



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**RAENILSON ARAÚJO RAMOS**

**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E  
OBESIDADE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS  
PARAIBANOS**

**CAMPINA GRANDE  
2021**

RAENILSON ARAÚJO RAMOS

**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E  
OBESIDADE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Área de concentração:** Saúde Pública.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Campos Muniz Medeiros

**Coorientador:** Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino

**CAMPINA GRANDE**

**2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

R175a Ramos, Raenilson Araújo.

Avaliação da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde em municípios paraibanos [manuscrito] / Raenilson Araújo Ramos. - 2021.  
103 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros ,  
Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Obesidade. 2. Sobrepeso. 3. Atenção à saúde. 4.  
Sistema Único de Saúde. I. Título

21. ed. CDD 616.398

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Nome do candidato:** RAENILSON ARAÚJO RAMOS

**Título:** AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Campos Muniz Medeiros

**Coorientador:** Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Área de concentração:** Saúde Pública.

Aprovada em: 30 / 09 / 2021.

## BANCA EXAMINADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Campos Muniz Medeiros (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Francisco de Sales Clementino

---

Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino (Coorientador)  
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Santos Martiniano Sousa  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Dr. João Mário Pessoa Júnior  
Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

A todos que compartilharam de meu ideal,

**DEDICO.**

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS** que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo de minha jornada enquanto mestrando e que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Aos **meus pais** mesmo estando distantes fisicamente, sempre acreditaram e se fizeram presentes através de orações.

À minha **esposa** pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pela compreensão nas ocasiões em que, devido às atividades acadêmicas, não era possível prestar-lhe a devida atenção. Hoje estamos colhendo, juntos, os frutos do nosso empenho.

Aos meus filhos **Esdras, Elias e Ester**, reconheço que muitas foram as vezes que os olhos de vocês me buscaram e estive ausente. Sem a compreensão de vocês, não teria chegado até aqui, como também superado alguns momentos de estresse. Perdoem-me pela ausência e jamais se esqueçam de meu amor infinito por vocês.

Aos **colegas de turma** pelas conversas, pela atenção, pelos conselhos infalíveis, pelos elogios e críticas que me fortaleceram durante nossa jornada.

À minha **orientadora** Dra. Carla Campos pela confiança que sempre me outorgou, possibilitando meu crescimento intelectual, profissional e pessoal. A partir desse, outros trabalhos virão.

Ao meu **coorientador Dr. Francisco de Sales Clementino** pela motivação com a qual aceitou o convite para este trabalho e por ser propagador do conhecimento não apenas racional, mas na manifestação do caráter enquanto mediador do processo para minha formação profissional. Pela experiência de uma produção compartilhada e a difusão do saber com tanta maestria.

À **banca examinadora** pela disponibilidade e contribuição para o aprimoramento deste o trabalho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública** pelo seu corpo docente, coordenação, secretaria, por todos os ensinamentos e pela disponibilidade sempre que necessário.

À **Pró-reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa e à UEPB** que oportunizaram a janela que hoje vislumbro.

Aos **participantes**, por aceitarem integrar este trabalho.

*“A persistência é o menor  
caminho do êxito”.*

*Charles Chaplin*

## RESUMO

**Introdução:** a obesidade é um problema de saúde pública e vem crescendo em sua magnitude epidemiológica no Brasil e no mundo, com fatores de riscos para diversas outras doenças crônicas não-transmissíveis, contribuindo para o aumento de mortes todos os anos. A preocupação com a saúde da pessoa com sobrepeso e obesidade possibilitou a implantação de diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde, que busca, através da articulação de diferentes serviços e níveis de atenção, organizado por meio de Linhas de Cuidado contribuir para uma atenção à saúde mais universal, integral e equânime. A preocupação de gestores e profissionais de saúde tem despertado a utilizarem estratégias de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, porém os registros da prática que esse cuidado ainda é muito heterogêneo. **Objetivo:** avaliar a linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde em municípios paraibanos. **Metodologia:** estudo de caso de abordagem qualitativa, realizado nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa, que teve como campos de investigações as unidades básicas de saúde e os serviços especializados de média e alta complexidade e a população foi composta por 19 participantes. A seleção dos serviços, deu-se por amostragem aleatória simples e dos participantes, através de amostragem por conveniência. Os dados foram coletados entre dezembro de 2020 a fevereiro de 2021 através de formulário individual e entrevista semiestruturada. A análise dos dados ocorreu a partir da análise de conteúdo de Bardin e do software IRAMUTEQ. **Resultados:** elaborou-se cinco categorias temáticas. A primeira, apresenta os conceitos conferidos pelos gestores acerca da Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade, atribuindo-lhe visões que permeiam desde processos assistenciais e gerenciais. A segunda é sustentada por três subcategorias, onde permitiu inferir que os gestores operam na perspectiva do apoio institucional, contudo, nota-se que há existência de falhas em relação à conformação da referida Linha de Cuidado, como também foi identificado que o fluxo no atendimento à pessoa com sobrepeso e obesidade, deve perpassar pelos três níveis de atenção à saúde. A terceira categoria, demonstra a percepção sobre a Atenção Básica, reconhecida como a porta principal e de entrada para os indivíduos com sobrepeso e obesidade. Na quarta categoria, são apresentadas dificuldades enfrentadas para manejar com a questão da obesidade, com menção para inexistência de protocolos, bem como a falta de política institucional. Na última categoria, deduz-se o distanciamento de alcançar os pressupostos para idealizar o cuidado à questão da obesidade, e ainda, a inadequação de serviços para este público. **Conclusão:** foi possível conhecer ações de promoção da saúde no que diz respeito ao cuidado dispensado à pessoa com sobrepeso e obesidade, porém ações específicas pautadas nas reais demandas da população e estruturada a partir de uma linha de cuidado não se confirmaram pelos entrevistados, como também ficou evidenciado que o cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade vai além do processo terapêutico, requerendo apoio social e econômico, bem como acompanhamento por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, desde a atenção primária até níveis de atenção mais complexos. Dada a importância com a temática estudada, destaca-se que as organizações e agentes devem debater e compartilhar conhecimentos, buscando atuar de forma articulada e em sinergia nestas agendas, necessitando reestruturar seus esforços para dispensar o cuidado adequado à pessoa com sobrepeso e obesidade através de linha de cuidado, garantindo um fluxo de atendimento em rede de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Obesidade. Sobrepeso. Atenção à saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** obesity is a public health problem and has been growing in its epidemiological magnitude in Brazil and in the world, with risk factors for several other non-communicable chronic diseases, contributing to the increase in deaths every year. The concern with the health of overweight and obese people made it possible to implement guidelines within the Unified Health System, which seeks, through the articulation of different services and levels of care, organized through Lines of Care, to contribute to care for more universal, integral and equitable health. The concern of managers and health professionals has aroused the use of care strategies for overweight and obese people, but the records of the practice show that this care is still very heterogeneous. **Objective:** to evaluate the line of care for overweight and obese people at the three levels of health care in Paraíba municipalities. **Methodology:** case study with a qualitative approach, carried out in the cities of João Pessoa, Campina Grande, Patos and Sousa, which had as fields of investigation the basic health units and specialized services of medium and high complexity and the population consisted of 19 participants. The selection of services was done by simple random sampling and the participants, through convenience sampling. Data were collected between December 2020 and February 2021 through an individual form and semi-structured interview. Data analysis was performed using Bardin's content analysis and the IRAMUTEQ software. **Results:** five thematic categories were elaborated. The first presents the concepts conferred by managers about the Care Line for Overweight and Obesity Persons, attributing to it views that permeate from care and management processes. The second is supported by three subcategories, which allowed us to infer that managers operate from the perspective of institutional support, however, it is noted that there are flaws in relation to the conformation of the aforementioned Care Line, and it was also identified that the flow of care for the overweight and obese person, it must go through the three levels of health care. The third category demonstrates the perception of Primary Care, recognized as the main gateway and gateway for overweight and obese individuals. In the fourth category, difficulties faced in dealing with the issue of obesity are presented, with mention of the inexistence of protocols, as well as the lack of institutional policy. In the last category, the distance from reaching the assumptions to idealize care for the obesity issue is deduced, as well as the inadequacy of services for this audience. **Conclusion:** it was possible to know health promotion actions with regard to the care provided to overweight and obese people, but specific actions based on the real demands of the population and structured from a line of care were not confirmed by the interviewees, as was also evidenced that the care of overweight and obese people goes beyond the therapeutic process, requiring social and economic support, as well as monitoring by a multidisciplinary and interdisciplinary team, from primary care to more complex levels of care. Given the importance of the subject studied, it is highlighted that organizations and agents should debate and share knowledge, seeking to act in an articulated and synergistic way on these agendas, needing to restructure their efforts to provide adequate care to overweight and obese people through line of care, ensuring a flow of care in a health care network.

**Keywords:** Obesity. Overweight. Health care. Unified Health System.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b>	Fluxograma descritivo de atividades para a Atenção à Saúde, segundo classificação do IMC na AB para indivíduos adultos	22
<b>FIGURA 2</b>	Localização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Secretaria Estadual da Saúde, Paraíba, 2019	31
<b>FIGURA 3</b>	Divisão da amostra por grupos após critérios de inclusão e exclusão	33
<b>FIGURA 4</b>	Etapas da análise de dados qualitativa segundo Bardin	37
<b>FIGURA 5</b>	Nuvem de palavras, 2021	41

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	Perfil sociodemográfico e educacional dos participantes do estudo	40
-----------------	---	----

## LISTA DE QUADRO

<b>QUADRO 1</b>	Municípios pré-selecionados para o Projeto “Avaliação da LC a pessoa com sobrepeso e obesidade no estado da Paraíba”	30
<b>QUADRO 2</b>	Distribuição do quantitativo da rede assistencial das Macrorregiões de saúde da Paraíba, 2020	31
<b>QUADRO 3</b>	Distribuição final da amostra por grupo	32

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alta Complexidade
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DAB	Departamento da Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LC	Linha de Cuidado
MC	Média Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
PMAQ-AB	Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TAGV	Termo de Autorização de Gravação de Voz
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
VIGITEL	Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 A linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade: cenários e desafios ...</b>	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Obesidade: um problema de saúde pública mundial .....</b>	<b>24</b>
<b>5.2 Avaliação em saúde e sua interface com a obesidade.....</b>	<b>26</b>
<b>6 CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>29</b>
<b>6.1 Delineamento do estudo .....</b>	<b>29</b>
<b>6.2 Campo e participantes da pesquisa.....</b>	<b>29</b>
<b>6.2.1 Local do estudo .....</b>	<b>29</b>
<b>6.2.2 População.....</b>	<b>31</b>
<b>6.3 Procedimentos de coleta de dados.....</b>	<b>33</b>
<b>6.3.1 Formulário Individual.....</b>	<b>34</b>
<b>6.3.2 Entrevista semiestruturada.....</b>	<b>34</b>
<b>6.4 Processamento e análise de dados .....</b>	<b>35</b>
<b>6.4.1 Análise de conteúdo .....</b>	<b>36</b>
<b>6.5 Aspectos éticos .....</b>	<b>37</b>
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - GESTORES .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade vem crescendo em sua magnitude epidemiológica no mundo todo, o que está contribuindo para quatro milhões de mortes todos os anos, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, a porcentagem de obesos atinge 11% da população adulta, com proporções significantes nos indivíduos com 20 anos ou mais de idade considerando o período entre 2003 e 2019, que passou de 12,2% para 26,8%. Nesse intervalo, a obesidade feminina subiu de 14,5% para 30,2%, enquanto a obesidade masculina passou de 9,6% para 22,8% (PNS, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o sobrepeso e a obesidade são definidos como acúmulo de gordura anormal ou excessivo que apresenta um risco para a saúde, devido a sua relação com uma série de doenças crônicas, incluindo as doenças cardiovasculares, diabetes e câncer (WHO, 2014).

Ressalta-se o seu perfil múltiplo e heterogêneo, uma vez que envolve não apenas fatores biológicos e de causa individual, mas também é configurada como uma integração de fatores históricos, econômicos, sociais e culturais que impactam nas escolhas alimentares, nos alimentos disponibilizados e em toda a cadeia de produção de alimentos, colocando em risco não apenas a situação de saúde dos indivíduos, como também a sustentabilidade ambiental, econômica e social, tanto no nível local quanto regional (MARIANO; MONTEIRO; PAULA, 2013; BRASIL, 2014a).

A projeção é de que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de indivíduos no mundo estejam com excesso de peso, sendo mais de 700 milhões com obesidade. No que diz respeito ao número de crianças com sobrepeso e obesidade, pode chegar a 75 milhões, caso nada seja feito, incluindo 427 mil crianças com pré-diabetes, 1 milhão com hipertensão arterial e 1,4 milhão com aumento do acúmulo de gordura no fígado (BRASIL, 2018; ABESO, 2018).

Nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, a obesidade tem crescido de forma significativa nas últimas décadas (YI *et al.*, 2018). A prevalência mundial de excesso de peso permanece elevada no mundo, afetando mais de 1,9 bilhões de indivíduos, sendo 600 milhões obesos (GPA; FSN, 2016).

No Brasil, observa-se um aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, acometendo um em cada dois adultos e uma em cada três crianças. De acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a taxa de obesidade no país passou de 11,8% para

19,8%, entre períodos de 2006 e 2018, índice que resultou de um crescimento de 30,8%, acumulado ao longo dos 13 anos de análise, uma vez que em 2006, a proporção de brasileiros com excesso de peso era de 42,6% (VIGITEL, 2018).

Para os pesquisadores Chaves, *et al.*, (2011); Montañez, Mattiello, (2016); Martins, (2018), os dados impactam nas condições de saúde da população, atingindo faixas etárias cada vez mais precoces (LOBSTEIN *et al.*, 2015). Dessa forma, a preocupação com a saúde da pessoa com sobrepeso e obesidade no contexto brasileiro possibilitou, em 2011, a implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, organizado por meio de Linhas de Cuidado (LC), sendo prioritárias as doenças: hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, diabetes, obesidade, dentre outros agravos (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

Nessa direção, foi aprovada pelo Ministério da Saúde (MS), em 2013, a Portaria nº 252/13GM/MS, revogada pela Portaria de nº 483/14GM/MS. A partir dessas portarias, foram publicadas as Portarias 424/13GM/MS e a 425/13GM/MS, com o propósito de construir fluxos de atendimento integral a partir da definição de mecanismos de referência e contrarreferência, de comunicação e competências nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, segundo os princípios da universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade (BRASIL, 2014b).

Sinaliza-se a importância da intersetorialidade no Sistema Único de Saúde (SUS) em um contexto de valorização crescente da Atenção Básica (AB), como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Nesse sentido, a AB constitui-se em um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, que devem estar disponíveis o mais proximamente possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham e colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (OPAS, 1978; BRASIL, 2017).

Para além da AB, os ambulatórios de especialidades, os hospitais e outros pontos de atenção que compõem a rede também devem estar sensíveis à captação do usuário com excesso de peso, cuja prática clínica exige a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique sua oferta em todos os municípios do país (MACHADO, 2020).

Apesar dos amparos legais estabelecidos, em que se redefinem as diretrizes da organização da LC de prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade, reconhece-se que a coordenação do cuidado, direcionada a esse público-alvo, apresenta muitos desafios, uma vez que os fluxos pré-estabelecidos não coincidem necessariamente com os itinerários percorridos por indivíduos com sobrepeso e obesidade à procura de cuidados terapêuticos (AGUILERA, *et al.*, 2013; YOUNES, RIZZOTTO, ARAÚJO, 2017).

Além disso, os pesquisadores Francisco; Diez-Garcia, (2020); e Burlandy *et al.*, (2020) apontam baixa efetividade dos serviços de saúde nas intervenções individuais, uma vez que as ações, na maioria das vezes, são pautadas em modelos assistenciais biologicistas e de cunho curativo, insuficientes para dar conta da complexidade do problema. Ressaltam-se também dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde em identificar, notificar, diagnosticar e encaminhar os casos atendidos para os serviços de saúde de Média Complexidade e Alta Complexidade, uma vez que esses profissionais não se sentem qualificados para o tratamento do sobrepeso e da obesidade.

Em estudo realizado com profissionais de enfermagem em hospitais de Luziânia – GO, destinado ao atendimento de pacientes com obesidade, constatou-se situação de dificuldade durante o atendimento pela equipe de enfermagem, tendo em vista a falta de equipamentos e dimensionamento inadequado de pessoal de enfermagem para transportar pacientes durante as realizações de exames, bem como mudanças de decúbitos, trocas de procedimentos higiênicos, dentre outras condutas (MEIRELES *et al.*, 2018).

Percebe-se que os problemas que circundam o fenômeno em questão, demandam serviços de saúde estruturados que ofereçam condições satisfatórias para atuação e articulação entre os profissionais de saúde, essenciais para uma assistência centrada no usuário com sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2013a; MELO, *et al.*, 2016). Para tanto, propõe-se maior abrangência nas intervenções em saúde, de modo que a organização da LC opere de forma intersetorial, entendida como uma forma articulada de trabalho capaz de sobrepujar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais, para produzir efeitos mais significativos na saúde da população, em determinado tempo e espaço (FEUERWERKER, 2000; WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

Com base no exposto, destacam-se os seguintes pontos:

a) A obesidade é uma doença epidêmica de grande repercussão no cenário mundial, recorrente tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. Além disso, reconhece-se ainda como um dos importantes fatores de risco para outras

complicações como: diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares, dentre outros agravos (WHO, 2016; DUNCAN; CHOR; AQUINO, 2012);

b) As evidências científicas apontam que o cuidado ofertado com atenção à pessoa com sobrepeso e obesidade deve ser organizado de forma integrada e coordenado ao longo do percurso assistencial, numa lógica de rede, a partir da organização dos fluxos pré-estabelecidos pela LC (CASTRO *et al.*, 2018), nos três níveis de atenção à saúde. Contudo, pesquisadores afirmam que a maioria dos municípios enfrenta dificuldades no que diz respeito ao acesso aos serviços de MC e AC, bem como diferentes formas de organização da AB, configurando deficiência na constituição da LC à pessoa com sobrepeso e obesidade (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

c) Especificamente no estado da Paraíba, constataram-se fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e as gerências dos serviços de saúde, referentes ao respeito aos processos de referência e contrarreferência (PROTASIO *et al.*, 2014).

d) Além disso, a baixa efetividade das intervenções individuais pautadas no modelo médico hegemônico constitui um desafio para os serviços de saúde e para os profissionais de saúde (FERTONANI, *et al.*, 2015; ROBERTO *et al.*, 2015; BURLANDY, *et al.*, 2020) na reorientação do modelo assistencial.

Diante da problemática, apresenta-se como objeto de estudo da presente investigação: a LC à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde em municípios paraibanos.

Em meio a esse contexto, emergem as seguintes questões de pesquisa: Como funciona a LC para obesidade e sobrepeso nos municípios sede de macrorregião de saúde no estado da Paraíba? Quais os fatores facilitadores e desafios encontrados pela gestão e profissionais de saúde para organização do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde? Existem critérios normativos para organização da referida LC? Quanto ao fluxo de encaminhamento dos usuários para os serviços especializados, há critérios para a definição? De que forma a gestão apoia as equipes de saúde? Elas foram preparadas para o atendimento à pessoa com sobrepeso e obesidade?

## 2 JUSTIFICATIVA

A obesidade se apresenta como um grave problema de saúde pública, considerada um fator de risco e, ao mesmo tempo, uma doença crônica, intimamente relacionada com o aumento da morbimortalidade da população mundial (WHO, 2017). Além disso, pelo impacto imediato na saúde e bem-estar da criança, principalmente pela necessidade de travar a sua evolução para a adolescência e vida adulta, representa um verdadeiro desafio para a Saúde Pública (WHO, 2018; ARAÚJO 2017).

O Instituto de Pesquisa da Carga Global da Doença - *Global Burden of Disease* (GBD), afirma que a prevalência global de obesos é de 603,7 milhões de adultos (REDDY, 2016) e que o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado contribuiu, no ano de 2015, para 4,0 milhões de mortes em todo o mundo (WANG, *et al.*, 2015). Fato comprovado em estudo realizado no Brasil, nas 26 capitais e no Distrito Federal, no qual se observou um aumento na prevalência de sobrepeso de 30,9% para 34,6% entre os anos de 2006 e 2014, e a obesidade, de 11,9% para 17,9% durante o mesmo período (BRASIL, 2014c).

Para o pesquisador Reis (2018), os dados apresentados indicam a importância de implementação de uma LC à pessoa com sobrepeso e obesidade, baseada no cuidado compartilhado e na compreensão do indivíduo como ser holístico, a partir da articulação com outros equipamentos sociais e de saúde (COSTA *et al.*, 2014). Contudo, Cruz, *et al.* (2011) aponta dificuldades enfrentadas pelos gestores e profissionais de saúde no que diz respeito à organização da rede de serviços de saúde, quanto ao apoio terapêutico e diagnóstico direcionados à pessoa com sobrepeso e obesidade, envolvendo no âmbito da MC e AC (CRUZ, *et al.*, 2011).

No estado da Paraíba, especificamente na AB, os resultados da Avaliação Externa do PMAQ-AB que foi realizada em 2012 e no primeiro semestre de 2013, evidenciam dificuldades enfrentadas pelos usuários durante o agendamento para consulta especializada, uma vez que apenas 10,2% das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) afirmaram garantia do referido procedimento (PROTASIO, *et al.*, 2014).

Nessa direção, estudo realizado por Cavalcante, *et al.* (2017) aponta que a insuficiência de serviços de todas as complexidades, sobretudo de AC, leva os pacientes à procura de atendimento em centros maiores, a exemplos de Campina Grande e João Pessoa. Em outros estudos, (ARAÚJO, GUERREIRO, CARVALHO, 2017) observou-se que a existência de uma prática intersetorial e interinstitucional concisa, associada na maioria das

vezes ao uso inadequado ou inexistente das informações para a tomada de decisões, dificultam a construção de uma agenda sólida e um adequado provimento de insumos básicos.

Diante da complexidade da gestão do SUS, é primordial a avaliação desses serviços de saúde como ferramentas de mudanças, uma vez que a avaliação das características intrínsecas aos supracitados serviços legitima seus principais desafios e direciona qual o melhor percurso para a manutenção e/ou avanço na qualidade assistencial (SILVA *et al.*, 2014; VITORIA *et al.*, 2013).

Para Donabedian (1980); Contandriopoulos; Hartz (2002), avaliação trata-se de um julgamento de valor sobre uma intervenção ou a respeito de qualquer um de seus componentes, tendo como objetivo o fornecimento de informações que direcionem a melhoria da escolha de decisões na esfera pública (CRUMPTON *et al.*, 2016), traduzida em ações no âmbito dos serviços de saúde.

Para Pires (2017), é imprescindível fortalecer os processos de gestão e monitoramento, permitindo a identificação dos principais nós críticos e definição das melhores formas de apoiar as Secretarias Municipais de Saúde pesquisadas no processo implementador, considerando que a análise de cenários da saúde que contempla redes e LC ainda é escassa na literatura.

Além disso, o estudo se destaca como material de relevância para a implantação/implementação de políticas de saúde condizentes com as orientações fundadas pela linha de pesquisa “Avaliação de Programas, Tecnologias e Serviços de Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), na qual são desenvolvidas pesquisas compreendendo a formulação, implementação, organização e desempenho de políticas, programas, serviços e tecnologias em saúde, considerando o contexto epidemiológico.

Acredita-se que estudar a avaliação da LC à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde em municípios paraibanos resulte em subsídios para melhorias na prevenção e manejo da obesidade. Como resultado futuro, espera-se que o adequado funcionamento da referida LC possa promover melhora no custo-efetividade e na qualidade de vida das pessoas com sobrepeso e obesidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a Linha de Cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde em municípios paraibanos.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Conhecer o fluxo de atendimento da pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde;
- Compreender como se dá o planejamento, monitoramento e capacitação das ações de saúde ofertadas pela Linha de Cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade;
- Identificar as potencialidades e entraves vivenciados pelo gestor, gerentes e profissionais de saúde para efetivação da Linha de Cuidado.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 A linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade: cenários e desafios

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, a consolidação do SUS através da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 vem se efetivando através de um processo institucionalizado em que os esforços para o estabelecimento da universalização do acesso, descentralização, regionalização e integração com formação de redes assistenciais tornam-se essenciais (MALTA, MERHY 2010; SILVA, 2011; GOUVÊA, CASOTTI 2019; RODRIGUES, 2019).

Nesta direção, a Lei Orgânica da Saúde, como parte do arcabouço normativo que sustenta o SUS e trata dos seus princípios e diretrizes, identifica como parte do processo de descentralização político-administrativa a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, constituída em níveis de complexidade crescente e que pode ser complementada por serviços de natureza privada, mediante a necessidade de garantir a plenitude desses princípios (BRASIL, 1990).

Contudo, apesar de inúmeros avanços representados pelo SUS, estudiosos como Martini, Verdi, (2013); Amaral, Bosi, (2017); Pires, (2017); Santos *et al.* (2018) apontam dificuldades para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde que permanecem em muitas situações, estruturados em um modelo de atenção à saúde fundamentado em intervenções curativas, centradas na atenção médica e dimensionados com base na oferta, sem uma perspectiva de enfrentamentos.

Para Malta *et al.*, (2004), (2010); Veras (2016), modelos de atenção à saúde centrados no ato prescritivo, o qual resulta apenas no procedimento, produzem atos desconexos sem uma intervenção articulada e cuidadora, reduzindo-se à eficácia da assistência prestada, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nos determinantes sociais ambientais e relacionadas às subjetivações singularizantes, valorizando apenas as dimensões biológicas, tendo como foco exclusivo a doença.

Diante desse panorama e da necessidade do aprimoramento da assistência, preconiza-se que o cuidado desses indivíduos seja organizado em RAS de forma específica (REIS, 2018), por meio da introdução de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, e integração da APS com a atenção especializada para a implementação de uma LC organizada e eficiente com organização da RAS nos municípios brasileiros (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; REIS, 2018).

Do ponto de vista legal e normativo, a Portaria nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, busca garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Outro documento normativo relevante já publicado foi o Decreto nº 7.508/11, que regulamenta a Lei 8.080/1990, prevendo o estabelecimento de RAS, além de preconizar o Protocolo Clínica e Diretriz Terapêutica, cuja finalidade é estabelecer critérios para o diagnóstico, tratamento e demais produtos e procedimentos a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011).

Nesta direção, o MS instituiu a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS pela Portaria 252, de 19 de fevereiro de 2013, revogada, em 2014, pela Portaria GM/MS nº 483/2014. Com isso, surge a necessidade da organização de uma LC, capaz de fortalecer e qualificar a atenção à saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2014b), conforme recomendações das Portarias de nº 424/2013 e 425/2013.

Entende-se como LC um pacto estabelecido entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, a partir da rede primária, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar (BRASIL, 2014b), sendo necessário acordo de funcionamento, por todas as chefias, coordenações, gerências, em relação aos fluxos entre os três níveis de atenção à saúde (MALTA, MERHY, 2010; FRANCO, SANTOS, SALGADO, 2011).

Por se configurar como porta de entrada para o sistema de saúde, a AB torna-se o centro de comunicação da RAS, adotada como estratégia para o reordenamento dos serviços de saúde do SUS, que além do formato territorial que determina a região de saúde, tem outros elementos essenciais, a exemplo da organização da rede que deve ser de modo hierarquizado quanto à complexidade tecnológica exigida pelo diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011).

Com base nesses princípios, pesquisadores como Starfield (2002) e Santos (2017) ratificam que a AB deve ser a ordenadora de todo esse encadeamento sanitário-sistêmico, sendo o elo entre a pessoa e suas necessidades em saúde, em todos os níveis de complexidade tecnológica. Sendo também o alicerce da atenção à saúde, ordenando em todos os níveis desse processo, especialmente para as condições crônicas.

Para além da AB, os ambulatórios de especialidades, os hospitais, Programa Saúde na Escola (PSE) e as Academias da Saúde e similares, dentre outros pontos de atenção que compõem a rede, também devem estar sensíveis à captação do usuário com excesso de peso,

identificando os casos e encaminhando os indivíduos para a AB que nesse espaço seja ordenado o cuidado do usuário na de RAS (BRASIL, 2017).

Assim, a partir dos conceitos e da estruturação da LC à pessoa com sobrepeso e obesidade, pesquisadores propuseram um fluxograma com a descrição do plano de atividades de atenção à saúde a serem desenvolvidos na AB através da identificação e acolhimento dos indivíduos com excesso de peso/obesidade, considerando demanda espontânea, demanda programada, segundo classificação do IMC, e busca ativa (BRASIL, 2017).

**FIGURA 1** – Fluxograma descritivo de atividades para a Atenção à Saúde, segundo classificação do IMC na Atenção Básica para indivíduos adultos - Identificação e acolhimento dos indivíduos com excesso de peso/obesidade, busca ativa, demanda espontânea, demanda programada



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2014.

O fluxograma acima levanta reflexões acerca do cuidado oferecido aos usuários com excesso de peso (IMC  $\geq 25,00$  kg/m<sup>2</sup> e  $\leq 29,99$  kg/m<sup>2</sup>) acompanhados no âmbito da AB, com o objetivo de reduzir o peso corporal e reduzir o IMC para a faixa da normalidade (IMC  $\leq 24,99$  kg/m<sup>2</sup>) (BRASIL, 2014d). Nesse contexto, recomenda para indivíduos adultos, independentemente do IMC, a oferta de ações de promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física, seja na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) ou em outros espaços no território, como as Academias da Saúde, os clubes, as praças etc (BRASIL, 2017).

Por conseguinte, para o tratamento dos casos de obesidade (IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> a 40 kg/m<sup>2</sup>), com ou sem comorbidades, faz-se necessário uma oferta terapêutica robusta, quando for o caso, da terapia comportamental e da farmacoterapia. Nessa discussão, as equipes de

referência da AB com as equipes de Apoio Matricial devem avaliar necessidades e características individuais dos pacientes atendidos para organização do seu plano terapêutico.

Os casos mais complexos ou com IMC >40 kg/m<sup>2</sup> deverão ser assistidos em serviços de Atenção Especializada (ambulatorial ou hospitalar), desde que este esteja presente no território. Cabe à AB, por meio de suas equipes de Referência e de Apoio Matricial, ordenar a organização da rede municipal ou regional de Atenção à Saúde para garantir a oferta deste cuidado especializado (BRASIL, 2014d; ABESO, 2016).

Neste sentido, a LC esboça todo o percurso que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede (FRANCO 2007, 2012; CECÍLIO, 2003, 2012; FRANCO, SANTOS, SALGADO, 2011), articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação sobre protocolos e diretrizes terapêuticas equacionando-se tecnologias, instrumentos, no campo da gestão, capazes de impactarem o processo saúde-doença (MALTA *et al.*, 2004; MALTA, MERHY, 2010).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Obesidade: um problema de saúde pública mundial

A obesidade configura um dos principais problemas de saúde pública em diversos países, principalmente aqueles em desenvolvimento, considerada pela OMS como uma epidemia mundial (ALMEIDA *et al.*, 2017), observada principalmente nos adolescentes da nossa sociedade (FREITAS, *et al.*, 2014).

Entre as complicações oriundas da obesidade, destacam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como as complicações metabólicas, doenças cardíacas, cerebrovasculares, embolia pulmonar, diabetes tipo 2, dislipidemias, distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de câncer, como importante causa de morbidade e mortalidade no mundo (SCHMIDT *et al.*, 2011; LEE *et al.*, 2019).

Etimologicamente, a origem da palavra obesidade provém do latim “*obedere*”, formada pelas raízes “-ob” (sobre, o que engloba) e “-edere” (comer), impregnada de símbolos e valores construídos ao longo de anos de história. Portanto, “aquele que come em excesso”, sendo vinculado como aquele que tem atitudes fora do aceitável e tido como “anormal” dentro de um grupo (POULAIN, 2013).

Entender a doença se faz necessário tanto quanto a compreensão da saúde, uma vez que a doença e o processo de adoecimento são organizados socialmente, como por exemplo, os modos pelos quais as pessoas são categorizadas como doentes, ou como apresentam sua doença para os outros e os atributos que serão designados para ela (HELMAN, 2003). Além disso, sabe-se que o tratamento dessa doença costuma ser de curso prolongado, onerando os indivíduos, as famílias e os sistemas de saúde (FLOR, 2017).

Para Mantzoros (2006), várias descrições foram atribuídas à obesidade ao longo dos anos. A primeira com descrição datada da Era Paleolítica, em que se destaca como uma série de artefatos descobertos ao longo de toda Europa. Já na cultura egípcia, achados mostram que a obesidade nada mais era do que uma *commodity* dos ricos. Durante as Eras Clássicas, a medicina greco-romana se dedicou a entender e caracterizar a obesidade.

Ainda segundo o autor, na Era Científica, dando continuidade a essa tentativa de classificar a pessoa com obesidade e influenciado pelos princípios de Galileu sobre a mensuração, elaborou-se uma escala que permitiu aos médicos avaliar a extensão da obesidade, com medidas corporais e evoluções longitudinais de melhora ou piora do peso.

Esse movimento reforçou a ideia da classificação e rotulação do obeso de acordo com seu peso em faixas numéricas (MANTZOROS, 2006).

O mundo contemporâneo também possui relação com a obesidade, uma vez que o estresse e o desgaste diário fazem com que as pessoas tenham cada vez menos tempo para cuidar da saúde, e substituam refeições importantes por lanches rápidos e muitas vezes de baixo valor nutricional, até mesmo entre crianças e adolescentes (SANTANA, PIRES, SCHUENGUE, 2018).

Outro fator que contribui bastante para a obesidade é o uso excessivo da tecnologia, o que acaba facilitando, e muito, a vida, principalmente daqueles que se dispõem a não fazer nenhum tipo de atividade física. Atualmente, os adolescentes têm permanecido mais tempo em casa em frente ao computador, tv, vídeo games, tablets, deixando as brincadeiras na rua, por exemplo, em segundo plano (FREITAS, *et al.*, 2014).

Nessa direção, a prevalência de obesidade cresceu nas últimas décadas, configurando-se como um dos problemas prioritários de Saúde Pública, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (FERREIRA; BENICIO, 2015). Assim, devido o aumento de suas prevalências e os riscos que oferecem à saúde, a obesidade e o sobrepeso são considerados uma epidemia mundial e um desafio para a saúde global (FLOR, 2017).

Em diferentes países, estudos têm evidenciado consistentes associações entre o excesso de peso e outras doenças como o Diabetes Mellitus tipo 2 (CASSANO *et al.*, 1992; MUST *et al.*, 1999; PARK *et al.*, 2006; SHATEN *et al.*, 1993). Segundo o estudo *Global Burden of Disease Brasil - GBD (2017)*, houve um crescimento para 604 milhões de adultos e 112 milhões de crianças em todo o mundo com obesidade, além de um aumento significativo da prevalência entre os anos de 1980 e 2015, em mais de 70 países do mundo (SOUZA, FRANÇA, CAVALCANTE, 2017).

Este aumento de prevalência da obesidade verifica-se em todas as faixas etárias, sendo que, na adolescência, constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública, não só pela possibilidade de manutenção dessa condição até a vida adulta, como também por aumentar o risco de surgimento precoce das complicações metabólicas associadas ao excesso de gordura corporal (PORTO, *et al.*, 2019).

No Brasil, dados do MS revelam que o excesso de peso e a obesidade têm crescido no país em todas as classes sociais, e que o SUS gasta, anualmente, R\$ 488 milhões com o tratamento de doenças associadas à obesidade. Além disso, os custos com o tratamento da obesidade atingem hoje R\$ 116 milhões (BRASIL, 2013), fato preocupante, uma vez que

projeções apontam uma taxa elevada de mais de 70% dos adultos com 40 anos com sobrepeso ou obesidade em 2040 (WANNMACHER, 2016).

O perfil nutricional do Brasil alerta para um grande problema de saúde pública, mostrando a importância de um modelo de atenção à saúde que incorpore ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento da obesidade (ALMEIDA *et al.*, 2017). Além disso, alerta-se quanto à necessidade de avançar na regulação dos alimentos ultra processados e na taxação de bebidas açucaradas, bem como na manutenção do monitoramento dos indicadores do Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022 (MALTA *et al.*, 2019).

## **5.2 Avaliação em saúde e sua interface com a obesidade**

A obesidade vem trazendo preocupações para diversos países, uma vez que se reduz a qualidade de vida da população (WHO, 2003), o que implica na necessidade de políticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2007; CARRARA, 2008).

Nesta direção, o MS, no Brasil, reconhece que o acompanhamento do usuário com excesso de peso trata-se de um processo contínuo, que inclui apoio e motivação para superação dos obstáculos. Logo, a comunicação a ser estabelecida deve ser baseada na interação de saberes e na formação de vínculo (BRASIL, 2006).

Dessa forma, o controle da obesidade configura-se como grande desafio para o SUS (BRASIL, 2006), sendo necessário um atendimento multidisciplinar, exigindo um trabalho integral, e para isto é preciso garantir o adequado funcionamento de todo o sistema de saúde com reorganização dos serviços, com ênfase na promoção da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Como formas de organização da atenção e dos serviços de saúde, as LC buscam incorporar, de forma racional, as melhores evidências disponíveis sobre protocolos e diretrizes terapêuticas associadas à prática clínica multidisciplinar na área da saúde (THOMAS ROTTER *et al.*, 2013; REIS, 2018). Para tanto, é importante a implementação de mecanismos de gestão do cuidado nos municípios e regiões de saúde, como bons sistemas de informação e de regulação, fóruns de discussão de casos e educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2014d).

Nessa perspectiva, ressaltam a importância da gestão dos serviços de saúde na prevenção e no controle da obesidade, sendo necessário criar, organizar, monitorar e avaliar os programas de intervenção, bem como a necessidade de gerenciar um processo de mudança, reorganizando os serviços, programas e ações para um apropriado atendimento, levando-se

em consideração fatores diversos (MINAYO, 2006; MENDONÇA; ANJOS, 2004; PRATES *et al.*, 2017).

Considerando que a avaliação possibilita mudanças nos padrões e tendências dos resultados (FACCHINI, 2016), o MS desenvolveu em 1998, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), cuja finalidade foi avaliar os serviços e a satisfação dos usuários de unidades de pronto-socorro, ambulatórios e internações. Em 2015, por meio da Portaria GM/MS nº 28, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) foi reformulado visando avaliar todos os estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com aporte financeiro proveniente de programas, políticas e incentivos do MS (BRASIL, 2015; SALCI; SILVA, MEIRELLES, 2018).

No âmbito da AB, em 2011, o Departamento de Atenção Básica (DAS) do MS (DAB/MS) implantou o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da AB (PMAQ-AB), sob a ótica de uma metodologia sistêmica, dinâmica e interativa, envolvendo todos os atores institucionais, como gestores municipais da saúde e profissionais de saúde de nível superior da ESF (BRASIL, 2004).

Avaliar um serviço, uma prática ou uma política no contexto da saúde é uma atividade complexa, porém, imprescindível para a melhoria da qualidade das instituições (FEITOSA, 2018; AMARAL, BOSI, 2018), considerando que toda avaliação remete à realidade do serviço e tem como característica pontuar carências e fragilidades do objeto sob investigação (AMARAL, BOSI, 2018, PRATES *et al.*, 2017).

Nesse sentido, Hartz e Vieira da Silva (2005) afirmam que institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional que possa influenciar o seu comportamento, sendo um modelo orientado para que as atividades analíticas sejam ligadas as de gestão das intervenções programáticas.

Para Contandriopoulos *et al.*, (2017) a avaliação configura-se como julgamento que se faz sobre uma intervenção, ou sobre qualquer dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Considera-se também, como instrumento para melhorar o desempenho dos programas sociais, pois a partir das lições apreendidas permite reelaborar e melhorar programas (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2008).

Nessa direção, Minayo (2006) e Penso *et al* (2017) corroboram com a ideia de que a avaliação permite modificações e intervenções na realidade, podendo ser incluída no processo de planejamento das ações, com a percepção de subsidiar a gestão e permitir que as pessoas envolvidas nas ações melhorem seu desempenho. Assim, os resultados de uma avaliação

podem ser um instrumento para a qualificação da prática profissional e, conseqüentemente, do serviço de saúde (SALCI, SILVA, MEIRELLES, 2018).

Com o propósito de mensurar a qualidade da assistência prestada à saúde, gestores têm preconizado que os serviços estabeleçam ferramenta adotando um sistema de avaliação e indicadores de desempenho adequados para apoiar a administração na tomada de decisões, objetivando uma melhor qualidade dos serviços de assistência à saúde (SIQUEIRA, 2017), sendo possível obter informações que podem subsidiar ações futuras de assistência à saúde (MINAYO, 2006; PENSO *et al*, 2017).

Para tanto, faz-se necessário repensar o processo saúde-doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, que incorpore a ideia da integralidade na assistência à saúde, de prevenção a agravos, curativas e de reabilitação unificando as ações de promoção da saúde e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação (MALTA, MERHY, 2010; FRANCO, SANTOS, SALGADO, 2011).

Nesse contexto, a instituição de uma LC para a obesidade é imprescindível e deve ser pautada nos princípios do SUS, pelas demandas de saúde dos usuários e por parte dos atores envolvidos no sistema, sejam eles profissionais que executam o atendimento ao usuário, sejam gestores das unidades ou dos municípios (BRASIL, 2014e).

## **6 CAMINHO METODOLÓGICO**

### **6.1 Delineamento do estudo**

Este estudo originou-se de um projeto de pesquisa intitulado “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do SUS para prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na Paraíba”, que tem por objetivo fortalecer o enfrentamento e controle da obesidade no âmbito da AB do SUS por meio do desenvolvimento de um conjunto de ações de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do SUS no estado, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através da chamada pública **CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018 e N° 28/2019**.

Diante das características do objeto em questão, faz-se necessária a utilização de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, uma vez que o referido método investiga fenômenos contemporâneos em meio a um contexto de vida real, analisando-os em detalhes com base em várias fontes de dados, sendo indicado, principalmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2015).

No tocante ao método qualitativo, Minayo (2013) defende como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais.

A escolha do método é norteadada não só pela orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, mas fundamentalmente pela natureza da questão colocada, uma vez que se pretende investigar a compreensão de um fenômeno vivenciado por um indivíduo ou grupo (FORTIN, CÔTÉ, FILION, 2009). Para tanto, admitem-se abordagens qualitativas e quantitativas, associadas ao uso de diferentes métodos, técnicas de coleta e fonte de informação (PRODANOV, FREITAS, 2013).

### **6.2 Campo e participantes da pesquisa**

#### ***6.2.1 Local do estudo***

A pesquisa teve como campos de investigações as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Serviços Especializados de Saúde de MC e AC de quatro municípios paraibanos sedes de macrorregiões de saúde, a saber: João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa.

Para a seleção dos serviços de saúde, foi realizada uma amostragem aleatória simples por meio da qual foram definidos os serviços de saúde incluídos no estudo, totalizando quatro serviços especializados e quatro UBSF.

Os municípios escolhidos para o estudo justificam-se por serem sedes de macrorregiões de saúde e, por conseguinte, conforma-se a RAS. Além disso, considerou-se também o porte populacional (médio e grande porte), no qual se considera como de pequeno porte (até 50 mil habitantes), médio porte (de 50.001 até 100.000 habitantes) e grande porte (acima de 100 mil habitantes).

A Paraíba é o estado mais central do Nordeste brasileiro, faz fronteira com os estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco, Ceará, possui 223 municípios, tendo como capital a cidade de João Pessoa. Segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o referido estado possui uma população de 4.018.127 habitantes, distribuída em uma área de 56.469 km<sup>2</sup> pelas mesorregiões da Mata Paraibana, Agreste, Borborema e Sertão, totalizando uma densidade demográfica de 70,77 habitantes/km<sup>2</sup>.

A atual configuração da Regionalização da Saúde na Paraíba encontra-se organizada em três macrorregiões distribuídas em 16 regiões de saúde (PARAÍBA, 2018).

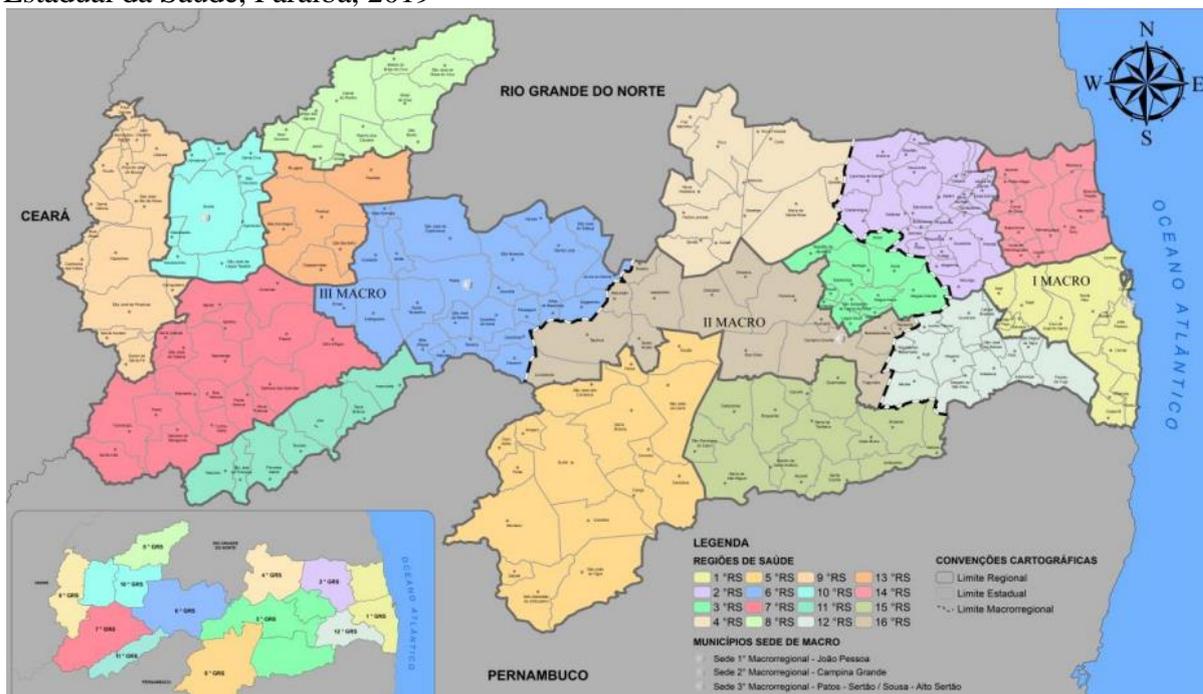
**QUADRO 1** – Municípios pré-selecionados para o Projeto “Avaliação da LC à pessoa com sobrepeso e obesidade no estado da Paraíba”, Brasil, 2020

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO SEDE	REGIÕES DE SAÚDE	Nº DE HABITANTES
1 <sup>a</sup>	João Pessoa	1 <sup>a</sup> , 2 <sup>a</sup> , 12 <sup>a</sup> , 14 <sup>a</sup>	809.015
2 <sup>a</sup>	Campina Grande	3 <sup>a</sup> , 4 <sup>a</sup> , 5 <sup>a</sup> , 15 <sup>a</sup> e 16 <sup>a</sup>	409.731
3 <sup>a</sup>	Patos (Sertão) Sousa (Alto Sertão)	6 <sup>a</sup> , 7 <sup>a</sup> , 8 <sup>a</sup> , 9 <sup>a</sup> , 10 <sup>a</sup> , 11 <sup>a</sup> , e 13 <sup>a</sup>	107.605 69.444

Fonte: anexo I da Resolução 43/2018 da CIB/SES/PB.

A primeira Macrorregião de Saúde, com sede em João Pessoa, é composta por quatro Regiões de Saúde (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup>); a segunda, composta por cinco Regiões de Saúde (3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup> e 16<sup>a</sup>), com sede em Campina Grande; e por último, a terceira macrorregião, representada pelos municípios de Patos e Sousa, integra as regiões do Sertão e Alto Sertão, composta por sete Regiões de Saúde (6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10, 11<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup>), (Figura 2).

**FIGURA 2:** Localização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Secretaria Estadual da Saúde, Paraíba, 2019



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde, Paraíba, 2019.

Apresenta-se a seguir realidade e capacidade instalada da rede assistencial nos municípios das Macrorregiões de Saúde da Paraíba, Tabela 2.

**QUADRO 2** – Distribuição do quantitativo da rede assistencial das Macrorregiões de saúde da Paraíba, 2020

MUNICÍPIO	SERVIÇOS DE SAÚDE	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - ATENÇÃO ESPECIALIZADA
João Pessoa	1.618	114	200	89
Campina Grande	743	89	110	86
Patos	193	40	41	23
Sousa	130	29	28	21
Total	2.684	272	379	219

Fonte: elaboração própria (referência: abril de 2020)

### 6.2.2 População

A população do estudo foi composta pelos Gestores, Gerentes e Profissionais de saúde de nível superior (nutricionistas, médicos e enfermeiros), vinculados à AB e serviços da rede especializada.

A amostra foi dividida em três grupos: o primeiro representado pelos gestores de saúde responsáveis pela LC da Pessoa com Sobrepeso e Obesidade; o segundo, representada pelos gerentes dos serviços de saúde tanto da AB quanto da rede especializada; e o terceiro por profissionais de nível superior atuantes na AB e na atenção especializada. A definição de participantes foi definida obedecendo ao critério de saturação teórica (FONTANELLAS; RICAS; TURATO, 2008).

Para a seleção dos participantes, realizou-se uma amostragem por conveniência, em que após a décima nona entrevista, foi possível alcançar a saturação teórica da temática, sendo: oito profissionais (quatro da rede especializada e quatro da atenção básica), oito gerentes de serviços de saúde (quatro da rede especializada e quatro da atenção básica) e três secretários de saúde.

Definiu-se a escolha dos gerentes e profissionais considerando as especificidades de cada serviço de saúde onde os mesmos atuavam e também a representação na pesquisa de equipes envolvidas nas diferentes unidades de saúde de cada município. Segundo Polit e Beck (2011), a amostra conveniência pode ser chamada de voluntária, e pode ser utilizada quando o pesquisador necessita de potenciais participantes que passaram por experiências específicas.

**QUADRO 3** - Distribuição final da amostra por grupo

SEQ UÊN CIA	GRUPOS		PARTICIPANT ES DA 1ª MACRORREGI ÃO DE SAÚDE - JOÃO PESSOA	PARTICIPANTES DA 2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE - CAMPINA GRANDE	PARTICIPANTES DA 3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		NÚMER O DE PARTIC IPANTE S
					PATOS	SOUSA	
01	Secretários Municipais de Saúde		00	01	01	01	03
02	Gerentes de Serviços de Saúde	Atenção Básica	01	01	01	01	04
		Atenção Especializada	01	01	01	01	04
03	Profissionais de saúde	Atenção Básica	01	01	01	01	04
		Atenção Especializada	01	01	01	01	04
<b>TOTAL DE PARTICIPANTES</b>							19

Fonte: elaborada pelos autores.

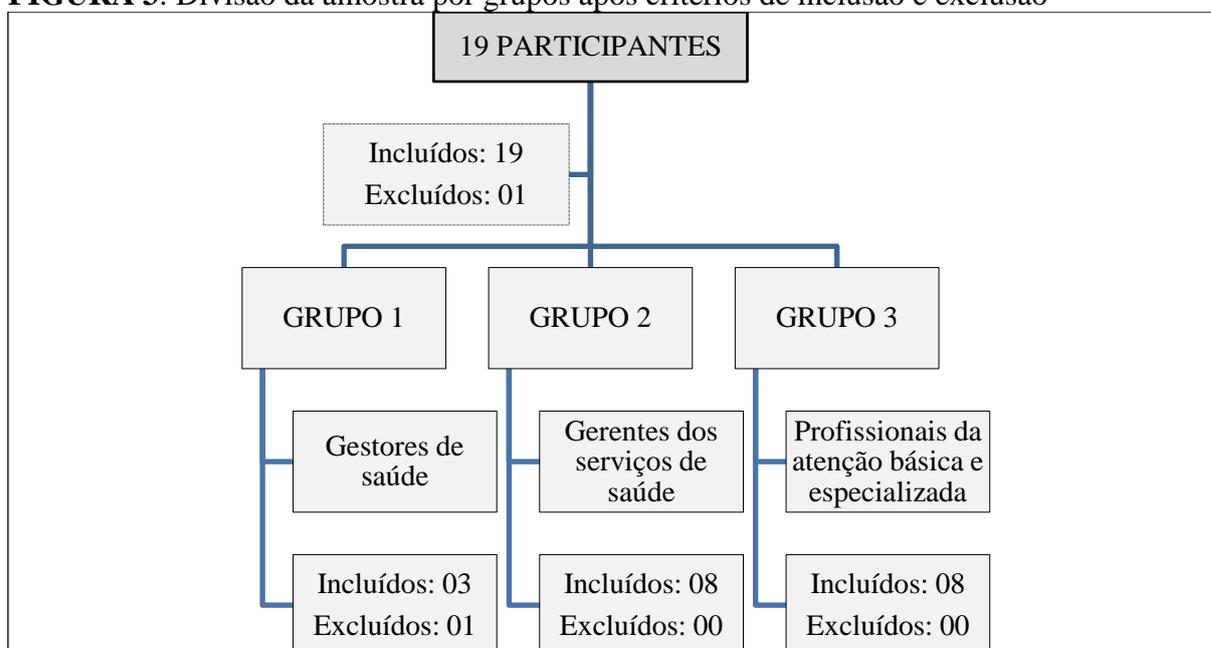
No que concerne aos critérios de inclusão, estabeleceram-se para os gestores e gerentes possuírem ensino superior completo e terem no mínimo seis meses de experiência no

âmbito da gestão. Para os profissionais de saúde, definiu-se terem mais de um ano de experiência na área profissional.

Como critério de exclusão considerou-se os gerentes e gestores que se encontravam gozando férias, licença médica ou em transição de gestão há menos de dois meses e que não fossem localizados no ambiente de trabalho em três tentativas subsequentes do pesquisador. Para os profissionais, ponderou-se que os mesmos atuassem na equipe há menos de um ano, se encontrassem afastados por três meses ou mais das atividades profissionais na equipe de saúde selecionada para o estudo, independente do motivo e que não fossem localizados no ambiente de trabalho em três tentativas subsequentes do pesquisador.

A figura a seguir mostra os participantes incluídos e excluídos do estudo.

**FIGURA 3:** Divisão da amostra por grupos após critérios de inclusão e exclusão



Fonte: elaborada pelos autores

### 6.3 Procedimentos de coleta de dados

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2020 e abril de 2021.

Para tanto, foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: Formulário Individual (Apêndice A) e a Entrevista Semiestruturada (Apêndice B e C), a partir de um roteiro previamente estruturado.

Foram feitos contatos por telefone com os gestores e agendadas as entrevistas. Para os gerentes e profissionais da AB, foi procurado o DAS, o qual autorizou contato direto com os

mesmos, como também repassou o contato ou lista da UBSF onde se procedeu o agendamento para realização das entrevistas. Para os gerentes e profissionais da atenção especializada, contataram-se os responsáveis internos por pesquisas nos estabelecimentos de saúde para ciência quanto à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética (Anexo I) e autorização para entrada e circulação nos serviços de saúde.

Durante a abordagem inicial a todos os participantes, explanou-se o objetivo da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados. Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados e os participantes elegíveis eram conduzidos a uma sala adequada para realização da entrevista, a qual ocorreu no momento mais propício da rotina profissional.

### **6.3.1 Formulário Individual**

Para Lakatos; Marconi (2017), o formulário individual é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, tendo o objetivo de coletar dados a fim de obter informações diretamente do entrevistado, a partir de questões perguntadas e anotadas por um entrevistador/pesquisador numa situação face a face com o sujeito da pesquisa.

Dentre as vantagens que o formulário apresenta, pode-se destacar: permite esclarecimento verbal adicional para as questões de entendimento mais difícil (PRODANOV; FREITAS, 2013); uma vez que favorece a produção de *rapport*, que pode explicar os objetivos da pesquisa e elucidar significados de perguntas ou ajustá-las à compreensão de cada informante (MARCONI; LAKATOS, 2003; GERHARDT; SANTOS, 2009).

Para tanto, com a finalidade de caracterizar os participantes do estudo, o referido instrumento foi formulado a partir das seguintes variáveis: dados sociodemográficos, econômicos e profissionais, a saber: idade, sexo, renda, formação profissional, situação funcional, dentre outros (APÊNDICE A). A segunda etapa se constituiu da entrevista propriamente dita por meio de roteiros de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B e C).

### **6.3.2 Entrevista semiestruturada**

A entrevista tem grande importância no estudo de caso pelo fato de permitir ao investigador perceber de que forma os participantes interpretam o problema em estudo (COUTINHO, 2013). Para Prodanov; Freitas (2013 p. 206), a entrevista semiestruturada caracteriza-se como:

Aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano.

Neste sentido, o entrevistador esboça uma lista de temas a abordar, constrói questões com integridade com esses temas e apresenta-os ao participante numa ordem que considera pertinente (FORTIN, 2009). Para tanto, foi utilizado um roteiro para realização das entrevistas, com base nas recomendações operacionais propostas pelas Portarias nº 424/GM/MS/2013, nº 425/GM/MS/2013 e nº 62/GM/MS/2017 que redefinem as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como LC prioritária da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas.

Para tanto, foi realizado contato prévio com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios cenários do referido estudo, com o objetivo de identificar a quantidade de serviços de saúde e usuários com histórico de sobrepeso e obesidade, bem como sua localização, dentre outras informações. Em seguida foi mantido contato com os profissionais de saúde e usuários para o agendamento da entrevista de acordo com a sua disponibilidade. O instrumento de pesquisa foi aplicado de acordo com a disponibilidade e interesse de cada participante do estudo, em local reservado, escolhido pelos participantes do estudo, com o uso de um aparelho gravador digital dupla entrada, mediante assinatura do TCLE (APENDICE D) e o Termo de Autorização de Gravação de Voz (TAGV) (APÊNDICE E).

#### **6.4 Processamento e análise de dados**

A análise dos dados resultantes das entrevistas ocorreu a partir da associação dos procedimentos clássicos de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) e da análise lexicográfica dos dados pelo *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra com auxílio do *software* LibreOffice 6.0.4. Após a produção do *Corpus* textual, os dados foram indexados ao *software* *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) versão 0.7, alpha 2, criado por Pierre Ratinaud. O IRAMUTEQ é um *software* livre que foi desenvolvido na linguagem Python, ancorando-se ao *software* R 3.6.3 (LOUBÉRE; RATINAUD, 2014). O IRAMUTEQ não é considerado um método de análise de dados, entretanto, funciona como uma ferramenta para processá-los. Desta forma, faz-se

necessária a interpretação e análise por parte do pesquisador, sendo essa uma responsabilidade do mesmo (CAMARGO; JUSTO, 2013).

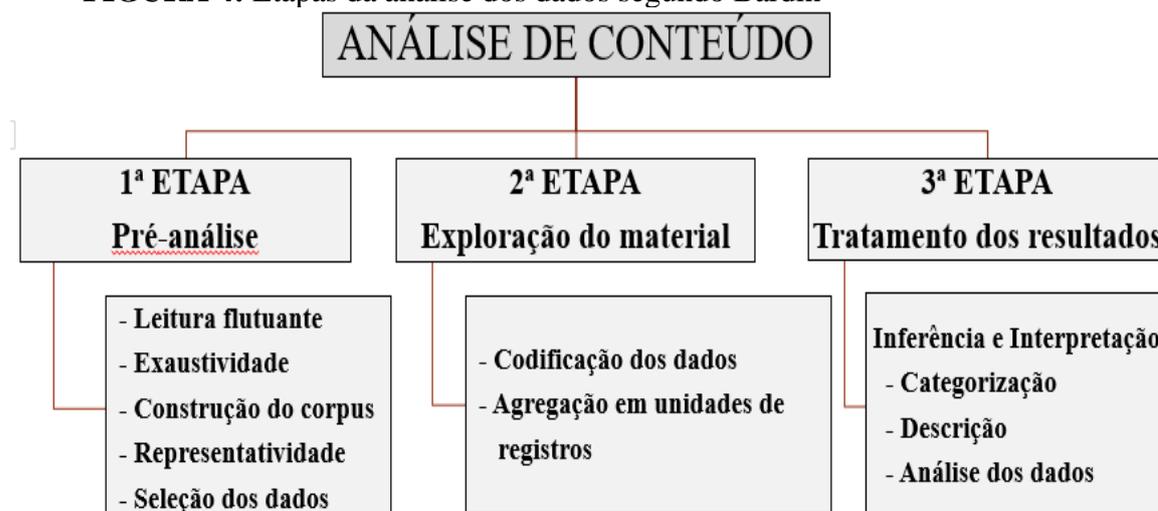
Foi realizada a análise lexicográfica por meio da opção estatística, que identifica e reformata as unidades de texto, transformando textos em segmentos de texto (ST), identifica a quantidade de palavras, frequência e *hápax* (palavras com frequência igual a um) (CAMARGO; JUSTO, 2018). A Nuvem de Palavras também foi utilizada como uma ferramenta que possibilita a realização de uma análise lexical mais simplória. Entretanto, conforma-se como um instrumento interessante para ser utilizado, pois a imagem gerada permite uma rápida identificação dos termos que são preponderantes no *Corpus* analisado (SOUSA *et al.*, 2020).

#### **6.4.1 Análise de conteúdo**

A análise de conteúdo seguiu a proposta metodológica, adotando a modalidade categorial temática, na qual as falas dos entrevistados foram aglomeradas por temas centrais presentes nos relatos e os objetivos da pesquisa nortearam o agrupamento dos temas centrais. Para tanto, explica-se que o delineamento dessa análise ocorreu em três etapas, a saber: a pré-análise refere-se à organização do material a ser investigado e compreende a leitura flutuante e a escolha dos documentos.

A segunda etapa diz respeito à exploração do material por meio de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas e, por último, o tratamento e interpretação dos dados em que os resultados brutos tornaram-se significativos e válidos, propondo inferências para realizar interpretações referentes aos objetivos e permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas pela análise e condições de produção, culminando nas categorias temáticas (BARDIN, 2016).

**FIGURA 4:** Etapas da análise dos dados segundo Bardin



Fonte: Baseado em Bardin (1977, p. 102).

Os dados referentes às variáveis sociodemográficas foram analisados na perspectiva da estatística descritiva (percentual) e apresentados em tabelas. Com isso, não houve pretensão de dar ao estudo um delineamento quantitativo, mas unicamente valorizar variáveis referentes à caracterização dos participantes do estudo.

### 6.5 Aspectos Éticos

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no território brasileiro (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo comitê de ética da UEPB como um CAAE: 39858920.4.0000.5187 e número do parecer: 4.410.574.

A coleta de dados foi realizada após agendamento da entrevista e aceitação dos participantes selecionadas. Foi utilizada a técnica baseada na exploração de perguntas abertas, realizadas pelo pesquisador no ato da entrevista, seguindo roteiro pré-definido, composto por nove perguntas para os gestores de saúde e de serviços de saúde e dez para os profissionais de saúde.

Anteriormente à coleta de dados, foi explicado aos participantes, através de um diálogo, a justificativa, os objetivos e os procedimentos para execução da pesquisa, sendo oportunizada, ainda, leitura do TCLE (APÊNDICE D), TAGV (APÊNDICE E), e questionamento aberto por parte dos mesmos, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa. Em seguida, foi solicitado que os participantes

da pesquisa assinassem o TCLE e TAGV, como também o formulário sociodemográfico (APÊNCICE A; C).

Para a confidencialidade dos participantes da pesquisa, algumas medidas foram tomadas a fim de manter o total sigilo das identidades, mantendo-se o anonimato pela identificação dos gestores da saúde pela letra G, dos gerentes dos serviços de saúde pela sigla Ger, dos profissionais da AB pela sigla Pab, dos profissionais da rede especializada pela sigla Pesp, seguida do número correspondente à sequência das entrevistas de cada subcategoria, ou seja, (G1, Ger1, Pab1, Pesp1...).

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas de acordo com o roteiro aplicado, dando ênfase às opiniões, comentários e frases. Os depoimentos dos entrevistados foram transcritos na íntegra, categorizados e subcategorizados segundo o referencial teórico da Análise de Conteúdo de Bardin (2016).

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação e discussão dos resultados, foram sistematizados primeiramente os dados referentes à caracterização dos participantes da pesquisa. Posteriormente, inicia-se o detalhamento e a discussão das dimensões emergentes em cada categoria temática.

No total, foram 19 participantes, sendo três gestores de saúde, oito gerentes de serviços de saúde e oito profissionais de saúde da AB e atenção especializada. A média de idade foi de 37,33 anos, sendo a maioria do sexo feminino (79%). Em relação à faixa etária, nove dos participantes tinham idade entre 41 e 50 anos (47,37%), seguidos de 20 a 30 anos (26,31%), 31 a 40 anos (22%), 40 a 50 anos (15,79%), e 51 a 60 anos (10,52%). Com relação ao município de residência, todos residiam na mesma cidade onde trabalhavam.

Com relação à profissão, todos tinham ensino superior com graduação em: enfermagem (36,84%); nutrição (26,31%); medicina (15,78%); pedagogia, jornalismo, direito e psicologia (5,29%).

No que concerne à Instituição de Ensino Superior (IES) de formação, observou-se que mais de 50% haviam concluído o ensino superior em instituições públicas. Em relação ao tempo de formação, 52,63% dos participantes haviam se formado a menos de dez anos, 26,31% já tinha formação entre 11 a 20 e 10,53% tinham concluído a graduação há mais de 31 anos. Destes, apenas 10,53% possuíam mais de uma graduação. No quesito que diz respeito à pós-graduação, 84,21% já haviam realizado especialização, 21,05% tinham concluído mestrado e apenas 5,26% haviam cursado doutorado.

Como forma de ingresso no serviço, 42,11% teve acesso através de concurso público com carga horária de trabalho semanal de 20 horas (10,53%), 30 horas (10,53%) e 40 horas (78,95%).

Observando o tempo de serviço, percebe-se que a maioria (73,68%) atuava a menos de dez anos e 42,10% dos participantes possuem outro vínculo empregatício. Em relação à capacitação específica sobre obesidade, 31,59% haviam participado de alguma formação, 26,32% não tiveram nenhum curso específico e 42,10% não responderam.

As características sociodemográficas dos participantes da pesquisa estão representadas na tabela a seguir:

**TABELA 1** - Perfil sociodemográfico e educacional dos participantes do estudo

<b>Características Sociodemográficas - (N=19)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	5	21
Feminino	14	79
<b>Faixa etária</b>		
20 - 30 anos	5	26,31
31 - 40 anos	9	47,37
41 - 50 anos	3	15,79
51 - 60 anos	2	10,52
<b>Local de residência dos participantes</b>		
Município onde trabalham	19	100
<b>Graduação dos entrevistados</b>		
Enfermagem	7	36,84
Nutrição	5	26,31
Pedagogia	1	5,29
Jornalismo	1	5,29
Medicina	3	15,78
Direito	1	5,29
Psicologia	1	5,29
<b>Tempo de formação</b>		
6 meses a 10 anos	10	52,63
11 a 20 anos	5	26,31
21 a 30 anos	2	10,53
31 a 40 anos	2	10,53
<b>Instituição de formação</b>		
Pública	10	52,63
Privada	9	47,37
<b>Possui outra graduação</b>		
Sim	2	10,53
Não	17	89,47
<b>Pós-graduação - Especialização</b>		
Sim	16	84,21
Não	3	15,79
<b>Pós-graduação - Mestrado</b>		
Sim	4	21,05
Não	15	78,95
<b>Pós-graduação - Doutorado</b>		
Sim	1	5,26
Não	18	94,74
<b>Forma de ingresso no serviço</b>		
Concurso Público	8	42,11
Outros	11	57,89
<b>Jornada de trabalho semanal</b>		
20 horas	2	10,53
30 horas	2	10,53
40 horas	15	78,95
<b>Tempo de serviço na Instituição de Saúde</b>		
6 meses a 10 anos	14	73,68



Observa-se que entre as palavras que apresentaram maior relevância nos segmentos de texto foram EXISTIR (108) que dentro dos discursos dos participantes aparecia frequentemente associada à LINHA DE CUIDADO (58), protocolos ou fluxos assistenciais voltados ao tratamento dos indivíduos com sobrepeso ou obesidade; PRECISAR foi bastante associada à necessidade de CAPACITAÇÃO (35) para os profissionais da atenção básica no tocante ao manejo do sobrepeso e da obesidade.

A ATENÇÃO BÁSICA (92) foi citada no texto como a porta de entrada de indivíduos com excesso de peso no sistema único de saúde, sendo ela a responsável por ENCAMINHAR (39) o usuário aos demais níveis de atenção à saúde, tais como a média e a alta complexidade. SERVIÇO (65) era frequentemente acompanhada por DIFICULDADE (59), apresentada nos discursos ao referir-se ao acesso.

NUTRICIONISTA (44) e ENDOCRINOLOGISTA (30) apareceram no texto como as especialidades mais buscadas nos serviços de saúde para atendimento dos indivíduos com excesso de peso.

As categorias e subcategorias a seguir são apresentadas considerando o agrupamento das respostas mais significativas dos participantes. Entretanto, as categorias e subcategorias não foram avaliadas apenas pela frequência, ou seja, a repetição de conteúdos comuns à maioria dos participantes, mas também pela relevância implícita, cujo tema não se repete no relato de outras entrevistas, mas que abarca, em si, riqueza e relevância para o estudo (CAMPOS, 2004).

#### **QUADRO 5 - Categorias e subcategorias após análise de conteúdo**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Categoria 1 – Linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade no contexto da gestão do cuidado</b>	
<b>Categoria 2 - Conformação da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade</b>	O apoio institucional e o processo de qualificação do cuidado em saúde
	As faces do processo saúde-doença: expectativas e interrogações no cotidiano dos serviços
	A organização do fluxo entre os níveis de atenção
<b>Categoria 3 – Atenção Básica como organizadora e ordenadora do Cuidado?</b>	Atenção Básica: fluxo e contra fluxo na rede de atenção à saúde
<b>Categoria 4 – Categoria 4 – Linha de cuidado: entraves e dimensões na gestão</b>	
<b>Categoria 5 – O cuidado em saúde na perspectiva da linha de cuidado: entre o que existe e o que é necessário</b>	

Fonte: elaborada pelos autores.

### **Categoria 1 – Linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade no contexto da gestão do cuidado**

Esta categoria temática apresenta os conceitos conferidos pelos gestores acerca da “Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade”, visões que permeiam desde processos assistenciais e gerenciais até uma definição de fluxos e protocolos, interligada entre os níveis de atenção à saúde. Perpassam ações e conhecimentos tanto sobre a organização da linha de cuidado, como a própria doença, passando pelos diversos campos de saberes e de apoio para com o indivíduo, até chegar aos mais complexos processos assistenciais. Fatos estes comprovados nos trechos de fala dos entrevistados:

Linha de cuidado, para mim, é a gente poder fazer um trabalho, um atendimento continuado, interligado entre os níveis para que a gente possa dar integralidade no cuidado desse paciente, que ele passe Atenção Básica, ele tenha Acesso a Atenção Especializada e a Alta Complexidade também, caso seja necessário (G1)

É uma nova linha de cuidado, vamos dizer assim, onde a obesidade está na dimensão nova, uma doença a meu ver, com uma característica do estilo de vida das pessoas, tanto é de alimentação, como também processos somáticos, psicológicos, como econômico (G2).

Eu defino essa linha de cuidado, como prioridade do indivíduo dentro do sistema único de saúde, onde seja prestada uma assistência humanizada, onde o mesmo passe a ser acompanhado e assistido de forma resolutiva (Ger3).

A linha de cuidado seria um campo específico onde são definidos fluxos e protocolos para esse agravo, para o sobrepeso e a obesidade, ou seja, seriam todas as ações destinadas a esse público, que nós disporíamos de forma sistematizada, uniformizada para todos os serviços a exemplo algoritmos, protocolos, fluxos, essa é minha compreensão de linha de cuidado (Ger5).

A compreensão dos entrevistados apresenta relação com o disposto na Portaria nº 62/2017, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. WIRZBICKI; OLIVEIRA (2014), em um estudo realizado com o objetivo de descrever as LC como estratégia de atenção à saúde para DCTN, conceituam que as LC são estratégias que visam superar a fragmentação das práticas de saúde, começando pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica até outras ações assistenciais.

A LC busca garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os usuários, a partir de redes hierarquizadas de serviços e do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, que considere tanto o biológico quanto os valores subjetivos do usuário, autonomia e vivências socioculturais. Assim, conforme descrito por Cecílio; Merhy (2003); Pinheiro; Mattos, (2007), isso contribuirá para que o trajeto do usuário esteja articulado ao atendimento qualificado entre diversos níveis de atenção à saúde.

Evidencia-se que, apesar da existência de fluxos programáticos, visando orientar o itinerário dos usuários pelo sistema de saúde, esses nem sempre correspondem àquele percorrido ou almejado pelas pessoas, resultando em peregrinações sem sucesso entre diferentes serviços de saúde (SILVA, SANCHO; FIGUEIREDO, 2016). Corroborando esse debate, Aguiar *et al.* (2018) aponta que a linha de cuidado demonstra uma possibilidade de garantir a integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde com ênfase na colaboração interprofissional como recurso de fortalecimento dessa linha de cuidado.

Ainda na perspectiva conceitual, os entrevistados reforçaram a ideia de que a Linha de Cuidado vai além do processo terapêutico, uma vez que requer apoio social e econômico, bem como acompanhamento por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, desde a atenção primária até níveis de atenção mais complexos. Esses conceitos são ilustrados pelas falas a seguir:

Defino como linha de cuidado uma linha de cuidado que não é só terapêutica, mas ela é preventiva. A linha de cuidado deve ser desde o momento do sobrepeso para que essa pessoa não se torne obesa, e em se tornando, que ela tenha todos os cuidados necessários desde o tratamento psicológico, ao tratamento dietético, ao tratamento medicamentoso até o tratamento cirúrgico se assim seja necessário conforme a indicação médica (Ger6).

É uma organização que tem como objetivo principal ter uma atenção maior a esse indivíduo (com sobrepeso e obesidade), uma comunicação entre profissional e paciente, porque muitas vezes há uma distância realmente desse contato, profissional-paciente para fazer com que ele tenha um acesso maior a esse cuidado, através de garantir essa comunicação entre as redes, para que cada uma dessas redes entenda as suas funções, suas obrigações, seus deveres, digamos assim, é basicamente isso, a importância e o objetivo principal, também é esse: fortalecer essa linha de cuidado (Pesp1).

O meu conceito de linha de cuidado para pacientes com obesidade e sobrepeso, que eu tenho de linha de cuidado ideal, é a participação, a formação de uma equipe multiprofissional e que esse paciente seja abordado por todos os componentes dessa equipe, visando, cada um na sua área a motivação para que ele permaneça nesse tratamento, que é um tratamento longo, que é uma mudança de hábito, de comportamento e que precisa de uma equipe que esteja dando esse suporte para esse paciente. A equipe psicoterápica, a equipe de fisioterapia, de atividade física, o apoio psicológico, o apoio social, econômico-social. Então, é uma rede que precisa amparar esses pacientes (Pab3).

O cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade seria multidisciplinar. Teria de ser o acompanhamento com o especialista da endocrinologia, com educadores físicos para intensificar a prática de atividades físicas, orientação da educação física com vários tipos de atividades de acordo com a limitação de cada um, que vai depender muito do grau de sobrepeso e obesidade e a parte da orientação de nutrição, acesso ao profissional da nutrição para melhorar os hábitos alimentares (Pesp2).

O meu conceito de linha de cuidado é uma abordagem multidisciplinar para o cuidado do paciente com sobrepeso e obesidade que vai desde a educação, desde a questão nutricional, de educação física até a parte medicamentosa ou cirúrgica, se for o caso. Então é uma coisa multidisciplinar, depende de muitos profissionais, de vários níveis de tratamento desde a atenção primária até níveis de atenção e tratamentos mais complexos (Pesp3).

Nessa direção, Crispim (2019) assegura que o processo do cuidado, através da Linha de Cuidados, busca modificar a imagem hierarquizada do sistema de saúde e seus acessos da pirâmide para uma malha de cuidados ininterruptos, assegurando os direitos e as demandas dos usuários.

A especificidade das demandas apresentadas pelos usuários com sobrepeso e obesidade coaduna com um estudo realizado por Tramontina, *et. al.* (2019) com o objetivo de compreender a Gestão do Cuidado à pessoa com estomia sob a perspectiva da RAS. Os autores afirmam que além do fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes, faz-se necessário uma gama de ações e serviços em saúde, desenvolvidos por equipes multiprofissionais de saúde, articuladas de forma interdisciplinar e capacitadas para tal fim.

Assim, torna-se necessário repensar o processo saúde-doença quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação (MALTA; MERHY, 2010), permitindo não só a condução oportuna dos usuários pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, mas também, em outras dimensões do cuidado que podem ser conduzidas pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2008).

Seguindo essa mesma lógica, Mendes (2011) considera importante adentrar novas formas de atenção que vão além da consulta presencial, como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância. O autor propõe ainda um monitoramento padronizado e regular para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas após deixar uma Unidade de Saúde.

Neste sentido, a LC passa a ser desenhada, também, no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactar o processo saúde-doença (MALTA; MERHY, 2010).

## **Categoria 2 - Conformação da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade**

Esta categoria é composta por três subcategorias, a saber: o apoio institucional, que apresenta estratégias com o objetivo de qualificar o processo de cuidado em saúde. A segunda, denominada olhar diferenciado para o processo saúde-doença, que trata das expectativas e interrogações entre as necessidades apresentadas e pactuadas, e por último, a subcategoria organização do fluxo entre os níveis de atenção.

### **Subcategoria 1 – O apoio institucional e o processo de qualificação do cuidado em saúde**

No âmbito institucional, os participantes apontaram processos de negociação entre a gestão municipal e a Comissão Intergestores Regionais (CIR), necessários para prover o cuidado continuado de forma articulada entre os níveis de atenção à saúde, ao usuário com sobrepeso e obesidade. Além disso, foram registrados avanços organizacionais relacionados à implantação de uma pasta específica sobre obesidade no âmbito da ESF e dos NASFs. Confira nas falas a seguir: “Nós temos uma pasta específica hoje sobre obesidade dentro da saúde da família, nos NASFs. (...) a gente tem na nossa secretaria especificamente dentro da saúde da família nós temos uma pasta específica para obesidade” (G1). “[...] existe articulação entre os níveis de atendimento à saúde no que diz respeito ao atendimento ao indivíduo com sobrepeso e obesidade” (G2).

Essa pactuação foi feita a nível de CIR, que é a Comissão Intergestores Regionais e, como falei: a gente vinha cumprindo as reuniões (...) nós tivemos várias reuniões para conformar os grupos, e também de pessoas portadoras de doenças crônicas e dentre esses grupos das linhas de cuidado, nós também tivemos para obesidade, isso, a nível de região (Ger3).

Os gestores entrevistados operam na perspectiva do apoio institucional, envolvendo ações intersetoriais e interinstitucionais, o que pode contribuir para a formação e exercício de graus maiores de protagonismo e autonomia dos atores envolvidos (SILVA; BARROS; MARTINS, 2015) na organização e conformação da linha de cuidado.

Estudo realizado por Campos (2018), em uma região de saúde de Goiânia, buscou descrever e analisar a natureza das deliberações da CIR e investigar processos de governança e estruturação das redes de atenção à saúde. Ele concluiu que a CIR daquela região de saúde possui um sistema colaborativo e consensual entre os atores para tomada de decisões no que tange às decisões do planejamento das RAS.

As estratégias utilizadas pelos entrevistados para a organização da LC comungam com o pensamento de Santana *et al.* (2018) quando afirmam que intervir nesse nível de complexidade requer a participação de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde, sejam gestores, profissionais ou usuários, como também, requer a interação com outros dispositivos públicos e/ou privados que não são necessariamente serviços de saúde, mas que desempenham papel importante no fluxo assistencial dessas pessoas.

Outros estudos corroboram com esses resultados e indicam que a pactuação na formulação de políticas e programas se fundamente em informações confiáveis, atualizadas, com enfoque regional, adequadas a uma realidade que respeite aspectos histórico-culturais dos processos de gestão, permitindo consolidar o desenvolvimento equânime do SUS (COSTA, *et al.*, 2017; CARVALHO; JESUS E SENRA, 2017).

Nesta direção, os gerentes entrevistados ressaltaram a vontade política dos gestores de saúde quanto ao apoio na formulação de estratégias capazes de responder às expectativas e necessidades de saúde da pessoa com sobrepeso e obesidade. Destacaram algumas medidas locais adotadas, tais como: apoio logístico, provisão de materiais, insumos, recursos humanos, dentre outras ações, conforme visto nos trechos a seguir:

O apoio logístico a nível de município a gente consegue. Por exemplo, conseguir insumos, materiais, insumos humanos, para poder suprir essa demanda... [...]. Com relação à gestão concernente ao apoio, nós sempre tivemos aptos para se precisar de insumos materiais, de ofertar alguma capacitação, a gente está sempre disponível (Ger1).

[...] mas quanto a gestão, a gente apoia muito, abraça muito a causa do sobrepeso e da obesidade porque aí, hoje em dia é o que mais a gente encontra não só na cidade, com no mundo inteiro, essa questão de sobrepeso, vindo dela ou de outras patologias. A gestão apoia dando suporte com seguimento, muito embora precária, mas possibilitando o acompanhamento entre os níveis de saúde. [...] “Aqui, a gente tem dado total apoio aos profissionais e as pessoas que vem procurar a nossa equipe (Ger2).

Todas as ações que foram disponibilizadas nos distritos sanitários tiveram o nosso apoio. A gestão apoiou a ação de (...), porque foi a única ação que chegou ao município. [...] (...) mas as ações que foram desencadeadas por terceiros, pela academia, pela universidade elas tiveram total apoio desde os insumos, alimentação para os profissionais e quando ocorria as oficinas de alimentação nas escolas para mães (Ger5).

A gestão apoia as equipes que estão trabalhando, seja nas unidades básicas de saúde, seja nos programas de saúde da família. Na questão da Atenção Básica e da média e Alta Complexidade existe o apoio pela implantação desses atendimentos (Ger6).

Estudo realizado por Lima, *et al.* (2012) afirma que para se atingir a integralidade da assistência, faz-se necessária uma rede de serviços articulada, um olhar voltado à prática do cuidado integral e processos de trabalho que viabilizem essa proposta (LIMA, *et al.*, 2012), o que contribuirá na resolução dos problemas de saúde da população.

Nesta direção, Malta e Merhy (2012) chamam a atenção quanto à provisão de recursos materiais que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante o processo de assistência, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços. Ainda para os autores, transformar um modelo de atenção não é um mecanismo simples e fácil, pelo contrário, torna-se um processo complexo, encadeado em uma intensa rede de conversação na

qual o centro da sua lógica é o processo de produção do cuidado pelos vários encontros que esse exige entre trabalhadores de saúde e o usuário.

Sabe-se que os pontos de atenção à saúde se configuram como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular do cuidado (BRASIL, 2014), concebida em uma perspectiva dinâmica, ajustada às especificidades, complexidade e nível de fragmentação do sistema, bem como às características particulares e singulares dos grupos e indivíduos (ALMEIDA, *et al.*, 2018). Essa dinâmica implica mudança na compreensão dos serviços, como nova representação, um objeto de atenção compartilhada e continuada (AMARAL; BOSI, 2017) nos diversos pontos da RAS. Fato este identificado no trecho de fala a seguir:

O paciente, primeiramente ele é atendido na Atenção Básica, onde é feita toda uma triagem pelo profissional de saúde da família e vendo a necessidade de que este paciente seja acompanhado pelo especialista, é encaminhado para o centro de especialidade onde temos médico endocrinologista e o nutricionista, que fazem esse atendimento semanalmente a esses pacientes que necessitam passar por esse acompanhamento (Ger4).

Reconhece-se que a adoção da linha de cuidado requer a confluência de variados fatores ligados a esta estratégia proposta para serem implantadas, e então formar um colegiado gestor para que existam pessoas capazes de organizar os fluxos assistenciais (FRANCO; FRANCO, 2012).

### **Subcategoria 2 – As faces do processo saúde-doença: expectativas e interrogações no cotidiano dos serviços**

Apesar da valorização dos conceitos elucidados anteriormente, em relação à conformação e organização da LC, os participantes reconhecem que existem falhas em relação à conformação da Linha de Cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade. Apesar de resolver os problemas de queixas relatadas pelos pacientes, os profissionais de saúde deixam de investigar o indivíduo como um todo, o que pode desmotivar alguns deles quando se certificam que não terão resultados imediatos.

A linha de cuidado é justamente essa questão do olhar do paciente, do profissional ao paciente. O olhar dele como um todo. Às vezes a gente peca quando um paciente chega relatando um problema e quer resolver aquela coisa que o paciente está falando. [...] Ah eu estou com dor de cabeça, então eu vou resolver só essa dor de cabeça, e às vezes não é a dor de cabeça, tem muitas coisas por trás da dor de cabeça. E, assim, a gente precisa olhar para a pessoa como um todo, não só como uma parte ali. E a linha do cuidado, eu acho que é fundamental para que a gente entenda o que é cada caso, e aí tentar fazer resolutividade nesse cuidado continuado, nessa prevenção da saúde (Pab4).

Linha de cuidado é realmente uma forma de traçar um plano de cuidado, em que a gente consiga ter o início, meio e o fim desse tratamento voltado ao paciente, que a gente sabe que muitos deles se desmotivam por achar que não vão obter resultados breves (Ger1).

O entendimento descrito pelos participantes condiz com a ideia de que os serviços são organizados a partir de ações engessadas e de um agir clínico ainda fragmentado, abordando, da mesma forma, indivíduos com diferentes perfis de saúde, exclusivamente pelo fato de apresentarem as mesmas doenças (MEDEIROS *et al.*, 2017). As falas denotam que o modelo vigente de estruturação do sistema de saúde analisado tem sido orientado por condutas superficiais e que não garante a longitudinalidade e a coordenação do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade.

Estudo realizado com usuários atendidos no ambulatório de especialidade de cabeça e pescoço de um Hospital Universitário no Rio Grande do Sul constatou a existência de deficiências no que diz respeito às condições operacionais necessárias à integração dos diversos níveis de atenção à saúde, com conseqüente desarticulação e fragmentação no cuidado a esses indivíduos (DUBOW, *et al.*, 2014). Entende-se que o modelo de linha de cuidado implantado entre os serviços de saúde por si só não garante a integralidade para o usuário, pois, para o seu estabelecimento, o cuidado deve ultrapassar a instituição (FELISBERTO, 2013). O desenho dos fluxos nas regiões de saúde leva em consideração o contexto de vida dos usuários (disponibilidade de transporte, acesso geográfico, cultural e suas trajetórias assistenciais habituais) (ALMEIDA, *et al.*, 2018).

Pode-se perceber que a concepção de Linha de Cuidado apresentada pelos entrevistados aproxima-se da descrita por Silva, Sancho e Figueiredo (2016), quando afirmam que a articulação entre itinerários terapêuticos e linhas do cuidado não acontece iminentemente pela via técnica ou instrumental. Para os autores, à medida que as dimensões discursivas e ético-políticas forem ativamente incorporadas tanto na interpretação dos itinerários quanto no modo como são apreendidos na construção dos projetos terapêuticos, promoverá encontros entre indivíduos (usuários) dos serviços de saúde, profissionais de saúde e gestores.

Para Mendes (2011), a concepção hierárquica e piramidal precisa ser substituída pelo modelo de redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais como condição para a integralidade do cuidado. Para tanto, é

essencial a elaboração de protocolos e diretrizes com papéis e funções bem definidos para todas as unidades que compõem o sistema e a constituição de um trabalho colaborativo, que agregue valor e qualidade à prestação do cuidado (ALMEIDA, *et al.*, 2018).

O que se coloca em questão, neste caso, é a própria dignidade humana, para além da doença (MEDEIROS *et al.*, 2017). Nesta direção, um estudo realizado com objetivo de compreender a gestão do cuidado à pessoa com estomia, sob a perspectiva da RAS, constatou que além dos pontos de atenção em saúde componentes da RAS municipal e estadual, os participantes consideraram essenciais os grupos de vivência realizados pelas organizações não-governamentais (ONG), como fóruns privilegiados para a troca de informações entre as pessoas com estomia, familiares, cuidadores, profissionais da saúde e estudantes (TRAMONTINA, *et al.*, 2019).

De acordo com Silva, Sancho e Figueiredo (2016), os conceitos de Linha de Cuidado têm sido explorados sob diferentes perspectivas, de modo fragmentado, circunscrito à descrição de percursos ou fluxos, de busca e/ou oferta de atenção à saúde, seja pelo sistema formal, da rede de serviços de saúde. Ainda segundo os autores, muitas propostas de LC visam organizar apenas a rede de serviços e os procedimentos (consultas, exames, internações), majoritariamente com ênfase na gestão da atenção à saúde e/ou nos protocolos clínicos, ou ainda associados ao mero fluxo assistencial. Entretanto, essas concepções podem ser ampliadas e reconfiguradas.

Para Malta e Merhy (2010), Merhy e Franco (2004) e Merhy (2000), torna-se necessário à compreensão que as linhas do cuidado devam ser organizadas sob o eixo da integralidade na assistência à saúde, e não apenas naquilo que se torna aparente no indivíduo. Ressalta-se que a maior eficácia das ações de saúde se dá pela constituição de relações horizontalizadas, com cuidados múltiplos pautados em uma integração sistêmica entre os diversos serviços de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2017), superando a fragmentação da atenção e da gestão dos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Vale ressaltar que um dos gestores entrevistados afirmou que a pactuação vem sendo cumprida de forma parcial:

“A pactuação ela vem sendo cumprida, não da forma que a gente quer, mas ela vem sendo cumprida sim. Hoje, o ambulatório que é oferecido para acompanhamento é apenas o hospital (...), que tem contratualização com a secretaria municipal de saúde” (G3).

Nesta direção, aponta-se a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de

governo, seja pela intersetorialidade que viabilize ação fora do setor saúde, composta de equipamentos de diferentes densidades tecnológicas (MALTA & MEHRY, 2010).

Observou-se no presente estudo que os profissionais vinculados à Atenção Primária à Saúde (APS) e à MC alegam não ter conhecimento acerca da implantação da linha de cuidado à pessoa com obesidade, conforme relatos: “Realmente aqui no município, eu não conheço nenhum programa de pactuação municipal, também nunca fui convidado para participar, de elaborar algum tipo de plano de pactuação para a pessoa com sobrepeso e obesidade” (Pesp2). “Não existe nenhum protocolo a ser seguido a gente é totalmente dissociado, não existe linha de cuidados propriamente dita” (Pab3).

Em relação ao processo de implantação da linha de cuidado dessas pessoas, ainda é muito vago. Existe uma lacuna para esse público. Elas poderiam ser mais envolvidas para participar de alguma forma, de algo, de algum projeto que venha aparecer para englobar mesmo, sempre, que seja voltado para eles mesmos (Pab1).

As falhas apontadas pelos profissionais remetem à ideia de descrédito, uma vez que ignora totalmente participação dos profissionais na elaboração do plano e pactuação da referida Linha de Cuidado. Em cenários cuja comunicação entre profissionais e serviços é precária, a dispersão de entradas pode inviabilizar os frágeis processos de coordenação e continuidade do cuidado (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Estudo realizado no município do Recife, em Pernambuco, aponta a ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõem a AB e a atenção especializada como um aspecto que atua diretamente como inibidor do acesso e, conseqüentemente, evidencia para a fragilidade na constituição da rede assistencial (SOUSA, *et al.*, 2014).

Nessa direção, estudo realizado por Bandeira; Campos; Gonçalves (2019) na Região de Saúde Metropolitana do estado do Pará constatou fragilidades relativas à estruturação de uma RAS, tendo em vista a falta de mecanismos de coordenação de cuidados, sistema de governança inoperante, déficit de insumos e de material, além de acesso precário, com pontos de atenção mal distribuídos e alguns ainda sem operação, fluxos não estabelecidos, falta de linhas-guia e falta de utilização de protocolos já instituídos em nível ministerial (BANDEIRA; CAMPOS; GONÇALVES 2019).

Em outro estudo que analisou a Linha de Cuidado em um município de médio porte no estado de São Paulo, com gestores e profissionais de saúde, constatou-se existir ações conjuntas, agregando não mais que duas secretarias em ações de prevenção da obesidade em

grupos específicos da população. Ainda para a autora, os profissionais da saúde pontuam a intersectorialidade como algo importante, porém ela não é citada em todos os depoimentos, demonstrando que as ações realizadas pelas equipes não transpõem os muros das unidades. (MAXIMIANO, 2016)

Percebe-se que a superação das características hegemônicas do modelo de atenção, ainda caracterizado pela fragmentação entre níveis e pouco comprometimento com o trabalho em rede e processos mais horizontais e interdisciplinares que envolvam os profissionais de saúde, constitui-se desafio, tanto para as equipes de APS quanto para profissionais dos demais níveis (RODRIGUES, *et al.*, 2014)

Faz-se necessário refletir sobre a linha de cuidado como processo de gestão, considerando ações específicas de cada profissional (tratamento, papéis hierárquicos, dentre outras) (MALTA; MERHY, 2010). Além disso, estabelecer apoio institucional como estratégia metodológica que objetiva construir espaços de análise e interferência no cotidiano da micropolítica do trabalho, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres (MORI; OLIVEIRA, 2009).

Para tanto, uma dupla leitura torna-se indispensável: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Corroborando com os autores citados anteriormente, Ribeiro e Cavalcanti (2020) afirmam que as dificuldades identificadas entre os serviços de saúde provêm das falhas de comunicação entre os serviços, da desvalorização da APS, da baixa qualificação profissional e das fragilidades nos instrumentos adotados para integração dos níveis assistenciais.

Ressalta-se quanto à relevância da participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando sua valorização profissional, de modo a fortalecer as relações de trabalho e promover a implantação de uma política de qualidade para os trabalhadores (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

Numa perspectiva crítica, Arruda, *et al.* (2015) e Sousa, *et al.* (2014) asseguram que articulações e conexões com outros profissionais e serviços proporcionam a continuidade da assistência, bem como a organização do cuidado em RAS convencionam o acesso universal, equânime e integral, com base na regionalização e hierarquização dos serviços (SOUSA, *et al.*, 2014).

### Subcategoria 3 – A organização do fluxo entre os níveis de atenção

De acordo com o relato de um profissional da rede especializada, infere-se que o fluxo no atendimento à pessoa com sobrepeso e obesidade, deve perpassar pelos três níveis de atenção à saúde, onde seja iniciada a assistência na AB e ir até a AC, e isso, configura-se não apenas a criação de um programa de assistência, mas também, na conformação de uma linha de cuidado com protocolos padronizados.

Os fluxos do processo vão desde a captação até passar pela alta e média complexidade, quando existir um programa, se cria a linha de cuidado para todos os processos, protocolos padronizados para que esse paciente seja assistido desde a Atenção Básica até Alta Complexidade (Pesp4).

Nesse sentido, Aquino *et. al.*, (2015) afirmam que para o sistema de gestão em rede funcionar, no que se refere aos espaços de pactuação, sejam eles entre gestores ou profissionais, é indispensável identificar o itinerário terapêutico dos usuários na rede, para que possa relacionar as necessidades, sejam elas de saúde ou logísticas, e com isso definir parcerias com outros pontos de atenção e gestão e os fluxos assistenciais, necessários para atender às suas necessidades de saúde, conforme diretrizes ou protocolos assistenciais estabelecidos.

Ainda, na perspectiva de organização do fluxo para conformação de linha de cuidado, é assegurado no estudo de Zambenedetti e Silva (2008) que, para uma rede de saúde estar organizada e funcionante, é necessária a existência de diversos processos, metas e ideais para orientar sua conformação a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema, e que as relações entre pontos de uma rede sejam intencionais com vista em objetivos que, muitas vezes, são imbuídos de valores que nem sempre são consensuais.

O estudo de Amaral e Bosi (2017) assegura que mesmo quando não há formalização de protocolos e linhas-guia, é necessário investigar se na rede sob análise existem noções comuns nos serviços em relação à forma de acompanhamento dos agravos e às responsabilidades de cada componente no tratamento. Assim, segundo os autores, um aspecto fundamental são os critérios de entrada e saída convencionados em cada serviço e seu acordo nos demais serviços da rede, pois tais critérios incidem também na escolha dos locais de encaminhamento, o que não está expresso abaixo, no relato de um gestor:

Que o município possa investir mais nessa temática (obesidade). Criar realmente um fluxo para que esses pacientes tenham uma continuidade no tratamento. (...) então na verdade seriam capacitados para dar continuidade e realmente institucionalizar um fluxo dentro do município para dar continuidade desse atendimento, desse paciente (Ger7).

Nesta direção, considerando as peculiaridades de cada município, os profissionais e gerentes entrevistados também evidenciaram problemas em relação ao fluxo de atendimento entre os níveis de saúde, uma vez que não existe resolutividade dentro da competência de cada nível de saúde e, ainda, a inexistência de fluxo. “A gente não tem a linha de cuidado e não tem fluxo específico, então a gente não tem como dar uma resposta eficaz” (Ger5).

Existem problemas relacionados ao fluxo de atendimento nos demais níveis de atenção à saúde. Quando chega na média complexidade já chega em estágio avançado e muitas vezes já temos que referenciar para outra, já não é mais da nossa competência. Então, já faltou aí, um olhar clínico da Atenção Básica, pelo tempo que já era para esse paciente ser acompanhado pelo especialista. Então falta isso aí (Pesp4).

Eu acho um pouco confuso, um pouco desorganizado os encaminhamentos para os serviços de média e Alta Complexidade, porque realmente a gente recebe pacientes que deveriam realmente estar na atenção especializada, terciária. Um atendimento com uma necessidade de um tratamento mais direcionado e ao mesmo tempo a gente ver pacientes que praticamente nem passou ainda pela atenção primária. Então, não existe um protocolo e que não tem um fluxo direito desses pacientes não. Eu acho bastante confuso esses encaminhamentos (Pesp3).

Nessa perspectiva, Franco; Magalhães Junior (2004) e Reis; David (2010) afirmam que para haver a composição de LC, é necessária a existência de fluxos sequenciais que contemplem as necessidades de intervenção e possibilidades de acesso, permitindo a organização e o monitoramento dos percursos de usuários a partir de um tipo de agravo, ou em relação a grupos populacionais específicos.

Com isso, a rede deve coordenar diferentes ações de saúde, que podem ocorrer em locais ou momentos diferentes, o que implica o desafio de harmonizar essas ações como também o ordenamento de fluxo no atendimento da demanda. Além da coerência já ressaltada na dimensão anterior, segundo Mendes (2011), propõe-se um sistema lógico que organize tais ações que possam emergir em pactos de gestão na área da saúde, podendo ter múltipla perspectiva de tempo, aceitando a curta, média ou longa duração. (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Portanto, esse controle e essa planificação podem existir a partir de uma gestão centralizada, em nível de MS, ou em nível local quando for considerada a gestão do cuidado pelas equipes de saúde. Dessa forma, pode-se inferir que a rede implica considerar diferentes atores para a existência de fluxos entre os níveis de atenção à saúde (AMARAL; BOSI, 2017).

Santana e Almeida (2020) ressaltam ainda a importância da organização dos fluxos da rede para ajudar a minimizar os diversos desafios encontrados no cotidiano de trabalho, sendo necessário que os gestores assumam um importante papel, ajudando a articular e organizar os

protocolos de atendimento como também dispendo de materiais e insumos para a população, uma vez que os maiores favorecidos dessa ação deveriam ser os pacientes e os profissionais.

Logo, em relação aos pontos de atenção de maior complexidade, Alecrim; Dobashi (2014) afirmam que os hospitais funcionam apenas como um serviço finalístico, resistindo em operar como ponto de atenção da RAS, omitindo procedimentos importantes que visam à integração dos pontos e continuidade do cuidado, como a alta responsável e elaboração de um histórico clínico a ser entregue à APS.

Nesse sentido, Medeiros; Gerhardt (2015) apontam que existem falhas na operacionalidade dos demais da rede de atenção, para além da APS, confirmando o *status* de fragmentação e lacunas na comunicação entre os pontos das RAS, fato também comprovado no trecho de fala a seguir:

A questão da conversa entre os três níveis de atenção que não tá muito (...), esse fluxo não tá muito legal, mas para isso ocorrer de forma mais eficiente e objetiva é importante se criar assim, protocolos, programas para que isso fique de forma mais organizada e melhore o acesso desses pacientes ao tratamento. Sem ter um programa, um protocolo e sem esses três níveis de atenção ao cuidado não conversarem e não organizarem, eu acho que sempre vai ter esse acesso difícil do usuário ao sistema e vai dificultar o tratamento desse paciente (Pesp3).

Nessa direção e com o objetivo de descrever o atendimento na rede SUS de Manaus ao idoso vítima de acidente ou violência nos três níveis de atendimento, um estudo que investigou 42 unidades de saúde e almejou, dentre outros aspectos, o aprofundamento sobre o fluxo do atendimento, apresentou resultados que revelam os serviços de pronto atendimento apresentando a melhor estrutura física, entretanto, a organização do fluxo de atendimento sendo incipiente (SANTOS, *et al.*, 2010a).

Corroborando com essa ideia, o estudo realizado no Rio de Janeiro por Bitencourt e Hortale (2007) aponta o declínio do sistema hospitalocêntrico, porém, devendo ser substituído por um sistema em que vise maior integração dos serviços na rede assistencial para fazer frente à atenção integral à saúde da população, sugerindo a busca de uma nova identidade, de caráter sistêmico, como a redefinição e integração das vocações assistenciais, organização de fluxos, repactuando o processo de trabalho dos serviços de saúde.

Nesse sentido, os autores Gawryszewski; Oliveira; Gomes (2012), ao verificarem aspectos que dizem respeito ao fluxo nas dimensões que visam garantir o cuidado e o acesso com ênfase na integralidade da assistência, pontuam que essa perspectiva se apropria de um modelo diferenciado de assistência que deve garantir um olhar não mais exclusivamente programático, mas que seja focado em uma perspectiva de cuidado integral, permitindo,

assim, uma visão ampla do sujeito assistido, e responsabilizando-se pelo caminhar do usuário pelos fluxos do SUS.

Nesse sentido, diversas concepções são apresentadas no tocante às falas dos gestores e profissionais, tanto da AB quanto da rede especializada, no que diz respeito aos fluxos de encaminhamentos dentro da rede de serviços. “Geralmente o atendimento ele não é negado se tiver a disponibilidade para realizar, porém há essa falha ainda, realmente, de comunicação entre as redes e muitas vezes quem sofre com isso, a maioria das vezes é o paciente” (Pesp1).

Para o gestor (Ger8), a referência é feita, mas devido à inexistência de contrarreferência, os serviços são perdidos e o indivíduo com sobrepeso e obesidade deixa de ser ajudado no decorrer do percurso que o mesmo faz dentro da rede.

Os profissionais não conhecem (serviços de referência e contrarreferência), por isso que muitas vezes os serviços são perdidos porque não temos contrarreferência, porque a partir do momento que nós temos contrarreferência a gente busca ajudar o indivíduo, como por exemplo: ele vai até a unidade, procura atendimento, a gente dá a referência, não vem a contrarreferência, então o indivíduo se perde, a gente perde o indivíduo no decorrer desse percurso [...] (Ger8).

Um estudo realizado na Bahia por COUTO *et al.* (2018) detectou resultados semelhantes após entrevista com profissionais de saúde atuantes na AB, quando foram questionados acerca do fluxo dos usuários na RAS e os mesmos afirmaram que os mecanismos de referência e contrarreferência não ocorrem efetivamente. Entretanto, há relatos da realização da referência dos usuários diante de situações clínicas de maior complexidade, encaminhando casos a serviços de atenção especializada.

No estudo realizado por Oliveira; Veras; Cordeiro (2018), conclui-se que o cuidado dispensado dentro de uma LC tem que ser na perspectiva de um percurso assistencial por dentro de uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

Para tanto, Cecílio (1997) afirma que a ineficiência do acolhimento do usuário é propiciada principalmente pela desorganização dos fluxos ascendentes e descendentes dos usuários na RAS e pela falta de capacitação profissional. Nesse sentido, comprova-se ainda neste estudo que, além da falta de fluxos coerentes, convém destacar que devido a essa falta de comunicação, diversos problemas são suscitados, tais como: o déficit em avaliar, acompanhar e monitorar o indivíduo com sobrepeso e obesidade na perspectiva de linha de cuidado. “Eu acredito que existem problemas relacionados ao fluxo de atendimentos, porque há uma demanda reprimida não existe uma referência, não existe uma contrarreferência e isso não está claro nos outros serviços” (Pab3).

Em relação à gente da Atenção Básica, realmente existe um déficit. A gente faz todo um acompanhamento e todo monitoramento desse paciente em relação a obesidade, mas se o paciente precisar de uma consulta estendida com endocrinologista e desse endocrinologista, ele precisar fazer uma bariátrica, a gente não tem esse retorno. Então a gente não tem como avaliar, acompanhar e monitorar esse paciente fora da Atenção Básica. A gente tem como fazer esse controle quando o paciente vem até a gente (Pab1).

Em relação a referência e contrarreferência, é falha porque a gente não tem como dar continuidade depois ao acompanhamento do paciente porque não existe na realidade uma contrarreferência dessa Alta Complexidade para a média. Então não sabemos se o paciente evolui bem, se não evoluiu, se foi a óbito, qual a situação atual, se necessita estar sendo acompanhado depois da Alta Complexidade para a média ou se vai retornar para Atenção Básica. Não se sabe. Então é um dado perdido (Pesp4).

Fato este também comprovado por pesquisadores que corroboram que o fluxo de referência e contrarreferência, quando não acontece de maneira ordenada, gera uma ausência de racionalização do atendimento à saúde e uma sobrecarga dos níveis de maior complexidade de atenção, o que torna a assistência à saúde ineficiente (COUTO *et al.*, 2018). O caminho para superar esse modelo atual de atenção nos serviços de maiores complexidades deverá ser de caráter sistêmico e ter como foco o usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

Também fica evidenciado por Teixeira *et al.* (2020), em um estudo com o objetivo de investigar o itinerário terapêutico dos pacientes com diagnóstico de hanseníase no sertão da Paraíba, que é indispensável e fundamental que os pacientes sejam vistos de uma forma integral, garantindo que o caminho percorrido na rede de assistência à saúde seja de qualidade e que as necessidades do paciente sejam atendidas.

### **Categoria 3 – Atenção Básica como organizadora e ordenadora do Cuidado?**

Os conteúdos representacionais nesta categoria referem-se à percepção dos entrevistados sobre a AB no que concerne à linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade. Dessa categoria emergiu uma subcategoria: “Atenção Básica: porta de entrada e ordenadora do fluxo e contra fluxo dos pontos da rede de atenção”.

### **Subcategoria 1 – Atenção Básica: fluxo e contra fluxo na rede de atenção à saúde**

A descrição desta subcategoria remete à relevância que é dada à AB, reconhecida como a porta de entrada, principal, para os indivíduos com sobrepeso e obesidade, com destaque para a UBSF. Além disso, os entrevistados expressaram o significado do acolhimento refletido pelo respeito ao ser humano que, se realizado de forma ideal, poderá caminhar, quando necessário, para os demais níveis de atenção à saúde.

“A porta de entrada das pessoas que têm obesidade ou sobrepeso sempre é a Unidade Básica de Saúde” (Ger7). “A Atenção Básica, que é o principal foco no cuidado com as pessoas de sobrepeso e obesidade. Eu vejo que hoje, dentro dos profissionais da Atenção Básica, tudo está ligado a isso” (Pab4). “A Atenção Básica ou atenção primária à saúde ela é primordial na efetivação da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, visto que a atenção básica é porta preferencial dos usuários no sistema de saúde, que ela é ordenadora do cuidado” (Ger5).

A porta principal do paciente é a Atenção Básica. O paciente é acolhido, bem acolhido na Atenção Básica porque ele só vai para a atenção especializada, [...], se ele passar pela Atenção Básica e ela direciona esse paciente (com sobrepeso e obesidade) para o profissional especializado. Então, é de fundamental importância o acolhimento e o primeiro contato do paciente na Atenção Básica (Ger4).

Uma AB fortalecida se caracteriza pela capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade, equidade e continuidade através de uma relação horizontal, contínua e integrada, desencadeadas a partir do acolhimento (FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006).

Observa-se nos relatos dos entrevistados, o destaque dos atributos da AB à saúde no que diz respeito ao acesso, à integralidade, longitudinalidade e à coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). Tais reflexões reavivam a proposta do cuidado prestado ao usuário com sobrepeso e obesidade coordenada de maneira qualificada, com fluxos conhecidos e regulados, por meio de diferentes pontos da RAS.

Embora a APS seja considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, estudos apontam muitos desafios para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, (2013). Fato este comprovado em pesquisa realizada na cidade de Recife, com o objetivo de identificar concepções e práticas de cuidado ofertadas a pessoas com obesidade na ESF, em que se constatou desafios na implementação de diretrizes fundamentais ao cuidado frente à

obesidade, sobretudo no que diz respeito aos princípios previstos pelo SUS, a saber: integralidade, autonomia, interdisciplinaridade, cuidado compartilhado e atuação em rede (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Além disso, em outro estudo realizado no âmbito da AB no município de Niterói, Rio de Janeiro, constatou-se que a obesidade vem sendo abordada de forma secundária quando comparada com as demais DCNT, no âmbito da AB. Dessa forma, destaca-se: menor aporte de recursos específicos para o enfrentamento da obesidade proporcionalmente aos destinados às DCNT na AB; ausência de fluxo institucionalizado de encaminhamento para cirurgia bariátrica; desarticulação entre AB com os *demais níveis* do sistema de *saúde*; além do inadequado funcionamento de equipamentos que contribuam para viabilizar ações de prevenção e controle da obesidade (MARINS, 2020).

Destaca-se ainda, que as desigualdades de acesso a insumos concorrem para a redução da adesão ao tratamento, uma vez que coadunam para insatisfação com a assistência prestada e, por conseguinte, resultam em menor motivação para o seguimento do tratamento (SOARES *et al.*, 2014)

Observa-se que o conhecimento dos entrevistados acerca do acolhimento apresenta concordância com o conceito instituído pela Política Nacional de Humanização (PNH), uma vez que reconhece como estratégia fundamental para a qualificação da AB, tendo em vista promover mudanças no processo de trabalho, na reestruturação dos serviços de saúde no sentido da integralidade, humanização, equidade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2006).

Além disso, as falas evidenciam uma assistência para além da prática curativa, com possibilidade de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, sendo capaz de integrar ações preventivas com as curativas, no dia a dia dos cuidados realizados nos serviços de saúde.

Em consonância com os resultados apresentados, pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto – SP, com o objetivo de compreender a satisfação dos usuários acerca do acesso e do acolhimento da APS, identificou satisfação com o atendimento recebido dos profissionais de saúde da ESF, contudo, constatou-se insatisfação com a demora no agendamento de consultas e dificuldade de acolhimento por demanda espontânea (GOMIDE, *et. al.*, 2018).

Tal situação corrobora com resultados de um estudo de revisão sistemática da literatura que destacou a atuação dos enfermeiros no Reino Unido, Estados Unidos da América (EUA), Finlândia, Holanda e Nova Zelândia que atuam na AB junto ao usuário com doenças crônicas. Também observaram mudanças positivas relacionadas à prevenção de doenças crônicas associadas à obesidade, incluindo: peso, pressão arterial, colesterol, hábitos

alimentares e de atividade física, satisfação do paciente, prontidão para mudança e qualidade de vida (SARGENT; FORREST; PARKER, 2012).

Além disso, as falas evidenciam uma assistência para além da prática curativa, com possibilidade de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, sendo capaz de integrar ações preventivas com as curativas, no dia a dia dos cuidados realizados nos serviços de saúde.

Apesar de alguns gestores e profissionais concordarem e afirmarem que a AB é a porta de entrada do SUS, percebeu-se concepções diversas sobre esse nível de atenção à saúde, tendo em vista a necessidade de traçar melhor seu papel como também maiores incentivos, como políticas, programas e capacitações para que esse nível de atenção à saúde tenha mais efetividade como ordenadora do fluxo e contra fluxo dentro da rede de assistência ao portador de sobrepeso e obesidade.

Eu vejo que a Atenção Básica, tem um papel fundamental, uma vez que as unidades básicas de saúde é a porta de entrada no SUS, mas ao mesmo tempo, também, eu vejo que deveria ter um olhar ou um programa, ou uma política mais diferenciada nesse âmbito (Ger8).

É fundamental (a Atenção Básica), mas falta ainda um incentivo maior. Acho que falta ainda a gente traçar melhor o papel da Atenção Básica, dá mais autonomia para a Atenção Básica ter mais efetividade. [...] A Atenção Básica é a porta de tudo, e precisaria ter mais capacitações para os profissionais... [...] A Atenção Básica é a porta de tudo, e precisaria ter mais capacitações para os profissionais que não recebe, no tocante à obesidade (G1).

Para os pesquisadores Gawryszewski; Oliveira; Gomes (2012), fica evidente que a prática diária mostra que o pressuposto de existência de uma porta de acesso, por meio da rede básica de saúde, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços. Para os autores, na AB existem recursos que precisam ser utilizados, antes que os pacientes possam ser encaminhados para outros níveis de atenção, o que desencadeia o fracasso dos fluxos existentes entre os níveis, configurando longas filas de espera para o atendimento pretendido e que não conseguem ser debeladas pelos fluxos normais preconizados.

O estudo de Souza e Costa (2010) sobre o SUS nos seus 20 anos suscita reflexões num contexto de mudanças e conclui que, apesar do sistema de saúde estar consolidado no nosso país, enfrenta desafios constantemente, dentre os quais, a qualificação da gestão e do controle social, o fortalecimento e a qualificação da AB como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde. Ainda, segundo as autoras, outras dificuldades são identificadas e pontuam dilemas conjunturais que precisam ser assumidos pelos gestores, como responsabilidades para a concretização do SUS que é preconizado.

#### **Categoria 4 – Linha de cuidado: entraves e dimensões na gestão**

As dificuldades enfrentadas para manejar a questão da obesidade ultrapassam diversos pressupostos que não atendem ao contexto de reorientação do modelo assistencial em saúde requer (SANTOS, *et al.*, 2010b). Segundo os depoimentos dos participantes do estudo, as maiores dificuldades enfrentadas referem-se à inexistência de protocolos para a obesidade, bem como à falta de política institucional que articule a RAS, conforme ilustram os seguintes trechos: “A gente tem dificuldade aqui, porque o único parâmetro que a gente usa é o IMC” (Ger1). “Enfrentamos dificuldades porque não existe uma política institucional para garantir a assistência local, de forma articulada” (Ger2).

Temos sim dificuldades em **protocolos** específicos para abordar em si a temática (obesidade). Temos protocolos voltados à outras linhas de obesidade correlacionado a crianças. Nós temos protocolos, mas que não é voltado a todas as faixas etárias. [...] Existe protocolo apenas para um determinado público (crianças) e os demais a gente sente dificuldades porque existem serviços que o protocolo, ele, não é universalizado, às vezes as condutas são tomadas de acordo com o serviço, pelo qual o paciente foi referenciado, se foi policlínica, se foi NASF, se foi Atenção Básica, e em si, e isso, acredito isso não é uma dificuldade apenas a nível de município, seja também a nível de estado e de ministério por não disponibilizar protocolos clínicos ou de avaliação para esse público alvo (Ger3).

De acordo com a inferência das falas apresentadas, percebe-se que as condutas realizadas para com os indivíduos com sobrepeso e obesidade são feitas de forma individualizada e de acordo com o entendimento do serviço. Dessa forma, atribui-se à inexistência de protocolos clínicos, inviabilizando a avaliação das pessoas com sobrepeso e obesidade, envolvendo os três entes federados: Município, Estado e MS.

Tomando como base o estudo realizado sobre regionalização em saúde no Estado do Amazonas, também foram identificadas dificuldades associadas aos entraves e ritmo lento de política institucional de redes e regiões de saúde, bem como dificuldades intrasetoriais e do processo de gestão. Além disso, evidenciou-se falta de iniciativas integradoras que facilitem a gestão colegiada, a partilha integrada de tecnologia entre os sistemas municipais de saúde que reduzam a assimetria entre eles (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em cinco regiões de saúde das cinco macrorregiões brasileiras, com o objetivo de identificar as dimensões política,

de estrutura e de organização da APS. Constatou-se fragilidades em diferentes graus, nas dimensões da política, estrutura e organização.

Ainda para os autores, esse cenário de fragilidades atribui-se às estruturas administrativas fragmentadas, tornando-se incapazes de exercer o seu papel no planejamento e formulação de estratégias no âmbito da RAS (BOUSQUAT, *et al.*, 2019). Fato este comprovado em estudo realizado por Santana *et al.* (2018) no município de Ilhéus, Bahia, com o objetivo de analisar os sentidos dados ao processo de construção da Linha de Cuidado nas USF's. A pesquisa aponta que a existência de problemas recorrentes e decorrentes da fragilidade e retrocessos do SUS impede muitas vezes de traduzir aplicabilidade na prática das ações planejadas, evidenciando limites para a construção das LC. Além disso, considera-se a parceria de colaboradores como ferramenta relevante para produzir os cuidados à saúde, possibilitando buscar linhas de fuga para enfrentar os limites e superar as dificuldades.

Ainda para os participantes, as dificuldades apresentadas nos três níveis de atenção à saúde vão além de problemas logísticos, uma vez que, se fossem revistas, poderiam possibilitar assistência aos pacientes. Nesta direção, destacam-se a necessidade de exames e de dimensionamento adequado de profissionais para lidar com o indivíduo com sobrepeso e obesidade.

A gente enfrenta dificuldade desde a questão da necessidade de exames, da necessidade de um aporte multiprofissional que isso precisa ser revista e ser trabalhada conforme a necessidade dos pacientes e a necessidade maior que eu acho é a quantidade de profissionais que trabalham na área. O que nós temos hoje, ainda é muito deficiente em relação a prevalência de obesidade que nós temos. [...] Problemas existem, existem demais, tanto na Atenção Básica, como na média e Alta Complexidade. [...] Muitas vezes eu vejo um paciente, em março esse mesmo paciente só vai ser visto em março do outro ano, pela dificuldade que ele tem de chegar aos profissionais de saúde (...). Isso é uma coisa que dificulta bastante. [...] Então, instrumentos existem, porém é necessário que todo o contexto da linha de cuidado funcione e inclusive com a parte de marcação. [...] Hoje serão atendidas por um profissional, amanhã será atendido por outro, porque a quantidade dos serviços que tem credenciados não comporta todos (pacientes com obesidade) (Ger6).

O que a gente poderia melhorar já de primeira mão, seria o acesso desses pacientes às consultas especializadas e à nossa equipe aqui, seria melhorar a atenção nas marcações das consultas, nas marcações dos retornos daquele pessoal que já está em acompanhamento, e os que estão entrando no acompanhamento possam voltar regularmente e manter seu acompanhamento (Ger7).

A gente tem sim alguns entraves, tipo assim: até a ausência desses profissionais desse porte, por exemplo. Nas especialidades, nós temos dentro das policlínicas endocrinologistas, nutricionistas, que faz acompanhamento que é uma questão mais ambulatorial, digamos. Mas existe a escassez sim, desse profissional, e às vezes essas coisas se tornam um entrave entre a rede (Ger8).

Nesse sentido, comprova-se que os entraves existentes, ou não solucionados, repercutem na assistência aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, e tornam-se mais

expressivos ainda quando se reconhece que para a integralidade da atenção, em nível de saúde, há necessidade da garantia do acesso através de exames complementares e especialistas em tempo oportuno (BOUSQUAT *et al.*, 2019).

Constata-se que devido ao déficit de profissionais, o retorno dos pacientes ocorre a cada ano, e quando retornam, na maioria das vezes, não são vistos pelo mesmo profissional que os atendeu anteriormente, fato este associado à falta de serviço dentro da RAS que comporte o público da obesidade.

Além da falta de profissionais, como destacado na fala a seguir (Ger7), os profissionais estão preparados para outras questões, entretanto, fica uma lacuna a desejar para o atendimento ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, e isso se pode atribuir tanto ao déficit na formação quanto à falta de treinamentos concernentes à questão da obesidade. “O problema maior que eu vejo é a questão da regulação. Esse paciente, quando ele é referenciado para o serviço, muitas vezes, por exemplo, ele tem uma necessidade” (Ger7).

A gente tem os entraves e muitas vezes a questão de profissionais que a gente não tem o suficiente... [...] As equipes são preparadas para outras situações mais complexas, mas para esse fim de acolher, atender pacientes com sobrepeso e obesidade, ainda deixa muito a desejar, e eu acho, que isso vem da formação, já vem da formação. [...] Eu estou aqui há um ano e durante esse período a gente não teve nenhum treinamento em relação a pacientes com sobrepeso e obesidade (Ger7).

O que falta às vezes um pouco é a dificuldade na marcação, que a gente tem um sistema de marcação que às vezes os pacientes precisam de muito tempo para iniciar o acompanhamento e os retornos que precisam ser frequentes e programados e terminam se tornando demorados e o paciente que às vezes está respondendo muito bem ao tratamento, termina perdendo o acompanhamento por falta de conseguir marcar as suas consultas, principalmente os retornos, essas dificuldades (Pesp2).

De acordo com relatos dos profissionais, é impossível cuidar dos indivíduos com sobrepeso e obesidade numa perspectiva de Linha de Cuidado em Rede, tendo em vista que não existem pressupostos que configuram a rede de cuidados, tais como: programas, protocolos, profissionais suficientes e capacitados. Nessa perspectiva, pode-se mencionar que o tratamento da obesidade é complexo e exige proposições organizativas dos serviços para vencer os desafios na direção da produção de cuidado integral (SALGADO, *et al.*, 2011).

Além disso, sendo uma doença estigmatizada, que gera sentimento de impotência e vergonha nos indivíduos, comprova-se a necessidade de atuação de uma equipe multidisciplinar especializada e capacitada, com abordagem interdisciplinar da obesidade (SOEIRO *et al.*, 2019). Nesse sentido, os pesquisadores Santos *et al.* (2010b) pressupõem que os formuladores de políticas, entre outras questões, devem garantir condições de trabalho que permitam a ampla criatividade e a boa qualidade dos serviços oferecidos e que a Educação

Permanente em Saúde, por exemplo, pode catalisar a criatividade de cada sujeito e de todos, em conjunto, desalienando a gestão e minimizando uma “agenda incompleta” em relação à cobertura para os grandes centros, a corresponsabilidade do financiamento e a política de capacitação, formação e educação permanente.

No estudo de Reis (2018) que objetivou avaliar o componente ambulatorial especializado da Linha de Cuidado para obesidade grave na cidade do Rio de Janeiro, concluiu-se que a Linha de Cuidado para obesidade daquele estado necessita reestruturar seus esforços para oferecer tratamento clínico ambulatorial adequado, inclusive garantir um fluxo de atendimento em outros níveis de atenção à saúde, a exemplo da atenção hospitalar.

Somado a isso, os participantes do estudo mencionaram ainda como dificuldade a falta de capacitação dos profissionais de saúde para desenvolvimento dos cuidados à pessoa com sobrepeso e obesidade, além da sobrecarga de trabalho, tendenciando o profissional a focar apenas na doença, fragmentando o cuidado e o olhar continuado, conforme visto nos relatos abaixo.

Vamos implantar também essa capacitação porque é importante os profissionais estarem capacitados para entender como devem atuar com esse público e a gente tem uma constância de diálogo com todas as unidades, com todas as equipes para que esses usuários sejam atendidos da melhor maneira possível aqui na cidade (G3).

Eu como atenção terciária, já tenho muita dificuldade em abordar esse paciente, em conduzir, diante dessas dificuldades de equipe multidisciplinar, de questão de acesso. Eu também compartilho dessa dificuldade dos meus colegas que estão na atenção primária, na atenção média que também devem ter essa mesma dificuldade do que eu. Então, eu acho que não está muito legal não, a atenção (Pesp3).

Durante todo meu tempo de vida profissional, como profissional que atende em ambulatório de saúde básica, de Atenção Básica, eu nunca tive conhecimento de nenhum treinamento, de nenhuma linha de orientação que partisse de qualquer secretaria, em qualquer gestão administrativa. [...] Já teve momentos melhores e hoje, a grande dificuldade é a sobrecarga de trabalho, e devido a isso existe um olhar focado na questão do tratamento e esquece a questão da prevenção, do cuidado continuado, que está sendo um pouquinho mesmo esquecido, sendo voltado muito para o tratamento da doença (Pab4).

Acho que em primeiro passo, é criar um programa voltado para o sobrepeso e obesidade. A partir do momento que se cria um programa, você vai ter: recursos humanos, insumos, capacitações, cria-se a linha de protocolo de como esse paciente vai ser atendido desde a Atenção Básica até a média complexidade (Pesp4).

Nós temos uma dificuldade muito grande de logística, de gestão e de gerência para os pacientes de obesidade. A primeira dificuldade que enfrentamos, é o treinamento para os profissionais de saúde para o manejo com o sobrepeso e obesidade. A segunda dificuldade é que nós não temos profissionais (...) numa quantidade suficiente que pudesse ser referenciado (Ger5).

Entre os desafios enfrentados pelos participantes do estudo que podem incorrer na fragmentação do cuidado ao indivíduo com obesidade, destaca-se a marcação de consulta com

especialistas, a qual se revela restrita quanto ao acesso aos serviços especializados. Além disso, ressalta-se a falta de medicamentos por parte do governo e, desse modo, fica condicionada ao paciente a compra do medicamento, contrariando o que garante tanto a CF quanto os princípios do SUS. “A dificuldade principal é a questão do acesso dos pacientes. A gente tem o ambulatório, mas o que a gente percebe, tanto do profissional, como relato do próprio usuário é a questão da dificuldade do acesso aqui ao serviço” (Pesp3).

Nós temos a dificuldade de marcação de consulta com as especialidades. O paciente tem muita dificuldade de acesso ao especialista e além de tudo, nós temos a dificuldade de tratamento porque nem o governo municipal, nem o estadual, dispõem de medicamentos gratuitos para o tratamento de obesidade. Todo esse tratamento é particular, então é basicamente isso, a dificuldade de acesso de marcação de consulta e o tratamento que não é disponibilizado pelo governo de forma gratuita. [...] A dificuldade a gente tem quando precisa encaminhar os pacientes para os serviços de grupos de atenção para os candidatos de cirurgia bariátrica, a gente tem bastante dificuldade. Os pacientes têm bastante dificuldade em ingressar no programa de cirurgia bariátrica, as filas realmente são muito grandes e eles tem dificuldades de ingressar e começar a entrar no programa para poder fazer aquele acompanhamento multidisciplinar que geralmente são em hospitais de Alta Complexidade. Então, eu tenho tido bastante dificuldade (Pesp2).

Percebe-se no referido estudo que os principais desafios das práticas citados pelos profissionais relacionam-se com a resolutividade e a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos que contribuem para sentimentos de frustração e impotência por parte dos profissionais, a atuação em equipe multiprofissional e o sentimento de despreparo para lidar com a complexidade do problema (BURLANDY *et al.*, 2020). Fato este comprovado em estudo realizado por Cecílio, Reis (2018), em que apontam a percepção de resolutividade da APS condicionada pelas dificuldades de acesso aos níveis de maior densidade tecnológica, mas também por problemas intrínsecos a ela como abastecimento irregular de medicamentos e rotatividade de médicos. Além disso, ainda existem fortes limitações relacionadas à formação dos profissionais de saúde, reconhecidamente marcada pela fragmentação do conhecimento (VASCONCELOS; MAGALHÃES, 2016).

Uma pesquisa de abordagem fenomenológica, realizada com 16 pessoas idosas com obesidade de um município de Minas Gerais, com o objetivo de compreender as experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da UBSF, permitiu identificar dificuldades relacionadas ao acesso geográfico, como ruas com tráfego intenso, e ao acesso organizacional, como a restrição de vagas para consultas médicas, longa espera para agendamento de exames laboratoriais e para atendimento de enfermagem, além da falta de equipe de saúde, na vivência do atendimento recebido por idosos obesos nas unidades básicas de saúde. Foi verificado ainda que a vivência do cuidado é negligenciada com orientações

gerais e específicas, instabilidade na avaliação antropométrica somada à percepção da obesidade velada pelos profissionais nas consultas. Os entrevistados relataram que suas expectativas incluem o cuidado permanente, sendo valorizados e ouvidos por profissionais com competência técnica para intervir em suas particularidades, a disponibilidade de recursos e profissionais adicionais para favorecer a perda de peso e a participação em grupos educativos (MACHADO, 2020).

### **Categoria 5 – O cuidado em saúde na perspectiva da linha de cuidado: entre o que existe e o que é necessário**

O sentido desta categoria é identificar o que há e o que é necessário para a operacionalidade da Linha de Cuidado à Pessoa como Sobrepeso e Obesidade. De acordo com os relatos a seguir, infere-se que ainda está distante de alcançar os pressupostos para idealizar o cuidado para as pessoas com sobrepeso e obesidade. Identifica-se nos trechos (Pesp4; Pab3), a inadequação do serviço para o público em questão, o que pode comprometer o atendimento, tendo em vista que há limitações e necessidades que impossibilitam o atendimento, podendo ser atribuído à falta de envolvimento por parte dos gestores.

Primeiro, a estrutura não está com acessibilidade como cadeira de roda, assentos necessários, largura das portas, rampas, macas e tudo isso teria que ser adequado ao portador da obesidade. Não existe envolvimento dos gestores, no interesse deles, nem recursos financeiros voltados para essa área e os insumos também, são poucos (Pesp4).

A estrutura física ela é razoável, ela poderia ser melhor, mais confortável, mais acessível. A gente não tem assento para obeso, a gente não tem uma balança para obeso. Então, é impossível você não pensar, traçar uma linha de cuidado destinada a esse público, sem considerar essas limitações e essa necessidade, essa é a primeira questão. Pode observar que as cadeiras, os assentos que nós temos, são assentos que para o obeso ele é vulnerável. Para sentar numa cadeira, muitas vezes a gente tem que ter um reforço. A balança, muitas vezes, é uma balança que não atinge a capacidade do peso dele, então, isso são coisas que terminam de certa maneira comprometendo o atendimento (Pab3).

Apesar de ser identificada através dos relatos anteriores a existência de uma estrutura física razoável, os participantes reconhecem que poderia melhorar, não só a estrutura, mas também os outros itens mencionados, como: assentos, balanças, cadeira de rodas e acessibilidade, necessários para delinear uma linha de cuidado para os indivíduos com sobrepeso e obesidade.

Resultado semelhante encontra-se no estudo realizado por Bueno; Rezende Guedes; Mendes (2019), que permitiu identificar e descrever o nível de acessibilidade nas dependências das Unidades Judiciárias do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás,

destacando-se que dentre 10 itens analisados em relação à infraestrutura nas Unidades Judiciárias, a inexistência de assentos adaptados às pessoas obesas representou 80%. Para os autores, os dados apontam uma fragilidade no atendimento às pessoas obesas, além de não preservar o direito à dignidade dessas pessoas, quando observada a NBR 9050 (2015) que assegura à pessoa obesa a liberdade, o respeito e a dignidade no seu direito de ir e vir, estar e permanecer nos espaços públicos sem que lhe seja imposto qualquer tipo de constrangimento.

Um outro estudo realizado no Rio de Janeiro revela que a escassez de recursos existentes na rede do SUS expressa uma grande barreira ao acesso a ações e serviços necessários ao atendimento das necessidades de saúde da população GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, (2012). Esta descrição insere-se também no âmbito da AB, conforme pesquisa realizada por Gontijo, *et al.* (2020) com 82 profissionais de saúde de três municípios de Minas Gerais, nos quais se observou que a realidade vivenciada pelos profissionais é marcada por uma infraestrutura precária e baixa resolutividade em detrimento a recursos. Ainda para os autores, esses fatores interferem na atuação profissional, ocasionando insegurança, angústia e sofrimento moral, podendo impactar a qualidade da assistência (GONTIJO, *et al.*, 2020).

Fica evidente neste estudo que ainda não existe uma performance para o cuidar das pessoas com sobrepeso e obesidade, como pode ser visto nas falas que seguem, quando se enfatiza que não existe a busca ou até mesmo o acompanhamento dessas pessoas. Mostra-se a preocupação no resgate dos pacientes para que os mesmos continuem o tratamento e sintam-se cuidados, como também a necessidade “de mais um olhar” para captar e acompanhar esses indivíduos com sobrepeso e obesidade.

“É preciso que a equipe tenha esse olhar, tenha esse cuidado, para captar essas pessoas, estar acompanhando, estimulando, porque muitas vezes um paciente tem um sobrepeso, tem obesidade, mas ele não tem o estímulo para reverter esse quadro” (Ger7). “Nas instituições de ensino os profissionais não são preparados para isso, para ter esse olhar, para ter essa sensibilidade, para aprender, vamos dizer assim: como tratar com esses pacientes” (Ger3). “Então, é bom começar a cuidar quando está no início, quando está no sobrepeso, do que a cada dia agravar o quadro da pessoa” (Ger2).

A gente não pode ficar parado só na espera do usuário procurar o serviço para se cuidar e a gente ficar só para receber. A gente tem que ir até eles, mesmo não aceitando o tratamento ou uma avaliação ou uma reeducação alimentar. A gente tem que fazer com que a gente resgate esses pacientes, que eles tenham o prazer em se cuidar e se reeducar. [...] Não cabe só ao usuário ter que procurar o serviço, cabe também à saúde ir procurar por esses usuários” (Ger1).

[...] se ele já chega com obesidade instalada, a gente entende que ali é uma pessoa que precisa ter um olhar mais de perto para evitar as comorbidades: hipertensão, diabetes. Às vezes, são pessoas muito jovens que a gente pode evitar que elas desenvolvam alguma dessas comorbidades. [...] (...) conseguir identificar essas pessoas que estão em sobrepeso ou com obesidade e a atentar para isso e alertar através do diálogo, se a pessoa não tem o conhecimento ou se não quer procurar tratamento tentando convencer que existe o problema e levar pra unidade de saúde. [...] (...) os pacientes obesos eles ainda sofrem preconceito (Ger7).

Então, é preciso ser feito o acompanhamento durante esse tempo que ele não consegue chegar na especializada, acompanhar de perto, oferecer outras alternativas que a gente tenha, para quando chegar o momento dele conseguir alcançar o atendimento dele na especializada, ele já tenha tido alguma assistência (Ger7).

Acredita-se necessária a priorização para que seja dada uma assistência para as pessoas com sobrepeso e obesidade, tanto é que se atribui que se as pessoas fossem orientadas no que diz respeito aos fatores que podem desencadear a obesidade, não se chegaria às complicações decorrentes da obesidade. Evidencia-se a intenção de criar serviços dentro da rede que assistam a essas pessoas. “[...] conhecer o problema para poder procurar uma solução e ajudar o indivíduo até o tratamento...” (Ger3).

O município inteiro teria uma qualidade melhor de vida se as pessoas fossem orientadas a terem uma alimentação saudável, e compreendessem que é melhor prevenir do que depois ficar correndo atrás da cura para uma doença maior decorrente de um sobrepeso ou de uma obesidade (Ger2).

[...] mas a nossa intenção é criar um ambulatório específico nos centros de saúde do município para esses pacientes e implantar o atendimento de Alta Complexidade que seria a disponibilização pelo sistema único de saúde sem qualquer custo para o usuário da cirurgia bariátrica por imagem, aqui na cidade (Ger3).

Atualmente a gente vive um momento mundial onde o sobrepeso e a obesidade tem sido muito frequente entre as pessoas tanto do sexo masculino como do sexo feminino. Isso tem causado grandes problemas, como diabetes, hipertensão e tudo isso causado por uma obesidade e sobrepeso (Ger4).

O que acontece é que a maioria dos pacientes eles começam o tratamento com a nutricionista e eles abandonam. Não existe a perseverança, não existe o cuidado. O paciente quer o resultado imediato, mas que precisa de um cuidado maior. Precisa a longo prazo desse acompanhamento e o paciente muitas vezes ele não consegue, ele desiste no meio do caminho (Ger4).

Nesse sentido, resultados semelhantes são encontrados no estudo de Soeiro *et al.* (2019), que corroboram com a ideia de que o incentivo vindo da equipe de profissionais de saúde torna-se valioso, e são necessários compreensão e preparo para lidar com esse público, considerando que o processo de perda de peso é algo difícil e muitas vezes sofrido para esses indivíduos, e que o profissional de saúde tem um papel fundamental de incentivador e apoiador, uma vez que evidencia-se no estudo que os usuários reconhecem que apesar do

controle pessoal ser necessário para a perda de peso, algumas pessoas mantêm expectativas irreais e eliminam a decisão de comer ou não.

Nicolau; Espírito Santo; David, (2017) ratificam ser necessário pensar em estratégias para atender aos indivíduos com obesidade, apesar de alguns terem indicação para se submeter à intervenção cirúrgica, muitas vezes não o conseguirão e irão permanecer vagando pelo sistema de saúde.

Nesse entendimento, comprova-se neste estudo a necessidade de diversos fatores que viabilizem a Linha de Cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, os quais podem fragmentar e comprometer seriamente a integralidade da assistência a esses indivíduos quando se atribui o cuidado em rede de assistência dentro no SUS, fato esse elucidado nos relatos abaixo.

É que de fato a gente inicie do zero, com uma equipe mínima que viabilize esse tratamento dentro de uma linha de cuidado, traçando os fluxos de atendimentos no sentido de entender quais são as especialidades mais importantes, já que não se pode ter todas, as mais importantes para que esse paciente tenha acesso, possa ser triado, passar por essa intervenção e ser acompanhado de fato (Pab3).

A gente poderia formar uma equipe de atenção especializada para fazer campanhas educativas, fazer palestras educativas a respeito do tema e abordar junto a esses grupos e fazer sempre palestras e orientações para incentivar e até criar um grupo que pudesse, além disso fazer um esquema de atividade física com educador físico direcionado para esse grupo de pessoas que já está em tratamento para que também eles possam também, uns com os outros se motivarem, às vezes falar sobre suas experiências e um motivar o outro, seria bem interessante, é basicamente isso (Pesp2).

Nessa perspectiva, Rabelo *et al.* (2018), ao observarem a implantação de um programa interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal/DF, destacam que é possível alcançar a amplitude do problema, tratando as causas e as repercussões da obesidade, como também melhorando medidas antropométricas nos exames bioquímicos, na autoestima, no sono, no convívio social, nos níveis de ansiedade, agressividade, compulsão alimentar, nas relações familiares e diminuição do sedentarismo.

Estudo realizado em Alberta, no Canadá, elucidou a falta de cuidados personalizados para o gerenciamento da obesidade no contexto de um nível de assistência à saúde. Os entrevistados (pacientes) expressaram a necessidade de um controle de peso adaptado ao seu conjunto individual de comorbidades, e que forneça estratégias realistas e sustentáveis em suas circunstâncias pessoais. Eles também demonstraram o desejo que os profissionais de saúde abordassem o excesso de peso de forma individualizada e abrangente, considerando as circunstâncias de vida que afetam a sua capacidade de controlar o peso (TORTI, *et al.*, 2017).

Não obstante a obesidade ser um fator de risco para agravamento de outras doenças, o que pode contribuir para o congestionamento dos serviços de saúde, pesquisadores concluem em um estudo subsidiado por evidências científicas nacionais e internacionais e com o objetivo de realizar uma análise reflexiva sobre a relação da obesidade como fator de risco para o agravamento dos quadros de COVID-19, que os cuidados dispensados às pessoas com sobrepeso e obesidade requerem uma assistência de saúde diferenciada, com ajustes de protocolos assistenciais, farmacológicos e empenho na educação em saúde no âmbito do SUS (BOLSONI-LOPES; FURIER; ALONSO-VALE, 2021).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa demonstra que a maioria dos participantes do estudo, atuantes nos municípios supracitados, é do sexo feminino, com média de idade de trinta e sete anos. Todos possuíam ensino superior, prevalecendo a formação em enfermagem e a maior parte dos entrevistados possuíam especialização, porém poucos haviam cursado pós graduação *stricto sensu* em nível de mestrado e doutorado.

A Linha de Cuidado vai além do processo terapêutico, pois requer apoio social e econômico, bem como acompanhamento por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, desde a atenção primária até níveis de atenção mais complexos. A referida linha de cuidado demonstra ser uma possibilidade de garantir a integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde, mostrando o caminho a ser percorrido entre os níveis de atenção à saúde para os indivíduos com sobrepeso e obesidade.

Contudo, fica evidenciada neste estudo a necessidade de incremento no manejo clínico no tocante à pessoa com sobrepeso e obesidade nos níveis de atenção à saúde, tornando-se imprescindível o fortalecimento das RAS, com disponibilidade de recursos humanos e estruturais, capazes de responder às necessidades evidenciadas nos municípios pesquisados e refletir em políticas de saúde tanto para gestores quanto para os profissionais.

Além disso, o processo de implantação da Linha de Cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade não é percebido pelos profissionais de saúde, o que leva a inferir que as ações e serviços podem estar sendo desenvolvidos de forma inadequada. Também fica perceptível que os profissionais de saúde não se sentem reconhecidos como membros da equipe que necessita participar do planejamento e avaliação das ações de saúde.

Outra dificuldade encontrada diz respeito ao encaminhamento do usuário com sobrepeso e obesidade para outros níveis de atenção à saúde, tendo em vista a falta de fluxos coerentes no que concerne à marcação de consulta nas especialidades, exames, insumos, dentre outras demandas. Tal situação implica em fragilidades no processo de operacionalização da Linha de Cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, uma vez que maximiza situações e condições que podem levar os usuários à suscetibilidade no transcurso da prevenção e tratamento da obesidade em todos os níveis de atenção à saúde.

A partir da análise dos dados, destaca-se que a articulação da AB com os demais níveis de atenção à saúde e, portanto, de uma equipe interdisciplinar em saúde, é fundamental e necessária, para além do diagnóstico inicial da obesidade como também para o acompanhamento dessas pessoas, da identificação do seu estado de saúde e de protocolos de

atendimento, condutas homogêneas, articuladas e discutidas entre os diferentes profissionais envolvidos no acompanhamento dos usuários do serviço de saúde.

Para tanto, ficou evidente que a oferta de um serviço que trabalhe de forma articulada e que promova a saúde tomando como princípio a integralidade do sujeito e tendo o usuário e suas famílias como protagonistas de suas ações é possível, uma vez que além de qualificar o cuidado, previne agravos decorrentes da obesidade.

A análise da percepção dos gestores de saúde permitiu a observação de um contexto que coloca de um lado, a vontade política em apoiar ou criar estratégias que respondam às expectativas e necessidades de saúde da pessoa com sobrepeso e obesidade, através de ações promotoras de saúde, pautadas nas reais demandas dos indivíduos. Do mesmo modo, constatou-se parcialidade e inexistência em pactuação para conformação de uma linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos diferentes e níveis de atenção à saúde.

Observa-se a inquietação pelo tema obesidade por parte dos entrevistados, como também a implementação de uma organização para os serviços de saúde, e dentre as estratégias de melhoria da referida Linha de Cuidado, ressalta-se a capacitação dos profissionais de saúde, de forma a ampliar a compreensão destes sobre a condição clínica do usuário com sobrepeso e obesidade, bem como, na efetivação dos protocolos, organização do fluxo, dentre outros mecanismos relevantes para a implementação da Linha de Cuidado. Nesta direção, destaca-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, normatizada pelo Ministério da Saúde como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de atenção, gestão e do controle social no setor saúde, voltada para as pessoas com sobrepeso e obesidade, tendo em vista que é um problema de saúde pública longe de ser equacionado.

Com isso, promoveu-se uma discussão e reflexão sobre o objeto de estudo em pauta, com todos os atores envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde da pessoa com sobrepeso e obesidade, com o propósito de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e integral, que associe reflexões encontradas não apenas epidemiológicas, mas que perpassam ações e conhecimentos tanto da organização da linha de cuidado, como da própria doença.

Dada a importância com a temática estudada, considerando que o sobrepeso e a obesidade acometem mundialmente a saúde das pessoas, destaca-se que as organizações e agentes devem debater e compartilhar conhecimentos, buscando atuar de forma articulada e em sinergia nestas agendas, pontuando-se que a epidemia da obesidade traz implicações para toda a sociedade, desde os indivíduos acometidos por ela e suas comorbidades, até o sistema

de saúde e seus profissionais, que precisam estar preparados e capacitados para atender tal demanda.

Avaliar o indivíduo com sobrepeso e obesidade não apresenta dificuldades aparentes a serem percebidas, entretanto, exige-se a adequada identificação tendo em vista os graus de risco, tornando-se ainda mais determinante quando não existe uma padronização ou até mesmo instrumentos que norteiem tanto os gestores quanto os profissionais para balizarem suas práticas de trabalho, e isso foi identificado nos municípios pesquisados, o que pode comprometer a assistência ao indivíduo com sobrepeso e obesidade dentro da RAS.

Com relação às limitações do estudo, destaca-se que o recorte geográfico utilizado pode não expressar a realidade do estado da Paraíba, por não contemplar os 223 municípios paraibanos e respectivas microrregiões de saúde. Além disso, ressalta-se a não participação do usuário com sobrepeso e obesidade no referido estudo, permitindo um diagnóstico relevante da experiência acerca do acesso e continuidade do cuidado.

Dessa forma, sugere-se a realização de novos estudos a partir de uma abordagem quantitativa para uma maior generalização dos resultados aqui encontrados.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Francisca Alanny Rocha et al. Produção do cuidado na rede de atenção ao câncer de mama: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1226>>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm Pública**, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/BXV64cq8TD6SKR9gRrn9vdP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- ALECRIM, Wilson.; DOBASHI, Beatriz. Figueiredo. Comentários: Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg. saúde debate**, v. 52, p. 54-57, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- ALMEIDA, Luana Mirelle de *et al.* Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde**, v. 08, n. 01, 2017. p 114-139. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5821300>>. Acesso em: 26 abr. 2021.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>>. Acesso em: 26 abr. 2021.
- ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário. In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim, organizadores. **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: EDUFBA. 2015. p. 277-303.
- AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 2, p. 424-434, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170846>>. Acesso em: 26 abr. 2021.
- AQUINO, Camilla Maria Ferreira et al. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 185-190, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.12581>>. Acesso em: 08 mai. 2021.
- ARAÚJO, Lidiane Silva de. **Representações sociais da obesidade: identidade e estigma**. 2017. (Tese de Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.
- ARAÚJO, Lindemberg Medeiros de; GUERREIRO, Jória Viana; CARVALHO, André Luis Bonifácio de. Entre o sonho e a ação: resgate histórico da implantação do SUS na Paraíba (1996-2002). In: **Gestão do SUS na Paraíba: estratégias de educação e apoio**. 2017. p. 17-37.
- ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc.**, v.

22, n. 1, p. 109-123, 2013. Disponível em:  
<<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2013.v22n1/109-123/pt>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

ARRUDA, Cecilia et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/ean/a/RGjRnvjbyMstF7VF6wtr7LD/?format=html&lang=pt#>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4ª ed. São Paulo, 2016. Disponível em:  
<<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

BANDEIRA, Francisco Jadson Silva; CAMPOS, Ana Cristina Viana; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção primária. **Enferm Foco**, v. 10, n. 2, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1988/514>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 4, p. 929-934, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400014>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BOLSONI-LOPES, Andressa; FURIERI, Lorena Barros; ALONSO-VALE, Maria Isabel Cardoso. Obesidade e a covid-19: uma reflexão sobre a relação entre as pandemias. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 42, n. spe, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200216>>. Acesso em: 26 mai. 2021.

BOUSQUAT, Aylene et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. Suppl 2, e00099118, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>>. Acesso em: 07 mai. 2021.

Brasil. **Agência Brasil de Comunicação (EBC)**. 2018. Disponível em:  
<<https://abeso.org.br/sbem-nacional-e-abeso-lancam-nova-campanha-do-dia-mundial-da-obesidade/>>. Acesso em: 18 mai. de 2020.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 12).

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990; 19 set.

Brasil. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Brasília, 2021. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms>>. Acesso em: 22 maio 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer (INCA)**. Resumo. Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer: uma perspectiva global/traduzido por Athayde Hanson Tradutores. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

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. **Manual Instrutivo**. Brasília – DF 2014e. Disponível em: Disponível em: <[https://www.ans.gov.br/images/Manual\\_de\\_Diretrizes\\_para\\_o\\_Enfrentamento\\_da\\_Obesidade\\_na\\_Sa%C3%BAde\\_Suplementar\\_Brasileira.pdf](https://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAde_Suplementar_Brasileira.pdf)>. Acesso em: 20 mai. de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde; **Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. il. – (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10)

Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde; **Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt243622092017.html>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 252/GM/MS, 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**, 2013a; 20 fev.

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**, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 425, DE 19 DE MARÇO DE 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da União**, 2013; 19 mar.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2010; 31 dez.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1 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**, 2014b; 2 abr.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da União**, 2017; 9 jan.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0062\\_06\\_01\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0062_06_01_2017.html)>. Acesso em: 01 jun. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 95 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2001. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde Noas-SUS 01/01. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jan. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde -PNASS -2004-2005. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 212 p.: il. – (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 38).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. 108 p. ilus, tab. **Cadernos de Atenção Básica**; n.12(A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. 108 p. ilus, tab. **Cadernos de Atenção Básica**; n.12(A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2015. 64 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquéritos telefônico. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014c.

Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2018. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2020.

BUENO, Leia Soares; DE REZENDE GUEDES, Leonardo Guerra; MENDES, Gilberto Cândido Rodrigues. Acessibilidade nos espaços públicos: estudo de caso das unidades judiciárias do Estado de Goiás. **Revista Baru-Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos**, v. 4, n. 2, p. 194-205, 2019. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/baru/article/view/6694/3893>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BURLANDY, Luciene et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, e00093419, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software** (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição: Santa Catarina, 2018.

CAMPOS, Cláudio Silva et al. **Análise de uma comissão intergestores regional do estado de Goiás na estruturação das redes de atenção à saúde**. 2018. 145 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

CARRARA, Ana Paula Batista et al. Obesidade: um desafio para a saúde pública. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 26, n. 3, p. 299-303, 2008. Disponível em: <[https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/tainacan-items/34088/52963/V26\\_N3\\_2008\\_p299-303.pdf](https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/tainacan-items/34088/52963/V26_N3_2008_p299-303.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2020.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>>. Acesso em: 02 mai. 2021.

CAVALCANTE, Danyelle Monteiro et al. Concepção e desenho de rede: a experiência da implantação da Rede de Atenção às Urgências na Paraíba. **In: Gestão do SUS na Paraíba: estratégias de educação e apoio**. 2017. p. 61-72.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: São Paulo; 2003 p. 197-210. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2020.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00056917, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, organizadores. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132p.

COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

COSTA, Karen Sarmiento et al. Pharmaceutical services in primary health care: interfederative agreement in the development of pharmaceutical policies in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 2, p. 1-5, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201705100supl2ap>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

COUTINHO, Clara Pereira. **Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas**. 2. ed. Coimbra: Edições Almedina, 2013. 412 p.

COUTO, Vanessa Brito Miguel et al. Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 42, n. 2, p. 5-14, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB2016107>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

CRISPIM, Tatiana Amancio Campos. **Construção da linha de cuidado da mulher vítima de violência sexual: superando barreiras**. 2019. 73 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

CRUMPTON, Charles David et al. Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: análise da pesquisa nos últimos 10 anos. **Rev. Adm. Pública**, v. 50, n. 6, p. 981-1001, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7612156363>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

DE CASTRO, Jéssica Marliere et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e os fatores de risco associados em adolescentes. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 12, n. 69, p. 84-93, 2018. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/657/511>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

DONABEDIAN, Avedis. Um guia para administração de cuidados médicos: avaliação de cuidados médicos: qualidade e utilização. In **Um guia para administração de assistência médica: avaliação de assistência médica: qualidade e utilização**. Associação Americana de Saúde Pública, 1980.

DUBOW, Camila et al. Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. **Saúde debate**, v. 38, n.100, p. 94-103, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tLnHdNBjYw7q464gwr3G3S/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

DUNCAN, Bruce Bartholow *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. de Saúde Pública**, v. 46, n. suppl 1, p. 126-134, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 9, p. 2652, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

FEITOSA, Ana Nery de Castro; OLIVEIRA, Cristiane Lima de; DUARTE, Elisfabio Brito; OLIVEIRA, Adriano Monteiro de. Avaliação em Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Id On Line Revista de Psicologia**, v. 10, n. 30, p. 274, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/idonline.v10i30.457>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

FEO, José Jonay Ojeda et al. La coordinación entre atención primaria y especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. **Rev. Adm. Sanit.**, v. 4, n. 2, p. 357-382, 2006. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Jose-Ojeda-9/publication/28225950\\_La\\_coordinacion\\_entre\\_Atencion Primaria\\_y\\_Especializada\\_reforma\\_del\\_sistema\\_sanitario\\_o\\_reforma\\_del\\_ejercicio\\_profesional/links/5ee34531a6fdcc73be73a618/La-coordinacion-entre-Atencion-Primaria-y-Especializada-reforma-del-sistema-sanitario-o-reforma-del-ejercicio-profesional.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Ojeda-9/publication/28225950_La_coordinacion_entre_Atencion Primaria_y_Especializada_reforma_del_sistema_sanitario_o_reforma_del_ejercicio_profesional/links/5ee34531a6fdcc73be73a618/La-coordinacion-entre-Atencion-Primaria-y-Especializada-reforma-del-sistema-sanitario-o-reforma-del-ejercicio-profesional.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2021.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

FEUERWERKER, Laura; COSTA, Heloniza. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulg. saúde debate**, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FIGUEIREDO Amanda Tayná Tavares de *et al.* Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. **Rev. de Aten. Saúde**, v.18, n. 64, p. 85-100, 2020. Disponível em: <[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/6274/pdf](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6274/pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2021.

FLOR, Luísa Sorio. **Obesidade e baixa escolaridade: o papel na prevalência e na carga de diabetes mellitus no Brasil**. 2017. 128 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. 595p.

FRANCISCO, Lucas Vieira; DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra**, v. 10, n. 3, 705-716, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/demetra.2015.16095>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO Túlio Batista. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. 2012. p. 13. 18.Federal. S de E de S do D. Carta de serviços ao cidadão- Carta de Serviços da Atenção Integral ao Paciente com Doenças Raras. 2015. ISSN 1982-8829. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 10(3), 69-80, set, 2016. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod\\_resource/content/1/LINHAS\\_DO\\_CUIDADO\\_INTEGRAL.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2020.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 427-438,

2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300003>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

FRANCO, Tulio Batista.; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p.125-135. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446021/mod\\_resource/content/1/INTEGRALIDADE\\_NA\\_ASSISTENCIA\\_A\\_SAUDE.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446021/mod_resource/content/1/INTEGRALIDADE_NA_ASSISTENCIA_A_SAUDE.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2020.

FRANCO CM, SANTOS AS, SALGADO MF. Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde. In: **Pessoa LR, Santos EHA, Torres KBRO, organizadores. Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP; 2011.

FREITAS, Lorena Karen Paiva et al. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 6, p. 1755-1762, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.12382013>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>>. Acesso em: 07 mai. 2021.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Rev. de Saúde Colet.**, v. 22, p. 119-140, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>>. Acesso em: 07 mai. 2021.

Global Panel on Agriculture (GPA) and Food Systems for Nutrition (FSN). **Sistemas alimentares e dietas: Como enfrentar os desafios do século XXI**. Londres, Reino Unido, 2016.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>>. Acesso em: 07 mai. 2021.

GONTIJO, Mariana Delfino et al. Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, e20190350, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0350>>. Acesso em: 13 mai. 2021.

GOUVÊA, Mônica Villela; CASOTTI, Elisete. Processo Circular: avaliação no cotidiano da gerência de Unidades Básicas de Saúde. **Saúde Debate**, v. 43, n. spe6, p. 59-69, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S605>>. Acesso em: 13 mai. 2021.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. sup2, p. S331-S336, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/ZsrbLQhvJHk7dpxpwqHjhPkG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 mai. 2021.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; FELISBERTO, Eronildo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

HELMAN CG. **Cultura, saúde & doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 408p.  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do Sobrepeso e Obesidade. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 63, n. 1, p. 7-12, 2017 Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/186>>. Acesso em: 29 mai. 2021.

João Pessoa, PB: Comissão Intergestora Bipartite, 28 jun. 2018. p. 1-2.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. A. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017. 363p.

LEE, Jae-woo et al. Trends in socioeconomic costs of morbid obesity among Korean adults, 2009–2013: Data from National Health Insurance Service. **Obes. Res. Clin. Pract.**, v. 12, n. 4, p. 389-393, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.orcp.2017.04.010>>. Acesso em: 29 mai. 2021.

LIMA, Ísis Fernanda dos Santos et al. Comprehensiveness according to the perception of Family Health Unit workers. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 4, p. 944-952, 2012. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400023>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

LOBSTEIN, Tim et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. **The Lancet**, v. 385, n. 9986, p. 2510-2520, 2015. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)>. Acesso em: 25 mai. 2020.

MACHADO, Renata Evangelista Tavares. **Experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da Unidade Básica de Saúde**. 2020. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 9, n. 2, p. 433-444, jun. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232004000200019>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 9, e00223518, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00223518>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p.

425-438, 2011. Disponível em:

<[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 mai. 2020.

MANTZOROS CS. **Obesity and diabetes**. New Jersey: Human Press; 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 130 p.

MARIANO, Maria Luiza Lobato; MONTEIRO, Claudia Santos; PAULA, Maria Angela Boccara de. Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso. **Rev. Gaúcha de Enferm.** v. 34, n. 3, p. 38-45, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300005>>. Acesso em: 24 mai. 2020.

MARINS, Viviane Vilas Boas de Azevedo. **Condições institucionais para implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção básica no município de Niterói**. 2020. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) – Faculdade de Nutrição Emília de Jesus Ferreiro, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

MARTINI, Jussara Gue; VERDI Marta. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Política de redes na atenção à saúde. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 58 p.

MARTINS, Ana Paula Bortoletto. É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. **Rev. adm. empres.** v. 58, n.3, p. 337-341, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-759020180312>>. Acesso em: 05 mai.2020.

MAXIMIANO, Thaís de Oliveira. **Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade**. 2016. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GERHARDT, Tatiana Engel. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde Debate**, v. 39, n. spe, p. 160-170, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005201>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 41, n. spe3, p. 288-295, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042017S322>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MEIRELES, Alane Bueno et al. Dificuldades no Cuidado ao Paciente Obeso. **Rev Inic Cient Ext**, v. 1 n. esp 4, p. 328-33, 2018. Disponível em: <<https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/113>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília 2011. 549 p.

- MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 4, n. 6, p. 109-116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde debate**, v. 27 n. 65 p. 316-323, 2003.
- MINAYO Maria Cecília de Souza. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: Bosi MLM, Mercado FJ. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 163-90.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
- MONTAÑEZ, Wilson Cañon; MATTIELLO, Rita. Obesidade: um grande desafio de saúde pública global. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 127, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.15448/1983-652X.2016.3.25844>>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. supl1, p. 627-640, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500014>>. Acesso em: 26 abr. 2021.
- NICOLAU, Ian Rigon; ESPIRITO SANTO, Fátima Helena do; DAVID, Felipe Marques. Trabalho em equipe: em busca de um cuidado qualificado ao obeso. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 1, p. 152-159, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11888>>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v.66 n. esp, p. 158-64, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 mai. 2021.
- OLIVEIRA, Martha Regina de; VERAS, Renato Peixoto; CORDEIRO, Hésio De Albuquerque. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. **Physis: Rev. de Saúde Colet**, v. 28, n. 4, e280411, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280411>>. Acesso em: 04 mai. 2021.
- OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.
- Paraíba (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde, Paraíba 2016-2019**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2017.

Paraíba (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 43, de 28 de junho de 2018 - Aprova as Novas definições de Macrorregiões de Saúde no Estado da Paraíba.** João Pessoa: Secretaria de Estado da Paraíba, 2018.

PENSO, Jéssica Mazutti *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1212>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (2019): atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 66p.

PESSÔA, Luiza Regina; SANTOS, Eduardo Henrique de Arruda.; TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira (Org.). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** Rio de Janeiro: ENSP, 2011. 208 p.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. 232p.

PIRES, Ana Carolina Lucena. **Implementação das ações de alimentação e nutrição no sus: perfil e caracterização em municípios brasileiros.** 2017. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

POLIT, Denise. F.; BECK, Cheryl Tatiano. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, Tatiana Naiana Rodrigues dos Santos *et al.* Prevalência do excesso de peso e fatores de risco para obesidade em adultos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 22, p. e308, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/308>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

POULAIN, Jean Pierre. **Sociologia da obesidade.** São Paulo: Editora Senac; 2013.

PRATES, Mariana Louzada, *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde colet.** v, 22 n. 6, p. 1881-1893. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 209-220, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

RABELO, Raquel Pereira Cota *et al.* Implantação de um Programa Interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, v. 29, n. Suppl 1, p. 65-69, 2018. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/152>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

REDDY, K. Srinath. Global Burden of Disease Study 2015 provides GPS for global health 2030. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1448-1449, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31743-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31743-3/fulltext)>. Acesso em: 07 mai. 2021.

REIS, Erika Cardoso dos. **Avaliação do componente ambulatorial especializado da linha de cuidado para obesidade grave na cidade do Rio de Janeiro**. 2018. 131 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

REIS, Valéria Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, p. 118-125, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14347>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

RIBEIRO, Sabinny Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

ROBERTO, Christina A *et al.* Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **The Lancet**, v. 385, n. 9985, p. 2400-2409, 2015. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61744-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61744-X)>. Acesso em: 26 abr. 2021.

RODRIGUES, Angelo Brito. Processo Circular: avaliação da experiência de alunos/gerentes do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado na aplicação da ferramenta. **Saúde Debate**, v. 43, n. spe6, p. 104-108, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S609>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 02, p. 343-352. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SALCI, Maria Aparecida; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Avaliação no sistema de saúde brasileiro. **Cienc Cuid Saude**, v. 17, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i2.41937>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SANTANA, Bianca Sthefany Barçante; PIRES, Cristina Maria Lobato; SCHUENGUE, Cinthia Mara de Oliveira Lobato. **Anais do IV Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 4, p. 1-5, 2019. Disponível em:

<<http://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/834/734>>. Acesso em: 30 mai. 2021.

SANTANA, Bianca Sthefany Barçante; PIRES, Cristina Maria Lobato; SCHUENGUE, Cinthia Mara de Oliveira Lobato. **Anais do IV Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 4, p. 1-5, 2019. Disponível em:

<<http://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/834/734>>. Acesso em: 30 mai. 2021

SANTANA, Jonas Mendonça. **Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento vivenciadas por profissionais da Atenção Básica**. 2020. 163 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

SANTANA, Meire Núbia Santos et al. Processo de construção das linhas de cuidado em saúde na estratégia saúde da família. **Rev. Saúde.Com**, v. 14, n. 3, p. 1262-1269, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v14i3.4220>>. Acesso em: 30 mai. 2021.

SANTOS, Edinilza Ribeiro dos et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 6, p. 2741-2752, 2010a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600012>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SANTOS, Adriano Maia dos, et al. Linhas do cuidado e responsabilização no PSF de um município da região sudoeste da Bahia: um olhar analisador. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010b. 180p.

SANTOS, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 1, e 00014216, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00014216>>. Acesso em: 30 mai. 2021.

SARGENT, GM; FORREST, LE; PARKER, RM. Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. **Obes Rev**, v. 13 n. 12, p. 1148-71, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3533768/pdf/obr0013-1148.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; KOPF, Águida Wichrowski. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16 n. 2, p. 265-274, 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/528>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673611601359>>. Acesso em: 30 mai. 2021.

SHATEN, B. Jessica *et al.* Risk factors for the development of type II diabetes among men enrolled in the usual care group of the Multiple Risk Factor Intervention Trial. **Diabetes Care**, v. 16, n. 10, p. 1331-1339, 1993. Disponível em: <<https://doi.org/10.2337/diacare.16.10.1331>>. Acesso em 26 abr. 2021.

SILVA, Carla Silvana de Oliveira e *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.14122013>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SILVA, Fabio Hebert da; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MARTINS, Cátia Paranhos. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do Humaniza SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 19, n. 55, p. 1157-68, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0280>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; SANCHO, Leyla Gomes; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 3, p. 843-852, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

SIQUEIRA, Leila das Graças *et al.* Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.26, n.3, p.557-568, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2017.v26n3/557-568/pt/>>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SOARES, Daniela Arruda *et al.* Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: Compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de Atenção à Saúde. **Revista de APS**, v. 17, n. 3, p. 311-317, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15306>>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SOEIRO, Raquel Lima et al. Educação em Saúde em Grupo no Tratamento de Obesos Grau III: um Desafio para os Profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 43, n. 1 suppl. 1, p. 681-691, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190005>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 04, p. 1283-1293, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

SOUSA, Yuri Sá Oliveira et al. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei*, v. 15, n. 2, p. 1-19, jun. 2020. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000200015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 set. 2021.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Soc.**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de Souza; FRANÇA, Elisabeth Barboza; CAVALCANTE, Adeilson. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, n. Suppl 01, p. 01-03, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050001>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, Beatriz Costa *et al.* Itinerário terapêutico de pacientes com diagnóstico de hanseníase no Sertão da Paraíba. **Rev. Bras. Multidisciplinar**, v. 23, n. 3, p. 19-32, 2020. Disponível em: <<https://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/817>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

TORTI, Jacqueline *et al.* The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management. **BMC Fam Pract**, v. 18, n. 19, p. 1-10. Disponível em: <<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0596-2#citeas>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

TRAMONTINA, Priscilla Cibele *et al.* Gestão do cuidado à pessoa com estomia e a rede de atenção à saúde. **Rev Cuid**, v. 10, n. 1, p. e613, 2019. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3595/359562643007/359562643007.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400011>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de; MAGALHÃES, Rosana. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 20, n. 56, p. 99-110, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0156>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

VERAS, Renato. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

VITORIA, Angela Moreira *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 285-293, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/832>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

WANG, Haidong *et al.* Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the

global burden of disease study 2015. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1459-1544, 2016. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1)>. Acesso em: 30 mai. 2020.

WANNMACHER, Lenita. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. **Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil**, v. 1, n. 7, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Fasciculo%207.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

WARSCHAUER, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do programa lazer e saúde da prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100015>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

WIRZBICKI, Dieine Caroline de Melo; OLIVEIRA, Karla Renata de. As linhas de cuidado como estratégias de atenção em saúde para doenças crônicas não transmissíveis. Ensaio teórico. **Salão do conhecimento UNIJUÍ**, 2014. Disponível em: <<https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/issue/view/149>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and overweight. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 18 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Obesity and overweight: Key facts. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 18 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. World Health Organization, 2003

YI, Min et al. A promising therapeutic target for metabolic diseases: neuropeptide Y receptors in humans. **Cell Physiol Biochem**, v. 45, n. 1, p. 88-107, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1159/000486225>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YOUNES, Soraia; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; ARAÚJO, Allan Cezar Faria. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, p. 1046-1060, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711505>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; DA SILVA, Rosane Azevedo Neves. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicol. Rev.**, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682008000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100008)>. Acesso em: 08 mai. 2021.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO**

**ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Caracterização da amostra – Gestores, gerentes e profissionais****1 Identificação:**

Sexo:

 F  M

Idade: \_\_\_\_\_

Município onde reside: \_\_\_\_\_

**2 Formação:**

Ano em que se graduou: \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Possui outra graduação?  sim  não

Caso sim, qual: \_\_\_\_\_

Pós - graduação:  sim  nãoEspecialização  Qual (is): \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_Mestrado  Área: \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_Doutorado  Área: \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_**3 Situação Funcional:**Forma de ingresso:  Concurso Público  Seleção Pública  Outro

\_\_\_\_\_

Jornada de Trabalho semanal: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na Instituição de Saúde: \_\_\_\_\_

Possui outro vínculo empregatício:  sim  nãoSe sim, que tipo de serviço?  PSF  UBSF  Hospital Outro: \_\_\_\_\_ Jornada de trabalho semanal: \_\_\_\_\_**4 Capacitação:**

Você já participou de alguma capacitação específica sobre obesidade?

 Sim  Não.

Se sim, quem ofereceu? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - GESTORES****ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA****Entrevista Semiestruturada – 1****Instrumento – Gestores, gerentes dos serviços de saúde**

- 1) Como está organizada a LC à pessoa com sobrepeso e obesidade no seu município? Fale um pouco.
- 2) Como o Sr (a) define LC?
- 3) Quanto ao processo de implantação da LC, como se deu a pactuação (instâncias deliberativas). Ela é de fato cumprida? Sim ou não? Se não, por quê?
- 4) Quanto ao apoio logístico a gestão/gerência enfrentam dificuldades para garantir o atendimento às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito do Sistema Local de Saúde? Se sim, de que forma?
- 5) Existem problemas na operacionalização da LC à pessoa com sobrepeso e obesidade? Se sim, como a gestão (equipe) soluciona os problemas enfrentados nos serviços de saúde?
- 6) A gestão/equipe utiliza algum instrumento para nortear o planejamento das ações relacionadas ao acompanhamento da pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde? Se sim, qual? Se não, por quê?
- 7) Qual a sua avaliação acerca do papel da AB na efetivação da LC à pessoa com sobrepeso e obesidade?
- 8) De que forma a gestão apoia as equipes de saúde? As equipes de saúde foram preparadas para o atendimento à pessoa com sobrepeso e obesidade? Se sim, como eles participaram desse processo? Se não, por quê? Fale um pouco.
- 9) Que sugestões o Sr (a) daria para melhorar a LC à pessoa com sobrepeso e obesidade no seu município?

**APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA****Entrevista Semiestruturada - 2****Instrumento - Profissionais de saúde**

1) Como está organizada a LC à pessoa com sobrepeso e obesidade no seu município? Existem de dificuldades? Se sim, quais? E quanto às potencialidades?

Fale um pouco.

2) Como o Sr (a) define LC?

3) Quanto ao processo de implantação da LC à pessoa com sobrepeso e obesidade as equipes participaram da pactuação? Se sim, de que forma?

4) A gestão tem apoiado as equipes na organização da LC à pessoa com sobrepeso e obesidade? De que forma? Fale um pouco.

5) Qual a sua avaliação acerca do papel da Atenção Básica/Média e Alta Complexidade/ na efetivação da LC à pessoa com sobrepeso e obesidade?

6) O (a) Senhor (a) sabe informar o número de usuários cadastrados nesta Unidade (ESF) com sobrepeso e obesidade? Destes, sabe informar quantos precisam do atendimento especializado?

7) Vocês realizam alguma abordagem educativa acerca da obesidade? Se sim, fale um pouco (palestras, dificuldades pessoais, da equipe, dos usuários, dentre outras). Como vocês se autoavaliam em termos de conhecimentos necessários para atender à pessoa com sobrepeso e obesidade?

8) Qual a sua avaliação em relação aos encaminhamentos das pessoas com sobrepeso e obesidade para os serviços de Média e Alta complexidade? (referência/contrarreferência)? Existem problemas relacionados ao fluxo de atendimento entre demais os níveis de atenção à saúde? Se sim, quais são? E as potencialidades?

9) O Serviço de Saúde está adequado (capacidade instalada) para atender à pessoa com sobrepeso e obesidade? (estrutura, recursos humanos, insumos)?

10) Que sugestões você daria para melhorar a LC à pessoa com sobrepeso e obesidade no âmbito do sistema local de saúde?

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido eu,

---

em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE**” poderá trazer e, entender os métodos que serão usados para a coleta dos dados, assim como, estar ciente da necessidade de gravação de minha entrevista **AUTORIZO** por meio deste termo, os mestrados em saúde pública da UEPB, Raenilson Araújo Ramos, e-mail raenilson.eli@hotmail.com, telefone (83) 9 9968 1022 e Morgana Monteiro Pimentel, e-mail moorganap@gmail.com, telefone (83) 9 9655 0397 sob orientação da pesquisadora Professora Dra. Carla Campos Muniz Medeiros e coordenação o Prof. Dr. Francisco Sales Clementino a realizar a gravação de minha entrevista sem custo financeiro para nenhuma parte. Declaro que fui esclarecido que o presente estudo originou-se de um projeto de pesquisa intitulado “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do SUS para prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na Paraíba”, através da chamada pública **CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018 e N° 28/2019**, sob o CAAE: 17810619.1.0000.5187 e número do parecer: 3.557.478, sendo aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da UEPB com CAAE 39858920.4.0000.5187 e número do parecer 4.410.574, que dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade para a participação neste projeto. O objetivo geral desse estudo é avaliar a Linha de Cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde e através do mesmo espera-se promover uma discussão e reflexão sobre o objeto de estudo em pauta, com todos os atores envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde à pessoa com sobrepeso e obesidade, com o propósito de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e integral, que associe reflexão epidemiológica e planejamento de ações.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Entendi o objetivo da pesquisa e a qual instituição de ensino a mesma pertence.
2. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, cumprindo as exigências recomendadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

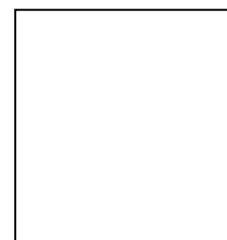
3. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer prejuízo. Não haverá despesa, ônus ou retorno financeiro aos voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não há necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
4. Os riscos que a pesquisa pode ocasionar aos participantes serão ínfimos e transitórios, como aborrecimento, estresse ou constrangimento caso não saibam responder alguma das perguntas presentes no formulário ou ao decorrer da entrevista. Bem como, deve-se considerar a possibilidade de desconforto ou impaciência pelo tempo destinado para participação da pesquisa supracitada.
5. O pesquisador estará habilitado ao método de coleta dos dados estando atento a possíveis sinais de desconforto, garantindo ao participante a liberdade para não responder questões que não souber e/ou quiser, assegurando a confidencialidade dos dados obtidos e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.
6. Será garantido o anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e resguardado o sigilo de dados confidenciais.
7. Será garantido o ressarcimento de qualquer procedimento que possa incorrer em danos financeiros aos participantes, bem como indenização de possíveis danos decorrentes desta pesquisa ou dela decorrente.
8. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento, o participante poderá contatar a pesquisador Raenilson Araújo Ramos no número (83) 9 9968 1022 ou a pesquisadora Morgana Monteiro Pimentel no número (83) 99655-0397.
9. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em sua posse. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*Raenilson Araújo Ramos*

Raenilson Araújo Ramos  
Mestrando/PPGSP-UEPB

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



**APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ****ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Eu, \_\_\_\_\_,

depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE**” poderá trazer e, entender os métodos que serão usados para a coleta dos dados, assim como, estar ciente da necessidade de gravação de minha entrevista AUTORIZO por meio deste termo, o mestrando em saúde pública da UEPB, Raenilson Araújo Ramos, e-mail raenilson.eli@hotmail.com , telefone (83) 9 9968 1022 sob orientação da pesquisadora Professora Dra. Carla Campos Muniz Medeiros e coorientação o Prof. Dr. Francisco Sales Clementino a realizar a gravação de minha entrevista sem custo financeiro para nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

- 1- Poderei ler a transcrição de minha gravação;
- 2- Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
- 3- Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
- 4- Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
- 5- Os dados coletados serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade da Coordenadora Professora Dra. Carla Campos Muniz Medeiros e após esse período, serão destruídos e,
- 6- Serei livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição da minha entrevista.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*Raenilson Araújo Ramos*

\_\_\_\_\_  
Raenilson Araújo Ramos  
Mestrando/PPGSP-UEPB

Assinatura do participante

# ANEXOS

## ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Pesquisador:** Raenilson Araújo Ramos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30858920.4.0000.5187

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.410.574

**Apresentação do Projeto:**

O PROJETO DESCREVE DE FORMA CLARA E OBJETIVA A JUSTIFICATIVA DO ESTUDO. APRESENTA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA RELEVANTE.

**Objetivo da Pesquisa:**

A DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS SECUNDÁRIOS SE COADUNAM COM O OBJETIVO PRIMÁRIO, SENDO EXEQUIVEIS TODAS AS ETAPAS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

ATENDEM AS RECOMENDAÇÕES DA RESOLUÇÃO 468 - V - DOS RISCOS E BENEFÍCIOS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A PESQUISA APRESENTOU FUNDAMENTAÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA, COM TRAJETÓRIA METODOLÓGICA OBJETIVA E DESCRIÇÃO ADEQUADA PARA TRABALHO DE CAMPO. SENDO PORTANTO POSSÍVEL VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE EXECUÇÃO.

**Endereço:** Av. das Bananeiras, 351 - Campus Universitário

**Bairro:** Bodocongó

**CEP:** 58.109-753

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)3315-3373

**Fax:** (83)3315-3373

**E-mail:** cep@uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP**



Continuação do Parecer: 4.410.574

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TERMOS OBROGATORIOS ATENDEM ÀS RECOMENDAÇÕES ÉTICAS

**Recomendações:**

AS PENDÊNCIAS INDICADAS EM PARECER ANTERIOR, FORAM PRONTAMENTE CORRIGIDAS NA REANÁLISE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

SEM QUALQUER PENDÊNCIA OU INADEQUAÇÃO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto foi avaliado pelo colegiado, tendo recebido parecer APROVADO. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá ENVIAR RELATÓRIO FINAL através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – UEPB.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1657709.pdf	17/11/2020 12:32:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/11/2020 12:31:43	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Outros	DECLARACAODECONCORDANCIAmora.pdf	17/11/2020 12:29:59	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAODECONCORDANCIA.pdf	17/11/2020 12:23:59	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Outros	TAGV.pdf	17/11/2020 12:01:23	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO0001.pdf	05/11/2020 18:08:10	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	03/11/2020 19:40:10	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/11/2020 19:32:33	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODOPEQUISADOR.pdf	03/11/2020 19:27:07	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Declaração de Instituição e	ANUENCIAS.pdf	03/11/2020 19:10:50	Raenilson Araújo Ramos	Aceito

Endereço: Av. das Barrocas, 351- Campus Universitário  
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.410.074

Infraestrutura	ANUENCIAS.pdf	03/11/2020 19:10:50	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Cronograma	PROJETODISSERTACAO CRONOGRAMA.pdf	03/11/2020 19:00:13	Raenilson Araújo Ramos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 20 de Novembro de 2020

**Assinado por:**

**Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. das Bananeiras, 351 - Campus Universitário  
**Cidade:** Bodoquena **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br