

Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde do Paraná

Structure and work process for food and nutrition actions in Primary Health Care in Paraná

Eslen Giovana da Silva Cordeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2507-3420> Nutricionista. Mestre em Biociências e Saúde. Universidade Estadual do Oeste do Paraná Unioeste, Cascavel, Paraná, Brasil.

E-mail: eslen.cordeiro@escola.pr.gov.br

Patricia Maria de Oliveira Machado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8630-8318> Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Docente no departamento de Saúde Pública e no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: patriciamomachado@gmail.com

Rafaela Souza Petrolini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1992-8189> Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: rafaelameottisouza@gmail.com

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar a estrutura e o processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde do estado do Paraná. Trata-se de um estudo analítico e descritivo, baseado em dados secundários do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram analisadas variáveis do Instrumento de Avaliação Externa relativas à estrutura e o processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição. Foram consideradas adequadas, as unidades de saúde e equipes que apresentaram pelo menos 80% dos itens analisados. Das unidades de saúde analisadas, 40,7% apresentaram adequação de estrutura. Em relação ao processo de trabalho, 47% das equipes de atenção Básica e 34,5% das equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) apresentaram adequação. Os resultados evidenciam a importância do fomento às ações de alimentação e nutrição, maior investimento em estrutura e capacitação do processo de trabalho das equipes, garantindo adequada atenção nutricional à população. **DESCRIPTORES:** Nutrição em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the structure and work process for food and nutrition actions in Primary Health Care in the state of Paraná. This is an analytical and descriptive study based on secondary data from the 3rd cycle of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). Variables from the External Assessment Instrument related to the structure and work process for food and nutrition actions were analyzed. Health units and teams that presented at least 80% of the items analyzed were considered suitable. Of the health units analyzed, 40.7% presented adequate structure. Regarding the work process, 47% of the Primary Care teams and 34.5% of the Expanded Family Health and Primary Care Center (NASF-AB) teams presented adequate work. The results show the importance of promoting food and nutrition actions, with greater investment in structure and training to adapt the work process of the teams, ensuring adequate nutritional care to the population.

DESCRIPTORS: Nutrition in Public Health. Primary Health Care. Health Evaluation.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o envelhecimento populacional, a urbanização e as transformações sociais e econômicas modificaram os condicionantes de saúde, especialmente no que se refere à alimentação e nutrição dos brasileiros^{1,2}. As alterações no estilo de vida, caracterizadas pela redução da prática de atividade física e pela modificação no padrão alimentar, envolvem o aumento do consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras, e a redução do consumo de frutas, verduras e legumes^{1,2}.

Nesse contexto, as transformações do padrão alimentar da população brasileira ganharam centralidade, devido a sua associação com a elevada incidência de problemas de saúde. O cuidado com a alimentação e a nutrição é considerado requisito básico para a promoção e proteção da saúde, além de apresentar papel importante no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, o que torna as ações relacionadas a essa temática fundamentais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)^{3,4}.

A oferta das ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS deve ser baseada no reconhecimento das principais demandas de saúde existentes nos territórios, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como local privilegiado de atuação. Para que ocorra esse reconhecimento, é fundamental garantir as condições adequadas, além da disponibilização de instrumentos e sistemas de informação que apoiem as equipes de saúde na organização das ações, assegurando a integralidade do cuidado e a intersetorialidade^{5,6}.

Além disso, é importante que os serviços de saúde passem por um processo contínuo de avaliação, com a participação dos profissionais envolvidos, de modo que os resultados obtidos permitam a mudança no processo de trabalho destes e propiciem a melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de saúde⁷. Esse processo de trabalho em saúde é dependente da relação entre os sujeitos, compreendendo-se que um sujeito isolado é incapaz de executar as ações em saúde que se desenvolvem no espaço partilhado com o usuário⁸.

Em relação à avaliação em saúde, o Ministério da Saúde (MS) adotou iniciativas indutoras, nos últimos anos, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Desenvolvido entre 2011 a 2019, o programa buscou promover mudanças organizacionais que garantissem maior qualidade e ampliação do acesso aos serviços de saúde. O PMAQ esteve

vinculado a um processo avaliativo com certificação em todos os estados do país, contribuindo para a identificação das necessidades e implementação de melhorias de forma assertiva^{7,9}.

A literatura apresenta estudos que avaliaram as ações de alimentação e nutrição na APS no Brasil com base em dados do PMAQ, evidenciando ampliação progressiva da organização do cuidado à obesidade, com maior oferta de acompanhamento, ações coletivas e apoio matricial ao longo dos ciclos avaliados¹⁰. Entretanto, persiste baixa adequação da estrutura disponível para o desenvolvimento dessas ações nas unidades básicas de saúde (UBS), sendo os melhores resultados encontrados na região Sul do país, em municípios de grande porte populacional, com equipe multiprofissional e apoio do nutricionista¹¹.

Apesar do avanço das análises nacionais sobre alimentação e nutrição na APS, ainda são escassos estudos que analisem as particularidades em nível estadual. O Paraná configura um recorte relevante, pois apresenta ampliação da vigilância alimentar e nutricional, com crescimento expressivo da avaliação do estado nutricional ao longo dos anos e maior capacidade de monitoramento populacional. Entretanto, observa-se baixa adesão ao registro de marcadores de consumo alimentar e elevada prevalência de excesso de peso em todas as faixas etárias¹². Assim, permanece pouco compreendido como a organização da APS se relaciona com a oferta dessas ações no contexto estadual

Diante disso, destaca-se a importância da avaliação do processo de trabalho e da estrutura disponível para os profissionais atuantes na APS no estado do Paraná, para o desenvolvimento de ações voltadas à temática da alimentação e nutrição, possibilitando identificar desigualdades internas e características estruturais relacionadas à implementação dessas ações.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo caracterizar a estrutura e o processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na APS do estado do Paraná.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico e descritivo, baseado em dados secundários dos municípios do estado do Paraná participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB, relativo ao período de 2017 - 2018. Os dados utilizados no estudo são de domínio público e de acesso irrestrito, disponibilizados no sítio eletrônico da Secretaria de Atenção

Primária à Saúde do MS¹³. Utilizou-se como referência metodológica o estudo desenvolvido por Machado (2018) que analisou as ações de alimentação e nutrição do 2º ciclo do PMAQ-AB¹⁴, adaptando as variáveis disponíveis nos diferentes bancos. O presente estudo seguiu o mesmo percurso metodológico descrito pela autora quanto à seleção, organização e análise das variáveis, diferenciando-se apenas pelo recorte analítico adotado, restrito às unidades e equipes de saúde do estado do Paraná, a partir da mesma base de dados.

O estado do Paraná está localizado na região Sul do Brasil, ocupando a 15ª posição em extensão territorial, 6ª em população e a 5ª em economia, quando comparado aos demais estados brasileiros. Além disso, é formado por 399 municípios que apresentam grandes diferenças econômicas e sociais entre si, demonstrando a heterogeneidade entre os municípios do estado¹⁵.

Quanto às características dos serviços de saúde ofertados no estado, este conta com 399 secretarias municipais de saúde, 22 consórcios intermunicipais e rede de hospitais constituída por instituições públicas e privadas. A Secretaria Estadual de Saúde está organizada em 22 Regionais de Saúde e 4 macrorregiões de saúde, sendo elas Norte (104 municípios), Leste (86 municípios), Oeste (94 municípios) e Noroeste (115 municípios)¹⁶.

Diante disso, foi realizada a distribuição das variáveis nas UBS, equipes de AB/ESF e equipes NASF-AB que participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Paraná. Foram consideradas as variáveis independentes: distribuição dos municípios por macrorregiões do estado (leste, oeste, norte, noroeste), porte populacional (até 10.000 habitantes; de 10.001 a 25.000; de 25.001 a 50.000; e acima de 100.000 habitantes) e por cobertura ESF (<75%; ≥75 e <100%; e ≥100%).

Realizou-se também a distribuição das variáveis de acordo com os estratos municipais de desempenho da gestão em saúde. Essa classificação é realizada a partir da associação das características demográficas (densidade demográfica e taxa de urbanização), capacidade de financiamento (PIB per capita) e poder aquisitivo da população (percentual de extrema pobreza e cobertura de plano de saúde), que somados definem as condições para a gestão do sistema local de saúde em três classes: favorável, regular ou desfavorável. As três classes associadas ao porte populacional dos municípios, classifica-os em 7 estratos¹⁷, sendo eles:

Pequeno desfavorável: municípios com até 25.000 habitantes e influentes desfavoráveis para gestão;

Pequeno regular: municípios com até 25.000 habitantes e influentes regulares para gestão;

Pequeno favorável: municípios com até 25.000 habitantes e influentes favoráveis para gestão;

Médio desfavorável: municípios com 25.000 a 100.000 habitantes e influentes desfavoráveis para gestão;

Médio regular: municípios com 25.000 a 100.000 habitantes e influentes regulares para gestão;

Médio favorável: municípios com 25.000 a 100.000 habitantes e influentes favoráveis para gestão;

Grande: municípios com mais de 100.000 habitantes, independentemente dos influentes.

Para a análise da estrutura e do processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição foram utilizados os módulos I (observação da UBS), II (entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde) e IV (entrevista com profissional do NASF-AB e verificação de documentos na UBS) disponíveis no Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF-AB (Saúde da Família ou Parametrizada)¹⁸. Ressalta-se que, para a realização do estudo, foram selecionadas apenas as questões relacionadas à temática da alimentação e nutrição, disponíveis no instrumento.

Para avaliar a estrutura das UBS foi verificada a disponibilidade de materiais e insumos importantes para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição: aparelhos de pressão adulto em tamanho padrão e com braçadeira para paciente com obesidade; balança antropométrica de 150 e 200 kg; balança pediátrica; régua antropométrica; glicosímetro; trena antropométrica; caderneta de saúde da criança, adolescente, idoso e gestante; fita métrica; insumos como sais de reidratação oral, sulfato ferroso, ácido fólico, palmitato de retinol, cloridrato de piridoxina, hidroxicoalamina e tiamina.

Todas as variáveis utilizadas para verificar a estrutura das UBS foram analisadas de forma dicotômica (sim/não), totalizando 20 itens. As UBS foram consideradas adequadas quando contavam com pelo menos 80% do total de itens analisados.

Quanto ao processo de trabalho para realização de ações de alimentação e nutrição pelas equipes AB/ESF, foram analisados os blocos de questões relacionadas a exames solicitados e ofertados, saúde da criança, atenção ao sobrepeso e obesidade, ações de promoção da saúde e polos de academia da saúde, contemplando 20 variáveis. Considerando que a atuação das equipes AB/ESF pode não contar com polos de academias da saúde em seu território de abrangência, foi atribuído igual valor neste bloco para equipes com ou sem polo de academia da saúde.

Para a análise da adequação do processo de trabalho das equipes NASF-AB foram analisados os blocos de questões relacionados à adequação de pessoal, atenção às DCNT, saúde da criança, atenção nutricional e atenção ao sobrepeso e obesidade, totalizando 28 variáveis.

Todas as variáveis de processo de trabalho avaliadas para as equipes de AB/ESF e NASF-AB foram analisadas de maneira dicotômica (sim/não) e as equipes foram consideradas adequadas para o processo de trabalho quando atingiram adequação em 4 blocos do total de 5, ou seja, pelo menos 80% do total de itens analisados.

Considerando o caráter voluntário da adesão ao PMAQ-AB e o potencial de seleção estratégica de unidades com melhor desempenho pelos gestores municipais, adotou-se como critério de elegibilidade a inclusão apenas de municípios com participação igual ou superior a 70% de suas Unidades Básicas de Saúde e equipes existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Tal decisão metodológica visou reduzir o viés de seleção e garantir maior consistência interna na representação da análise municipal, conforme utilizado em estudos avaliativos publicados anteriormente¹¹.

A adequação da estrutura e do processo de trabalho das equipes de AB/APS e do NASF foram consideradas dicotômicas para análise de associação (inadequada; adequada) como variável dependente. Os dados foram processados em planilha no Microsoft Office Excel® (Microsoft Corp., Estados Unidos), e em seguida transferidos para o software estatístico Stata® 12.0 (Stata Corp, College Station, Estados Unidos). Foram realizadas análises conforme distribuição de frequências absolutas e relativas, acompanhadas do intervalo de confiança de 95%. A estatística analítica, a fim de verificar a associação entre as variáveis dependentes e cada variável independente foi realizada pela análise bivariada por meio do teste qui-quadrado (χ^2) de Fischer. As análises tiveram nível de significância estatística considerando o valor de 5% ($p < 0,05$).

Por utilizar dados secundários, já disponibilizados pelo Ministério da Saúde e por não envolver seres humanos em seu desenvolvimento, o presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Cumpre-se assim a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁹, focada em pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais (CHS), que estabelece em seu artigo 1º as situações específicas onde o uso de dados secundários, anonimizados e de domínio público são dispensados de apreciação ética pelo Sistema CEP/CONEP.

RESULTADOS

Aderiram ao 3º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB no estado do Paraná 1.594 UBS, 2.179 equipes de AB/ESF, 218 equipes NASF-AB e 373 municípios de um total de 399 existentes no estado do Paraná.

A partir dos critérios de exclusão aplicados, a amostra final do estudo contemplou 1.455 UBS, 1.983 equipes de AB/ESF, 203 equipes NASF-AB e o número de municípios variou de acordo com as variáveis analisadas entre 349 (UBS), 351 (equipes AB/ESF) e 176 (equipes NASF-AB).

A tabela 1 mostra a distribuição das UBS e equipes analisadas segundo as variáveis do 3º ciclo do PMAQ-AB. Ao analisar por macrorregião de saúde, observa-se que a região que apresenta o maior número de UBS (32,6%) e equipes AB/ESF (36,8%) participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB e que se encaixaram nos critérios de inclusão do estudo foi a região Leste, enquanto as regiões Oeste e Norte concentram o maior número de equipes NASF-AB (28,1%).

Quanto à distribuição das variáveis por porte populacional, observa-se que os municípios com população superior a 100.000 habitantes foram os que apresentaram maior número de UBS (29%) e equipes AB/ESF (38,2%) participantes do estudo, enquanto os municípios com população inferior a 10.000 habitantes foram o que apresentaram maior número de equipes NASF-AB (44,3%).

Os municípios com cobertura ESF inferior a 75%, foram o que apresentaram maior número de UBS (49,4%) e equipes AB/ESF (55,2%) analisadas no estudo, enquanto o maior número de equipes NASF-AB analisadas (45,3%) foi observado em localidades com maior cobertura ESF, maior ou igual a 100% de cobertura populacional.

Por fim, as UBS e equipes AB/ESF e NASF-AB também foram distribuídas de acordo com o desempenho da gestão em saúde dos municípios. A maior concentração de UBS (29%) e equipes AB/ESF (38,2%) analisadas no estudo encontram-se em municípios classificados como grandes em desempenho da gestão em saúde, enquanto a maior concentração de equipes NASF-AB (41,4%) encontra-se em municípios classificados como pequeno regular no desempenho da gestão em saúde.

Tabela 1. Distribuição das UBS, Equipes de AB/ESF e Equipes NASF analisadas segundo as variáveis de contexto. 3º Ciclo do PMAQ-AB, estado do Paraná, Brasil, 2017-2018.

	UBS	Equipes AB/ESF	Equipes NASF
Variáveis descritivas	n (%)	n (%)	n (%)
Paraná (total)	1.455 (100%)	1.983 (100%)	203 (100%)
Macrorregião de Saúde			
Leste	475 (32,6)	729 (36,8)	41 (20,2)
Oeste	302 (20,8)	413 (20,8)	57 (28,1)
Norte	350 (24,1)	444 (22,4)	57 (28,1)
Noroeste	328 (22,5)	397 (20,0)	48 (23,6)
População			
Até 10.000 habitantes	284 (19,5)	351 (17,7)	90 (44,3)
De 10.001 a 25.000 habitantes	400 (27,5)	454 (22,9)	46 (22,7)
De 25.001 a 50.000 habitantes	349 (24,0)	420 (21,2)	30 (14,8)
Mais de 100.000 habitantes	422 (29,0)	758 (38,2)	37 (18,2)
Cobertura ESF			
<75%	719 (49,4)	1.095 (55,2)	62 (30,5)
≥75 e <100%	315 (21,7)	371 (18,7)	49 (24,2)
≥100%	421 (28,9)	517 (26,1)	92 (45,3)
Estratos municipais para desempenho da gestão em saúde (Calvo et al, 2017)			
Grande	422 (29,0)	758 (38,2)	37 (18,2)
Médio favorável	271 (18,6)	327 (16,5)	23 (11,3)
Médio regular	74 (5,1)	88 (4,4)	6 (3,0)
Médio desfavorável	0	0	0
Pequeno favorável	187 (12,8)	238 (12,0)	36 (17,7)
Pequeno regular	413 (28,4)	469 (23,7)	84 (41,4)
Pequeno desfavorável	88 (6,1)	103 (5,2)	17 (8,4)

Legenda: UBS: Unidade Básica de Saúde; AB: Atenção Básica; ESF: Estratégia de Saúde da Família; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família

Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

A adequação de estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes AB/ESF e NASF-AB para a realização de ações de alimentação e nutrição estão descritas na tabela 2.

Das UBS avaliadas no estado do Paraná, menos da metade (40,7%) apresentaram estrutura adequada para a realização de ações de alimentação e nutrição. A maior concentração de UBS com estrutura adequada é observada na macrorregião Leste (46,7%), em municípios com mais de 100.000 habitantes (56,2%), com cobertura ESF inferior a 75% (48,7%) e com desempenho de gestão em saúde classificado como grande (56,2%).

Quanto ao processo de trabalho das equipes AB/ESF para a realização das ações de alimentação e nutrição, 47% do total de equipes avaliadas no estudo apresentaram adequado processo de trabalho para a realização das ações analisadas. A região Oeste apresentou maior concentração de equipes AB/ESF com processo de trabalho adequado (59,6%), assim como municípios com população superior a 100.000 habitantes (57,1%), com cobertura ESF < 75% (53,2%) e classificados com grande desempenho da gestão em saúde (57,1%).

As equipes NASF-AB do Paraná avaliadas no estudo apresentaram apenas 34,5% de adequação do processo de trabalho para a realização de ações de alimentação e nutrição, sendo observada maior adequação de equipes da macrorregião Leste (51,2%), em municípios com mais de 100.000 habitantes (59,5%), com cobertura ESF < 75% (46,8%) e municípios com grande desempenho da gestão em saúde (59,5%).

Tabela 2. Percentual da adequação de estrutura e adequação do processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica segundo as variáveis de contexto. 3º Ciclo do PMAQ-AB, estado do Paraná, Brasil, 2017-2018.

	Adequação de Estrutura das UBS			Adequação de Processo de Trabalho das Equipes AB/ESF			Adequação de Processo de Trabalho das Equipes NASF		
	n	% (IC95%)	valor-p	n	% (IC95%)	valor-p	n	% (IC95%)	valor-p
Paraná (total)	592	40,7 (38,2; 43,2)		931	47,0 (44,7; 49,1)		70	34,5 (28,2; 41,3)	
Macrorregião de Saúde									
Leste	222	46,7 (42,3; 51,3)	<0,001	368	50,5 (46,8; 54,1)	<0,001	21	51,2 (35,6; 64,3)	0,023
Oeste	133	44,0 (38,5; 49,7)		246	59,6 (54,7; 64,2)		22	38,6 (26,6; 52,1)	
Norte	87	24,8 (20,9; 29,7)		175	39,4 (34,9; 44,1)		13	22,8 (13,5; 35,9)	
Noroeste	150	45,7 (40,4; 51,2)		142	35,8 (31,1; 40,6)		14	29,2 (17,7; 44,0)	
População									
Até 10.000 habitantes	124	43,7 (38,0; 49,5)	<0,001	146	41,6 (36,5; 46,8)	<0,001	26	28,9 (20,3; 39,3)	0,006
De 10.001 a 25.000 habitantes	123	30,7 (26,4; 35,5)		160	35,2 (31,0; 39,8)		13	28,3 (16,8; 43,4)	
De 25.001 a 50.000 habitantes	108	30,9 (26,3; 36,0)		192	45,7 (41,0; 50,5)		9	30,0 (15,7; 49,5)	
Mais de 100.000 habitantes	237	56,2 (51,4; 60,8)		433	57,1 (53,6; 60,6)		22	59,5 (42,4; 74,5)	
Cobertura ESF									
<75%	350	48,7 (45,0; 52,3)	<0,001	583	53,2 (50,3; 56,2)	<0,001	29	46,8 (34,5; 59,5)	0,024
≥75 e <100%	86	27,3 (22,6; 32,5)		140	37,7 (32,9; 42,8)		11	22,4 (12,6; 36,7)	
≥100%	156	37,1 (32,5; 41,8)		208	40,2 (36,1; 44,5)		30	32,6 (26,7; 43,0)	
Estratos municipais para desempenho da gestão em saúde¹⁸									
Grande	237	56,2 (51,4; 60,8)	<0,001	433	57,1 (53,6; 58,0)	<0,001	22	59,5 (42,2; 74,5)	0,007
Médio favorável	93	34,3 (28,9; 40,2)		155	47,4 (42,0; 52,8)		7	30,4 (14,3; 53,3)	
Médio regular	12	16,2 (0,9; 26,7)		35	39,8 (29,9; 50,5)		2	33,3 (4,1; 85,1)	
Pequeno favorável	70	37,4 (30,7; 44,6)		103	43,3 (37,1; 49,7)		13	36,1 (21,7; 53,6)	
Pequeno regular	147	35,6 (31,1; 40,3)		161	34,3 (30,1; 38,8)		19	22,6 (14,8; 33,0)	
Pequeno desfavorável	33	37,5 (27,9; 48,2)		44	42,7 (33,4; 52,6)		7	41,2 (19,2; 67,3)	

Legenda: UBS: Unidade Básica de Saúde; AB: Atenção Básica; ESF: Estratégia de Saúde da Família; IC: Intervalo de Confiança; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família

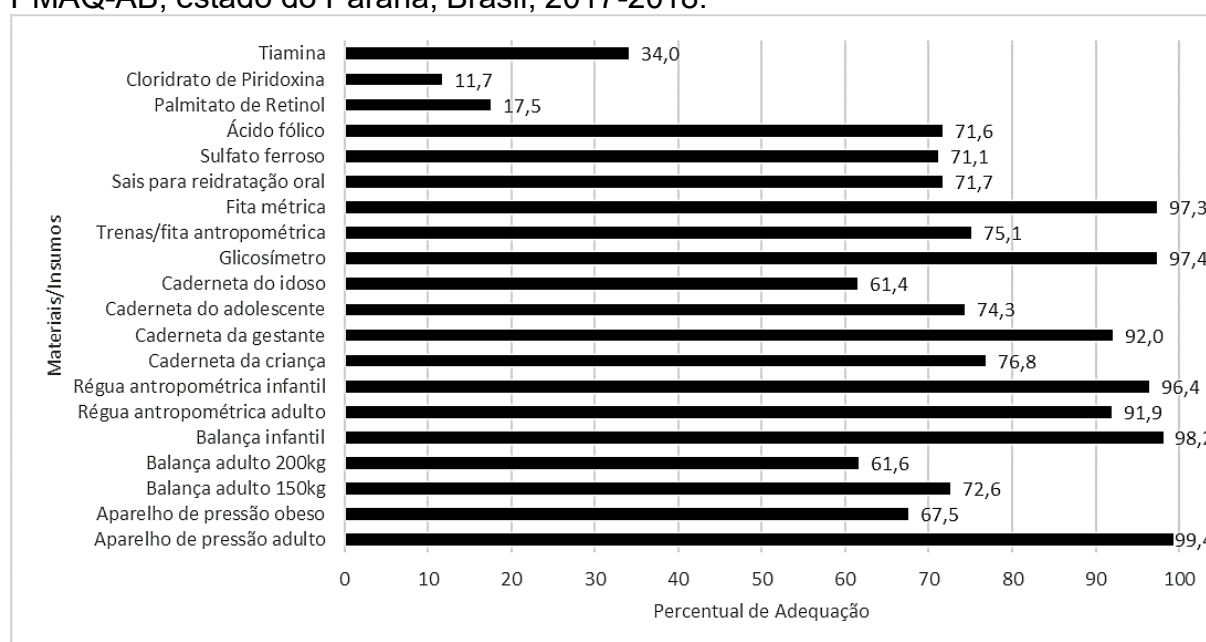
Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

A figura 1 refere-se à disponibilidade dos materiais e insumos que compõem a estrutura para as ações de alimentação e nutrição nas UBS, sendo consideradas adequadas as que apresentaram pelo menos 80% do total de itens analisados.

As UBS apresentaram maior adequação de disponibilidade para aparelho de pressão adulto (99,4%), balança infantil (98,2%), glicosímetro (97,4%) e fita métrica (97,3%). Menor adequação foi observada na disponibilidade dos suplementos vitamínicos de cloridrato de piridoxina (11,7%), palmitato de retinol (17,5%) e tiamina (34%). Quanto às cadernetas para acompanhamento dos usuários do sistema de saúde, observou-se variação entre a caderneta do idoso (61,4%) e da gestante (92%). Equipamentos como balança adulto de 200 kg (61,6%) e aparelho de pressão para indivíduos com obesidade (67,5%) apresentaram menor adequação quando comparados aos equipamentos para a população em geral.

Destaca-se que nenhuma UBS apresentou todos os itens avaliados de estrutura para a realização de ações de alimentação e nutrição, por este motivo, a decisão de considerar as UBS adequadas com o ponto de corte de pelo menos 80% dos itens analisados.

Figura 1. Distribuição percentual da disponibilidade de materiais/insumos que compõem a estrutura para as ações de alimentação e nutrição nas UBS. 3º Ciclo do PMAQ-AB, estado do Paraná, Brasil, 2017-2018.



Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

Em relação à distribuição das ações de alimentação e nutrição que compõem o processo de trabalho das equipes de AB/ESF, descritas na figura 2, destacam-se a adequação observada no bloco relacionado a exames solicitados pela equipe e realizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que variou entre o teste oral de tolerância a glicose (93,8%) e o exame de creatinina (99,4%).

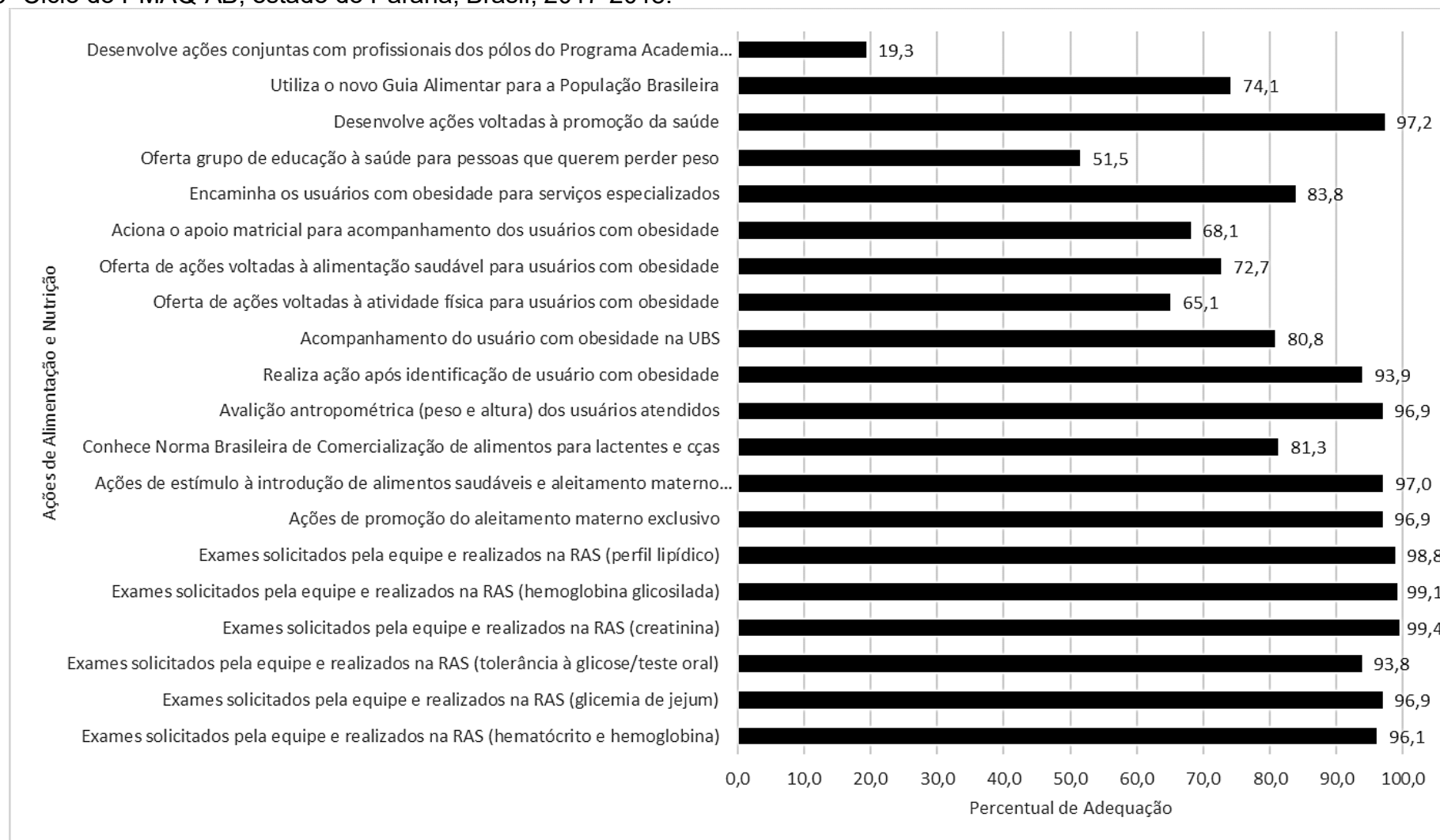
Quanto à atenção à criança do nascimento até os dois anos de idade, as equipes de AB/ESF apresentaram processo de trabalho adequado para ações de promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses (96,9%) e ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança (97%).

O desenvolvimento de ações de promoção da saúde é adequado para 97,2% das equipes de AB/ESF, porém o uso do novo Guia Alimentar para a População Brasileira é adequado somente em 74,1% das equipes avaliadas.

No que se refere à atenção à pessoa com obesidade, observou-se maior adequação das equipes para a identificação do usuário com obesidade, por meio da realização da avaliação antropométrica (96,9%) e desenvolvimento de ação após a identificação (93,9%), porém menor adequação foi observada nos itens de apoio matricial para acompanhamento desses usuários (68,1%), incentivo à prática de atividade física (65,1%) e alimentação saudável (72,7%).

A menor adequação foi observada no bloco de questões associadas ao Programa Academia da Saúde, no item de desenvolvimento de ações conjuntas com profissionais dos polos do programa (19,3%), porém, o baixo percentual de adequação observado pode ser resultado da inexistência dos polos nas localidades em que estão presentes as equipes AB/ESF avaliadas.

Figura 2. Distribuição percentual das ações de alimentação e nutrição que compõem o processo de trabalho das equipes de AB/ESF. 3º Ciclo do PMAQ-AB, estado do Paraná, Brasil, 2017-2018.



Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

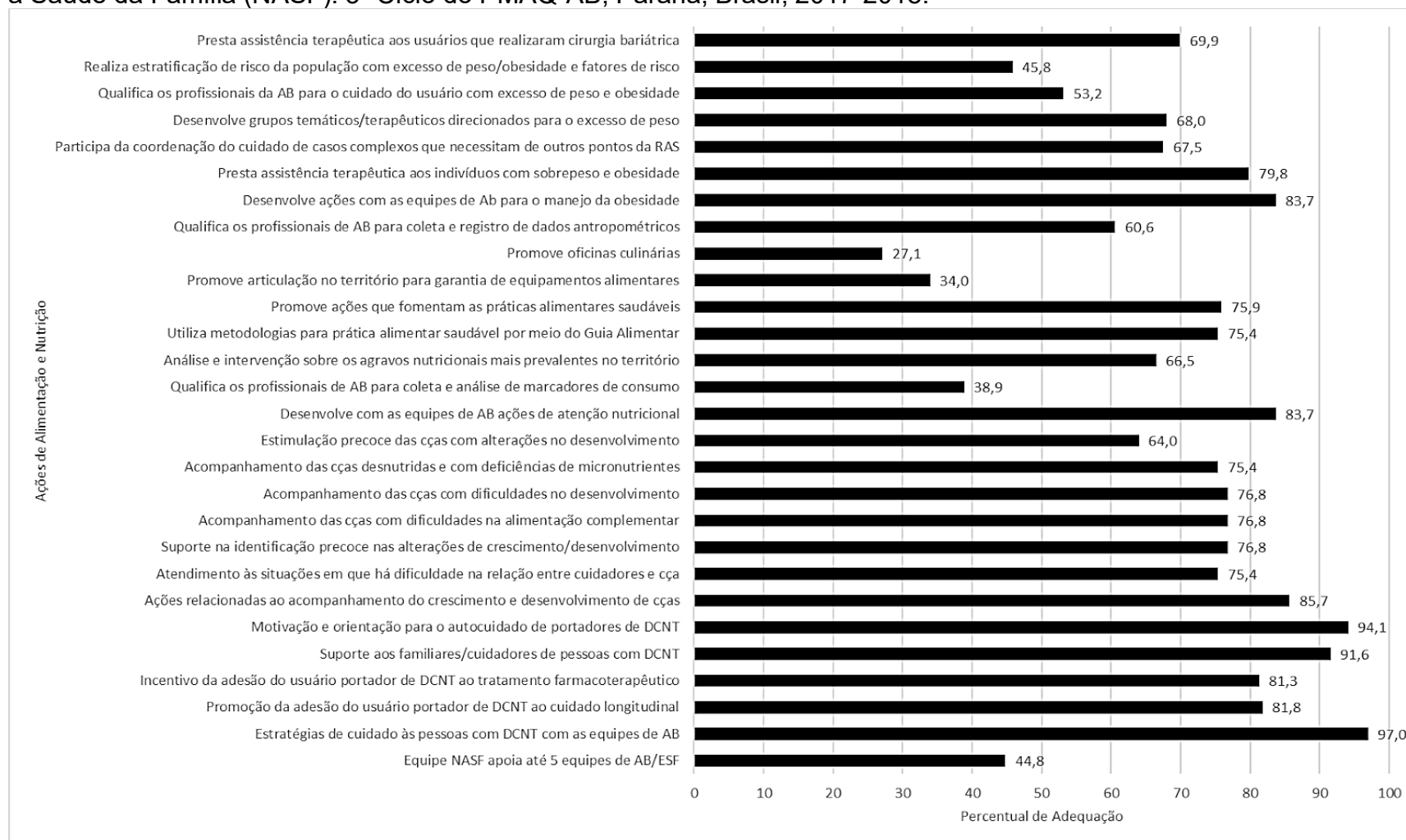
Na figura 3 é apresentada a distribuição de ações de alimentação e nutrição que compõem o processo de trabalho das equipes NASF-AB. Quanto à atenção às DCNTs, observa-se ampla realização de estratégias de cuidado às pessoas com essa condição junto com as equipes de Atenção Básica (97%), suporte aos familiares e cuidadores (91,6%) e motivação e orientação para o autocuidado (94,1%).

Sobre a atenção à saúde da criança, destaca-se o acompanhamento das crianças com dificuldades na alimentação complementar (76,8%), desnutridas e com deficiências de micronutrientes (75,4%). Quanto à atenção nutricional, destaca-se a baixa adequação das equipes para os itens analisados neste bloco, variando entre promoção de oficinas culinárias (27,1%), articulação no território para garantia dos equipamentos alimentares (34%), qualificação dos profissionais da AB para a coleta e análise dos marcadores de consumo (38,9%), coleta e registro de dados antropométricos (60,6%), assim como para a análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território (66,5%). A maior adequação foi observada no item desenvolvimento de ações de atenção nutricional junto às equipes de AB (83,7%).

Por fim, quanto à atenção à pessoa com obesidade, destaca-se a baixa estratificação de risco da população com excesso de peso/obesidade e fatores de risco (45,8%) e qualificação dos profissionais da AB para o cuidado ao usuário com excesso de peso e obesidade (53,2%).

Destaca-se o baixo quantitativo de equipes NASF-AB que apoiam até cinco equipes de AB/ESF (44,8%). O arranjo do NASF-AB foi estruturado em três modalidades: modalidade 1, com vinculação de 5 a 9 equipes; modalidade 2, com 3 a 4 equipes vinculadas; e modalidade 3, com vinculação de 1 a 2 equipes da ESF/AB.

Figura 3. Distribuição percentual das ações de alimentação e nutrição que compõem o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). 3º Ciclo do PMAQ-AB, Paraná, Brasil, 2017-2018.



Legenda: AB: Atenção Básica; RAS: Rede de Atenção à Saúde; DCNT: Doença Crônica Não Transmissível; ESF: Estratégia de Saúde da Família; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família

Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

DISCUSSÃO

As crescentes demandas de saúde relacionadas à alimentação e nutrição, como as DCNT e os riscos nutricionais existentes em todos os ciclos de vida justificam a necessidade da incorporação de ações de alimentação e nutrição na APS²⁰. Para isso, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do Paraná determinou que as ações de alimentação e nutrição estejam presentes nos três níveis de atenção à saúde, ou seja, estejam estruturadas nos diversos pontos da rede, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis, da educação alimentar e nutricional (EAN) e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)¹⁶.

O estudo permitiu identificar diferenças existentes para a adequação de estrutura das UBS e processo de trabalho das equipes AB/ESF e NASF-AB, verificando-se maior adequação das variáveis analisadas em municípios com porte populacional superior a 100.000 habitantes, desempenho de gestão em saúde classificado como grande e com cobertura ESF < 75%, categoria com quase 50% das UBS analisadas no estudo. As pesquisas de desempenho dos serviços de APS, como os de Calvo e colaboradores¹⁷, classificam os municípios de grande porte como os de melhor capacidade de desempenho para a gestão do SUS, independente das coberturas de APS. Por outro lado, municípios menores podem ter 100% de cobertura com apenas uma equipe de saúde e uma UBS, em razão do porte populacional e mesmo assim não apresentarem bom desempenho, assim como piores condições de estrutura para as ações de alimentação e nutrição, evidenciadas neste trabalho.

Houve distinção de adequação das variáveis analisadas entre as macrorregiões de saúde, em que maior adequação de estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes NASF-AB foi observada na macrorregião Leste, enquanto maior adequação de processo de trabalho das equipes AB/ESF foi observada entre os participantes da macrorregião Oeste.

Estudos avaliando a estrutura e o processo de trabalho para o atendimento de indivíduos na APS alcançaram resultados semelhantes, verificando maior adequação em municípios de grande porte, com mais de 300 mil²¹ e 500 mil habitantes²². Essa discrepância observada de acordo com o porte populacional dos municípios também foi relatada em outro estudo, no qual a condição social, demográfica e econômica dos municípios resultou em desempenhos distintos quanto à organização do processo de

trabalho das equipes de saúde analisadas, demonstrando a existência de desigualdades desfavoráveis entre os municípios²³.

A diversidade de resultados observada entre as macrorregiões de saúde existentes no estado pode ser explicada pelo processo de descentralização do SUS. Com a ocorrência desse processo, os municípios passaram a responsabilizar-se pela oferta de ações e serviços de saúde na AB, resultando na ampla diversidade de modelos de atenção à saúde²⁴, o que pode explicar a maior discrepância na adequação da estrutura das UBS e do processo de trabalho entre as macrorregiões de saúde analisadas neste estudo. No Paraná, o processo de divisão das macrorregiões de saúde (Leste, Oeste, Norte e Noroeste) ocorreu no ano de 2013, em decorrência do processo de regionalização dos serviços de saúde, sendo estas regiões definidas a partir de referências dos serviços de média e alta complexidade existentes em cada localidade¹⁶.

Em geral, a estrutura das UBS e o processo de trabalho apresentam maior adequação em municípios de grande porte populacional, dotados com maiores investimentos, resultando em maior capacidade de manutenção e sustentabilidade¹⁴. É importante destacar que a maior adequação observada nos municípios de grande porte e grande capacidade de gestão em saúde denota a necessidade da qualificação da gestão em saúde em municípios de pequeno porte e com baixa capacidade de resposta dos sistemas de saúde²³.

Quanto à disponibilidade dos materiais e insumos que compõem a estrutura para as ações de alimentação e nutrição nas UBS, observou-se baixa adequação dessa variável nas UBS analisadas, destacando-se ainda que nenhum dos itens avaliados apresentou 100% de adequação de disponibilidade. A maior adequação foi observada nos itens aparelho de pressão adulto, balança infantil, glicosímetro e fita métrica. Os equipamentos supracitados também foram identificados como de maior disponibilidade em outro estudo realizado, em que pelo menos 80% das unidades avaliadas possuíam disponibilidade desses equipamentos, além de outros como balança de 150 kg, estetoscópio adulto e tiras de glicemia capilar²¹.

Menor adequação foi observada na disponibilidade dos suplementos vitamínicos de cloridrato de piridoxina, palmitato de retinol e tiamina, porém, os suplementos de ácido fólico e sulfato ferroso apresentaram maior adequação. Essa distinção de disponibilidade entre os suplementos analisados pode ser explicada pela existência do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que consiste

na suplementação profilática desse mineral para todas as crianças de 6 a 24 meses e de ferro e ácido fólico para gestantes e mulheres no pós-parto e/ou pós-aborto atendidas na APS²⁵. Contudo, apesar de apresentar maior disponibilidade, é importante destacar que cerca de 30% das UBS avaliadas não apresentaram disponibilidade de suplementação desses minerais.

Quanto ao suplemento Palmitato de Retinol, a baixa disponibilidade também é visualizada em outras regiões do país²⁶. Importante destacar que desde 2005, foi instituído o Programa Nacional de Suplementação de vitamina A com o objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e a morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade, por meio da suplementação profilática deste suplemento²⁵.

Outro ponto importante a ser destacado é a elevada adequação para o processo de trabalho das equipes AB/ESF no que se refere às ações de promoção do aleitamento materno e o estímulo à introdução de alimentos saudáveis. Esse achado também pode ser identificado em outro estudo, no qual os autores verificaram que 82,9% das participantes haviam sido orientadas na UBS sobre a importância do aleitamento materno até os seis meses²⁷. Esses resultados podem estar relacionados à maior notoriedade que tem sido atribuída a essa temática, tendo em vista sua identificação como importante estratégia para a redução da mortalidade infantil²⁸.

Quanto à atenção à pessoa com obesidade, o estudo evidenciou maior adequação das equipes AB/ESF na identificação dessa condição e no desenvolvimento de ações voltadas à temática. Contudo, verificou-se baixa adequação em relação às ações de incentivo ao apoio matricial, à prática de atividade física e à alimentação saudável, bem como à disponibilidade de equipamentos adequados para o atendimento dessa população. Esses achados indicam fragilidade das equipes em aspectos fundamentais para a prevenção e o controle da obesidade²⁹.

A adequação da atenção nutricional pelas equipes NASF-AB também foi considerada baixa, especialmente quanto à promoção de oficinas culinárias e à articulação no território para garantir equipamentos alimentares. Ressalta-se que ações intersetoriais de promoção da alimentação adequada e saudável, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes, são essenciais para melhorar a situação alimentar e nutricional da população^{4,29}. O apoio matricial em ações de alimentação e nutrição com enfoque em doenças e agravos relacionados, aliado à presença do

nutricionista como referência no matriciamento, constitui estratégia central para qualificar a atenção nutricional na APS^{29,30}.

Além disso, observou-se baixa adequação na qualificação dos profissionais da APS para a coleta e análise dos marcadores de consumo, coleta e registro de dados antropométricos, assim como para a análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território. Reitera-se a importância da realização de ações de sensibilização e capacitação dos profissionais que trabalham na APS para a adequada coleta de medidas antropométricas assim como, o preenchimento de planilhas nos sistemas de informações, permitindo adequado diagnóstico e melhor acompanhamento do estado nutricional da população usuária do sistema de saúde³¹.

O baixo quantitativo de equipes NASF-AB que apoiam até 5 equipes de AB/ESF, identificado nesse estudo, pode justificar a baixa adequação observada em alguns itens do processo de trabalho para a realização de ações de alimentação e nutrição. Apesar da descontinuidade do NASF em 2019, o novo arranjo de equipes multiprofissionais na APS (eMulti)³², ainda enfrenta esse desafio, pois quanto maior o número de equipes AB/ESF vinculada, mais difícil se torna a realização de um trabalho qualificado. Nesse sentido, é necessário avançar na organização do trabalho das eMulti, no adequado dimensionamento das equipes, na melhoria das condições de trabalho na APS e na implementação de processos consistentes de formação e qualificação profissional³³.

Pode-se citar como limitações do estudo, o caráter transversal da análise e a utilização dos dados do PMAQ referente ao 3º ciclo da avaliação, que podem limitar a interpretação de variáveis ao longo do tempo. No entanto, essas limitações não reduzem a importância dos achados, que fornecem uma base consistente para o planejamento e a qualificação das ações de alimentação e nutrição no escopo da APS.

CONCLUSÃO

A inserção de ações de alimentação e nutrição na APS faz-se necessária em virtude da atual situação epidemiológica existente no país, em que as principais demandas de saúde estão associadas às DCNT e às deficiências nutricionais, ambas relacionadas à alimentação e estilo de vida.

Os resultados deste estudo indicaram que menos da metade das UBS participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Paraná apresentaram estrutura

adequada para a realização de ações de alimentação e nutrição. Também foi observada baixa adequação no processo de trabalho das equipes AB/ESF e NASF-AB em relação ao desenvolvimento dessas ações. Além disso, verificaram-se diferenças entre os municípios, sendo que aqueles de maior porte, com menor cobertura de ESF e com capacidade de gestão classificada como grande apresentaram melhores níveis de adequação.

A baixa oferta de ações de alimentação e nutrição na APS limita o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde. Diante disso, os resultados encontrados evidenciam a necessidade de fomento às ações de alimentação e nutrição, com maior investimento para uma adequada estrutura, com disponibilidade de equipamentos, assim como, maior capacitação e adequação do processo de trabalho das equipes de AB/ESF e eMulti de modo a garantir adequada assistência nutricional à população usuária do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Santos IKSD, Conde WL. Tendência de padrões alimentares entre adultos das capitais brasileiras. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200035. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200035>
2. Antunes ABS, Cunha DB, Baltar VT, Steluti J, Pereira RA, Yokoo EM, et al. Dietary patterns of Brazilian adults in 2008–2009 and 2017–2018. *Rev. Saúde Pública.* 2021;55(suppl1):8s. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003437>
3. Silva De Freitas I, Gomes Pereira De Sá R, Bicalho Cevolani Pires L, Bruneli Do Prado C, Maria Muniz V, Bresciani Salaroli L. Ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento das Doenças Não Transmissíveis na perspectiva da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. *J Hum Growth Dev.* 23 de março de 2023;33(1):18–32. DOI: <https://doi.org/10.36311/jhgd.v33.14273>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [citado em 2025 out. 06]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
5. Jaime PC, Silva ACFD, Lima AMCD, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr.* dezembro de 2011;24(6):809–24. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002>

6. Bortolini GA, De Oliveira TFV, Da Silva SA, Santin RDC, De Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 23 de abril de 2020;44:1. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
7. Ferreira LR, Silva Júnior JAD, Arrigotti T, Neves VR, Rosa ADS. Influences of the program for access and quality improvement in work processes in primary care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018;52:e03407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X201704640340>
8. Sodré F, Rocon PC. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? *Saúde E Soc*. 2023;32(1):e210545pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210545pt>
9. Soares C, Ramos M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2020;44 (126): 708-724. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609>
10. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, Pires ACL, Moratori MF, Ramos MKP, et al. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021;37(suppl1):e00152620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152620>
11. Machado PMDO, Lacerda JTD, Colussi CF, Calvo MCM. Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2021;30(2):e2020635. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200015>
12. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Situação alimentar e nutricional do Paraná 2012 a 2022. [citado em 2026 fev. 22]. Disponível em: https://www.parana.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2024-04/material_nutricao.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [citado em 2025 out. 06]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pma>
14. Machado PMO. Avaliação Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde: análise de implantação em municípios brasileiros [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018. 298 f.
15. Vidigal VG, Amaral IDC, Silveira GF. Desenvolvimento Socioeconômico nas microrregiões do Paraná: uma análise multivariada. *Rev Econ*. 2012;38(2). DOI: <https://doi.org/10.5380/re.v38i2.29948>
16. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde: 2024 – 2027. 2024 [citado em 2025 out. 06]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>

17. Calvo MCM, Lacerda JTD, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol E Serviços Saúde*. outubro de 2016;25(4):767–76. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400010>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). 2017. [citado em 2025 out. 06]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/3o-ciclo/instrumentos-de-avaliacao-externa/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf/view
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção 1:44.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde. 2022 [citado em 2025 out. 06]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf
21. Neves RG, Duro SMS, Muñoz J, Castro TRP, Facchini LA, Tomasi E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072317>
22. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JRDSN, Ditterich RG. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2018;42(spe1):145–62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S110>
26. Gonçalves KF, Giordani JMDA, Bidinotto AB, Ferla AA, Martins AB, Hilgert JB. Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(2):519–32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.05342018>
24. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. *Rev Saúde Pública*. 1º de janeiro de 2017;51:86. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006831>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes. 2022 [citado em 2025 out. 06]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf
26. Freitas MBD, Castro IRRD, Schincaglia RM, Carneiro LBV, Alves-Santos NH, Normando P, et al. Characterization of micronutrient supplements use by Brazilian children 6-59 months of age: Brazilian National Survey on Child Nutrition (ENANI-2019). *Cad Saúde Pública*. 2023;39(suppl 2):e00085222. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN085222>

27. Alves JDS, Oliveira MICD, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciênc Saúde Coletiva*. abril de 2018;23(4):1077–88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016>
28. Costa F dos S, da Silva JLL, Machado EA, Soares LM, Brezolin CA, Silva JVL. Promoção do aleitamento materno no contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Rede de Cuidados em Saúde [Internet]*. 2019 [citado 6º de outubro de 2025];13(1). Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/rccs/article/view/5546>
29. Souza R, Lacerda JTD, Machado PMDO. Atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde: proposta de modelo avaliativo. *Saúde debate*. março de 2025;49(144):e9435. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449435P>
30. Magalhães LM, Amparo-Santos L. Multiplicidade, heterogeneidade e coordenação: a produção do cuidado em alimentação e nutrição a partir das práticas de apoio matricial. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(7):e00127819. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127819>
31. Fedrizzi MW, Araújo KD de, Orué AL, Rafacho BPM, Pastorello CCVG, Moraes GBD de, Macedo MLR, Mazzeti CM da S. Prontidão das unidades de saúde da atenção primária para avaliação antropométrica em Campo Grande-MS. *RBONE [Internet]*. 2023 [citado 6º de outubro de 2025];16(105):990-1006. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2167>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. 2023 [citado em 2025 out. 06]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
33. Bispo Júnior JP, Almeida ERD. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(10):e00120123. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>

RECEBIDO: 06/10/2025
APROVADO: 08/07/2026