



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Brandão, Ana Laura; Reis, Erika Cardoso dos; Silva, Cláudia Valéria
Cardim da; Seixas, Cristiane Marques; Casemiro, Juliana Pereira
Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira
Saúde em Debate, vol. 44, núm. 126, 2020, Julho-Setembro, pp. 678-693
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012607>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369097008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira

Structure and adequacy of work processes in the care of obesity in Brazilian Primary Care

Ana Laura Brandão¹, Erika Cardoso dos Reis², Cláudia Valéria Cardim da Silva³, Cristiane Marques Seixas³, Juliana Pereira Casemiro³

DOI: 10.1590/0103-1104202012607

RESUMO Este artigo analisa a disponibilidade de estrutura e adequação do processo de trabalho no cuidado à obesidade na Atenção Básica (AB) no Brasil e regiões. Para tanto, realizou-se um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa a partir dos dados secundários do componente da avaliação externa disponíveis no PMAQ-AB, ciclo 2. A análise de dados partiu de três dimensões: vigilância alimentar e nutricional; coordenação do cuidado e assistência; e ações de promoção e educação em saúde. Os resultados revelam valores elevados no que se refere à disponibilidade de infraestrutura para cuidado à obesidade, embora nenhuma das variáveis atinja 100%. Quanto à adequação de processos de trabalho no cuidado à obesidade, no entanto, identificaram-se proporções mais reduzidas, indicando um desempenho incipiente nas três dimensões. As análises sugerem que o cuidado à obesidade se beneficiou do provimento de recursos para estruturação de Unidades Básicas de Saúde e que sustentar esse investimento na AB é relevante para a manutenção da estrutura e para a qualificação de processos de trabalho. O desenvolvimento de estudos avaliativos nesta temática pode cumprir papel importante para o planejamento de ações.

PALAVRAS-CHAVES Obesidade. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Integralidade em saúde.

ABSTRACT This article analyzes the availability of structure and adequacy of the work process in the care of obesity in Primary Care (PC) in Brazil and regions. To this end, a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out based on secondary data from the external evaluation component available in the NPQAQ-PC, cycle 2. Data analysis started from three dimensions: food and nutritional surveillance; coordination of care and assistance; and health promotion and education actions. The results point to high values regarding the availability of infrastructure to care for obesity, although in none of the variables it reaches 100%. Regarding the adequacy of care work processes to obesity, however, smaller proportions were identified, indicating an incipient performance in the three dimensions. The analysis suggest that obesity care has been benefited from the provision of resources for structuring Basic Health Units and that sustaining this investment in PC is relevant for maintaining the structure and for qualifying work processes. The development of evaluative studies on this theme can play an important role in the planning of actions.

KEYWORDS Obesity. Primary Health Care. Health evaluation. Integrality in health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. alaurabrandao@gmail.com

²Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Espírito Santo (ES), Brasil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A Atenção Básica (AB) é um espaço estratégico para o cuidado da obesidade em função de sua alta capilaridade e maior proximidade dos indivíduos e famílias em seu contexto social, indicando para o seu potencial de enfrentamento da situação epidemiológica por meio da consolidação de um modelo assistencial baseado nas necessidades de saúde da população e na integralidade em saúde^{1,2}.

A atenção integral ao indivíduo com excesso de peso no Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir um conjunto de cuidados que englobe ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, incluindo procedimentos de diagnóstico e tratamento, que devem ser ofertados pela articulação das três esferas de governo e por diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A pactuação da Linha de Cuidado da obesidade exerce papel estratégico, pois tem por função registrar a organização dos serviços, bem como coordenar os fluxos de referência e contrarreferência para o atendimento dos usuários com sobrepeso e obesidade. A construção de rede integrada, resolutiva e humanizada é essencial, cumprindo à AB ocupar o lugar de coordenadora do cuidado³.

Além de organizar o cuidado, cabe à AB as seguintes atribuições na prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na RAS das pessoas com doenças crônicas: acolhimento adequado, Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); ações de prevenção e promoção da saúde; apoio ao autocuidado; e assistência terapêutica multiprofissional aos adultos com sobrepeso e obesidade e aos usuários após cirurgia para tratamento da obesidade⁴.

Ao definir tais atribuições para a AB no cuidado ao sobrepeso e obesidade é necessário, contudo, recordar que existem obstáculos e dificuldades históricas inerentes ao processo de consolidação da AB no Brasil. A organização e gestão de serviços é muito variada nas diversas partes do País e se reconhece que a melhoria dos processos assistenciais e a integração da AB com os demais pontos da RAS são desafios

importantes para a consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁵.

A partir dos anos 2000, elevaram-se os esforços no sentido de avaliar a AB em seus diversos aspectos, empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo Ministério da Saúde (MS) por meio de financiamento, apoio e realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação⁶. Esse investimento na institucionalização da avaliação deve ser entendido como contribuição decisiva e tem como objetivo qualificar a AB, por meio da construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e abrangente em suas várias dimensões da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico⁷.

Com o intuito de monitorar as condições de acesso e de qualidade das unidades e equipes de saúde por meio de políticas indutoras, foi implantado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), conduzido pelo MS em parceria com universidades brasileiras com experiência reconhecida na área de avaliação de políticas públicas de saúde. O Programa inclui o levantamento de informações dos municípios e das equipes de AB participantes por meio de visita da equipe de avaliação externa e certificação⁸. No que tange à avaliação externa, cabe registrar que ela ocorre de acordo com padrões específicos para avaliar infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), processo de trabalho e satisfação dos usuários.

A expansão da AB e das equipes multiprofissionais promove ampliação do acesso à saúde, aspecto relevante para oportunizar o cuidado. Contudo, cabe salientar que o processo de trabalho das equipes e a estrutura das UBS são essenciais para a configuração de um modelo assistencial efetivo, de qualidade, integral e voltado ao planejamento territorial com base nos determinantes de saúde, no quadro demográfico e epidemiológico da população atendida. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo analisar a disponibilidade de estrutura e a adequação dos processos de trabalho no cuidado à obesidade na AB no Brasil e regiões.

Metodologia

Trata-se de estudo de abrangência nacional e com recorte para as regiões do País, caracterizando-se como um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa a partir de dados secundários. A técnica de investigação baseou-se na análise de dados secundários do componente da Avaliação Externa disponíveis no PMAQ-AB, onde foram consideradas informações do ciclo 2 do programa, realizado no período de 2013 a 2014, cujo banco de dados é de livre acesso e está disponibilizado no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS).

A fim de sistematizar análises à luz do cuidado em obesidade, foram considerados

os seguintes documentos de referência para o cuidado da obesidade: Portaria nº 424 de 2013⁹; ‘Manual instrutivo para a organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas’³; Portaria nº 483 de 2014¹⁰, ‘Cadernos de Atenção Básica’ – ‘Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade’¹¹; ‘Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade’¹²; ‘Marco de referência para Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica’¹³.

A partir dessa leitura, foram identificadas dimensões e subdimensões dos processos de trabalho a serem desenvolvidos na AB e aspectos da estrutura das UBS a eles relacionadas, conforme descrição no *quadro 1*.

Quadro 1. Dimensões e subdimensões de análise dos processos de trabalho para o cuidado do sobrepeso e obesidade na Atenção Básica

Dimensões	Subdimensões
1. Vigilância Alimentar e Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de avaliação antropométrica e de consumo alimentar - Análise da situação individual e coletiva e estratificação de risco - Identificação de ações de cuidado individual e coletivo - Acompanhamento de resultados e metas pactuadas
2. Coordenação do cuidado e assistência	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 e 40 kg/m² - Coordenação do cuidado de indivíduos adultos com IMC 30 kg/m² com comorbidades ou IMC acima de 40 kg/m² - Assistência terapêutica multiprofissional aos usuários no pós-operatório de tratamento obesidade
3. Ações de promoção e educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Ações coletivas de apoio ao autocuidado, como consultas compartilhadas, grupos terapêuticos - Articulação intersetorial e atividades em equipamentos sociais do território, como escolas, creches, Centros de Referência em Assistência Social, centros de esporte e lazer, associações de bairro, outros - Promoção de práticas corporais e atividade física.

Fonte: Elaboração própria.

Para definir as variáveis de análise, utilizou-se o instrumento do PMAQ-AB, que é constituído por módulos, sendo que este artigo analisa os dados do Módulo I, composto por observação nas UBS em relação às questões de infraestrutura da UBS; e o Módulo II, que é composto por entrevistas aos profissionais sobre os processos

de trabalho da equipe de AB, saúde bucal e verificação de documentos na UBS.

Selecionaram-se as variáveis relacionadas às ações do cuidado em obesidade a partir das dimensões e subdimensões descritas no *quadro 1*. Após essa etapa, foi realizada análise descritiva por meio de frequência simples das

variáveis selecionadas para cada região do Brasil. Para as análises foram utilizados os *softwares* SPSS 22.0 e no Microsoft Excel® versão 2010.

A análise considerou os conceitos de disponibilidade e adequação. Segundo Penchansky e Thomas¹⁴, disponibilidade é compreendida como o volume e tipo de serviços ofertados pelos serviços de saúde, enquanto adequação refere-se à forma como os processos de trabalho são organizados no âmbito dos serviços de saúde para atender aos usuários.

Para avaliar a disponibilidade, selecionaram-se as variáveis relacionadas aos equipamentos, materiais e insumos previstos como necessários ao cuidado da obesidade nas UBS, utilizando como parâmetro a presença em 100% da variável analisada. Para a perspectiva da adequação dos processos de trabalho, selecionaram-se as variáveis presentes que refletissem o cuidado da obesidade desenvolvidos pelos profissionais das UBS.

Essas variáveis foram analisadas em relação ao que se espera que seja realizado nesse âmbito de atenção, conforme descrito nos documentos nacionais e oficiais sobre o tema. Os resultados e a discussão foram organizados segundo a disponibilidade de estrutura e a adequação dos processos de trabalho desenvolvidos no cuidado à obesidade a partir das três dimensões propostas no *quadro 1*.

Resultado e discussão

Em relação aos dados do Módulo I do PMAQ-AB, destaca-se o registro de 24.501 UBS, embora apenas 24.055 possuam informações disponíveis. Já para o Módulo II, identificaram-se 30.523 unidades registradas, num total de 29.778 com informações. A *tabela 1* apresenta a distribuição de unidades avaliadas nos módulos 1 e 2 do PMAQ-AB por região do Brasil.

Tabela 1. Distribuição das unidades avaliadas nos módulos 1 e 2 do PMAQ-AB segundo região do Brasil, 2013-2014

Região	Módulo 1	Módulo 2
	n (%)	n (%)
Norte	1.690 (7,0)	2.160 (7,3)
Nordeste	9.704 (40,3)	10.768 (36,2)
Centro-Oeste	1.889 (7,9)	2.241 (7,5)
Sudeste	7.165 (29,8)	10.100 (33,9)
Sul	3.607 (15,0)	4.509 (15,1)
Total	24.055 (100,0)	29.778 (100,0)

Fonte: Elaboração própria.

Cabe considerar que em 2014, ano em que os dados do PMAQ-AB foram coletados, a cobertura de AB no Brasil era de 78,4% na região Nordeste; 62,9% na região Sul; 60,7% na região Norte; 58,7% no Centro Oeste; e 49,7% no Sudeste. As regiões que tiveram maior adesão aos Módulos 1 e 2 foram o Nordeste e o Sudeste, justamente aquelas com maior e menor cobertura, respectivamente.

Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

Entende-se como VAN o monitoramento das condições de alimentação e nutrição de uma determinada população. Com relação ao sobrepeso e à obesidade, destaca-se a relevância de as ações de VAN serem contínuas e sistemáticas, de modo a permitir identificação dos casos, estratificação

de risco e organização da oferta de cuidado. Sua execução deve estar associada às demandas espontâneas e programadas das UBS^{11,13}.

A disponibilidade de equipamentos e materiais, assim como a existência de rotinas com

distribuição de responsabilidades pela execução das ações de VAN, impacta de maneira importante nos processos de trabalho envolvidos no cuidado. Os dados referentes a essa dimensão são apresentados na *tabela 2*.

Tabela 2. Disponibilidade de estrutura e adequação dos processos de trabalho, conforme a dimensão de Vigilância Alimentar e Nutricional, realizados por Equipes de Atenção Básicas relacionadas à obesidade, segundo variáveis dos módulos 1 e 2 do PMAQ-AB das grandes regiões do Brasil, 2013-2014

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Balança antropométrica de 150 kg (n=24055)						
Sim	1422 (84,1)	8572 (88,3)	1514 (80,1)	5747 (80,2)	2807 (77,8)	20062 (83,4)
Não	268 (15,9)	1132 (11,7)	375 (19,9)	1418 (19,8)	800 (22,2)	3993 (16,6)
Quanto em condições de uso? (n=20062)						
Nenhuma	20 (1,4)	113 (1,3)	16 (1,0)	52 (0,9)	18 (0,7)	219 (1,1)
1 a 5	1394 (98,0)	8387 (97,8)	1474 (97,4)	5250 (91,4)	2732 (97,3)	19237 (95,9)
6 ou mais	8 (0,6)	72 (0,9)	24 (1,6)	445 (7,7)	57 (9,4)	606 (3,0)
Balança antropométrica de 200 kg (n=24055)						
Sim	235 (13,9)	1228 (12,7)	495 (26,2)	2332 (32,5)	1278 (35,4)	5568 (23,1)
Não	1455 (86,1)	8476 (87,3)	1394 (73,8)	4833 (67,5)	2329 (64,6)	18487 (76,9)
Quanto em condições de uso? (n=5568)						
Nenhuma	4 (1,7)	29 (2,4)	9 (1,8)	41 (1,8)	23 (1,8)	106 (1,9)
1 a 5	229 (97,4)	1169 (95,2)	484 (97,8)	2180 (93,4)	1236 (96,7)	5298 (95,2)
6 ou mais	2 (0,9)	30 (2,5)	2 (0,4)	111 (4,8)	19 (1,5)	164 (2,9)
Balança infantil (n=24055)						
Sim	1394 (82,5)	8768 (90,4)	1747 (92,5)	6927 (96,7)	3515 (97,4)	22351 (92,9)
Não	296 (17,5)	936 (9,6)	142 (7,5)	238 (3,3)	2,6	1704 (7,1)
Quanto em condições de uso? (n=22351)						
Nenhuma	41 (2,9)	121 (1,4)	31 (1,8)	43 (0,6)	8 (0,2)	244 (1,1)
1 a 5	1346 (96,6)	8611 (98,2)	1695 (97,0)	6502 (93,9)	3460 (98,4)	21614 (96,7)
6 ou mais	7 (0,5)	36 (0,4)	21 (1,2)	382 (5,5)	47 (1,4)	493 (2,2)
Régua antropométrica (n=24055)						
Sim	1177 (69,6)	8266 (85,2)	1626 (86,1)	6852 (95,6)	3471 (96,2)	21392 (88,9)
Não	513 (30,4)	1438 (14,8)	263 (13,9)	313 (4,4)	136 (3,8)	2663 (11,1)
Quanto em condições de uso? (n=21392)						
Nenhuma	5 (0,4)	60 (0,7)	17 (1,0)	28 (0,4)	4 (0,1)	114 (0,5)
1 a 5	1164 (98,9)	8130 (98,4)	1593 (98,0)	6396 (93,3)	3413 (98,3)	20696 (96,8)
6 ou mais	8 (0,7)	76 (0,9)	16 (1,0)	428 (6,3)	54 (1,6)	582 (2,7)
Fita métrica (n=24055)						
Sempre disponíveis	1591 (94,1)	9364 (96,5)	1806 (95,6)	6917 (96,5)	3554 (98,5)	23232 (96,6)
Às vezes disponível	53 (3,1)	169 (1,7)	43 (2,3)	123 (1,7)	20 (0,6)	408 (1,7)
Nunca disponíveis	46 (2,7)	171 (1,8)	40 (2,1)	125 (1,8)	33 (0,9)	415 (1,7)
Não se aplica	-	-	-	-	-	-

Disponibilidade

Tabela 2. (cont.)

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
A equipe possui o registro do seu território das pessoas com obesidade (n=29778)						
Sim	412 (9,1)	3921 (36,4)	594 (26,5)	4274 (42,3)	1631 (36,2)	10832 (36,4)
Não	1748 (80,9)	6847 (63,6)	1647 (73,5)	5826 (57,7)	2878 (63,8)	18946 (63,6)
A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários: (n=29778)						
Das crianças menores de dois anos de idade (n=29778)						
Sim	2021 (93,6)	10428 (96,8)	2107 (94,0)	9708 (96,1)	4304 (95,5)	28568 (95,9)
Não	139 (6,4)	340 (3,2)	134 (6,0)	392 (3,9)	205 (4,5)	1210 (4,1)
Das crianças menores de dez anos (n=29778)						
Sim	1703 (78,8)	77719 (71,7)	1737 (77,5)	8055 (79,8)	3291 (73,0)	22505 (75,6)
Não	457 (21,2)	3049 (28,3)	504 (22,5)	2045 (20,2)	1218 (27,0)	7273 (27,4)
Das gestantes (n=29778)						
Sim	2076 (96,1)	10504 (97,5)	2137 (95,4)	9593 (95,0)	4244 (94,1)	28554 (95,9)
Não	84 (3,9)	264 (2,5)	104 (4,6)	507 (5,0)	265 (5,9)	1224 (4,1)
Dos adultos com hipertensão e diabetes (n=29778)						
Sim	2025 (93,8)	10192 (94,7)	2020 (90,1)	9009 (89,2)	3798 (84,2)	27044 (90,8)
Não	135 (6,3)	576 (5,3)	22 (9,9)	1091 (10,8)	711 (15,8)	2734 (9,2)
Dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde (n=29778)						
Sim	1801 (83,4)	6865 (63,8)	1699 (75,8)	6854 (68,4)	3332 (73,9)	20551 (69,0)
Não	359 (16,6)	3903 (36,2)	542 (24,2)	3246 (32,1)	1177 (26,1)	9227 (31,0)
Outros (n=29778)						
Sim	339 (15,7)	2062 (19,1)	400 (17,8)	1738 (17,2)	903 (20,0)	5442 (18,3)
Não	1821 (84,3)	8706 (80,9)	1841 (82,2)	8362 (82,8)	3606 (80,0)	24336 (81,7)
Não realiza (n=29778)						
Sim	43 (2,0)	78 (0,7)	39 (1,7)	105 (1,0)	54 (1,2)	319 (1,1)
Não	2117 (98,0)	10690 (99,3)	2202 (98,3)	9995 (99,0)	4455 (98,8)	29459 (98,9)
A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros (n=29778)						
Sim	2121 (98,2)	10583 (98,3)	2178 (97,2)	9928 (98,3)	4434 (98,3)	29244 (98,2)
Não	39 (1,8)	185 (1,7)	63 (2,8)	172 (1,7)	75 (1,7)	534 (1,8)
A equipe realiza avaliação nutricional (n=29778)						
Sim	1255 (58,1)	8031 (74,6)	1474 (58,8)	5561 (55,1)	2777 (61,6)	19098 (64,1)
Não	524 (24,3)	1662 (15,4)	410 (18,3)	2391 (23,7)	989 (21,9)	5976 (20,1)
Não se aplica	381 (17,6)	1075 (10,0)	357 (15,9)	2148 (21,3)	743 (16,5)	4704 (15,8)

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à disponibilidade, foram identificadas nove variáveis no PMAQ-AB relacionadas à avaliação da VAN no cuidado à obesidade. Dentre elas, destaca-se a presença de balanças de três tipos: infantil, com capacidade até 150kg e até 200 kg. Nesse item, nenhuma região apresentou 100% de disponibilidade.

Destaca-se, contudo, que, com relação à balança infantil, registra-se sua existência em 92,9% das UBS respondentes, com destaque

para a região Sul, que chega a 97,4%. Em contrapartida, a existência de régua antropométrica, equipamento também essencial ao diagnóstico nutricional na infância, foi registrada em apenas 88,9% das Unidades, com destaque para a região Norte, que não possui o instrumento em 30,4% de suas Unidades.

A priorização do público infantil no período inicial de proposição das ações de VAN no Brasil (década de 1970) e a posterior vinculação

de suas ações a programas assistenciais, como o programa Leite é Saúde (na década de 1990)¹⁵, podem, em parte, explicar a elevada disponibilidade desse tipo de balança em UBS. Historicamente, as crianças foram priorizadas pelas ações de VAN pelo perfil de vulnerabilidades em saúde, a elevada prevalência da desnutrição infantil e a identificação de sua correlação com doenças evitáveis.

Nascimento e colaboradores¹⁵, avaliando a cobertura do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), confirmaram a predominância de informações para o público materno-infantil em detrimento das outras faixas etárias. Destacam que tal perfil de cobertura poderia ser considerado consonante em contextos de altas prevalências de desnutrição infantil, mas é incoerente com o atual cenário de aumento da obesidade, sobretudo entre adolescentes e adultos.

As balanças para 150 kg estão presentes em 83,4% das UBS brasileiras, sendo que no Nordeste chega a 88,3%. Já no caso das balanças antropométricas de 200 kg, os dados para o Brasil correspondem a 23,1%, com destaque para a região sul, com 35,4% das Unidades.

É preocupante a baixa presença de balança de 200 kg, uma vez que esse equipamento é listado dentre os aspectos de infraestrutura das UBS necessários ao apoio diagnóstico e terapêutico da obesidade³. Ainda que se possa considerar o fato que, na organização da RAS, existam outros pontos responsáveis pelo atendimento a esses usuários e que as características locais da rede possam influenciar na avaliação sobre os impactos dessa baixa disponibilidade, cabe frisar que a mudança de perfil epidemiológico impõe a necessidade do equipamento nas atividades de diagnóstico e classificação de risco na AB. Completando este panorama, observa-se que a fita métrica, utilizada para as medições de circunferências, possui alta disponibilidade em todas as regiões.

Importante ressaltar que as condições de manutenção e uso são semelhantes para todos os itens avaliados, revelando que a quase totalidade dos equipamentos existentes nas UBS

estavam em condições de utilização. Destaca-se este como um ponto relevante para o monitoramento contínuo, uma vez que o desgaste pelo uso é previsível no caso dos itens listados. Ressalta-se, assim, que a necessidade de reposição e manutenção devem ser previstos de forma continuada no orçamento da AB.

Desse ponto de vista, o MS, sobretudo entre 2006 e 2011, tem se dedicado a normatizar a questão da estrutura física, equipamentos e insumos necessários para o desenvolvimento das ações no âmbito da AB no território nacional. Dentre tais normativas estão: a PNAB (2006), que ressaltou os aspectos estruturais das unidades de saúde, assim como itens necessários à realização das ações de AB, e definiu uma lista de equipamentos e materiais adequados para a AB de qualidade¹⁶; o 'Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde' de 2008, que orienta profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para o bom funcionamento das unidades básicas¹⁷; a Portaria nº 2.226 de 2009, que instituiu o Plano Nacional de Implantação de UBS para Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁸, e, em 2011, o Programa de Requalificação das UBS, que propõe a estrutura física adequada para o funcionamento das UBS e desenvolvimento das ações, além de criar incentivo financeiro para esse fim¹⁹.

No tocante à adequação, os dados permitem destacar que ainda são muitos os desafios relacionados aos processos de trabalho da VAN. O registro da obesidade nos territórios é realizado por apenas 36,4% das equipes no Brasil, e na região Norte apenas é realizado por 9,1% das equipes.

Semelhante à tendência encontrada para a disponibilidade de equipamentos, a realização de mensuração de peso e altura ocorre nas faixas etárias tradicionalmente acompanhadas no programa Saúde da Mulher e da Criança, e que, justamente, também estão atrelados a outros programas nacionais, como ao Programa Bolsa Família (PBF) e ao Sisvan. A mensuração de crianças menores de dois anos e gestantes apresentam valores iguais

(95,9%) no Brasil e sem diferenças importantes entre as regiões. No caso da mensuração de peso e altura de hipertensos e diabéticos também observa-se alta realização (90,8% no Brasil), podendo estar associada às atividades do Hiperdia, programa nacional que destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial ou diabetes mellitus atendidos^{20,21}. Nas demais faixas etárias, a realização dessa atividade é bem menor do que nos casos citados anteriormente.

O registro dos dados de peso e altura apresentou 98,2% de realização por parte das Unidades no País. Nessa pergunta, é considerado o registro em prontuário, sistemas de informação, caderneta ou 'outros', o que dificulta a análise adequada. Dessa forma, a formulação da pergunta não deixa claro se o registro para fins de avaliação individual e para inclusão em sistemas de informação, por exemplo, é feito de forma simultânea para todos os atendimentos. Cabe ressaltar que, do ponto de vista do cuidado à obesidade, a simultaneidade do registro é muito relevante, porque indica a preocupação com os processos de VAN, apoio à gestão e coordenação do cuidado e de apoio ao autocuidado.

O aumento da cobertura da VAN tem relação com a maior aplicação financeira em

equipamentos, materiais, estrutura das unidades, dinamização dos sistemas informatizados, capacitações em todas as fases do ciclo de gestão e produção do cuidado¹⁵.

Em 2011, por meio da Portaria nº 2975, foi instituído apoio financeiro para aquisição de equipamentos antropométricos e, assim, estruturar a VAN nos municípios²². O foco dos investimentos foram os polos de Academia da Saúde e UBS com Equipes de Atenção Básica (EAB) com adesão ao PMAQ-AB, cujos dados revelam que, de forma geral, as equipes possuem equipamentos básicos para avaliação antropométrica. Por outro lado, permanecem os desafios relacionados aos processos de trabalho.

Chama a atenção o fato de os dados serem registrados, em sua maioria, e não serem avaliados. A avaliação nutricional é realizada apenas por 64,1% das equipes no Brasil. Essa atividade é essencial para realização de diagnóstico de obesidade e coordenação do cuidado.

Destaca-se, ainda, que, ao contrário da avaliação antropométrica, a avaliação de consumo alimentar tem menor tradição nos serviços de saúde. Os formulários de marcadores de consumo alimentar, destinados ao uso cotidiano nas UBS, passaram a ser disponibilizado a partir de 2008²³. Nenhuma das atividades do PMAQ-AB trata do componente alimentar da VAN.

Ressalta-se que 319 unidades no País (1,1%) não realizam nenhum tipo de mensuração de peso e altura, assim como há 3993 (16,6%) Unidades que não possuem balança de 150 kg e 18487 (76,9%) Unidades que não possuem balança de 200 kg. Dentre as unidades que possuem essas balanças, 1,1% e 1,9% respectivamente, encontram-se sem balanças em condições de uso no Brasil. A região Nordeste foi a que apresentou maior proporção de Unidades sem balança em condições de uso.

Dados dos diagnósticos individuais e coletivos de VAN devem subsidiar ações que deem consequência prática por um lado às ações de assistência terapêuticas exigidas para cada caso e por outro à tomada de decisão sobre as intervenções no território e na comunidade, envolvendo as articulações intersetoriais e ações de promoção e educação em saúde¹². Desse ponto de vista, a dimensão da VAN está intrinsecamente associada aos debates das duas dimensões de análise abordadas nos tópicos seguintes: coordenação do cuidado e assistência e ações de promoção e educação em saúde.

Coordenação do cuidado e assistência

A coordenação do cuidado é um atributo essencial da AB e uma das diretrizes da PNAB, e sua efetivação representa um desafio estratégico para a consolidação da integralidade

do cuidado. Coordenar o cuidado pressupõe organizar e acompanhar o caminho do usuário na RAS e implica capacidade resolutiva,

comunicativa e de responsabilização da EAB²⁴. Os dados referentes a esta dimensão estão apresentados na *tabela 3*.

Tabela 3. Disponibilidade de estrutura e adequação dos processos de trabalho de acordo com a dimensão de coordenação do cuidado e assistência terapêutica multiprofissional realizadas por Equipes de Atenção Básicas relacionadas à obesidade, segundo variáveis dos módulos 1 e 2 do PMAQ-AB das grandes regiões do Brasil, 2013-2014

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aparelho de pressão adulto (n=24055)						
Sim	1667 (98,6)	9615 (99,1)	1870 (99,0)	7121 (99,4)	3599 (99,8)	23872 (99,2)
Não	23 (1,4)	89 (0,9)	19 (1,0)	44 (0,6)	8 (0,2)	183 (0,8)
Quanto em condições de uso? (n=23872)						
Nenhuma	10 (0,6)	47 (0,5)	13 (0,7)	12 (0,2)	3 (0,1)	85 (0,4)
1 a 5	1577 (94,6)	9300 (96,7)	1734 (92,7)	5655 (79,4)	2895 (80,4)	21161 (88,6)
6 ou mais	80 (4,8)	268 (2,8)	123 (6,6)	1454 (20,4)	701 (19,5)	2626 (11,0)
Glicosímetro (n=24055)						
Sim	1504 (89,0)	9306 (95,9)	1811 (95,9)	6950 (97,0)	3533 (97,9)	23104 (96,0)
Não	186 (11,0)	398 (4,1)	78 (4,1)	215 (3,0)	74 (2,1)	951 (4,0)
Quanto em condições de uso? (n=23104)						
Nenhum	18 (1,2)	80 (0,9)	6 (0,3)	12 (0,2)	1 (0,0)	117 (0,5)
1 a 5	1471 (97,8)	9134 (98,1)	1768 (97,6)	6523 (94,0)	3368 (95,3)	22264 (96,4)
6 ou mais	15 (1,0)	92 (1,0)	37 (2,1)	415 (6,0)	164 (4,7)	723 (3,1)
Tiras reagentes de medida de glicemia capilar (n=24055)						
Sempre disponíveis	1317 (77,9)	8621 (88,8)	1688 (89,5)	6552 (91,4)	3506 (97,2)	21684 (90,1)
Às vezes disponível	222 (13,1)	716 (7,4)	175 (9,3)	385 (5,4)	69 (1,9)	1567 (6,5)
Nunca disponíveis	151 (8,9)	367 (3,8)	26 (1,4)	228 (3,2)	32 (0,9)	804 (3,4)
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde						
Creatinina (n=29778)						
Sim	2028 (93,8)	10456 (97,1)	2139 (95,4)	9965 (98,7)	4452 (98,7)	29037 (97,5)
Não	135 (6,3)	312 (2,9)	102 (4,6)	135 (1,3)	57 (1,3)	741 (2,5)
Perfil lipídico (n=29778)						
Sim	1771 (82,0)	9566 (88,8)	2050 (91,5)	9766 (96,7)	4334 (96,1)	27487 (92,3)
Não	389 (18,0)	1202 (11,2)	191 (8,5)	334 (3,3)	175 (3,9)	2291 (7,7)
Hemoglobina glicosilada (n=29778)						
Sim	1732 (80,2)	9712 (90,2)	1902 (84,9)	9757 (96,6)	4316 (95,7)	27419 (92,1)
Não	428 (19,8)	1056 (9,8)	339 (15,1)	343 (3,4)	193 (4,3)	2359 (7,9)
Para quais grupos a equipe oferta ações. Obesidade (n=29778)						
Sim	916 (42,4)	6444 (59,8)	1125 (50,2)	6125 (60,6)	2400 (53,2)	17010 (57,1)
Não	1244 (57,6)	4324 (40,2)	1116 (49,8)	3975 (39,4)	2109 (46,8)	12768 (42,9)
A equipe programa oferta de consultas para quais situações. Obesidade (n=29778)						
Sim	819 (37,9)	4670 (43,4)	1002 (44,7)	5238 (51,9)	2053 (45,5)	13782 (46,3)
Não	1341 (62,1)	6098 (56,6)	1239 (55,3)	4862 (48,1)	2456 (54,5)	15996 (53,7)

Tabela 3. (cont.)

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado e para quais situações. Obesidade (n=29778)						
Sim	530 (24,5)	3833 (35,6)	667 (29,8)	4069 (40,3)	1579 (35,0)	10678 (35,9)
Não	1630 (75,5)	6935 (64,4)	1574 (70,2)	6031 (59,7)	2930 (65,0)	19100 (64,1)
A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. Obesidade (n=29778)						
Sim	526 (24,4)	3793 (35,2)	737 (32,9)	4634 (45,9)	1918 (42,5)	11608 (39,0)
Não	1634 (75,6)	6975 (64,8)	1504 (67,1)	5466 (54,1)	2591 (57,5)	18170 (61,0)
Após a identificação de usuário adulto com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²), quais condutas a equipe realiza. (n=29778)						
Organiza consultas de acompanhamento deste usuário na UBS (n=29778)						
Sim	905 (41,9)	5831 (54,2)	987 (44,0)	6643 (65,8)	2775 (61,5)	17141 (57,6)
Não	1255 (58,1)	4937 (45,8)	1254 (56,0)	3457 (34,2)	1734 (38,5)	12637 (42,4)
Convida usuário para participação em atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física (n=29778)						
Sim	716 (33,1)	5492 (51,0)	1016 (45,3)	6744 (66,8)	2502 (55,5)	16470 (55,3)
Não	1444 (66,9)	5276 (49,0)	1225 (54,7)	3356 (33,2)	2007 (44,5)	13308 (44,7)
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento do usuário na UBS (n=29778)						
Sim	825 (38,2)	6920 (64,3)	895 (39,9)	5924 (58,7)	2303 (51,1)	16867 (56,6)
Não	1335 (61,8)	3848 (35,7)	1346 (60,1)	4176 (41,3)	2206 (48,9)	12911 (43,4)
Encaminha para serviço especializado (n=29778)						
Sim	1372 (63,5)	8119 (75,4)	1768 (78,9)	8248 (81,7)	3686 (81,7)	23193 (77,9)
Não	788 (36,5)	2649 (24,6)	473 (21,1)	1852 (18,3)	823 (18,3)	6585 (22,1)
Outro(s)						
Sim	228 (10,6)	1277 (11,9)	255 (11,4)	1162 (11,5)	560 (12,4)	3482 (11,7)
Não	1932 (89,4)	9491 (88,1)	1986 (88,6)	8938 (88,5)	3949 (87,6)	26296 (88,3)
Não realiza nenhuma conduta específica (n=29778)						
Sim	210 (9,7)	304 (2,8)	106 (4,7)	167 (1,7)	139 (3,1)	926 (3,1)
Não	1950 (90,3)	10464 (97,2)	2135 (95,3)	9933 (98,3)	4370 (96,9)	28852 (96,9)

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à disponibilidade de equipamentos e insumos, como aparelho de pressão, glicosímetro, tiras de reagentes de medida de glicemia capilar, a disponibilidade é alta no País, sendo a região Norte a que menos apresenta esses itens mencionados.

No que se refere à disponibilidade de exames solicitados e realizados pela rede, para o âmbito nacional, encontra-se alta porcentagem, chegando próximo ao 100% da oferta desse item (97,5% creatinina, 92,3% perfil lipídico e 92,1% hemoglobina glicosilada). Porém, destaca-se que a pior região, em todos os exames citados, novamente, é a Norte (93,8% creatinina, 82% perfil lipídico e 80,2% hemoglobina glicosilada).

Esses dados revelam que, assim como observado para VAN, a disponibilidade de

equipamentos e insumos encontra-se compatível em grande parte das UBS do País. Mais uma vez, essa elevada disponibilidade de estrutura pode estar relacionada e influenciada pelas condições necessárias para a realização do Hiperdia.

No que concerne aos processos de trabalho relacionados à assistência, quando verificada a oferta de ações para obesidade, observa-se que, no País, cerca de 42,9% das equipes não realizam essas ações, 53,7% das equipes não realizam consultas para obesos e 64,1% não programam a agenda de acordo com classificação de risco para obesidade. Com referência às atividades realizadas, 57,6% das equipes afirmam organizar consultas de acompanhamento dos obesos e 55,3% das equipes convidam os usuários obesos para participar de

atividades coletivas voltadas para alimentação saudável e atividade física.

Levando-se em consideração a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade, assim como a sua associação com o desenvolvimento de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), chama a atenção que tantas equipes registrem a não realização de consultas, a não programação de agenda segundo classificação de risco ou o não encaminhamento para atividades coletivas.

Em relação à coordenação do cuidado, 61,0% das equipes no País não mantém o registro dos usuários obesos encaminhados para outros pontos de atenção, embora 77,9% das equipes relate o encaminhamento dos obesos para serviço especializado. Destaca-se ainda o fato de existirem equipes que não realizam nenhuma conduta para os usuários obesos. Elas representam 3,1% das Unidades do Brasil e 9,7% das Unidades na região Norte.

No que diz respeito à atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), ressalta-se que ele é acionado por apenas 56,6% das equipes no País para apoiar o acompanhamento de usuários obesos. Esse dado é revelador, uma vez que o Nasf tem o objetivo de ampliar o escopo e a resolutividade das ações das equipes da ESF, além de atuar no apoio especializado a elas por meio do compartilhamento das responsabilidades e saberes das diversas áreas do conhecimento envolvidas na complexidade do lidar com situações de vida e saúde da comunidade²⁵.

O conjunto desses dados sugere fragilidade no acompanhamento dos usuários, comprometendo, assim, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, ou seja, identificam-se desafios ainda no que se refere a atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, postulados por Starfield²⁶. As condições de registro por parte das equipes sugerem deficiências na continuidade da assistência, refletindo baixa qualidade das informações, pois os registros dos profissionais de saúde devem ser considerados como ponto-chave para informar acerca do processo, e seu resultado imediato evidencia

a qualidade e resolutividade do atendimento.

Cabe destacar que não foi possível avaliar questões importantes sobre infraestrutura relacionadas ao acolhimento, diagnóstico e terapêutica de usuários obesos que envolve o mobiliário apropriado (macas e cadeiras para mais de 200 kg), bem como a existência de rampas de acesso e portas largas.

Ações de promoção e educação em saúde

Ações de promoção e educação em saúde são consideradas como atribuições compartilhadas por todos os membros das equipes da AB²⁴ e devem ser pautadas não apenas pelo setor saúde, mas compartilhado por outros setores comprometidos com a temática¹². Nesse cenário, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) coloca-se como importante e desafiadora estratégia relacionada à promoção e educação em saúde voltada para a temática do sobrepeso e obesidade¹¹. Com a publicação do 'Marco de Educação Alimentar e Nutricional para as políticas públicas'²⁷, consolidou-se a orientação para a proposição de práticas elaboradas a partir de recursos educacionais problematizadores e ativos, reforçando o caráter transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional da EAN. Essa perspectiva, que vem sendo gradativamente incorporada na AB, é destaque entre os esforços para o reconhecimento da complexidade da relação entre saúde, alimentação e nutrição.

Sobre esse aspecto, tomando essa atribuição da AB no cuidado ao sobrepeso e obesidade, evidencia-se o convite para um olhar atento aos ambientes e territórios em suas potencialidades e fragilidades. Nesse sentido, os documentos oficiais têm destacado a importância da atenção às oportunidades geradas pela existência de equipamentos públicos (creches, escolas, centros de esporte e lazer, associações de moradores), sejam eles governamentais ou não, existentes em cada localidade, e a oportunidades de realização de ações intersetoriais^{12,13}. A *tabela 4* apresenta os dados dessa dimensão.

Tabela 4. Adequação dos processos de trabalho segundo a dimensão de ações de promoção e educação em saúde realizadas por Equipes de Atenção Básicas relacionadas à obesidade, segundo variáveis do módulo 2 do PMAQ-AB das grandes regiões do Brasil, 2013-2014

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Alimentação saudável (n=29778)						
Sim	1533 (71,0)	7967 (74,0)	1633 (72,8)	6756 (66,9)	3001 (66,5)	20890 (70,2)
Não	520 (24,0)	2489 (23,1)	492 (22,0)	2920 (28,9)	1268 (28,1)	7689 (25,8)
Não se aplica	107 (5,0)	312 (2,9)	116 (5,2)	424 (4,2)	240 (5,4)	1199 (4,0)
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas (n=29778)						
Sim	1231 (57,0)	7223 (67,0)	1475 (65,8)	7351 (72,8)	3162 (70,1)	20442 (68,7)
Não	822 (38,0)	3233 (30,0)	650 (29,0)	2325 (23,0)	1107 (24,5)	8137 (27,3)
A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: Práticas corporais (n=29778)						
Sim	597 (27,6)	4028 (37,4)	813 (36,3)	5325 (52,7)	1871 (41,5)	12634 (42,5)
Não	1456 (67,4)	6428 (59,7)	1312 (58,5)	4351 (43,1)	2398 (53,2)	15945 (53,5)
A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: Atividade física (n=29778)						
Sim	1035 (47,9)	6795 (63,1)	1332 (59,4)	7623 (75,5)	2879 (63,8)	19664 (66,1)
Não	1018 (47,1)	3661 (34,0)	793 (35,4)	2053 (20,3)	1390 (30,8)	8915 (29,9)
Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza? Ações de SAN e promoção da alimentação saudável (n=29778)						
Sim	1347 (62,4)	8159 (75,8)	1471 (65,6)	5546 (54,9)	2679 (59,4)	19202 (64,5)
Não	432 (20,0)	1564 (14,2)	413 (18,4)	2406 (23,8)	1087 (24,1)	5872 (19,7)
Não se aplica	381 (17,6)	1075 (10,0)	357 (15,9)	2148 (21,3)	743 (16,5)	4704 (15,8)
Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza? Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas (n=29778)						
Sim	886 (41,0)	5478 (50,9)	996 (44,4)	3687 (36,5)	1731 (38,4)	12778 (42,9)
Não	893 (41,3)	4215 (39,1)	888 (39,6)	4265 (42,2)	2035 (45,1)	12296 (41,3)
Não se aplica	381 (17,6)	1075 (10,0)	357 (15,9)	2148 (21,3)	743 (16,5)	4704 (15,8)

Fonte: Elaboração própria.

Dentre as questões do PMAQ-AB, foram destacadas seis capazes de contribuir com os debates sobre ações de promoção e educação em saúde no cuidado à obesidade. Nas duas questões referentes às ações educativas e promoção da saúde, os itens identificados como relevantes foram ‘alimentação saudável’ e ‘apoio ao autocuidado para doenças crônicas’. Considerando os dados nacionais, registra-se que a resposta foi afirmativa para 70,2% das equipes com relação à ‘alimentação saudável’ e 68,7% para ‘apoio ao autocuidado para doenças crônicas’. A constatação de que cerca de 30% das equipes não aborda tais temas em ações coletivas é preocupante e revela a necessidade de reflexões e investigações que

permitam mapear as barreiras e dificuldades para a efetivação dessas ações, que são preconizadas nos diversos documentos orientadores para atenção aos usuários com sobrepeso e obesidade^{11,12}.

Quanto ao incentivo e desenvolvimento nas UBS ou territórios de ‘práticas corporais’ e ‘atividades física’, a situação piora de forma geral no País: 53,5% e 29,9% das equipes não realizam essas atividades, respectivamente.

Sobre as atividades intersetoriais desenvolvidas por meio da ação ESF e Programa Saúde na Escola (PSE), 19,7% das equipes não realiza atividades de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e 41,3% das equipes não realiza atividades de práticas corporais

e atividade física nas escolas. Ainda que se considere atividades prioritárias, considerando o aumento da obesidade infantil, salienta-se que o PSE não é a única oportunidade de oferecer esse tipo de ação, visto que, por meio de programas como Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e atividades previstas no currículo escolar, já são contempladas atividades com esse objetivo²⁸.

As ações de promoção e educação em saúde aparecem em número reduzido de questões do PMAQ-AB, o que prejudica a análise dessa dimensão. Além disso, os dados apresentados captam os aspectos quantitativos e não os qualitativos, ou seja, permite apenas identificar o percentual de equipes e UBS que afirmam realizar tais ações, não permitindo inferências sobre a forma de realizar – pressupostos, dinâmicas, metodologias, periodicidade etc. Contudo, os dados quantitativos são suficientes para indicar a necessidade de investir em estratégias que apoiem e encorajem a realização de ações coletivas no intuito de qualificar os processos de prevenção e cuidado à obesidade.

Ações coletivas cumprem significativo papel na adesão às recomendações relacionadas a mudanças de hábitos alimentares e práticas de atividade física²⁹⁻³¹, representando espaço propício à troca de experiências, apoio mútuo e compartilhamento de dificuldades, sofrimentos e estratégias relacionados ao cuidado da obesidade e outras DCNT³². Aspectos potentes que relacionam as ações coletivas ao cuidado são preciosos nesse caminho, destacando-se possibilidades de (re)conhecimento de estigmas e preconceitos relacionados à obesidade, bem como o desvelamento das potencialidades e barreiras presentes no território que se relacionam aos processos de prevenção e cuidado.

Considerações finais

Dentre os grandes desafios do SUS, destaca-se a consolidação de uma RAS capaz de dar suporte às políticas e ações engendradas a partir das premissas da universalidade, equidade e

integralidade do cuidado. A análise dos dados do PMAQ-AB demonstra que a disponibilidade de estrutura (equipamentos, materiais e insumos) nas UBS observadas é capaz de sustentar ações de cuidado à obesidade. Esse resultado está relacionado ao histórico de três décadas de dedicação à construção de condições que propiciem a promoção do direito à saúde no Brasil. Destaca-se que as ações que foram reforçadas como política pública por meio de implementação de programas, como o caso do Hipertensão e do Sisvan, impactaram positivamente na garantia da disponibilidade de insumos e equipamentos.

A adequação dos processos de trabalho das ações de cuidado preconizadas por instrumentos técnicos está em descompasso com a disponibilidade de estrutura. Os itens analisados não são capazes de, isoladamente, explicar a baixa adequação dos processos de trabalho. Nesse sentido, uma abordagem aprofundada sobre esse debate deve levar em consideração questões como vínculo empregatício e remuneração dos profissionais de saúde; oportunidades de qualificação dentro e fora dos serviços; conformidade do tamanho das equipes em relação às demandas, entre outros aspectos que podem interferir de forma decisiva nos processos de trabalho e prejudicar a oferta do cuidado como um todo.

A coleta de dados antropométricos realizada na AB pode representar uma importante estratégia tanto no que se refere à prevenção como no tratamento do excesso de peso. Para tanto, é necessária a realização e registro relacionados tanto às ações de diagnóstico nutricional como à oferta dos cuidados individuais (consultas na AB e ou encaminhamentos para outros pontos da RAS) e coletivos (ações de promoção e educação em saúde). Os dados do PMAQ-AB sugerem a necessidade de aprimorar os processos de trabalho no sentido de qualificar a atuação das equipes no que se refere à coordenação e garantia de longitudinalidade do cuidado integral aos indivíduos com sobrepeso e obesidade.

Não foram encontrados na literatura outros estudos de abrangência nacional com análise da disponibilidade de estrutura e adequação do processo de trabalho no cuidado à obesidade na AB. Embora haja um limite explicativo para análises realizadas exclusivamente por meio de dados secundários, é importante ressaltar, porém, que os dados deste estudo podem orientar e subsidiar novas pesquisas e estudos avaliativos, a fim de direcionar o planejamento dos gestores para a organização dos serviços e ações de alimentação e nutrição, em especial ao cuidado à obesidade. Propiciam, também, subsídios para a discussão de ações de educação permanente dos profissionais já inseridos no âmbito da AB, além da discussão da formação dos futuros profissionais.

Colaboradoras

Brandão AL (0000-0002-7148-2268)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Reis EC (0000-0003-4459-9345)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Silva CVC (0000-0003-4939-5106)* contribuiu para a análise e a interpretação dos dados. Seixas CM (0000-0003-2630-9746)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo. Casemiro JP (0000-0001-6940-2479)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e a interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol*. [internet]. 2009 [acesso em 2019 jan 3]; 12(4):688-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2009000400018&script=sci_abstract&tlng=pt.
2. Jaime PC, Silva AC, Gentil PC, et al. Brazilian obesity prevention and control initiatives. *Obesity Reviews* [internet]. 2013 [acesso em 2018 dez 11]; 14(S2):88-9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/obr.12101>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo – Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: MS; 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 19 Feb 2013.
5. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia de Saúde da Família na rede de

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ- AB. Saúde debate [internet]. 2014 [acesso em 2018 jan 2]; 38(esp):13-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600013&script=sci_abstract&tlng=pt.
6. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008 [acesso em 2018 fev 13]; 24(8):1727-1742. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002.
 7. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant [internet]. 2004 [acesso em 2018 mar 23]; 4(3):317-321. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Diário Oficial da União. 19 Jul 2011.
 9. 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. Diário Oficial da União. 19 Mar 2013.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 01 de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. 1 Abr 2014.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: MS; 2014. (Cadernos de Atenção Básica. n. 38).
 12. Brasil. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação saudável para a população brasileira. Brasília, DF: CAISAN; 2014.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de Referência para Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2015.
 14. Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care. 1981; (19):127-140.
 15. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. Cad. Saúde Pública [internet]. 2017 [acesso em 2018 dez 2]; 33(12):e00161516. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00161516.pdf>.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2006.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2008.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União. 18 Set 2009.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. Brasília, DF: MS; 2011.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: MS; 2013.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: MS; 2013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Apoiar financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. Diário Oficial da União. 15 Dez 2011.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2015.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. 24 Jan 2008.
26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
27. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; 2012.
28. Henriques P, O'Dwyer G, Dias PC, et al. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 2]; (25):4143-4152. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n12/en_1413-8123-csc-23-12-4143.pdf.
29. Bernardes MS, Arín-Léon L. Group-based food and nutritional education for the treatment of obesity in adult women using the family health strategy. Rev. Nutr [internet]. 2018 [acesso em 2019 fev 8]; 31(1):59-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v31n1/1415-5273-rn-31-1-0059.pdf>.
30. Abravanel F, Socha TC, Sell IM, et al. Eficácia de um programa de educação nutricional em grupo como estratégia para controle do sobrepeso e obesidade. Demetra [internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 22]; 12(4):953-963. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/28677/22861>.
31. Deus RM, Mingoti AS, Jaime PC, et al. Impacto de intervenção nutricional sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa academia da saúde. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 12]; 20(6):1937-1946. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1937.pdf>.
32. Torres HC, Souza ER, Lima MHM, et al. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 8]; 24(4):514-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a11v24n4.pdf>.

Recebido em 16/08/2019

Aprovado em 31/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve