maior ou igual a 18 anos), apresentou resultados crescentes de prevalência de excesso de peso (42,6% para 57,5%) e obesidade (11,8% para 21,5%), entre os anos de 2006 a 2020 (BRASIL, 2021a).

A obesidade pode ser explicada por diversos fatores, tanto endógenos como exógenos. Dessa forma, a epigenética, o perfil familiar, anormalidades endócrinas e predisposições genéticas se somam a fatores como o ambiente em que o indivíduo está inserido, o estilo de vida, o comportamento alimentar, a qualidade do sono, a ocupação, a alimentação, dentre outros na determinação da obesidade (DURRER SCHUTZ et al., 2019).

Estudos indicam que as desigualdades socioeconômicas, com destaque para baixa escolaridade e baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico, acentuam e influenciam diretamente no aparecimento de DCNT. (TUSSET et al., 2020). De acordo com a OMS (2018), a definição de desigualdade em saúde pode ser relacionada com as diferenças no estado de saúde ou nos determinantes da saúde entre diferentes grupos populacionais, tendo efeitos na qualidade de vida dos indivíduos, e no desenvolvimento da sociedade (WHO, 2008).

As doenças crônicas estão elencadas entre as principais causas de internações hospitalares no Brasil (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011). Além disso, a obesidade está associada ao maior risco de morrer, especialmente entre pessoas com IMC acima de 35kg/m² (AMANN; SANTOS; GIGANTE, 2019; XU et al., 2018).

Além dos custos para o SUS, a obesidade contribui ainda com os gastos familiares (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011). Entre esses custos, destacam-se os medicamentos e a assistência à saúde. Além disso, é observado um aumento nos gastos em saúde de 15% e 40% entre os domicílios que possuem uma ou duas pessoas com obesidade, respectivamente. E, até 195% a mais em gastos, nos domicílios que possuem três ou mais pessoas com obesidade (CANELLA; NOVAES; LEVY, 2015).

As demandas dos indivíduos com problemas crônicos são diferentes daqueles com problemas agudos uma vez que necessitam de um cuidado continuado, e não somente de ações biomédicas pontuais. Assim, o apoio e cuidado à pessoa com obesidade deve ser capaz de prever suas demandas (MENDES, 2011) abrangendo atenção integrada e, eficaz, envolvendo ações que promovam o autocuidado, e ampliando a oferta de cuidados de saúde (BRASIL, 2014a).

Dessa forma, o cuidado do indivíduo com obesidade inclui práticas de abordagem integral ao paciente, fundamentadas nos princípios da integralidade e autocuidado e as práticas de trabalho em equipe multiprofissional devem ser respaldadas na base da interdisciplinaridade combinada ao princípio da intersetorialidade (BURLANDY et al., 2020). Assim, é preconizada a organização do cuidado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), articuladas como uma rede complexa, formada por instituições que não sejam apenas do setor de saúde, mas que seja interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2014a).

A promoção da saúde simboliza um meio vantajoso para combater os problemas de saúde que atingem as populações, uma vez que origina-se de uma concepção extensa do processo saúde doença e seus determinantes, propondo articulação de saberes técnicos e populares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados em benefício da qualidade de vida (BUSS et al., 2020). De acordo com a carta de Ottawa, a promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (WHO, 1986). Tendo isso em vista, planos no ramo coletivo devem abranger políticas públicas que promovam a saúde, o bem estar e a qualidade de vida da população, onde a união entre o governo e a sociedade seria promissora na prevenção e tratamento da obesidade, com foco no autocuidado e na responsabilização, permitindo que a comunidade participe do processo de promoção da saúde (BRASIL, 2014b).

O cuidado às pessoas com obesidade ocorre, primordialmente, na Atenção Primária à Saúde (APS) , por razão de seu alto grau de amplitude e contato com a população que as equipes de saúde estabelecem com os usuários (BRASIL, 2013), relações que permitem trabalhar com os determinantes do ganho de peso e contribuem na organização de ações de controle e prevenção de excesso de peso (MOURA; RECINE, 2019).

A Equipe de Saúde da Família (esF), composta por, no mínimo, enfermeiro, médico - de preferência com especialização na medicina da saúde da família -, o técnico e/ou auxiliar de enfermagem e o agente comunitário, está envolvida diretamente no cuidado à pessoa com obesidade apoiado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), que, além de estar envolvido no cuidado à pessoa com obesidade, suas atribuições também trazem uma proposta de

trabalho e demandas baseando-se nos problemas e necessidades dos indivíduos e consequentemente da população atendida (BRASIL, 2017).

No Brasil, em 2011, com propósito de incentivar os municípios a melhorar a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS, foi implementado o PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em parceria com universidades brasileiras. O Programa inclui o levantamento de informações dos municípios e das equipes de APS participantes por meio de visita da equipe de avaliação externa e certificação.

Pode-se afirmar que dentre as atribuições para prevenção e tratamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde estão: promoção da alimentação adequada e saudável; garantia do acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade; promoção da atividade física; realização da vigilância alimentar e nutricional da população; realização de ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial, com participação popular e respeito aos hábitos e as culturas locais (BRASIL, 2013).

Sobre os profissionais que podem compor o Nasf-AB, fazem parte, médicos acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista, médico do trabalho, médico veterinário, entre outros. É preconizado que os profissionais que fazem parte do Nasf-AB realizem um cuidado integral à saúde da população, proporcionando atendimento humanizado, realização de visitas domiciliares, busca ativa e notificação de doenças (BRASIL, 2017).

Como a obesidade é uma enfermidade multifatorial, ela estabelece uma necessidade de gerar políticas públicas com ações multidisciplinares e intersetoriais (ALMEIDA et al., 2017), promovendo redução de custos e melhoria do cuidado aos usuários (ARAÚJO et al., 2017).

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo avaliar o cuidado às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no estado de Minas Gerais.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral:

Avaliar o cuidado oferecido às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no estado de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar os profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com obesidade na atenção primária à saúde no estado de Minas Gerais, Brasil;
- Conhecer as ações de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na atenção primária à saúde no estado de Minas Gerais, Brasil;
- Discutir o cuidado oferecido às pessoas com obesidade na atenção primária à saúde no estado de Minas Gerais, Brasil.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo e fonte dos dados

Trata-se de um estudo observacional descritivo, transversal, de natureza quantitativa que utilizou dados do Sistema de Informação para Atenção Básica (SISAB) e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O SISAB é o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2021b). A partir dos dados do SISAB é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde (BRASIL, 2021b) incluindo informações sobre as categorias profissionais envolvidas no cuidado das pessoas com obesidade na APS. Por sua vez, o PMAQ-AB é um programa de avaliação de desempenho da APS que permite conhecer, dentre outras informações, as ações de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade desenvolvidas no âmbito da APS.

Para levantamento dos dados no SISAB, foram selecionados os indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, do estado de Minas Gerais. As categorias profissionais analisadas foram: assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo. As demais categorias analisadas (agente comunitário de saúde, agente de combate a endemias, agente de saúde, assistente social, cirurgião dentista, educador social, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico veterinário, outros profissionais de nível médio, outros profissionais de nível superior, sanitarista, técnico e auxiliar de enfermagem, técnico e auxiliar de saúde bucal, terapeuta ocupacional, naturólogo, musicoterapeuta, arteterapeuta, terapeuta holístico e recepcionista) foram agrupadas em “outros” por cada categoria terem valores de atendimentos inferiores a 0,2%.

Para obtenção dos dados do PMAQ, neste estudo, foram analisados dados do ciclo 3 do programa, realizado nos anos 2017/2018. Para definir as variáveis de análise, utilizou-se o instrumento, que é constituído por módulos e selecionadas as variáveis dos módulos II - com dados das entrevistas com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde e tem como objetivo avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários; e IV - com dados das entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, que tem como objetivo avaliar o processo de trabalho destas equipes e a organização do cuidado aos usuários.

3.2 Variáveis do estudo

A forma de seleção das variáveis está descrita nos quadros 1 e 2. No módulo II foram incluídas as variáveis do bloco “II.19. Atenção à pessoa com obesidade” e “II.26 Promoção à Saúde”, e no módulo IV o bloco “IV.8. Abordagem de pessoas com doenças crônicas”, “IV.12. Atenção nutricional pelo NASF”, “IV.13. Atenção à pessoa com obesidade”. Além destes blocos foram incluídas variáveis relacionadas ao cuidado das pessoas com obesidade.

Os dados utilizados, tanto do SISAB quanto do PMAQ, são de livre acesso e estão disponibilizados na página eletrônica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), não sendo necessário submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Quadro 1: Variáveis do módulo II selecionadas para este estudo, PMAQ-AB, 2017/2018.

Módulo II			
Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde			
II.19 - Atenção à Pessoa com Obesidade			
II.19.1 - Geral	A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	1	Sim
		2	Não
II.19.2	Após a identificação de usuário com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
II.19.3 - Quais dessas ações a equipe realiza?	Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
	Oferta ações voltadas à atividade física	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
	Oferta ações voltadas à alimentação saudável	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
	Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
	Encaminha para serviço especializado	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	1	Sim	
	2	Não	
	998	Não se aplica	
II.26 Promoção à Saúde			
II.26.1	A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde?	1	Sim
		2	Não
II.26.2 - Quais as ações de promoção à saúde são desenvolvidas :	Ações de apoio ao autocuidado	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
	Mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade	1	Sim
		2	Não
998		Não se aplica	
II.26.3	A equipe utiliza o novo “Guia Alimentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde?	1	Sim
		2	Não

(BRASIL, 2019b)

Quadro 2: Variáveis do módulo IV selecionadas para este estudo, PMAQ-AB, 2017/2018.

Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde			
IV.8. Abordagem de pessoas com doenças crônicas			
IV.8.1 - Geral	O NASF apoia e desenvolve com as Equipes de Atenção Básica estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
IV.8.2 Tais estratégias envolvem:	Promoção da adesão do usuário ao cuidado longitudinal	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
	Incentivo para a adesão do usuário ao tratamento farmacoterapêutico	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
	Suporte aos familiares/ cuidadores de pessoas com doenças crônicas	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
	Motivação e orientação para o autocuidado	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
IV.12. Atenção nutricional pelo NASF			
IV.12.1 - Geral	O NASF desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações de atenção nutricional?	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
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
	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
	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
	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
	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
	Promove oficinas culinárias	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica
	Qualifica os profissionais da Atenção Básica para a coleta e registro dos dados antropométricos	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica

Quadro 2 (continuação): Variáveis do módulo IV selecionadas para este estudo, PMAQ-AB, 2017/2018.

IV.13. Atenção à pessoa com obesidade			
IV.13.1 - Geral	O NASF desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações para o manejo da obesidade?	1	Sim
		2	Não
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
	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
	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
	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
	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
	Presta assistência terapêutica aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade.	1	Sim
		2	Não
		998	Não se aplica

(BRASIL, 2019b)

Para análise dos dados do PMAQ-AB, os municípios foram categorizados de acordo com o número de habitantes, conforme descrito na Tabela 1 abaixo. Este agrupamento permite a comparação dos municípios de acordo com seu porte populacional, e considera que o tamanho populacional, de forma geral, se relaciona com a estrutura e organização das ações de saúde ofertadas à população.

Tabela 1. Categorização dos municípios do estado de Minas Gerais de acordo com o número de habitantes, e quantidades de equipes nos módulos II e IV, do ciclo 3 do PMAQ - AB, nos anos 2017 e 2018.

Grupos	Categorias - Municípios de MG	Quantidade de municípios no estado de MG	Quantidade equipes PMAQ-AB Módulo II	Quantidade equipes PMAQ-AB Módulo IV
		n (%)	n (%)	n (%)
Grupo 1	> 1.000.000 habitantes	1 (0,1)	574 (11,9)	56 (7,8)
Grupo 2	500.001 a 1.000.000 habitantes	3 (0,4)	263 (5,1)	17 (2,3)
Grupo 3	200.001 a 500.000 habitantes	9 (1,0)	532 (10,3)	35 (4,9)
Grupo 4	100.001 a 200.000 habitantes	20 (2,3)	429 (8,3)	45 (6,3)
Grupo 5	50.001 a 100.000 habitantes	39 (4,5)	538 (10,4)	43 (6,0)
Grupo 6	< 50.000 habitantes	781 (91,5)	2792 (54,4)	518 (72,5)
Total		853 (100)	5128 (100)	714 (100)

4. RESULTADOS

4.1 Profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com obesidade na atenção primária à saúde no estado de Minas Gerais, Brasil.

O número de atendimentos a pessoas com obesidade realizados na APS em Minas Gerais, variou de 34.773 a 354.773 no período entre os anos de 2014 a 2020. As categorias profissionais de ensino superior mais frequentes foram: assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo (Tabela 2). Em todos os anos avaliados, o maior percentual de atendimentos à pessoa com obesidade na APS foi do profissional médico com média de 57,8%, sendo os maiores valores identificados no ano de 2015 (59,9%), seguido de média de 28,2% de atendimentos realizados por nutricionistas, com maior percentual observado em 2014 (30,6%).

Tabela 2. Atendimentos às pessoas com obesidade realizados na APS por categoria profissional em Minas Gerais registrados no SISAB, entre os anos de 2014 a 2020.

Categoria/ ano	2014 (n %)	2015 (n %)	2016 (n %)	2017 (n %)	2018 (n %)	2019 (n %)	2020 (n %)	Média (n %)
Assistente social	77 (0,2)	556 (0,5)	670 (0,2)	685 (0,2)	1.191 (0,2)	1.413 (0,3)	924 (0,3)	788 (0,2)
Enfermeiro	2.982 (8,5)	9.007 (7,4)	29.337 (8,8)	54.828 (12,2)	61.427 (11,5)	57.565 (11,1)	49.977 (14,1%)	37.874,7 (10,5)
Fisioterapeuta	348 (1,0)	876 (0,7)	2.740 (0,8)	5.796 (1,3)	7.731 (1,4)	6.200 (1,2)	3.247 (0,9)	3.848,2 (1,0)
Médico	20.133 (57,8)	72.987 (59,9)	197.455 (59,1)	257.260 (57,6)	315.836 (59,0)	286.186 (55,1)	199.605 (56,3)	192.794,5 (57,8)
Nutricionista	10.671 (30,6)	35.512 (29,1)	94.503 (28,3)	119.391 (26,7)	138.947 (26,0)	156.599 (30,2)	93.986 (26,5)	92.801,2 (28,2)
Profissional de Ed. Física	304 (0,8)	2.132 (1,7)	6.013 (1,8)	5.440 (1,2)	5.777 (1,1)	6.390 (1,2)	4.536 (1,3)	4.370,2 (1,3)
Psicólogo	216 (0,6)	676 (0,6)	1.661 (0,5)	2.451 (0,5)	3.199 (0,6)	3.313 (0,6)	1.850 (0,5)	1.909,4 (0,5)
Outros	42 (0,1)	132 (0,1)	1.471 (0,4)	774 (0,1)	1.226 (0,2)	1.515 (0,2)	648 (0,1)	829,7 (0,1)
Total	34.773 (100,0)	121.882 (100,0)	333.916 (100,0)	446.724 (100,0)	535.334 (100,0)	519.181 (100,0)	354.773 (100,0)	335.226,1 (14,2)

4.2 Ações de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na atenção primária à saúde no estado de Minas Gerais, Brasil.

A Tabela 3 descreve as ações de cuidado às pessoas com obesidade e promoção de saúde na APS no estado de Minas Gerais e grupos de municípios. Foi observado que 98,7% das equipes do estado relataram a realização da avaliação antropométrica (peso e estatura) dos usuários atendidos, com destaque para as equipes dos municípios do grupo 2, onde 100,0% das equipes informaram a realização desta atividade.

Sobre a realização de alguma ação após a identificação de usuários com obesidade observou-se que, em Minas Gerais, 99,1% das equipes efetuam algum tipo de ação. Após a identificação dos usuários com obesidade, o acompanhamento realizado na UBS demonstrou taxas superiores a 87% em todos os grupos de municípios. Dentre essas, o acompanhamento do usuário na UBS e o encaminhamento para o serviço especializado têm maior destaque (89,1% e 87,3% respectivamente). Apesar disso, a oferta de atividades em grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso é a menor descrita (68,2%). Em relação às equipes de apoio matricial, para apoiar o acompanhamento dos usuários com obesidade, foi identificado que os municípios do grupo 6 são aqueles que têm menor taxa de adesão a essa proposta (79,7%), sendo inferior ao observado no estado de Minas Gerais, que atingiu valor de 82,0%. Este grupo também obteve menor taxa (85,7%) no encaminhamento para serviço especializado, enquanto a maior taxa de encaminhamento foi observada entre municípios do grupo 3 (90,8%) (Tabela 3).

As ações de promoção da saúde são realizadas por quase a totalidade de municípios no estado (98,7%) e sem diferenças importantes entre os grupos de municípios, assim como as ações de apoio ao autocuidado (95,8% no estado). A mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam a coletividade se apresenta como mais difícil de ser realizada por todos os grupos de municípios, em especial os menores que estão no grupo 6 (82,0%). E sobre utilização do novo “Guia Alimentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde, 92,2% das equipes afirmaram que usam o material, com as maiores taxas no grupo 2 (97%) e a menor taxa no grupo 1 (89,4%).

Tabela 3. Estratégias em relação à atenção à pessoa com obesidade e a promoção à saúde realizadas pelas equipes da atenção primária em Minas Gerais, segundo variáveis do ciclo 3 do PMAQ - AB, 2017/2018.

VARIÁVEIS	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	Grupo 4 n (%)	Grupo 5 n (%)	Grupo 6 n (%)	MG n (%)
Realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos? (n = 4895)							
Sim	559 (97,4)	263 (100,0)	525 (98,7)	420 (97,9)	532 (98,9)	2530 (98,9)	4829 (98,7)
Não	15 (2,6)	0 (0,0)	7 (1,3)	9 (2,1)	6 (1,1)	29 (1,1)	66 (1,3)
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), a equipe realiza alguma ação? (n = 4829)							
Sim	550 (98,4)	262 (99,6)	524 (99,8)	417 (99,3)	527 (99,1)	2506 (99,1)	4786 (99,1)
Não	9 (1,6)	1 (0,4)	1 (0,2)	3 (0,7)	5 (0,9)	24 (0,9)	43 (0,9)
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS? (n = 4786)							
Sim	492 (89,5)	238 (90,8)	481 (91,8)	377 (90,4)	487 (92,4)	2189 (87,4)	4264 (89,1)
Não	58 (10,5)	24 (9,2)	43 (8,2)	40 (9,6)	40 (7,6)	317 (12,6)	522 (10,9)
Oferta ações voltadas à atividade física? (n = 4786)							
Sim	447 (81,3)	223 (85,1)	447 (85,3)	346 (83,0)	450 (85,4)	2012 (80,3)	3925 (82,0)
Não	103 (18,7)	39 (14,9)	77 (14,7)	71 (17,0)	77 (14,6)	494 (19,7)	861 (18,0)
Oferta ações voltadas à alimentação saudável? (n = 4786)							
Sim	468 (85,1)	226 (86,3)	472 (90,1)	363 (87,1)	463 (87,9)	2101 (83,8)	4093 (85,5)
Não	82 (14,9)	36 (13,7)	52 (9,9)	54 (12,9)	64 (12,1)	405 (16,2)	693 (14,5)
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS? (n = 4786)							
Sim	474 (86,2)	224 (85,5)	455 (86,8)	340 (81,5)	433 (82,2)	1998 (79,7)	3924 (82,0)
Não	76 (13,8)	38 (14,5)	69 (13,2)	77 (18,5)	94 (17,8)	508 (20,3)	362 (18,0)
Encaminha para serviço especializado? (n = 4786)							
Sim	490 (89,1)	232 (88,5)	476 (90,8)	371 (89,0)	464 (88,0)	2147 (85,7)	4180 (87,3)
Não	60 (10,9)	30 (11,5)	48 (9,2)	46 (11,0)	63 (12,0)	359 (14,3)	606 (12,7)
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso? (n = 4786)							
Sim	388 (70,5)	182 (69,5)	383(73,1)	290 (69,5)	383 (72,7)	1640 (65,4)	3266 (68,2)
Não	162 (29,5)	80 (30,5)	141 (26,9)	127 (30,5)	144 (27,3)	866 (34,6)	1520 (31,8)
Desenvolve ações voltadas à promoção à saúde? (n = 4895)							
Sim	563 (98,1)	262 (99,6)	528 (99,2)	422 (98,4)	532 (98,9)	2523 (98,6)	4830 (98,7)
Não	11 (1,9)	1 (0,4)	4 (0,8)	7 (1,6)	6 (1,1)	36 (1,4)	65 (1,3)
Ações de apoio ao autocuidado? (n = 4807)							
Sim	537 (95,6)	252 (96,6)	505 (96,0)	404 (96,4)	517 (97,4)	2389 (95,3)	4604 (95,8)
Não	25 (4,4)	9 (3,4)	21 (4,0)	15 (3,6)	14 (2,6)	119 (4,7)	203 (4,2)
Mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam a coletividade? (n = 4807)							
Sim	472 (84,0)	233 (89,3)	458 (87,1)	364 (86,9)	462 (87,0)	2057 (82,0)	4046 (84,2)
Não	90 (16,0)	28 (10,7)	68 (12,9)	55 (13,1)	69 (13,0)	451 (18,0)	761 (15,8)
Utiliza o novo "Guia Alimentar para a População Brasileira" do Ministério da Saúde? (n = 4895)							
Sim	513 (89,4)	255 (97,0)	493 (92,7)	397 (92,5)	504 (93,7)	2349 (91,8)	4511 (92,2)
Não	61 (10,6)	8 (3,0)	39 (7,3)	32 (7,5)	34 (6,3)	210 (8,2)	384 (7,8)

A Tabela 4 permite analisar a abordagem dos profissionais da equipe NASF às pessoas com doenças crônicas e as estratégias realizadas pela mesma. Nesse contexto, são observadas estratégias relacionadas à promoção da adesão do usuário ao cuidado longitudinal, com as maiores taxas observadas no grupo 4 (86,4%) e as menores no grupo 1 (78,0%).

No âmbito do apoio e desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas realizadas pelo NASF, foi observado que em 98,1% dos municípios de Minas Gerais, o NASF realiza essa estratégia. Sobre o suporte aos familiares/cuidadores de pessoas com doenças crônicas, a maior taxa encontra-se no grupo 5 (97,7%) e a menor taxa no grupo 3 (87,9%). Por sua vez, estratégias de motivação e orientação para o autocuidado mostram taxas elevadas, superiores a 97,7%, em todos os grupos.

Tabela 4. Estratégias em relação à abordagem de pessoas com doenças crônicas realizadas pelas equipes NASF em Minas Gerais, segundo variáveis do ciclo 3 do PMAQ - AB, 2017/2018.

VARIÁVEIS	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	Grupo 4 n (%)	Grupo 5 n (%)	Grupo 6 n (%)	MG n (%)
Promoção da adesão do usuário ao cuidado longitudinal? (n = 684)							
Sim	39 (78,0)	14 (82,4)	25 (75,8)	38 (86,4)	36 (83,7)	419 (84,3)	571 (83,5)
Não	11 (22,0)	3 (17,6)	8 (24,2)	6 (13,6)	7 (16,3)	78 (15,7)	113 (16,5)
O NASF apoia e desenvolve com as Equipes de Atenção Básica estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas? (n = 697)							
Sim	50 (100,0)	17 (100,0)	33 (97,1)	44 (97,8)	43 (100,0)	497 (97,8)	684 (98,1)
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,2)	0 (0,0)	11 (2,2)	13 (1,9)
Suporte aos familiares/ cuidadores de pessoas com doenças crônicas? (n = 684)							
Sim	45 (90,0)	16 (94,1)	29 (87,9)	43 (97,7)	42 (97,7)	460 (92,6)	635 (92,8)
Não	5 (10,0)	1 (5,9)	4 (12,1)	1 (2,3)	1 (2,3)	37 (7,4)	49 (7,2)
Motivação e orientação para o autocuidado? (n = 684)							
Sim	49 (98,0)	17 (100,0)	33 (100,0)	44 (100,0)	42 (97,7)	490 (98,6)	675 (98,7)
Não	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	7 (1,4)	9 (1,3)

A Tabela 5 permite observar sobre pontos e estratégias, dentre eles no âmbito do desenvolvimento de ações de atenção nutricional, que as equipes NASF desenvolvem com as Equipes de Atenção Básica. Os valores superiores estão no grupo de municípios 4 (97,8%) e os menores valores estão presentes no grupo 5 (88,4%).

No que diz respeito à realização de análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território, as maiores taxas foram verificadas no grupo 2 (100%) e as menores no grupo 1 (82,6%). Sobre a utilização de metodologias e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis, tais como o Guia Alimentar para a População Brasileira, o grupo 5 apresentou os maiores valores observados (97,4%) e valores mais baixos foram identificados no grupo 4 (93,2%). Sobre a promoção de ações que fomentam práticas alimentares saudáveis, baseado

no consumo de alimentos regionais e no Guia Alimentar para a População Brasileira, observou-se que o grupo 3 obteve maior valor percentual (100,0%) e o grupo de municípios do tipo 4 revelou o menor valor (90,9%).

A estratégia de articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis, como feiras de alimentos agroecológicos, hortas comunitárias, apresentou taxas baixas quando comparada com outras variáveis, onde a menor taxa situou-se no grupo 4 (40,9%) e a maior no grupo 2 (62,5%). A promoção de oficinas culinárias apresentou baixas proporções, (40,4%) nos municípios de Minas Gerais, sendo ainda mais baixo nos grupos 3 (31,2) e 6 (38,3).

Com relação à qualificação dos profissionais de saúde da equipe, e a promoção de estratégias de cuidado, verificou-se que a qualificação dos profissionais da APS na coleta e análise dos marcadores de consumo é de apenas 75,3% de qualificação em Minas Gerais. Além disso, a qualificação dos profissionais para a coleta e registro dos dados antropométricos apresentou uma baixa taxa no grupo 1 (69,6%) em relação ao grupo de maior taxa - o grupo 2 (93,8%).

Tabela 5. Estratégias de atenção nutricional realizadas pelas equipes NASF em Minas Gerais, segundo variáveis do ciclo 3 do PMAQ - AB, 2017/2018.

VARIÁVEIS	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	Grupo 4 n (%)	Grupo 5 n (%)	Grupo 6 n (%)	MG n (%)
O NASF desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações de atenção nutricional? (n = 697)							
Sim	46 (92,0)	16 (94,1)	32 (94,1)	44 (97,8)	38 (88,4)	483 (95,1)	659 (94,5)
Não	4 (8,0)	1 (5,9)	2 (5,9)	1 (2,2)	5 (11,6)	25 (4,9)	38 (5,5)
Não	16 (34,8)	2 (12,5)	9 (28,1)	14 (31,8)	7 (18,4)	115 (23,8)	163 (24,7)
Realiza análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território (por exemplo: anemias, desnutrição, hipovitaminose A)? (n = 659)							
Sim	38 (82,6)	16 (100,0)	30 (93,8)	41 (93,2)	34 (89,5)	425 (88,0)	584 (88,6)
Não	8 (17,4)	0 (0,0)	2 (6,3)	3 (6,8)	4 (10,5)	58 (12,0)	75 (11,4)
Utiliza metodologias e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis, tais como o Guia Alimentar para a População Brasileira? (n = 659)							
Sim	44 (95,7)	15 (93,8)	31 (96,9)	41 (93,2)	37 (97,4)	465 (96,3)	633 (96,1)
Não	2 (4,3)	1 (6,3)	1 (3,1)	3 (6,8)	1 (2,6)	18 (3,7)	26 (3,9)
Promove ações que fomentam práticas alimentares saudáveis, baseado no consumo de alimentos regionais e no Guia Alimentar para a População Brasileira? (n = 659)							
Sim	44 (95,7)	15 (93,8)	32 (100,0)	40 (90,9)	36 (94,7)	465 (96,3)	632 (95,9)
Não	2 (4,3)	1 (6,3)	0 (0,0)	4 (9,1)	2 (5,3)	18 (3,7)	27 (4,1)
Promove articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis, como feiras de alimentos agroecológicos, hortas comunitárias? (n = 659)							
Sim	19 (41,3)	10 (62,5)	17 (53,1)	18 (40,9)	17 (44,7)	218 (45,1)	299 (45,4)
Não	27 (58,7)	6 (37,5)	15 (46,9)	26 (59,1)	21 (55,3)	265 (54,9)	360 (54,6)
Promove oficinas culinárias? (n = 659)							
Sim	22 (47,8)	8 (50,0)	10 (31,2)	22 (50,0)	19 (50,0)	185 (38,3)	266 (40,4)
Não	24 (52,2)	8 (50,0)	22 (68,8)	22 (50,0)	19 (50,0)	298 (61,7)	393 (59,6)
Qualifica os profissionais da Atenção Básica para a coleta e registro dos dados antropométricos? (n = 659)							

Sim	32 (69,6)	15 (93,8)	28 (87,5)	37 (84,1)	33 (86,8)	411 (85,1)	556 (84,4)
Não	14 (30,4)	1 (6,3)	4 (12,5)	7 (15,9)	5 (13,2)	72 (14,9)	103 (15,6)
Qualifica os profissionais da Atenção Básica na coleta e análise dos marcadores de consumo? (n = 659)							
Sim	30 (65,2)	14 (87,5)	23 (71,9)	30 (68,2)	31 (81,6)	368 (76,2)	496 (75,3)
Não	16 (34,8)	2 (12,5)	9 (28,1)	14 (31,8)	7 (18,4)	115 (23,8)	163 (24,7)

A Tabela 6 descreve algumas ações e estratégias do NASF no contexto do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade. O desenvolvimento de ações com as Equipes de Atenção Básica para o manejo da obesidade foi relatado pela totalidade de equipes do grupo 4 (100,0%), e o menor percentual foi o do grupo 5 (90,7%).

Dentre essas ações relatadas, a assistência terapêutica aos indivíduos com sobrepeso e obesidade que apresentam IMC entre 25 e 40 kg/m² foi a mais realizada (97,1%) e a menor foi 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 comorbidade (73,5%).

A participação em processos de coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC = 30 kg/m² com comorbidades ou IMC = 40 kg/m² foram mais realizadas nos municípios do grupo 1 (87,0%) e 3 (87,1%).

A comparação entre os grupos de municípios mostra que as equipes dos municípios do grupo 2 se destacaram nas atividades de desenvolvimento de grupos temáticos e/ou terapêuticos direcionados ao público com excesso de peso e obesidade em conjunto com a Equipe de Atenção Básica (93,8%), qualificação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado do usuário com excesso de peso e obesidade (87,5%), realização de 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 comorbidade (81,3%), assistência terapêutica aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade (93,8%).

Tabela 6. Estratégias de atenção à pessoa com obesidade realizadas pelas equipes NASF em Minas Gerais, segundo variáveis do ciclo 3 do PMAQ - AB, 2017/2018.

VARIÁVEIS	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	Grupo 4 n (%)	Grupo 5 n (%)	Grupo 6 n (%)	MG n (%)
O NASF desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações para o manejo da obesidade? (n = 697)							
Sim	46 (92,0)	16 (94,1)	31 (91,2)	45 (100,0)	39 (90,7)	488 (96,1)	665 (95,4)
Não	4 (8,0)	1 (5,9)	3 (8,8)	0 (0,0)	4 (9,3)	20 (3,9)	32 (4,6)
Presta assistência terapêutica aos indivíduos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m² (n = 665)							
Sim	45 (97,8)	15 (93,8)	30 (96,8)	42 (93,3)	39 (100,0)	475 (97,3)	646 (97,1)
Não	1 (2,2)	1 (6,3)	1 (3,2)	3 (6,7)	0 (0,0)	13 (2,7)	19 (2,9)
Participa da coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC 30 kg/m² com comorbidades ou IMC 40 kg/m² (Estratégico) (n = 665)							
Sim	40 (87,0)	12 (75,0)	27 (87,1)	35 (77,8)	33 (84,6)	419 (85,9)	566 (85,1)
Não	6 (13,0)	4 (25,0)	4 (12,9)	10 (22,2)	6 (15,4)	69 (14,1)	99 (14,9)
Desenvolve grupos temáticos e/ou terapêuticos direcionados ao público com excesso de peso e obesidade em conjunto com a Equipe de Atenção Básica (n = 665)							
Sim	43 (93,5)	15 (93,8)	27 (87,1)	40 (88,9)	36 (92,3)	433 (88,7)	594 (89,3)
Não	3 (6,5)	1 (6,3)	4 (12,9)	5 (11,1)	3 (7,7)	55 (11,3)	71 (10,7)
Qualifica os profissionais da Atenção Básica para o cuidado do usuário com excesso de peso e obesidade (n = 665)							
Sim	32 (69,6)	14 (87,5)	22 (71,0)	35 (77,8)	33 (84,6)	378 (77,5)	514 (77,3)
Não	14 (30,4)	2 (12,5)	9 (29,0)	10 (22,2)	6 (15,4)	110 (22,5)	151 (22,7)
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 (n = 665)							
Sim	26 (56,5)	13 (81,3)	23 (74,2)	30 (66,7)	30 (76,9)	367 (75,2)	489 (73,5)
Não	20 (43,5)	3 (18,8)	8 (25,8)	15 (33,3)	9 (23,1)	121 (24,8)	176 (26,5)
Presta assistência terapêutica aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade (n = 665)							
Sim	37 (80,4)	15 (93,8)	26 (83,9)	36 (80,0)	29 (74,4)	367 (75,2)	510 (76,7)
Não	9 (19,6)	1 (6,3)	5 (16,1)	9 (20,0)	10 (25,6)	121 (24,8)	155 (23,3)

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam que, no estado de Minas Gerais, o cuidado da pessoa com obesidade ainda é centrado no médico, e apesar deste atendimento fazer parte do cotidiano da equipe mínima da ESF, o nutricionista se destaca como preferencialmente o coordenador do cuidado à pessoa com obesidade. Os dados do PMAQ-AB apontam que grande parte das equipes realizam acompanhamento das pessoas com obesidade nos serviços de saúde da APS, mas as ações de educação em saúde para a perda de peso ainda se apresentam como uma dificuldade. Com relação a qualificação dos profissionais da APS para o cuidado do usuário com excesso de peso e obesidade, nota-se um cenário desafiador para a

efetivação da linha de cuidado em obesidade e a garantia da integralidade do cuidado, ainda que na análise do ciclo tenha apresentado altas taxas entre seus componentes.

É importante destacar que o porte populacional dos municípios, de forma geral, não influenciou nos dados analisados e a maioria das variáveis aqui analisadas apresentaram resultados semelhantes para os grupos estudados.

5.1 Cuidado profissional da pessoa com obesidade

Neste estudo, em todos os anos avaliados, o maior percentual de atendimentos à pessoa com obesidade na APS foi do profissional médico com média de 57,8%, sendo os maiores valores identificados no ano de 2015 (59,9%).

Estes dados confirmam o quanto o modelo de cuidado das pessoas com obesidade ainda é centrado na figura do médico e se apresentam maiores do que os dados da literatura. Um estudo realizado no município de Teresina no Piauí, identificou 41 profissionais, entre os de nível superior e técnico, envolvidos no cuidado à pessoa com obesidade na APS, sendo que o médico foi o segundo profissional mais presente no cuidado deste público (25%), ficando atrás apenas do enfermeiro (40%) (ARAÚJO et al., 2019).

Considerando a origem multifatorial da obesidade é importante ressaltar a importância do cuidado multiprofissional, conforme destacado por outras pesquisas (FUENTES L; MUÑOZ, 2010; KAHAN, 2018). É importante reforçar que o cuidado à pessoa com obesidade baseado na forma integral nos diversos pontos de atenção à saúde é destacado na literatura e recomendado pelas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) e pode impactar nos resultados e na prática do cuidado às pessoas com obesidade. Além disso, as práticas de cuidado centradas em um único profissional evidencia a falta de entendimento sobre complexidade da obesidade e as práticas de cuidado, se traduzindo na subestimação do problema, falhas na gestão do trabalho e na organização das RAS e setores extra saúde (LEE et al., 2017).

Outro ponto identificado nesse estudo, se refere ao atendimento realizado pela equipe mínima da ESF - médicos e enfermeiros - realizado pela maioria dos serviços no cuidado à pessoa com obesidade em Minas Gerais. Esses dados estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b, 2015a, 2020) e outros estudos destacam o papel essencial do enfermeiro nesse nível de atenção (BRASIL, 2015a; FELIX; SOARES; NÓBREGA, 2012; SOEIRO et al., 2019), uma vez

que o enfermeiro tem o papel de estabelecer a estratificação do risco para obesidade, garantir o apoio necessário aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), incentivar o protagonismo do usuário em seu tratamento e o autocuidado (BRASIL, 2006) (BRASIL, 2006). Além disso, uma pesquisa realizada por Félix et al (2012) confirma a necessidade da participação do enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar (FELIX; SOARES; NÓBREGA, 2012).

Dessa maneira, é função da equipe da ESF realizar ações de promoção à saúde com participação comunitária, promover o fornecimento do cuidado aos indivíduos que já apresentam obesidade, essencialmente se houver comorbidades associadas (BRASIL, 2006; SOEIRO et al., 2019). Os profissionais da equipe mínima da ESF se encontram em local privilegiado para desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos no âmbito individual e coletivo, consolidando os planos propostos aos indivíduos e à comunidade para prevenir e tratar o sobrepeso e a obesidade (BRASIL, 2014a; LUND; SANDØE; LASSEN, 2011).

Em relação à atuação do nutricionista no cuidado à pessoa com obesidade, em Minas Gerais, este estudo apresentou que o nutricionista é o 2º profissional com média de 28,2%, inferior somente ao atendimento realizado pelo médico. Silva (2018), que analisou o cuidado à pessoa com obesidade prestado pelos profissionais atuantes em uma unidade básica de saúde, também destaca a lógica “médico e nutricionista centrada”. O enfoque nestes dois profissionais, em especial no nutricionista, pode estar relacionado à crença de que a obesidade deriva apenas da ingestão excessiva de alimentos/calorias e coloca na nutricionista a função de “resolver” esse “problema” (SILVA, 2018).

Por outro lado, a inserção do nutricionista no processo de cuidado às pessoas com obesidade é importante, e, destaca-se como uma maior conscientização da população quanto à necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, melhoria da percepção do usuário sobre as condições de saúde, e aumento da busca pelos serviços de saúde (FAGUNDES, 2013).

O profissional nutricionista está inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), compondo a equipe multiprofissional que trabalha de maneira agregada com as equipes de Saúde da Família (eSF) para um cuidado amplo e diverso (BRASIL, 2015a; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Em 2019, a criação do programa Previne Brasil trouxe mudanças consideráveis no modelo de financiamento da Atenção Primária no SUS que atingem,

também, o Nasf-AB. Dentre essa nova forma de financiamento, o repasse dos recursos federais para os municípios deixa de ser por número de equipes de Saúde da Família e Nasf-AB credenciadas e implantadas, e passa a ser por número de indivíduos cadastrados em cada eSF ou equipes de Atenção Primária (eAP); e por desempenho das equipes em indicadores selecionados, excluindo, dessa forma, o repasse fixo e regular (BRASIL, 2017). Assim, o pagamento por desempenho em indicadores que não estão relacionados diretamente à atuação dos profissionais que não fazem parte da equipe mínima da APS, permite o enfraquecimento da atenção e cuidado ao usuário (BRASIL, 2017).

Destaca-se que a associação entre os elementos de atenção à saúde é essencial para que seja possível a atenção integral e tratamento adequado em relação a cada condição (BRASIL, 2020).

5.2 Realização avaliação antropométrica (peso e estatura) dos usuários atendidos

Em relação a avaliação antropométrica dos usuários atendidos, todos os grupos de municípios de Minas Gerais realizam essa ação por quase a totalidade das equipes (98,7%), resultado semelhante a um estudo realizado no estado de São Paulo (HUNGER et al., 2017).

Por ser um método não invasivo, mais barato, com boa aceitação pelo público e universalmente aplicável, a antropometria é a mais usada no diagnóstico da obesidade (WHO EXPERT COMMITTEE, 1995). Em relação à APS, a avaliação antropométrica recomendada refere-se à avaliação do peso (massa corporal), da estatura e dos perímetros da cintura e da panturrilha. A associação entre essas medidas podem formar índices com diferentes finalidades, a depender da idade e fase da vida do usuário (BRASIL, 2015b).

Dessa forma, a avaliação antropométrica incentiva o agrupamento dos diagnósticos individuais e possibilita gerar o perfil nutricional da população em situação nutricional vulnerável em várias faixas etárias, regiões ou em relação à nação. Por ser usado mundialmente, os indicadores antropométricos possibilitam que realizem comparações internacionais sobre as situações nutricionais dos grupos vulneráveis e de seus inúmeros determinantes em âmbito internacional, nacional ou

regional (BRASIL, 2011). O levantamento dos dados antropométricos permite monitoramento e avaliação, por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional, subsidiando a construção de estratégias de prevenção e de tratamento dos agravos e a criação de ações de promoção da saúde e de segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2015b).

5.3 Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso

Nota - se que todos os grupos de municípios realizam a oferta de grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso, porém essa foi uma das atividades menos realizadas quando comparada às demais. Esse tipo de atividade em grupo faz parte de uma das estratégias para o tratamento da obesidade adotadas pelas equipes NASF e é considerada de grande importância, por causa da sua força em promover troca de dificuldades enfrentadas, de vivências, de experiências adquiridas e construção de estratégias (BRASIL, 2015b).

Os grupos de educação em saúde são meios importantes para a promoção da autonomia dos usuários com o compartilhamento de experiências e relatos em busca da qualidade de vida relacionada à saúde (SOEIRO et al., 2019), contribuindo ainda para tomada de decisão e bem-estar dos participantes (LERDAL et al., 2017).

5.4 Promove articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis, como feiras de alimentos agroecológicos, hortas comunitárias

Em relação a promoção da articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis como por exemplo, hortas comunitárias e feiras agroecológicas, este estudo demonstrou que esse tipo de estratégia ainda é pouco utilizado nos municípios de Minas Gerais, apresentando média de 45,4%.

O reconhecimento dos obstáculos do território em relação à alimentação saudável ainda é um desafio para as equipes da APS, no entanto, a identificação dos locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, bem como os costumes e tradições alimentares da região que podem ter relação com os hábitos alimentares e com o estado nutricional dos cidadãos são necessários para realização de ações de promoção à saúde (BORTOLINI et al., 2020).

Nesse sentido, essa estratégia deve ser fortalecida e melhor implantada nos municípios, com o objetivo de aumentar o acesso e a promoção da alimentação saudável e adequada.

5.5 Qualificação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o cuidado do usuário com excesso de peso e obesidade

Quanto à qualificação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado à pessoa com excesso de peso e obesidade, este estudo mostrou que a capital de Minas Gerais apresenta taxas inferiores (69,6%) em relação aos outros municípios. Acredita-se que a qualificação dos profissionais de saúde é essencial para a organização de uma linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade.

Um estudo realizado por Moreira et al (2017), com objetivo de analisar a avaliação das equipes de saúde da família quanto aos itens educação permanente e qualificação profissional para Atenção Básica, observou-se que 18,7% das equipes atingiram nota máxima na avaliação sobre a “formação complementar para o trabalho na APS” e, 25,3% das equipes atingiram nota 10 (máxima) sobre a “participação de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção à saúde” (MOREIRA et al., 2017).

Outros autores destacam que, embora reconheça a importância da participação em processos de qualificação, participar efetivamente destas atividades ainda é um desafio, como o estudo realizado por Figueiredo et al (2020), que demonstrou que, apesar dos profissionais considerarem importante uma educação permanente, nenhum dos profissionais participou de alguma qualificação tendo obesidade como tema principal (FIGUEIREDO et al., 2020).

A Educação Permanente pode ser descrita por meios de aprendizagem voltados a partir do dia-a-dia dos profissionais e das demandas de saúde pessoais e comunitárias, com potencial de qualificar e organizar os processos de trabalho desenvolvidos na atenção (BRASIL, 2014b).

Refletir sobre como os usuários são únicos e considerar sobre a integração sociocultural de cada um, faz parte de um padrão integral de atendimento a essas pessoas, principalmente as com sobrepeso. Assim, a organização de uma linha de

atenção ao sobrepeso e obesidade visa aprimorar e qualificar o atendimento aos indivíduos com essa doença, de forma integral e longitudinal, em todos os pontos de atendimento (BRASIL, 2014b).

6. CONCLUSÃO

Avaliar o cuidado à pessoa com obesidade na atenção primária, nos municípios de Minas Gerais, possibilitou conhecer quem são os principais profissionais envolvidos no cuidado e quais estratégias foram mais utilizadas no período entre 2017 e 2018.

Em virtude dos fatos mencionados, há evidências de que, apesar da multiprofissionalidade ser preferencialmente o modelo para atendimento/atenção à pessoa com sobrepeso e obesidade, ainda é muito comum o modelo de cuidado centrado na figura do médico e destaca-se o nutricionista como coordenador do cuidado.

Aliás, com os dados do PMAQ-AB foi observado que algumas das estratégias apresentadas têm pouca adesão entre os grupos de municípios, como por exemplo, a qualificação dos profissionais e também a realização de grupos para perda de peso, apresentando obstáculos na qualificação do cuidado.

Ao analisar o cuidado à pessoa com obesidade no âmbito da APS, é possível observar a carência de uma reorganização dos serviços de saúde e qualificação de cuidado a essas pessoas, pois, a discussão em relação às práticas de cuidado voltada às pessoas com obesidade na APS pode favorecer o fortalecimento dos processos de trabalho, assim como, rever a organização da rede de atenção à saúde, com o propósito de melhorias e avanços, principalmente em relação à organização da linha de cuidado.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. DE et al. Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 8, n. 1, p. 114, 31 jan. 2017.

AMANN, V. R.; SANTOS, L. P. DOS; GIGANTE, D. P. Associação entre excesso de peso e obesidade e mortalidade em capitais brasileiras e províncias argentinas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. e00192518, 2019.

ARAÚJO et al. ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA OBESIDADE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. v. 13, 31 mar. 2019.

ARAÚJO, T. A. M. DE et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601–613, 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília., 19 mar. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 12 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.pns.iciet.fiocruz.br/>>. Acesso em: 12 nov. 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>. Acesso em: 14 dez. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação para Atenção Básica. Dados de Saúde/Produção. Departamento de Saúde da Família. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <<https://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2021b.

BORTOLINI, G. A. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 23 abr. 2020.

BURLANDY, L. et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00093419, 2020.

BUSS, P. M. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723–4735, dez. 2020.

CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, fev. 2007.

CANELLA, D. S.; NOVAES, H. M. D.; LEVY, R. B. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2331–2341, nov. 2015.

DURRER SCHUTZ, D. et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. **Obesity Facts**, v. 12, n. 1, p. 40–66, 2019.

FAGUNDES. **A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**, abr. 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13167/1/2013_AndhressaAraujoFagundes.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021

FELIX, L. G.; SOARES, M. J. G. O.; NÓBREGA, M. M. L. DA. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 83–91, fev. 2012.

FIGUEIREDO et al. Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. 30 abr. 2020.

FUENTES L, L.; MUÑOZ, A. A. Efectos de una intervención integral en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en mujeres con sobrepeso u obesidad de la Región de Los Ríos. **Revista médica de Chile**, v. 138, n. 8, ago. 2010.

HUNGER, R. et al. MONITORAMENTO DA AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA NO CONTEXTO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. abr. 2017.

KAHAN, S. I. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 93, n. 3, p. 351–359, mar. 2018.

KRZYSZTOSZEK, J.; LAUDAŃSKA-KRZEMIŃSKA, I.; BRONIKOWSKI, M. Assessment of epidemiological obesity among adults in EU countries. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v. 26, n. 2, p. 341–349, 17 jun. 2019.

LEE, B. Y. et al. A systems approach to obesity. **Nutrition Reviews**, v. 75, n. suppl 1, p. 94–106, jan. 2017.

LEOCÁDIO, P. C. L. et al. The Transition From Undernutrition to Overnutrition Under Adverse Environments and Poverty: The Risk for Chronic Diseases. **Frontiers in Nutrition**, v. 8, p. 676044, 23 abr. 2021.

LERDAL, A. et al. Predictors of physical and mental health in persons with morbid obesity attending a patient education course - a two-year follow-up study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 15, n. 1, p. 103, 15 maio 2017.

LUND, T. B.; SANDØE, P.; LASSEN, J. Attitudes to Publicly Funded Obesity Treatment and Prevention. **Obesity**, v. 19, n. 8, p. 1580–1585, ago. 2011.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. DE; SILVA JUNIOR, J. B. DA. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425–438, dez. 2011.

MENDES. As redes de atenção à saúde.. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6 1. Gestão em saúde 2. Atenção à saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título. **As redes de atenção à saúde.**, 2011.

MOREIRA et al. EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENÇÃO BÁSICA. jan. 2017.

MOURA, A. L. S. DE P.; RECINE, E. Nutritionists and the comprehensive care of overweight individuals in primary care. **Revista de Nutrição**, v. 32, p. e190008, 2019.

OMS; FAO. **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.

PINHEIRO, M. C. et al. Abordagem intersectorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, p. 1, 26 nov. 2019.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 47, n. 6, p. 633–635, dez. 2003.

SILVA. Produção do cuidado em obesidade: cartografando uma unidade básica de saúde / Adriana Mota Gusmão da Silva; orientador Yara Maria de Carvalho -- São Paulo, 2018.119 p..Dissertação (Mestrado Profissional). 2018.

SOEIRO, R. L. et al. Educação em Saúde em Grupo no Tratamento de Obesos Grau III: um Desafio para os Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 681–691, 2019.

TUSSET, D. et al. Programa Academia da Saúde: correlação entre internações por doenças crônicas não transmissíveis e adesão nos municípios brasileiros, 2011-2017.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 5, p. e2019453, 2020.

WHO. **World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.** Disponível em: <<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

WHO. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. **Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais**, p. 119, 2008.

WHO. **Obesity and overweight. Genebra: World Health Organization; 2020.**

Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

WHO EXPERT COMMITTEE (ED.). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee.** Geneva: World Health Organization, 1995.

XU, H. et al. Association of Obesity With Mortality Over 24 Years of Weight History: Findings From the Framingham Heart Study. **JAMA Network Open**, v. 1, n. 7, p. e184587–e184587, 16 nov. 2018.