UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

THAÍS DE OLIVEIRA MAXIMIANO

Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade.

BOTUCATU

2016

THAÍS DE OLIVEIRA MAXIMIANO

Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Programa de Pós- Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira
Coorientadora: Profa. Dra. Wilza Carla Spiri

BOTUCATU

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM. DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Maximiano, Thais de Oliveira.

Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade / Thais de Oliveira Maximiano. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Rita Marques de Oliveira
Coorientador: Wilza Carla Spiri

Capes: 40400000

1. Obesidade. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde publica -

Dedicatória

*À **Deus**, por permitir tantas conquistas em minha vida.*

*À minha **amada mãe Suelí**, por ser a base, a força e o amor pleno em nossa família. Por nos ensinar com tamanha delicadeza como enfrentar as dificuldades da vida.*

Ao
*meu **querido pai Ademir**, que ao longo de sua trajetória, nos mostra a cada dia, o verdadeiro significado de persistência e fé.*

*À minha **querida irmã Thalia**, que é a alegria de nossas vidas. Minha companheira, minha amiga e minha luz.*

Agradecimentos

À **Unesp de Botucatu e Pós-Graduação de Enfermagem**, pela contribuição em minha formação acadêmica.

À todo **corpo docente** do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, pelos valiosos ensinamentos.

Ao **Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru**, minha segunda casa, que me concedeu dias de trabalho, para me dedicar ao mestrado.

À minha querida orientadora **Profa. Maria Rita Marques** pela paciência e dedicação nesses dois anos. Por me acolher na sua casa e na sua vida.

À minha querida coorientadora **Profa. Wilza Spiri,** por me ajudar desde o começo, me acolhendo e me ensinando com tanta sabedoria e delicadeza.

À minha querida **amiga Aline Godoi,** por estar comigo em todos os momentos, desde o início do meu desenvolvimento profissional. É minha maior companheira de profissão e de vida.

Às minhas queridas nutricionistas e amigas **Aline Miguel e Daniele Uehara**, por estarem diariamente fazendo a minha vida mais feliz e completa.

Às **minhas amigas e prima**, companheiras da vida, que estão sempre ao meu lado, me amparando e me ajudando com alegria a enfrentar as dificuldades da vida**: Thayná, Natalia, Karina, Jessyca, Heloisa, Sarita, Joara, Mariane.**

Ao **Vinicius Martinez,** que sem saber, foi um dos grandes incentivadores para eu encarar esse desafio. Obrigada pela ajuda, atenção e carinho.

Aos **colegas do Mestrado Acadêmico e Profissional**, por termos conseguido concluir essa etapa tão importante nas nossas vidas.

À toda **minha família,** pelo amor, apoio e constante incentivo.

Epígrafe

É bom olhar pra trás
E admirar a vida que soubemos fazer
É bom olhar pra frente
É bom, nunca é igual
Olhar, beijar e ouvir cantar um novo dia nascendo
É bom e é tão diferente.

NANDO REIS

RESUMO

Introdução: A obesidade é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Ações são realizadas nacionalmente para combate-la, porém, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não está preparado para assumir essa reponsabilidade. Inúmeros problemas são enfrentados no dia-a-dia com a demanda de pacientes obesos no SUS. Esse assunto tem despertado a preocupação de gestores e profissionais da saúde a buscar estratégias para colocar em prática essa linha de cuidado, porém ainda não há registros de um efetivo exercício desse plano. **Objetivo**: Compreender a implementação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade, na perspectiva de gestores de múltiplas secretarias e profissionais de saúde. **Método**: O estudo foi realizado no sistema de saúde de um município paulista de médio porte. Utilizou-se a análise de conteúdo, sob a perspectiva qualitativa. Para a análise foi construído um quadro a partir dos depoimentos, categorizando-os em temas e subtemas. Os entrevistados foram compostos por dois grupos distintos, sendo eles secretários em sete secretarias do município e profissionais da saúde envolvidos na atenção primária do município. As entrevistas versaram sobre o conhecimento dos entrevistados quanto à prevenção e ao controle da obesidade, como seria a estrutura organizacional das instituições e atores de interesse e quais as dificuldades e facilidades encontradas para o desenvolvimento de uma linha de cuidado para o controle do sobrepeso e da obesidade. Para a coleta dos dados de interesse foi utilizada a técnica baseada na exploração de perguntas abertas realizadas pelo pesquisador no ato da entrevista. **Resultados**: Dos temas e subtemas resgatados, revelou-se que há diferenças nas visões de ambos os grupos, visto que os gestores destacaram mais a fundo as ações realizadas de prevenção à obesidade e as facilidades proporcionadas pelo município para a articulação da linha de cuidado, já os profissionais de saúde relataram a necessidade de uma reorganização da atenção básica, com foco na integralidade e intersetorialidade para melhorar a qualidade do serviço e priorizar a atenção ao paciente obeso. **Conclusão**: Os resultados desse trabalho indicaram a presença de ações de promoção da saúde que contribuem com a prevenção da obesidade, mas as ações específicas pautadas nas reais demandas da população e estruturada a partir de uma linha de cuidado não se apresentaram como necessidade percebida pelos entrevistados, a ponto de mobilizar recursos políticos e estruturais para tal.

Palavras-chaves: Obesidade, Atenção Primária à Saúde, Ação Intersetorial

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a public health problem in Brazil and in the world. National actions are made to combat obesity, however the health system is still not ready to assume this responsibility. Daily, many problems are faced due to the demand of obese patients in SUS. This problem has caused the concern of managers and health professionals, in order to seek strategies to put into practice the line of care. However, there are no reports in the literature that mentions the effective exercise of this plan. **Objective:** To understand the implementation of line of care to obese person, through the perspective of managers and health professional**. Method:** The study was conducted in the health system of a medium-sized municipality, located in the state of São Paulo. In the present study, we used a content analysis on a qualitative perspective. The interviewees were composed of two distinct groups, being secretaries in seven municipal secretariats and health professionals involved in the primary care of the municipality. The interviews focused on the knowledge of the interviewees regarding the prevention and control of obesity, about the organizational structure of the institutions, regarding the factors of interest, as well as the difficulties and facilities founded in the development of a line of care for control of overweight and obesity. To collect the data of interest, the technique based on the exploitation of open questions made by the researcher at the time of interview was applied**. Results**: It was noted that there is a difference in the points of view of both groups, in such a way that managers reported with greater emphasis on the actions taken to prevent obesity and the facilities offered by the municipality for the articulation of the line of care, while the health professionals reported the need for a reorganization of primary care, with a focus on on integrality and intersectoriality actions to improve the quality of service and prioritize the attention to the obese patient.**Conclusion**: The results of this study indicate the presence of health promotion activities which contribute to the prevention of obesity, but the specific actions based on real demands of the population and structured on the basis of a line of caution is not presented as a need perceived by the interviewees,i.e., they believe that it is sufficient for there to be a mobilization of political resources and structural funds for this purpose.

Key-words: Obesity, Primary Health Care, Intersectorial Action.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
LC	Linha de Cuidado
RAS	Redes de Atenção à Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade básica de saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DCV	Doença Cardiovascular
AVC	Acidente Vascular Cerebral
EP	Educação Permanente

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Subtemas e Temas resgatados dos depoimentos dos gestores das secretarias municipais 26

Quadro 2 Subtemas e Temas resgatados dos depoimentos dos profissionais da saúde do município 27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama dos temas abordados com os gestores e profissionais da saúde relacionados à implementação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade 28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12
1.1 Doença Crônica Não Transmissível 12
1.2 Obesidade 15
1.3 Linha de Cuidado 17
2. OBJETIVO 20
3. MÉTODO 21
3.1 Tipo de estudo 21
3.2 Local e participantes 21
3.3 Procedimentos éticos de coleta de dados 22
3.4 Referencial metodológico para análise dos conteúdos 23
3.5 Confiabilidade 24
3.6 Referencial teórico para análise de conteúdos 24
4. RESULTADOS E DISCCUSSÃO 25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 49
REFERÊNCIAS 50
ANEXO 1- Termo de consentimento livre e esclarecido 56
ANEXO 2 – Roteiro da entrevista 59
ANEXO 3 – Lista de Representantes 60
ANEXO 4 – Depoimentos gestores 61
ANEXO 5 – Depoimentos profissionais da saúde 77

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, por ser de causa multifatorial influenciada por fatores genéticos, metabólicos, culturais, sociais e comportamentais, acarreta grande impacto na qualidade de vida e no bem estar psicológico do paciente.

Ações são realizadas nacionalmente para combater a obesidade, porém o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não está preparado para assumir essa reponsabilidade. Inúmeros problemas são enfrentados no dia-a-dia com a demanda de pacientes obesos no SUS. Referente à isso, o Ministério da Saúde instituiu a portaria nº 424 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado (LC) prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Esse assunto tem despertado a preocupação de gestores e profissionais da saúde a buscar estratégias para colocar em prática a LC, porém não foi encontrado relatos na literatura que mencione o efetivo exercício desse plano.

1.1 Doença Crônica Não Transmissível

Num cenário de mudança do perfil epidemiológico da população, a obesidade vem se apresentando como determinante de doenças cardiovasculares (DCV) e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), aumentando as taxas de morbimortalidade.

O Brasil vem apresentando acelerado processo de envelhecimento, com transformações profundas na composição etária de sua população. Além das modificações populacionais, o País tem experimentado mudanças no seu perfil epidemiológico, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas no País em meados do Século XX, neste início de século são responsáveis por menos de 10%, ocorrendo o oposto em relação às DCNT. As mudanças ocorridas em menos de 50 anos modificaram o perfil de mortalidade da população, com o aumento da população em faixas etárias mais avançadas, houve aumento da prevalência de enfermidades mais complexas e onerosas[1]. Essa mudança, portanto,

vem ocorrendo de forma muito desigual, fato pertinente às diferentes condições sociais observadas no País. Em relação aos indicadores de saúde, os diferenciais são bastante significativos, mostrando desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na distribuição dos recursos e dos equipamentos de saúde[1].

As DCNT são as principais causas de mortes no mundo, das quais elevado número são prematuras. Geram perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza[2].

No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% das causas de mortes, com evidência para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem pessoas de todas as classes socioeconômicas e, de forma mais acentuada, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda[3]. Embora o rápido desenvolvimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e de custo efetivo na promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno [2]. Nesse contexto a obesidade surge como um determinante de DCNT que deve receber atenção prioritária no seu monitoramento e controle[4].

Analisando a alta prevalência do sedentarismo aliada ao significativo risco referente às DNCT, o aumento da atividade física de uma população influencia na qualidade da saúde da coletividade, minimizando custos com tratamentos, inclusive hospitalares, o que reflete seus consideráveis benefícios sociais[5]. Pequenas transformações nos fatores de risco em indivíduos que estão sob risco moderado podem ter um enorme impacto em termos de morte e incapacidade. Por meio da prevenção de doenças em grandes populações, como pequenas reduções na pressão arterial, no colesterol sanguíneo e no peso corporal poderiam alcançar a redução de custos na saúde. Estima-se que, pelo menos, 80% de todas as DCV, dos AVC (Acidente Vascular Cerebral) e dos diabetes do tipo 2 poderiam ser evitados e mais de 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos[4].

Ações de promoção e proteção da saúde devem orientar os modelos assistenciais, como estratégia de articulação que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas

saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver, visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção[6].

As necessidades de pessoas com doenças crônicas difere das necessidades de condições agudas, carecendo de apoio continuado, com cuidado planejado e de uma atenção capaz de atender suas necessidades. Para isso a atenção exige um trabalho integrado e efetivo, requerendo tempo, oferta de cuidados de saúde e o empoderamento para o autocuidado. Foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que o cuidado à saúde seja organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para melhorar à Atenção à Saúde, as redes são dividias em três níveis: no nível micro (os indivíduos e suas famílias), no nível meso (serviços de Saúde e a comunidade) e no nível macro (as macropolíticas de Saúde)[7].

Educação Permanente (EP) entende-se como o processo contínuo de atualização e renovação de conceitos, práticas e atitudes profissionais das equipes de trabalho e diferentes agrupamentos, a partir do movimento histórico, da afirmação de valores e princípios e do contato com novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. Processo esse mediado pela problematização e reflexão quanto às experiências, saberes, práticas e valores pré-existentes e que orientam a ação desses sujeitos no contexto organizacional ou da própria vida em sociedade[8].

A proposta de EP em Saúde, que vem sendo implantada no Brasil, salienta a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. Busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social. Estimula a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica[9-10].

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio[11].

Todo investimento em treinamento e qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho

das pessoas. Contudo, é importante considerar que os resultados esperados de programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal podem ser minimizados pelas condições de cada estrutura Institucional, caso a interação entre essa estrutura e os objetivos das propostas de treinamento/qualificação não estejam alinhados[11].

1.2 Obesidade

A obesidade é uma DCNT que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do excesso de consumo de energia e/ou inatividade física[12]. O balanço energético positivo é o determinante mais imediato do acúmulo excessivo de gordura e acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral. No entanto, os fatores que levam um indivíduo ao balanço energético positivo variam de pessoa para pessoa[13].

A obesidade, além de ser uma doença em si, é um fator de risco para várias DCNT. As cinco principais são as doenças cardíacas, acidente vascular encefálico, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes tipo 2. O excesso de peso é um dos principais fatores que contribuem para a mortalidade e para a carga global de doenças no mundo. Em termos de mortes atribuíveis, os principais responsáveis são a hipertensão arterial sistêmica (contribui para 13% das mortes no mundo), seguida do consumo de tabaco (9%), hiperglicemia (6%), inatividade física (6%) e excesso de peso ou obesidade (5%)[2].

A epidemia global de obesidade vem aumentando nas últimas quatro décadas e os empenhos para sua prevenção ainda mal começaram nos países. As previsões indicam que as altas taxas de obesidade afetarão futuramente a saúde e a economia da população[14]. No Brasil, os dados da Vigitel[15] mostram que no conjunto da população adulta das 27 capitais, a prevalência de adultos obesos, no período de 2006 a 2014, passou de 15% para 17,9% sem diferença entre os sexos. Em ambos os sexos, a frequência da obesidade tendeu a aumentar com a idade até os 44 anos. No sexo masculino, a frequência da obesidade começou a declinar após os 65 anos. A frequência de obesidade tendeu a diminuir com o aumento do nível de escolaridade em ambos os sexos. Considerando o avanço do sobrepeso e da obesidade, o

Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas ações e estratégias, visando ao enfrentamento do cenário epidemiológico que se configura no Brasil.

É evidente a ligação entre as taxas crescentes de obesidade e o aumento dos custos com a saúde[16]. Apesar dos avanços na ampliação dos recursos para a atenção básica à saúde nos últimos anos, sabe-se que os recursos financeiros no SUS são restritos e a alocação de verbas para este Setor não teve acréscimos significativos nos últimos anos, ainda que as necessidades e demandas tenham aumentado em muito. Deste modo, na maioria das vezes, o emprego de recursos em uma área significa restrição de recursos de outra[17].

Em estudo[18] realizado, estimaram que no Brasil os custos totais anuais (entre 2009 e 2011) com todas as doenças relacionadas ao excesso de peso e à obesidade foram de US$ 2,1 bilhões, sendo US$ 1,4 bilhão (68,4% do custo total) relativo às internações e os US$ 679 milhões dólares devido a procedimentos ambulatoriais. Aproximadamente 10% destes custos foi atribuível diretamente ao cuidado com o excesso de peso e à obesidade.

A obesidade nos adultos tem como definição um IMC (índice de massa corpórea) igual ou superior a 30 kg/m2, mas pode também ser classificada em termos de sua gravidade, associando-se ao risco de outras. Dessa forma, denomina-se obesidade de grau I, quando a faixa de IMC está entre 30 e 34,9 kg/m2, de grau II, entre 35 e 39,9 kg/m2 e de grau III ou obesidade mórbida, quando o IMC ≥ 40 kg/m2[19].

Estudos abordam que parte do incremento da morbidade e mortalidade observada em indivíduos com excesso de peso e obesidade pode ser devido ao baixo nível de atividade física e condicionamento físico[20]. Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade. Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão[21].

A prevenção e o controle da obesidade devem antever a um alvo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou a recuperação do peso saudável. No entanto, torna-se necessária a articulação da RAS como uma rede muito mais elaborada, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor Saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetoralidade, e essencialmente a busca de

parcerias na comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões[22].

Nesta ampla demanda de ações não se pode esquecer o papel fundamental dos próprios usuários, famílias e comunidades para adoção de modos de vida saudáveis e luta pela garantia de políticas públicas que promovam a vida saudável. Nesse sentido, a RAS, em especial as equipes de Atenção Básica, devem contribuir com o planejamento de uma EP efetiva, que promova empoderamento dos usuários sobre suas condições de saúde de forma a auxiliá-los no processo de autocuidado[22].

Em fevereiro de 2013, foi publicada a portaria nº 252/GM/MS[23], que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, revogada pela portaria nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014, que apenas a atualizou. A partir destas portarias, foi publicada a Portaria nº 424/GM/MS[24], de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como LC prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Concomitantemente, no âmbito hospitalar, foi publicada a Portaria nº 425 GM/MS[25] de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, onde a cirurgia bariátrica é custeada pelo Ministério da Saúde.

1.3 Linha de Cuidado

No contexto das RAS, a LC define a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, e podem utilizar de vários tipos de estratificação (clínica, de risco, entre outras) para definir estas ações. A LC não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita. A LC estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, estabelecendo fluxos de referência e contra referência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS [26].

A LC instrumentaliza a gestão e permite estabelecimento de protocolos clínicos, além de orientar o caminho dos usuários pelo sistema dentro dos serviços de saúde.

Ela pode ser aprimorada segundo a presunção da LC Integral em Saúde, que contempla “imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde” [27].

A adesão e o investimento dos gestores em processos de gestão coletivos e participativos implicam a corresponsabilidade entre os atores envolvidos no ato de cuidar. A efetivação da LC depende da determinação e apoio dos gestores, sejam públicos ou privados, na garantia da continuidade da LC, equacionando os fluxos micro da LC com os macroprocessos. Os gestores controlam serviços e recursos assistenciais e são responsáveis pelo atendimento dos usuários, desde a sua entrada no sistema de saúde, garantindo o acesso aos serviços, recursos necessários e qualificação das respostas às suas necessidades em saúde[28].

A finalidade da organização de uma LC das pessoas com sobrepeso e obesidade é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. Para que essa linha se organize, 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[20].

As experiências de consolidação das redes assistenciais pelas políticas ou pelas iniciativas dos sujeitos participantes, desse processo, almejam a integralidade do cuidado na sua dimensão plena. Todavia, as dificuldades mostram-se na própria efetivação das linhas de cuidado que estão fragmentadas em seus fluxos e conexões. Com isso, os resultados são itinerários terapêuticos pontuais, superficiais e desarticulados com as demandas e necessidades de saúde do usuário[29].

Considerando que a epidemia global da obesidade vem aumentando nas últimas décadas e com ela os seus fatores de risco, como as DCNT, acreditamos que estudar a importância e as dificuldades para implantação de uma linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade, na rede de cuidado da doença crônica do SUS, resulte em subsídios para melhorias na prevenção e manejo da obesidade. Como resultado futuro, acreditamos que o adequado funcionamento da linha de cuidado promoverá melhora no custo-efetividade e na qualidade de vida da pessoa obesa em sociedade.

A análise de cenários da saúde que contemplam redes e linhas de cuidado ainda são escassos na literatura. Sabe-se pouco acerca da experiência dos gestores e profissionais da saúde. Essa constatação nos levou a indagar sobre qual a

compreensão de gestores e profissionais da saúde em relação da implementação da linha cuidado do sobrepeso e da obesidade.

Portanto, compreender gestores e profissionais de saúde sobre fatores relacionados à implementação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade, trará respostas que auxiliarão a implantação dessa política tão importante e urgente, mas ainda não instituída na maioria dos municípios brasileiros.

8. OBJETIVO

- Geral

  - Compreender a implementação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade, na perspectiva de gestores de múltiplas secretarias e profissionais de saúde.

- Específico

  - Analisar a apropriação da temática em estudo nos diferentes setores e categorias profissionais;
  - Identificar a rede de relações que se estabele entre os setores de interesse para a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade;
  - Apreender fatores que facilitam e dificultam a implantação de uma linha de cuidado.

8. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, com embasamento na análise de conteúdo, versando sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade no SUS e seus desdobramentos intersetoriais em um município no interior do estado de São Paulo.

A pesquisa qualitativa foi a abordagem escolhida para este trabalho porque, segundo Denzin e Lincon[30], é multimetodológica quanto a seu foco, envolvendo abordagens interpretativas e naturalísticas dos assuntos. Isso significa que o pesquisador qualitativo estuda coisas em seu ambiente natural, tentando dar sentido ou interpretar os fenômenos, segundo o significado que as pessoas lhe atribuem. Leopardi[31], ao discorrer sobre a análise de conteúdo, aqui adotada, explica que essa análise visa compreender os conteúdos manifestos e ocultos e permite a organização dos dados em unidades léxicas, ou seja, por meio de palavras significativas ou categorias (classes de dados definidos por uma expressão ou palavra).

3.2 Local e participantes

O estudo foi realizado em um município de médio porte no estado de São Paulo, com população estimada em setembro de 2016 em torno de 140.000 habitantes e um IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) considerado em 2010 de 0,800 (IBGE)[32]. A cidade conta com cursos superiores do ensino público na área da saúde e possui um hospital escola. O seu grau de urbanização é superior a 95% e possui quase três dezenas de estabelecimentos de saúde SUS (IBGE)[32]. O município apresenta nove Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional (UBS), que executa procedimentos de atenção básica ampliada e 12 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo três delas com duas equipes básicas de saúde e nove unidades com uma equipe[33].

Os participantes do estudo foram divididos em dois grupos distintos, os gestores das Secretarias do município e os profissionais da saúde envolvidos na atenção básica. O primeiro contato foi realizado via e-mail, explicitando os objetivos

do estudo, e posteriormente, via telefone para o agendamento de data e horário da entrevista individual. A entrevista, com roteiro pré-definido, em sala privativa, teve a duração média de 15 minutos.

O primeiro grupo foi selecionado por amostra intencional, composto pelos gestores de secretarias municipais responsáveis por ações identificadas de interesse para o controle e a prevenção da obesidade. Para a seleção desses participantes, uma primeira lista foi elaborada com apoio de profissionais que atuam com essa temática no município. Foram eles: Secretário Municipal de Governo, Secretário Municipal de Saúde, Secretário da Educação, Secretário de Assistência Social, Secretário de Políticas de Inclusão, Secretário de Esportes, Lazer e Turismo e Secretário da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Abastecimento. Para cada gestor foi construído um quadro que constou dos depoimentos transcritos conforme as unidades de significado e temas, sendo os gestores nomeados por G1 a G7 (Anexo 4).

O segundo grupo foi selecionado por saturação que segundo Fontanella et al.[34], considera-se haver saturação empírica quando a interação entre campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização. O grupo foi composto por profissionais da saúde que atuam na atenção básica, na prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade, sendo: dois Enfermeiros da USF, dois Médicos da USF, dois agentes de saúde, um Enfermeiro de UBS e um Médico generalista de UBS. Também para cada profissional da saúde foi construído um quadro que constou os depoimentos transcritos conforme as unidades de significado e temas, sendo os profissionais nomeados por P1 a P8 (Anexo 5).

Foram escolhidas como local de recrutamento para as entrevistas na Atenção Básica, duas USF, sendo que uma delas contém uma equipe e a outra, duas equipes, e uma UBS. A escolha se deu após discussão com gestores da Secretaria de Saúde para a representação na pesquisa de equipes envolvidas nas diferentes unidades de saúde do município, conforme sua complexidade.

3.3 Procedimentos éticos e de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após agendamento da entrevista e aceitação das pessoas selecionadas. Foi utilizada a técnica baseada na exploração de

perguntas abertas, realizadas pelo pesquisador no ato da entrevista, seguindo roteiro pré-definido (Anexo 2). O instrumento foi composto por três perguntas: O que você conhece sobre a prevenção e o controle de peso no município? Como você organizaria as instituições e atores de interesse para efetiva prevenção e controle de peso no município? Quais as dificuldades e facilidades do município para colocar em prática a linha de cuidado descrita?

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar, formalizando sua adesão por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Todos os preceitos da resolução 466/2012, envolvendo pesquisa com seres humanos, foram adotados no presente estudo.

As entrevistas foram áudio gravadas e depois transcritas de acordo com o roteiro aplicado, dando ênfase as opiniões, comentários e frases. Os depoimentos dos entrevistados foram transcritos na íntegra e categorizados segundo o referencial teórico da Análise de Conteúdo de acordo com os passos propostos descritos por Graneheim e Lundman[35].

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Instituição onde se desenvolveu a pesquisa, aprovado pelo CAAE: 53259916.6.0000.5411. A coleta foi realizada entre os meses de março e abril de 2016.

3.4 Referencial metodológico para análise dos conteúdos

Bardin[31] define a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Graneheim e Lundman[36] referem que a análise de conteúdo na pesquisa em enfermagem e educação tem sido aplicada a uma variedade de dados de diferentes níveis de interpretação. Esses autores afirmam que a análise de um texto sempre envolve múltiplos significados e algum grau de interpretação. Eles descrevem o termo condensação para o processo de reduzir as falas, preservando a essência das

mesmas. Também especificam que o tema é expresso pelo conteúdo latente (nível interpretativo) do texto e pode reunir várias categorias e também pode ser subdividido em subtemas.

Nesse estudo adotou-se o modelo que descreve: unidade de significado, unidade de significado condensada (descrição próxima do texto), interpretação do significado subjacente, subtema e tema[32]. Para a análise dos resultados foi construído um quadro a partir dos depoimentos, categorizando-os em temas e subtemas, segundo o referencial metodológico de Graneheim e Lundman[35].

3.5 Confiabilidade

Os depoimentos após transcritos foram analisados pela pesquisadora principal e dois pesquisadores (orientador e coorientador) para a tematização. As discrepâncias foram discutidas e estabelecido um consenso entre as partes para a finalização.

3.6 Referencial Teórico para análise dos conteúdos

Foram tomados como principais referenciais teóricos para interpretação dos resultados, os documentos da OMS: Cuidados inovadores para condições crônicas[37] e do Ministério da Saúde do Brasil: Estratégias para o Cuidado da pessoa com doença crônica obesidade[22] e as portarias nº 424/GM/MS[24], de 19 de março de 2013 e nº 425 GM/MS[25] de 19 de março de 2013.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo entrevistamos 7 gestores e 8 profissionais de saúde, para compreender como eles concebem o cuidado com a pessoa obesa e em que medida têm empreendido esforços para a implementação da LC em um município de médio porte do estado de São Paulo. Isso, tomando como referência as diretrizes do SUS.

A partir das visitas aos serviços e das entrevistas realizadas, foi possível constatar que o município executa ações preventivas. Entre outros, a população dispões de academias ao ar livre, atividades recreativas, grupos de caminhadas e hortas comunitárias, envolvendo diferentes secretarias. No entanto, essas facilidades são disponibilizadas para a população em geral e não visam ações específicas de controle de peso.

Ainda de maneira geral foi observado que os gestores têm a obesidade como pauta, no entanto referem realizar ações pontuais voltadas para sua prevenção. Já os profissionais da saúde, mostraram maior compreensão quanto às ações de cuidado preconizadas, mas, no entanto, ainda distantes da prática e de uma política local para o efetivo cuidado.

O quadro 1 apresenta os respectivos temas/subtemas resgatados dos depoimentos dos gestores das secretarias.

Quadro 1: Subtemas e Temas resgatados dos depoimentos dos gestores de secretarias municipais, 2016.

DEPOIMENTO **TEMA/ SUBTEMA**	1	2	3	4	5	6	7
Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.	X	X	X	X	X	X	X
Prevenção	X		X				
Acesso ao alimento							X
Atividades físicas		X			X	X	X
Intersetorialidade	X	X	X		X		X
Transversalidade				X			
Organização da prevenção e controle de peso do município	X	X		X	X	X	X
Elaboração de Políticas Públicas	X	X			X	X	X
Matriciamento							X
Educação em Saúde		X		X			X
Intervenção em saúde							X
Cuidado a pessoa obesa				X			
Participação Social						X	
Falta de capacitação da gestão							X
Capacitação das Redes de Atenção à Saúde							X
Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado	X	X		X	X	X	X
Multicausalidade	X						
Comportamento Contemporâneo	X	X		X	X		
Vontade Política						X	
Confronto social				X			
Falta de recursos financeiros	X			X			X
Financiamento							X
Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado	X	X	X	X	X		X
Acesso		X	X				
Adesão	X						
Articulação Academia e Serviço				X			X
Ambiente físico favorável					X		
Benefícios para as crianças		X					
Ações Participativas							X
Qualificação da equipe de saúde							X

O quadro 2 apresenta os respectivos temas/subtemas resgatados dos depoimentos dos profissionais da saúde do município.

Quadro 2: Subtemas e Temas resgatados dos depoimentos dos profissionais da saúde do município, 2016.

DEPOIMENTO **TEMA/ SUBTEMA**	1	2	3	4	5	6	7	8
Conhecimento prevenção e controle de sobre a peso.	X	X	X	X	X	X	X	X
Intersetorialidade	X			X		X		X
Prevenção			X	X	X	X	X	
Interdisciplinaridade	X						X	
Integralidade						X		
Matriciamento								X
Organização da prevenção e controle de peso do município	X	X		X	X			
Elaboração de Políticas Públicas					X			
Educação em Saúde				X				
Reorganização da atenção básica	X	X						
Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado	X	X	X	X	X	X	X	X
Demanda excessiva	X	X						
Falta de priorização	X	X						
Falta de recursos		X						
Acesso			X					
Falta de recursos financeiros							X	
Falta de multidisciplinaridade		X						
Comportamento Contemporâneo			X					
Falta de adesão				X	X	X	X	X
Representação da obesidade					X			
Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado						X		
Captação de demanda						X		

A partir da análise dos quadros 1 e 2, as unidades de significado resgatadas de cada depoimento convergiram para os temas centrais do questionário e foram reorganizadas em quatro grandes temas com seus respectivos subtemas.

A figura 1 representa os grandes temas centrais da entrevista, os quais geraram os temas de análise.

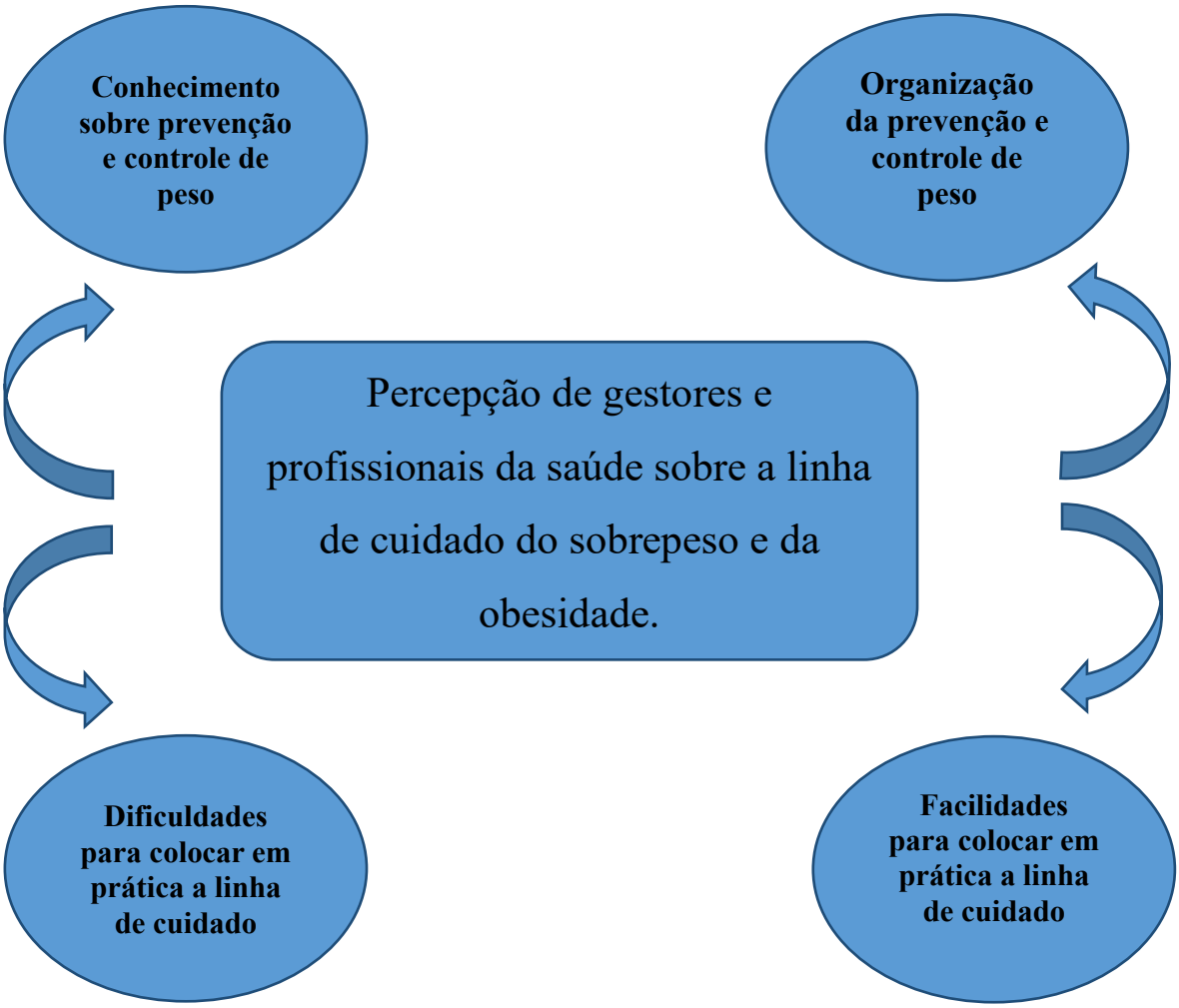

Figura 1. Diagrama dos temas abordados com os gestores e profissionais da saúde relacionados à implementação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade.

Percepções dos gestores de saúde:

O tema, A- **Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso** revela o conhecimento dos gestores sobre a prevenção e controle de peso do município. Relativo a este tema, emergiram os subtemas ***Prevenção, acesso ao alimento e atividades físicas*****,** desvelando que são realizadas ações de prevenção ao excesso de peso e obesidade, mostrando também preocupação com a segurança alimentar da população. Houve unanimidade entre os secretários sobre o conhecimento de ações

no município que envolviam atividades esportivas para a população e acesso a hortas e alimentos orgânicos.

A obesidade como uma condição de agravo à saúde que necessita de atenção integral não apareceu nas falas dos entrevistados, quando o assunto foi o que sabiam a respeito das ações no município.

As falam expressam:

> *"...Temos grupos dentro de todos os seguimentos. Mas, diante do que temos voltado para linha da obesidade é mais a prevenção" (G1)*
>
> *"...Então, é um incentivo a prática de atividade física, e ainda assim, a gente tem o foco nas crianças obesas." (G2)*
>
> *"...Então, a nossa preocupação é com a segurança alimentar. Trazer esse pessoal para consumir os produtos orgânicos." (G3)*
>
> *"...a cidade já é conhecida como uma cidade dos orgânicos. Têm feiras orgânicas ... a obesidade vem junto né, um produto de qualidade, um produto orgânico, sem agrotóxicos, a vida do cidadão vai melhorar. E quanto a obesidade, acredito que contribua também. (G3)*
>
> *"...Hoje, a Secretaria de Esportes, as ações que ela faz e oferece para a população são: as academias ao ar livre, aulas de ginástica, aulas de dança, dança de salão, coreografia, ginástica localizada, zumba e todas as variações de ginástica. (G5)*
>
> *"...Houve uma intensificação dos programas e atividades esportivas da cidade com programações e calendário anual das mais variadas atividades esportivas e uma melhora das merendas escolares, pra melhorar a percepção na alimentação saudável já na primeira infância. (G6)*
>
> *"...Nós fizemos um centro de inclusão e lá tem piscina, alguns equipamentos para fazer ginastica e tem as academias ao ar livre, implantadas em vários bairros, todas elas têm orientação de como fazer a atividade. (G7)*
>
> *"...a gente vê em vários bairros que existem essas hortas, muitas delas inclusive são cuidadas pela própria população então isso proporcionou espaço para trabalho para algumas pessoas, mas também proporcionou oferta desses produtos para pessoas que não tinham condição de adquirir. (G7)*

A portaria nº 424/GM/MS[24], preconiza ações intersetoriais para promoção da saúde, de maneira que englobe indivíduos, famílias e comunidades para aderir hábitos de vida saudáveis com o objetivo de alcançar ou manter o peso saudável. A presença de espaços para atividades físicas e recreativas, bem como das hortas comunitárias no município já é um prenúncio de ações que podem se tornar intersetoriais, ao fazerem parte de um processo integrado de gestão.

A respeito de trabalhos intersetoriais como o que se preconiza, um programa nacional foi instituído na Bolívia para enfrentar os fatores de risco para diabetes, hipertensão, DCV e câncer. O programa é conhecido como “Puntos vida”, promove hábitos saudáveis com relação ao consumo de álcool, ao tabagismo, à atividade física, à alimentação e ao controle do peso. A população também tem acesso a verificação de pressão arterial, do peso e IMC, e caso seja considerada de alto risco, a pessoa é encaminhada para a unidade de saúde mais próxima. Esse programa recebe parcerias com organizações comunitárias e universidades, estreitando o vínculo da população com as equipes de saúde[37].

Não só na Bolívia, em outros países da América Latina e Caribe tem aumentado legislações sobre obesidade, diabetes, DCV e seus determinantes Na Argentina e na Costa Rica, a obesidade vem sendo abordada como uma categoria prioritária. A Colômbia considera a obesidade e as DCNTs associadas como prioridades de saúde pública e consentiu uma legislação para promover políticas intersetoriais de segurança alimentar, nutrição e atividade física. Na Argentina, uma lei criou o sistema Nacional de Controle Epidemiológico e Estatístico das DCVs. Além disso, regulamentou os rótulos dos alimentos com respeito à gordura saturada, o excesso de sal e o colesterol[38,39].

A modificação dos hábitos de vida, privilegiando práticas mais saudáveis, é uma condição importante para prevenir doenças não transmissíveis. No presente estudo os gestores reconhecem a importância da atividade física relacionada a obesidade, e pontuam as ações preventivas realizadas no município como incentivo à prática de atividade física, no entanto, como ação pontual e não um conjunto de ações integradas, inserida no contexto comunitário.

Ainda no tema A, emergiu os subtemas ***Intersetorialidade e Transversalidade*** explicitando que as Secretarias tentam buscar o trabalho intersetorial e a transversalidade das ações nos serviços. No entanto revelam também a dificuldade de realizar a intersetorialidade no município. Os relatos dos entrevistados mostram que existem algumas ações conjuntas, agregando não mais que duas secretarias em ações de prevenção à obesidade em grupos específicos da população.

Assim referem:

“... a minha secretaria não trabalha sozinha, ela é Inter setorial.” (G1)

> *"...A gente tentou fechar uma parceria com as unidades básicas e com a Unesp, e uma professora de lá que é Pediatra se dispôs a receber as crianças com mais dificuldade e com uma obesidade mais grave. Mas ficou uma parceria na amizade, não formalizamos nada, apenas conversamos." (G2)*
>
> *"...A nossa maior ligação é com a Secretaria da Educação, onde colocamos produto de qualidade e orgânico na merenda escolar." (G3)*
>
> *"...A gente tem a ideia de construir projetos, na verdade a missão dessa secretaria, é tentar fazer a transversalidade entre as demais Secretarias, mas considerando a necessidade de públicos específicos." (G4)*
>
> *"...E a intersetorialidade existe de uma forma intermediária, nós não temos projeto padrão entre todas as Secretarias que deveriam estar envolvidas." (G5)*
>
> *"...o Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde implantou as Redes temáticas do SUS e uma das redes é a rede de crônicos e uma das primeiras linhas de cuidado que foi implantada é a linha de cuidado a obesidade." (G7)*

A partir destes relatos, inferiu-se que a intersetorialidade e a transversalidade entre as secretarias apresenta-se fragmentada, visto que cada qual relatou apenas as ações realizadas no âmbito de sua secretaria.

A necessidade de avanços em mecanismos intersetoriais na gestão de políticas públicas vem sendo apontada por autores brasileiros. Em um estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, foi percebida ausência de um projeto de gestão intersetorial no município para que se garantisse maior articulação no nível gestão e que auxiliasse as práticas das Unidades de Saúde da Família[40], percepção essa que corrobora com as observações do presente estudo. Isso, reflete um grande desafio, o qual solicita envolvimento de gestores, profissionais e usuários na organização de uma gestão democrática e comprometida com a integralidade da assistência.

Dados de um estudo com gestores municipais de saúde dos municípios do meio oeste catarinense, revelaram precariedade de ações intersetoriais em municípios de pequeno porte, quando apenas um gestor mencionou ações dessa natureza[41].

A construção da intersetorialidade na área da saúde ainda necessita de aprimoramento, pois apesar de ser evidente o peso das questões sociais, econômicas, culturais e ambientais na determinação da saúde, do adoecimento e do cuidado, permanecem dificuldades para o alcance da transversalidade de ações necessárias à promoção da saúde[42,43]. Nesse sentido, em que pese a grande

relevância da intersetorialidade, há quem afirme que primeiro será preciso avaliar e equacionar as dificuldades enfrentadas isoladamente em cada setor[44].

O tema B – **Organização da prevenção e controle de peso,** apresentada pela visão dos gestores de como seriam organizados a prevenção e o controle de peso do município.

Deste tema emergiram os subtemas, ***Elaboração de políticas públicas e matriciamento*** que expressam o posicionamento dos gestores em relação ao combate à obesidade e as perspectivas quanto às ações de prevenção e controle de peso no município. Essa ação não refletiu o mesmo significado para todos os gestores, a depender da proximidade das ações da secretaria com as questões aqui relacionadas.

Assim os gestores expressam:

> *"...Há uma preocupação do próprio prefeito a respeito da obesidade. Campanhas e discussões em torno. O programa que chama Viva Leite, que é um controle de pesos e medidas feitos no centro de saúde..." (G1)*

> *"...Nas escolas, a "Fulana" trouxe para nós essa preocupação com a obesidade, e nós fizemos o programa saúde na escola...análise quantitativa para atestar o quanto a obesidade chegou na educação infantil. Nós temos um número significativo de crianças obesas... famílias foram envolvidas, conhecimento da informação do que comer dentro das unidades escolares." (G2)*

> *"...Eu acho que tem que ser montado uma comissão multidisciplinar envolvendo gestores de atividade física, profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, professor de educação física, aí sim poder estudar um plano de ação pra poder atender essas pessoas." (G5)*

> *"...Teríamos que montar um Pacto Social, diagnosticar o tamanho desse problema... atores envolvidos com esse tema, e como eu disse, sistematizar uma Política Pública para o combate de um lado a desnutrição e do outro a obesidade." (G6)*

> *"...nós temos equipamentos novos que vão surgir, o AME principalmente, que é o Ambulatório medico de especialidades, ele vai na realidade facilitar o acesso de algumas especialidades e eu acredito que o AME vai desafogar essa demanda." (G7)*

> *"...nós optamos por fazer algumas ações específicas na atenção básica, que foi principalmente a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que foi o NASF, no município o NASF diferenciado, que é o apoio as equipes tanto na Estratégia de Saúde da Família quanto as unidades de modelo tradicional, temos aí uma gama de profissionais, nós fazemos o matriciamento de todas essas unidades." (G7)*

Segundo a OMS[37], ações-chave devem ser realizadas considerando os recursos comunitários e de políticas públicas, tais como: oferecer e incentivar a participação em programas comunitários, os quais sejam realmente efetivos na prevenção e controle da obesidade; estabelecer parcerias com organizações comunitárias para apoiar e desenvolver intervenções que preencham lacunas nos serviços necessários; defender políticas para melhorar o manejo da obesidade em centros de atenção comunitária; designar um leigo para coordenar a atenção local à saúde e providenciar apoio social e ao automanejo.

Em 2011, o periódico The Lancet[45] publicou diversos estudos para auxiliar a primeira reunião de alto nível da Assembleia Geral da ONU sobre DCNT. Foi reunido uma gama de cientistas, pesquisadores e especialistas a fim de “apresentar estratégias para incrementar ganhos de saúde, monitoramento e intensificação das intervenções” voltadas às DCNT. Entre as prioridades de intervenção encontra-se: promover o aumento do consumo de dietas saudáveis, de atividades físicas e o acesso a medicamentos e tecnologias contra as DCNT. A estimativa é que, adotando as estratégias propostas, seja provável reduzir em 2% ao ano o número de mortes decorrentes das DCNT. Segundo conclusões de um estudo americano[46], as mais importantes políticas públicas de saúde da atualidade deveriam ser voltadas para o controle do tabagismo e da obesidade, por serem onerosos para o Estado. No entanto, a tomada de consciência desse problema tem circulado bem mais nos níveis centrais de governo que nos níveis periféricos.

Foi revelado que não é suficiente apenas a elaboração de documentos e a criação de políticas, é importante identificar o papel dos diferentes atores envolvidos com a saúde da população e realizar treinamentos para implementar tais programas, segundo um estudo realizado no México[47]. Neste mesmo sentido, foi afirmado que a realização de pesquisas na área da promoção da saúde proporciona aos profissionais e órgãos governamentais atualização e o desenvolvimento de ações que podem facilitar a construção, a aplicabilidade ou a reformulação de políticas públicas[48].

Neste estudo, diante dos fatos da literatura, foi possível identificar preocupação dos gestores quanto a urgência da DCNT e obesidade e o reconhecimento da necessidade de ações preventivas, porém a abrangência percebida para essas ações mostrou-se um tanto limitada. Quanto à necessidade de formação, os gestores reconhecerem que uma política pública não será efetiva se não houver treinamento de todos os atores envolvidos.

Os subtemas **Educação em Saúde, Intervenção em saúde, Cuidado a pessoa obesa, Participação social, Falta da capacitação da gestão, e Capacitação das Redes de Atenção em Saúde,** apresentam a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para atuar junto à população na prevenção e manejo da obesidade. Foi pontuada a importância de desenvolvimento de ações nas escolas e na primeira infância, para mudanças de hábitos alimentares. Mais uma vez a temática se apresentou fragmentada a partir da ótica de cada secretaria.

Os sujeitos revelam:

> *"...Mas, eu acho que além de realizar a conscientização dos pais com esse perigo da obesidade, é também como procurar ajuda..." (G2)*
>
> *"...Eu enxergo a obesidade da mesma forma como as pessoas enxergam o tabagismo ou a dependência química. Porque eu acho que a comida é uma dependência química. Trabalhar na escola, talvez se fosse mais eficaz para o prefeito... Trabalhar na escola, orientação, habito alimentar, campanhas." (G4)*
>
> *"...Um projeto que está sob a responsabilidade desta Secretaria... é a primeira piscina pública. Então, como ali, vai ser possível trabalhar com hidroginástica, hidroterapia... seria interessante colocar a atividade física na piscina a disposição desse grupo que é identificado como obeso." (G4)*
>
> *"...Para haver a intersetoralidade teria que fazer um Pacto, uma Conferência Municipal sobre obesidade, criar e diagnosticar essa problemática e buscar soluções." (G6)*
>
> *"...acho que se a gente começar junto com algumas ações específicas já na primeira infância, na educação infantil, dentro da sala de aula inclusive interferindo na própria elaboração da merenda escolar. (G7)*
>
> *"...Se são situações mais complexas, situações que envolvem outros tipos de terapêutica, seja ela alimentar, seja ela atividade física, seja até acompanhamento com especialidade médica... a equipe do NASF entra nessa jogada... para traçar uma estratégia de acompanhamento ou tratamento, intervenção para esse determinado paciente." (G7)*
>
> *"...com relação a capacitação, nós tivemos várias capacitações sobre o assunto, nós tivemos um grande seminário de apresentação da linha de cuidado como um todo la na regional de saúde... então essa interface que nós temos entre o setor primário com o setor terciário aqui no município, ela é muito sinérgica, isso facilita muito tanto o desenvolvimento da linha quanto o próprio cumprimento dela." (G7)*
>
> *"...Outro fator limitante é em relação a formação e capacitação de pessoal de profissionais que estão pouco desinteressados com essa situação. Uma falta de capacitação dos gestores, então falta um pouco de visão de planejamento e falta um pouco de formação técnica pros gestores." (G7)*

A portaria nº 424/GM/MS[24], preconiza a formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A intervenção educativa tem-se mostrado eficiente, quando a equipe de saúde encontra-se adequadamente preparada.

Em um estudo feito em Honduras[37], foi realizado um treinamento com as equipes de atenção à saúde para manejo de síndrome metabólica em pacientes de alto risco. Compreendeu um projeto de demonstração de estratégias para a prevenção e a melhoria do manejo do diabetes, da hipertensão e da DCV. Realizou-se uma intervenção de educação, com avaliação dos resultados após 18 meses. Uma equipe multidisciplinar de nove profissionais de saúde, que contava com médicos, enfermeiros, nutricionistas, especialistas em atividade física, psicólogos e assistentes sociais, foi habilitada para o manejo da síndrome metabólica em pacientes de alto risco. O estudo envolveu protocolos clínicos e todos os pacientes receberam educação relacionada à saúde. Os pacientes participantes alcançaram bom controle da pressão arterial, mudanças do estilo de vida e adesão ao tratamento. A clínica havia tratado com êxito 4.400 pacientes até aquele momento. No entanto, a formação para a educação em saúde representa um grande desafio para a gestão pública, frente à elevada demanda e, ao mesmo tempo, resistência de muitos profissionais à participação.

Foi mostrado que profissionais com formação técnica, pouco comprometidos com políticas públicas e carentes de uma visão crítica da sociedade com atitude pouco humanística e distanciada dos valores de promoção, geralmente manifestam-se resistentes a mudanças. Portanto é fundamental a reestruturação na formação profissional para uma maior humanização na prestação de serviços de saúde[49].

Foi citada por um dos gestores do presente estudo, a importância de iniciar a prevenção específica sobre a obesidade já na primeira infância. Entre escolares, intervenções escolares apresentaram resultados duradouros em maiores grupos, se comparadas com intervenções conduzidas em outros ambientes[50]. A escola apresentou-se como local mais favorável para o desenvolvimento de estratégias voltadas para a redução do sobrepeso e obesidade, sobretudo quando há envolvimento da família.

O tema C, **Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado,** contempla as dificuldades enfrentadas pelos gestores para colocar em prática a LC do sobrepeso e da obesidade.

Os subtemas **Multicausalidade e Comportamento contemporâneo,** expressam o reconhecimento dos gestores de que a cultura contemporânea incentiva o consumo de alimentos e outras práticas não saudáveis. Ressaltam a dificuldade de mudar hábitos pela população.

Os depoimentos informam:

> *"...Existe sim o hábito de não comer alimentos saudáveis, existe o hábito de só comer coisas secas... mas o momento contribui para que a população seja ainda mais obesa." (G1)*
>
> *"...A população não possui a consciência de plantar quando há espaço, eles não têm essa cultura...Possuem hábitos que estão enraizados, que a gente tem que derrubar (G1)*
>
> *"...A maior dificuldade é as pessoas quererem fazer as mudanças..." (G2)*
>
> *"...existe uma cultura desregrada, cultura que incentiva o consumo de alimento que vai desdobrar na obesidade e em doenças." (G4)*
>
> *"...Então eu acho que isso é questão de quebrar um pouco o conceito da própria população de procurar primeiro o remédio e depois a qualidade de vida." (G5)*
>
> *"...a maior dificuldade é conscientizar a população de que ela precisa fazer atividade física, procurar uma melhor qualidade de vida através da atividade física, como de uma alimentação saudável." (G5)*

Na percepção dos gestores, a população tem hábitos alimentares inadequados e dificuldades em realizar mudanças na alimentação. Esse é um fato frequentemente constatado em estudos, o qual vem sendo associado ao modo de vida contemporâneo. Em estudo realizado na Espanha, foi apontada a prevalência de dificuldades para alimentação saudável em torno de 80% dos participantes. As principais barreiras citadas foram horário irregular de trabalho, falta de força de vontade, custo dos produtos e necessidade de abrir mão de alimentos de que gosta[51]. Entre a população Romena, os principais motivos foram ligados ao custo e à necessidade de abrir mão de determinados alimentos[52]. É fato, adotar hábitos saudáveis depende em última instância do indivíduo, mas também do contexto familiar, de sua rede de relacionamento e contexto comunitário e neste último, as

políticas públicas não podem ser omissas e, muito menos, se deve dar por vencidos pelo modo de vida contemporâneo, para que uma mudança aconteça.

Os subtemas **Vontade política e Confronto social,** contempla a falta de vontade política de priorizar a obesidade como um problema relevante e refere que há influência das grandes empresas alimentícias no hábito da população.

As falas expressam:

> *"...Um foco de muita influência hoje na questão da obesidade seria tentar pensar como o município desenvolve a sua economia, porque, é claro que eu acho que o habito alimentar é influenciado pelos órgãos de propaganda e pelas empresas que produzem esse alimento." (G4)*

> *"...Na verdade tem que existir uma vontade política de organizar essa temática e fazer o enfretamento dela, na verdade é um problema de relevância, mas o que eu percebo não é uma priorização das políticas públicas do município." (G6)*

A influência da mídia sobre as preferências alimentares é notória e confirmada na literatura. Num estudo realizado em Minas Gerais, avaliou-se a qualidade e quantidade de propagandas alimentares exibidas em redes nacionais, o que permitiu identificar que os produtos mais energéticos e com maior concentração de sódio do que o recomendado são os divulgados. E ao compararem a influência da mídia televisiva entre escolares e familiares, identificaram que os comerciais possuem maior influência ao utilizarem mensagens persuasivas, atraentes e marcantes[53]. No entanto, frente a isso, não se pode deixar de dar destaque à afirmação do G6, ao fazer referência à falta de vontade política para o enfrentamento dessa questão. Uma ação efetiva necessariamente deverá passar por uma decisão política para o enfrentamento dessa problemática.

Os subtemas, **Falta de recursos financeiros e Financiamento** explicitam, como questão inerente à população, que ela não tem acesso a alimentos saudáveis, devido à falta de recursos financeiros e, inerente ao serviço, há falta de financiamento público para a saúde, o que se apresenta como fator limitante para a implantação de serviços adequados.

Os entrevistados revelam:

> *"...As pessoas não conseguem ter acesso a esse tipo de alimentação, porque ainda é caro. Ela não está acessível para a população." (G1)*

> *"...A mãe não tem tempo de preparar a merenda, e nem dinheiro, o salgadinho é um real, a maçã custa mais caro." (G4)*
>
> *"...hoje a gente sabe que parte da população que tem baixa renda, ela acaba não consumindo muito como por exemplo vegetais, carne, outros tipos diferenciados de carne, peixe, produto orgânico e acaba consumindo muito carboidrato, praticamente arroz, batata, mandioca, farinha." (G7)*
>
> *"...O financiamento é realmente um fator muito limitante... temos uma inversão do financiamento por parte do sistema público de saúde... o que está acontecendo é que todas as atribuições estão sendo passadas do governo federal e do governo do estado para os municípios." (G7)*

A escassez de renda para aquisição de alimentos adequados e a falta de acesso aos serviços de qualidade apareceram nas falas dos gestores como fatores relevantes na determinação do sobrepeso e obesidade. Um estudo realizado em Belo Horizonte/MG, apontaram como principais dificuldades para obter uma alimentação saudável os recursos financeiros, falta de tempo e hábito alimentar[54]. A esse respeito, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou o Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual demonstra que uma alimentação saudável não é mais cara do que se tem consumido inadequadamente, trazendo dicas e orientações para a população ter acesso a uma alimentação de qualidade e com baixo custo[55]. Nesse sentido, a Educação Alimentar e Nutricional não resolve problemas de acesso ao alimento, mas tem grande potencial transformador. Por outro lado, surge a questão do financiamento das ações de promoção da saúde, prevenção e controle das doenças, cujo elemento mais oneroso é o capital humano. Sem contar a necessidade de formação para esse contingente de profissionais.

Segundo a portaria nº 424/GM/MS[24], é preconizado a garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNT. No entanto, essa questão passa pela exigibilidade do direito e, antes disso, passa pelo seu reconhecimento quanto uma necessidade e um direito por parte da população e até mesmo de gestores. Aqui surge a importância da comunicação em saúde, colocando a mídia a serviço da população.

O tema D, **Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado,** contempla as facilidades percebidas pelos gestores para colocar em prática a LC do sobrepeso e da obesidade.

Os subtemas **Acesso e Adesão** emergiram de forma interdependente, na percepção de alguns dos gestores de que há ações a serem ampliadas, mesmo diante da baixa adesão percebida. A adesão surgiria como consequência da ampliação do acesso, com oferta dos serviços e atividades. Referem ainda que é preciso iniciar o processo de cuidado, para que a população possa aderir.

Assim, expressam:

> *"...Eu acho que temos que tentar. Eu parto desse princípio. Não podemos dizer que ninguém vai aderir." (G1)*
>
> *"...Os pais relatam, que quando vão nos postos de saúde, pedem para voltar depois. (G2)*
>
> *"...O município tem feiras orgânicas, que temos que ampliar. A gente está fazendo de tudo para que esse produto atenda o maior número da população... um produto de qualidade, um produto orgânico, sem agrotóxicos, a vida do cidadão vai melhorar." (G3)*

Os gestores ao mesmo tempo em que apontam a falta de adesão aos comportamentos preconizados para a boa saúde e reconhecem as dificuldades impostas como, por exemplo pela mídia, entendem que os serviços precisam ser oferecidos e ampliados. Apontam que a adesão surge como consequência da oferta dos serviços e atividades. Por exemplo, ações como feiras orgânicas são realizadas no município para oferecer melhor acesso da população aos produtos orgânicos e, ao mesmo tempo, desenvolver essa prática.

Em um estudo mineiro foi observada baixa adesão ao acompanhamento nutricional em uma USB, com perda de peso abaixo da esperada e baixa frequência de comparecimento às consultas. Os fatores intervenientes mais frequentes foram relacionados ao controle emocional e fisiológico da fome como, por exemplo: sensação de fome, fracionamento da dieta, controlar o apetite/ansiedade/nervosismo e comer em menor quantidade. Destacando a complexidade de modificações de hábitos alimentares, como estilo de vida[56]. No entanto, as formas de abordagem dessa temática para que se tenha resultados efetivos devem ser muito levadas em consideração. Nesse sentido, não há relatos de que as diretrizes propostas na LC tenham sido integralmente aplicadas.

Ainda nesse tema, os subtemas **Articulação academia e serviço, Ambiente físico favorável e Benefício para as crianças** expressam que o município tem

aspectos facilitadores para o cuidado com o paciente obeso, desde ambiente, clima e academia. Revelam também os benefícios para as crianças envolvidas nessas ações.

Os gestores informam:

> *"…As crianças que participam, estamos vendo reflexos positivos, inclusive no aprendizado... conhecimento de corpo e a coordenação motora" (G2)*
>
> *"...facilidade, a gente sempre comenta, ter um centro de estudo igual a UNESP na cidade." (G4)*
>
> *"...E a facilidade é que nós temos um bom clima aqui na cidade... As pessoas podem procurar os parques, praticando de forma informal a atividade física... fazer as caminhadas que seria já um bom início pra quem está querendo procurar uma melhor qualidade de vida." (G5)*
>
> *"...ações específicas internas da Saúde que são multiprofissionais, que seria uma interface importante entre o poder público municipal, os setores do estado que nós temos que são Hospital das clinicas, a Faculdade de Medicina, Faculdade de Ciências Agronômicas. (G7)*

Os gestores pontuaram como facilidade a importância da presença de uma instituição acadêmica na cidade, contribuindo para a realização de um trabalho multiprofissional e a importância de parcerias para se obter estratégias ao manejo de doenças como a obesidade.

É improvável que um único setor, organização ou grupo disponha de recursos suficientes para enfrentar as questões complexas essenciais ao manejo integrado das DCNT. Deste modo, firmam-se parcerias para alcançar esse objetivo comum. Essas parcerias podem ser formadas dentro de diversos setores do governo e entre eles (por exemplo, Ministérios da Saúde e Educação), assim como com ONGs, o setor privado e outras entidades. As organizações da sociedade civil, como associações de profissionais de saúde, instituições acadêmicas, grupos de pacientes e pessoas afetadas pelas doenças também desempenham um papel estratégico[37].

Em um programa realizado nos Estados Unidos, envolvendo comunidades locais, foram realizadas intervenções de combate ao tabagismo e à obesidade. O programa poderia ser traduzido para o português como "Comunidades Promovendo a Prevenção" (Communities Putting Prevention to Work, CPPW). A iniciativa é fundamentada pelo conceito de 5 estratégias baseadas em evidencias: "meios, acesso, informações no ponto de decisão, preço e apoio/serviços sociais). As comunidades americanas locais e os Estados vêm realizando intervenções bem-sucedidas com base nessa iniciativa, que atende aos padrões culturais locais. O que nos faz perceber que, estratégias bem elaboradas pela comunidade com a ajuda da

gestão, podem trazer respostas positivas para a prevenção de doenças como a obesidade[37].

Os subtemas **Ações participativas e Qualificação da equipe de saúde** explicitam o reconhecimento das capacidades e habilidades das equipes de enfermagem do município, devido ao grau de qualificação dos profissionais e citam a ações realizadas no município para uma melhor qualidade de vida.

Os entrevistados citam:

> *"...existem pontos que a gente tem mais facilidade, nós temos algumas unidades que tem os grupos de obesidade implantados, nós temos algumas unidades com grupos de caminhada e atividade física também implantados." (G7)*

> *"...o nível de qualificação da nossa equipe de enfermagem realmente é um destaque e a gente sabe que orientações da parte alimentar, da parte de atividade física e controle de peso, a gente sabe que o enfermeiro tem muito mais habilidade com isso. (G7)*

Foram pontuadas ações realizadas com os pacientes obesos em algumas unidades e a importância da qualificação profissional nas unidades básicas para uma orientação com qualidade a esses pacientes.

Em relação à formação e qualificação dos profissionais, num estudo[57] brasileiro foi revelada a necessidade de maior distribuição e oferta de especializações e residências voltadas para atuação na Atenção Básica, alertando para a importância de maior oferta desses cursos no interior e em municípios de menor porte populacional. Algumas estratégias para esses municípios poderia ser a oferta de cursos na modalidade do ensino em distância, a criação de condições de melhoria da infraestrutura, visando a um maior incremento das ferramentas do Telessaúde. A ausência ou insuficiência de incentivos para a qualificação profissional pode contribuir para dificuldades de manutenção e desmotivação dos profissionais na atenção básica. No caso do presente estudo, a problemática do acesso à formação não se apresenta, vista a presença de cursos superiores em nível de graduação e pós-graduação no município. O pode ser questionando é se esse recurso poderia ser mais bem aproveitado.

Em contraponto, ações de Educação Permanente (EP) mesmo que oferecidas pelos municípios, têm resultado em baixa participação dos profissionais, indicando a necessidade de investimento em iniciativas que revigorem a EP, com aumento da

participação, do comprometimento e do interesse por parte dos trabalhadores[57]. Isso, sem deixar de levar em conta o equacionamento do contingente de trabalhadores, que muitas vezes não dispõe de tempo que o permita se afastar do serviço para participar de ações de formação.

Percepções dos profissionais da saúde:

O tema, A- **Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso** reflete a mensuração do conhecimento dos profissionais da saúde sobre a prevenção e controle de peso do município.

Em relação a esse tema, emergiram os subtemas **Intersetorialidade, Prevenção, Interdisciplinaridade, Integralidade e Matriciamento,** revelando que são realizadas orientações e ações preventivas nas unidades básicas, porém a intersetorialidade pontuada como algo importante, não é citada em todos os depoimentos. E explicitam também a relevância do trabalho em grupo com o paciente obeso, ao invés do trabalho individual.

As falas expressam:

> *"...O jeito mais eficaz de organizar seria tentar a intersetorialidade, você dizer que um atendimento individual com profissional você irá atingir alguma meta, ele não vai, ele precisa envolver outros setores. (P1)*
>
> *"...O que a gente tem aqui é a equipe o NASF... é a educadora física, que quando a gente identifica as pessoas que são obesas, a gente gostaria de ter possibilidade de fazer grupos, seria uma possibilidade melhor de trabalhar esses obesos, porque individualmente seria um pouco complicado. (P1)*
>
> *"...A unidade oferece um grupo de caminhada, que é de segunda, quarta e sexta, não tem um grupo especifico, pode ser adolescente, hipertenso, diabético e também pessoas acima do peso, é aberto a comunidade. (P3)*
>
> *"...A parte que eu tento fazer é mais a orientação, mostrar o quanto é importante você ter um acompanhamento com outro profissional que não o médico, para você atingir os objetivos, principalmente a gente foca na dislipidemia, hipertensão e diabetes. (P4)*
>
> *"... acaba não tendo intersetorialidade, o serviço trabalha totalmente autônomo e não dialogam entre si, a unesp e a prefeitura acabam separando bastante as coisas, não tem esse encaminhamento ativo. (P4)*
> *"...De prevenção e controle de peso no município, pela rede básica nós temos o NASF, tem nutricionista, educador físico, eles vêm a cada 15 dias, e tentam montar grupo, isso em todas as unidades. (P5)*
>
> *"...não existe um grupo especifico de atenção ao obeso, a gente tem um pouco de dificuldade de encaminhar para o serviço secundário, por exemplo o endocrinologista. (P6)*

> *"...As secretarias de esportes, lazer, até tinham umas ideias, academias ao ar livre, até quando eles queriam iniciar esse protocolo de 2 anos na atenção básica, fazer certinho como o ministério orienta estar fazendo, eu acho que tem que ter parceria sim. (P6)*
>
> *"...o que tem feito de prevenção é nas consultas agendadas, avalia vê que é obeso, sempre orienta a parte de alimentação, atividade física, só que alguma ação específica, é mais esse grupo de caminhada. (P6)*
>
> *"...a gente percebe que está acima do peso nas visitas domiciliares a gente orienta agendar consulta, aí o médico passa para a nutricionista e a enfermeira também. (P7)*
>
> *"...tem a nutricionista que ajuda bastante, ela fala o que tem que comer, faz uma dieta, aí aqueles realmente que tem vontade a gente encaminha ou para a unesp ou tem um grupo no espaço saúde que é voltado para a obesidade, então quem tem mesmo interesse e vontade vai lá, mas aqui a gente acompanha, orienta, mas é difícil.. (P7)*
>
> *"...Na cidade a gente tem a equipe NASF que são profissionais de apoio para o matriciamento e que eles estão diretamente ligados a unidade. (P8)*
>
> *"...Com a Secretaria de esportes, de cultura, nós temos uma parceria com as escolas, que na verdade entra a Secretaria da educação, atividade em grupo.(P8)*

Observa-se pelas respostas dos profissionais da saúde que são realizadas ações de prevenção e controle de peso, porém a intersetorialidade e integralidade ainda é muito precária no município. Muitos deles afirmam não ocorrer ações intersetoriais na atenção básica, e outros pontuam o NASF como a única ação realizada, porém com diversas dificuldades.

Na percepção dos profissionais, a intersetorialidade, apesar do reconhecimento do seu potencial efetivo, ainda enfrenta muitos obstáculos. A superação dos obstáculos e o consequente fortalecimento da intersetorialidade residem, entre outros aspectos, na adoção de uma visão sistêmica acerca da realidade. O exercício da intersetorialidade determina não apenas o desempenho dos profissionais de saúde, sendo requerida uma política municipal, na qual todos os setores, governamentais e não governamentais, e a sociedade civil estejam direcionados ao seu cumprimento[58].

Neste estudo, um dos profissionais entrevistados citou a necessidade de uma orientação multiprofissional efetiva para atingir os objetivos esperados, já que a adesão dos usuários dos usuários às atividades oferecidas tem sido baixa. Mesmo tendo recebido orientação sobre uma alimentação saudável, na prática, encara dificuldades por parte dos usuários. No Brasil, um estudo com os usuários da atenção básica de um município de grande porte, releva que 20,3% receberam orientação para alimentação saudável, dos quais aproximadamente 10% seguiam todas as

recomendações, enquanto que a metade não seguia nenhuma. As principais dificuldades referidas foram a falta de tempo e de recursos financeiros e a dificuldade de mudar hábitos e de controlar impulsos alimentares[58].

As consultas realizadas em grupos oferecem muitos benefícios em relação as consultas individuais tradicionais realizadas com trabalhadores de saúde. O tempo da equipe que é limitado passa a ser utilizado de forma mais eficiente, permitindo fornecimento de informação mais detalhadas, facilitando o apoio mútuo de pacientes que enfrentam problemas semelhantes e se beneficiam com a participação das famílias e de outros profissionais da saúde[37,59]. Entre os profissionais entrevistados, a percepção da importância do trabalho em grupo foi recorrente.

O tema B – **Organização da prevenção e controle de peso,** apresentada pela visão dos profissionais de saúde como seria organizado a prevenção e controle de peso do município.

Este tema consiste dos subtemas: **Elaboração de Políticas Públicas, Educação em Saúde e Reorganização da atenção básica,** os profissionais compreendem que há necessidade de uma reorganização da atenção básica, pois os profissionais da saúde têm perdido tempo com demandas agudas, ao invés de realizarem o verdadeiro papel do setor primário. Em outra ótica, o profissional revela que em sua unidade sobra vagas para atividades voltadas à obesidade, por falta de adesão por parte da população e alegam falta de orientação à população sobre o serviço.

Os profissionais referem:

> *"...a gente acaba perdendo muito tempo com a demanda aguda, de intercorrências... eu acho difícil, teria que reorganizar a atenção básica para atenção básica fazer o papel dela." (P1)*
>
> *"...eu faço grau I? Grau III faz a unesp? E quem faz grau II? É com comorbidade ou sem? "Eu preciso de hortiFruti, não tenho condições de comprar", onde ela vai? Tem horta comunitária? Não tem? Então é algo que precisa ter um fluxo." (P2)*
>
> *"...Eu acho que falta orientação da população, mais pelo acesso, porque aqui na minha unidade sobra vaga, no início a gente tentou fazer grupos com o nutricionista e educador físico na primeira vieram 10, depois na semana seguinte vieram 2 pacientes, então eles não enxergam essas orientações falta de entender a importância da educação alimentar para a melhora dos problemas." (P4)*
>
> *"Eu acho que para organizar deveria ter uma nutricionista uma vez na semana, que ficasse mais tempo, porque 15 dias, a pessoa até esperar perde*

> *aquele foco... se conseguisse trazer o nutricionista uma vez na semana, talvez seria possível um resgate dessa população." (P5)*

Os profissionais referem a dificuldade de realizar promoção e prevenção nas unidades de saúde, devido à grande procura da população para atendimentos agudos de intercorrências. Relatam que em algumas regiões não são preenchidas o total de vagas para atendimento, sobrecarregando pontualmente outras unidades.

Santos[60] aponta que os gestores municipais e estaduais, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se na angústia de atender urgências, sendo necessário diminuir as demandas, mesmo sabendo que ações preventivas e diagnósticos precoces impediriam o surgimento de casos graves e urgentes.

O tema C, **Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado,** contempla as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde para colocar em prática a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade.

Nos subtemas **Demanda excessiva, Falta de priorização, Falta de recursos, Acesso, Falta de recursos financeiros,** destacam que as unidades básicas possuem demanda excessiva de pessoas para atendimento e estrutura física inadequada para realiza-lo. Pontuam também que a quantidade de funcionários para desenvolver uma assistência de qualidade é inadequada, de forma que os pacientes obesos acabam não sendo a prioridade.

Os depoimentos expressam:

> *"...articular esses serviços de saúde, educação, atividade física, esportes, eu acho que é complicado pelo volume de pessoas. (P1)*

> *"...a gente tem muita gente pra cuidar, a gente tem que priorizar, como por exemplo nesse momento a gente tenta dar atenção pra gestantes e crianças, os obesos deixam de ser uma prioridade. (P1)*

> *"...como que eu vou fazer uma linha de cuidado funcionar dessa forma, se eu não consigo ter um agente comunitário, se eu não consigo dispor de um profissional, um acompanhamento secundário." (P2)*

> *"...não tem o cuidado com o obeso. Geralmente ele já tem comorbidade, ele é hipertenso, diabético, então por exemplo nós não temos o grupo de obesos, a agenda de obesos." (P2)*

> *"...aqui na unidade de é muito despareado, é uma quantidade de pessoas muito grande para nossa estrutura física então isso atrapalha bastante para organizar os fluxos, falta profissionais, falta espaço, então é bem difícil de manejar, são vários contextos." (P2)*

> *"...Aqui em nossa unidade é mais a dificuldade de oportunidade, porque pode existir muitas pessoas que queiram buscar um atendimento, mas falta na unidade uma estrutura para chamar esse paciente, para dar chance as pessoas." (P3)*

> *"...eles não têm condições necessárias para alimentação saudável. Eles não têm dinheiro para comprar frutas, verduras, então isso é um dos casos mais difíceis, a maior dificuldade é a condição financeira." (P7)*

A demanda excessiva impede o bom planejamento da assistência e sua efetividade; dificulta a manutenção de recursos humanos e materiais em quantidade e qualidade para atender pacientes com perfil assistencial diversificado, provocando situação de desconforto para pacientes e familiares; entre outros problemas[61].

Em um estudo[62] foi constado que o excesso de demanda ao cuidado em saúde, é uma das maiores dificuldades dos serviços da atenção primária, não sendo possível, na maioria das vezes, a realização das atividades planejadas pela equipe de saúde. Atualmente, o excesso de demanda tornou-se atributo marcante dos diferentes níveis de atenção, pois a prioridade é que todos tenham acesso aos serviços de saúde, a propósito de garantir o princípio da igualdade nos atendimentos à população.

Sobre os profissionais de saúde e os dispositivos de mediação da Atenção Básica, revelam que problemas estruturais podem dificultar as relações de troca. Autores afirmam que, quando há falhas nas qualidades estruturais da unidade, coloca-se em risco a confiança e o respeito entre profissionais e usuários[63].

Em relação as dificuldades de recursos financeiros, essa problemática vem sendo pontuada: o predomínio, no país, do modelo biomédico, curativista, hospitalocêntrico, que direciona a maior parte dos recursos e dos esforços do SUS para a alta complexidade, colocando a promoção da saúde e suas principais estratégias, ainda em uma posição secundária[42,43]. Isso, de certa forma, reflete a resposta dos gestores públicos aos anseios imediatos da população, que ainda não despertou para a necessidade e o direito à prevenção.

Os subtemas **Falta de multidisciplinaridade, Comportamento contemporâneo, Falta de adesão, Representação da obesidade,** destacam que nas unidades básicas falta adesão da população em relação aos grupos de obesos oferecidos, e em algumas delas acabam optando pelo atendimento individual. É citado também a contrarreferência precária que ocorre na atenção primária.

Os sujeitam revelam:

> *"...a gente tem dificuldade de trabalhar em grupo, então trabalha muito individual." (P2)*
>
> *"...você pergunta como a pessoa se vê, você acha que está acima do peso? Então muitos dizem que estão com peso adequado, então cria uma barreira para você chegar nesse paciente, ele considera estar no peso adequado, mas você nota que não, que ele está com dor articular, que ele está com dificuldade para caminhar, para fazer atividades básicas." (P3)*
>
> *"...aqui eu sei que cada unidade tem acompanhamento pelo NASF, que tem muita dificuldade em algumas unidades, principalmente por adesão dos pacientes que acabam iniciando grupos ficam uma ou duas consultas e depois desistem." (P4)*
>
> *"...a maior dificuldade mesmo é a adesão da população, porque obesidade você não vai morrer agora por causa disso, igual a vacina da gripe, está tendo bastante adesão, ano passado não foi, mas esse ano teve, porque tem gente morrendo de H1N1." (P5)*
>
> *"...a gente faz aqui é grupos, a população tem uma certa dificuldade, você marca um grupo e tem 10 na lista, aparece 2, então perde o foco tanto do profissional quanto da população, você não consegue adesão." (P5)*
>
> *"...a adesão do obeso é muito difícil, eles não querem mudar hábitos de vida... a nutricionista convoca os obesos, eles começam depois desanimam." (P6)*
>
> *"…Tem uns 3 pacientes que já fizeram bariátrica aqui dessa unidade, e o seguimento pós é feito lá na unesp e no caso a contrarreferência é muito precária de algumas especialidades." (P6)*
>
> *"...já tentamos vários grupos mas eles não aderem." (P7)*
>
> *"...mas nós já tivemos várias tentativas, mas como não temos realmente a adesão dos próprios pacientes, então acaba sendo assim atendimentos individuais, aquele paciente que procura o serviço" (P8)*
>
> *"...então acho que a primeira dificuldade é a falta de vinculo e conversa entre os serviços da prefeitura. (P8)*

O presente estudo pontua a dificuldade que as equipes de saúde têm em obter adesão dos pacientes obesos aos grupos de acompanhamento nas unidades de saúde.

A adesão aos programas de controle de peso costuma ser baixa nos serviços de saúde. Entre adolescentes com sobrepeso/obesos, a falta de adesão foi apontada como problema relevante[64]. Em média, 50% dos adultos desistem antes da conclusão do tratamento[65] enquanto em adolescentes a taxa de desistência tem sido de 33 a 45%[66]. Em um estudo foram acompanhadas por 2 anos consecutivos crianças e adolescentes obesos em clínica especializada, com acompanhamento médicos, nutricionais, psicológicos e educadores físicos, os retornos dos pacientes diminuíram gradativamente e 43% desistiram do tratamento[68].

Segundo a literatura os pacientes com DCNT, inclusive com obesidade, apresentam uma adesão mais baixa ao tratamento, já que as terapias, muitas vezes complexas, requerem dedicação e acompanhamento contínuo do paciente[67].

O tema D, **Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado,** contempla as facilidades percebidas pelos profissionais da saúde para colocar em prática a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade.

O único subtema revelado nesse contexto foi a **Captação de demanda,** no qual o profissional pontua que as unidades básicas são facilitadoras para captar a população e realizar o diagnóstico da obesidade.

O profissional explicita:

> *"...Facilidades é a UBS que é uma porta de entrada, consegue fazer o diagnóstico de obesidade, capitar essa demanda."*

Os profissionais de saúde foram abordados com as mesmas perguntas que os gestores das secretarias municipais. No entanto, as ações de prevenção *extra muro* da unidade de saúde não foram pontuadas pelos profissionais. Não foram apontadas as ações desenvolvidas mesmo que na comunidade, que não aquelas desenvolvidas na unidade. Não fica claro para onde leva a "porta de entrada", o que se pensa seja possível fazer com essa demanda. Mais que uma "porta de entrada", a unidade no contexto da comunidade deveria ser um ponto de convergência das ações no território.

No presente estudo, da parte dos profissionais não se identificou a existência de uma rede de relacionamentos voltada às ações integradas e intersetoriais de prevenção e controle da obesidade. Os discursos giraram em torno do trabalho no interior da unidade.

A boa organização dos serviços de saúde com base na oferta organizada de ações tende a superar as formas tradicionais de reorganização da produção de ações de saúde, incumbindo às unidades básicas de atender tanto a demanda espontânea quanto a demanda programada[69]. É certo que atenção primária deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, mas as suas ações deveriam potencializar o acesso a outros serviços comunitários.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luz desse trabalho podemos considerar que os gestores e os profissionais da saúde, citaram ações de prevenção que são realizadas no município, em torno de atividades físicas, plantações de hortas comunitárias e orientações de modificação dos hábitos para uma vida saudável. Entretanto, a obesidade como uma condição de agravo à saúde que necessita de atenção integral, intersetorial em diferentes níveis de complexidade não apareceu caracterizada dessa forma nas falas dos entrevistados.

No tocante à rede de relações, alguns gestores afirmam existir ações conjuntas, agregando não mais que duas secretarias em ações de prevenção da obesidade em grupos específicos da população. As ações existentes foram descritas de forma setorizada. Os profissionais da saúde pontuam a intersetorialidade 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.

Em relação a dificuldades e facilidades encontradas, não houve nenhum consenso entre os grupos, de forma que, os gestores pontuaram várias facilidades que o município tem para implantação da LC e os profissionais de saúde deram destaque as inúmeras dificuldades que impedem a prática.

Assim foi possível concluir que os resultados desse trabalho indicaram a presença de ações de promoção da saúde que contribuem com a prevenção da obesidade no município, mas as ações específicas pautadas nas reais demandas da população e estruturada a partir de uma linha de cuidado não se apresentaram como necessidade percebida pelos entrevistados, a ponto de mobilizar recursos políticos e estruturais para tal.

REFERÊNCIAS

1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pesquisa de orçamentos familiares 2008- 2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE. 130 p. 2010.

2- Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília-DF 2011.

3- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet. 377(9781):1949-1961. 2011.

4- Organização Mundial da Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Genebra, 2005.

5- Carvalho T, et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 2(4):79-81. 1996.

6- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. Ed. Rev. atual. – Rio de Janeiro: ANS. 244 p. 2011.

7- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p. 2011.

8- Brasil, Política Nacional de Educação Permanente do SUAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – 1ª ed. – Brasília: MDS, 57p. 2013.

9- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo;9(16):161-77. 2004.

10- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro;14(1):41-65. 2004.

11- Batista KBC, Simões, OJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. São Paulo. 20(4):884-99. 2011.

12- Department of Health and Human Services. The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity. [Rockville, MD]: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.

13- Brasil. Obesidade. Brasília, DF, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12).

14- Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter B, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. Lancet; (378):838-47. 2011.

15- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

16- Finkelstein EA, Trogdon J, Cohen JW, Dietz W. Annual medical spending attributable to obesity: Payer-and service-specific estimates. Health Affairs; 28(5):822-31. 2009.

17- Ministério da Saúde (Brasil). Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 104 p. 2008.

18- Bahia L, et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. BMC Public Health;12:440. 2012.

19- Organização Mundial da Saúde. Global database on body mass index Geneva, 2007 [Internet]. [acesso em agosto de 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

20- Matsudo VKR, Matsudo SMM. Atividade física no tratamento da obesidade. Einstein. Supl1:S29-S43. 2006.

21- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization (WHO), 2009.

22- Ministério da Saúde (Brasil). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 212 p. 2014.

23- BRASIL. Lei nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013.

24- BRASIL. Lei nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013.

25- BRASIL. Lei nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013.

26- Ministério da Saúde (Brasil). 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): Ministério da Saúde; 2014.

27- 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.

28- Vasconcelos, L.C. Introdução à regulação à saúde suplementar. In: Agência Nacional de Saúde - ANS. Introdução à regulação à saúde suplementar: histórias e práticas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, p.18-28. 2008.

29- Coelho MMF, Miranda KCL, Bezerra STF, Guedes MVC, Cabral RL. Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. Rev Rene; 13(3):704-11. 2012.

30- Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Tradução de Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

31- Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Editora Pallotti; 2001. Vilela PF, Souza AC. [Liderança: um desafio para os enfermeiros recém-formados]. Rev Enferm UERJ;18(4):591-7. 2010.

32- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível: http://cod.ibge.gov.br/4E8, acesso em maio, 2016.

33- Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu. Disponível em: http://saude.botucatu.sp.gov.br/

34- Fontanella BJB, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública;27(2):389-94. 2011.

35- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today;24(2):105-12. 2004.

36- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

37- Organização Pan-Americana da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC: OPAS, 2015.

38- Pan American Health Organization. Compilation of legislation for the English-speaking Caribbean countries and territories on prevention and control of obesity, diabetes and cardiovascular diseases. Washington: OPS; 2010.

39- Organización Panamericana de la Salud. Recopilación de normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina : obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Washington: OPS; 2009.

40- Barra SAR; Oliveira LML. A intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora/MG. HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 89-95, jul./ago. 2016.

41- Dall'Orsoletta D; Xavier PB. Intersetorialidade: Conhecimento dos gestores e a sua aplicabilidade nas políticas públicas de saúde. Revista interdisciplinar de estudos em saúde. Santa Catarina, v.5, n.1 (11), 2016.

42- Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Rev Adm Pública 2000; 34:35-61.

43- Rigon AS; Schmidt ST; Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(3):e00164514, mar, 2016.

44- Dall'Orsoletta D; Feliciano AM. A intersetorialidade e a ação organizacional em rede: uma abordagem sobre os conselhos municipais intersetoriais. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 93-106, maio/ago. 2014.

45- Beaglehole, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. The Lancet, v. 377, p. 1438-1447, 2011.

46- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Pobreza Prejudica Mais a Saúde que Obesidade. 2010.

47- Landgrave GC; Ruiz EJC; Quiroga SCM, et al. Obesity in the State of Mexico: Interfaces and concurrences. Mexican Journal of Eating Disorders 5, p. 50-57. 2014.

48- Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Cien Saude Colet; 18(6):1677-1682. 2013.

49- Tavares MFL; et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. Ciência & Saúde Coletiva, 21(6):1799-1808, 2016.

50- Kelishadi R, Azizi-Soleiman F. Controlling childhood obesity: a systematic review on strategies and challenges. J Res Med Sci;19:993---1008. 2014.

51- López-Azpiazu I, Martínez-González MA, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Perceived barriers of, and benefits to, healthy eating reported by a Spanish national sample. *Public Health Nutr*; 2(2):209-215. 1999.

52- Petrovici DA, Ritson C. Factors influencing consumer dietary health preventative behaviours. *BMC Public Health*; 6:222. 2006.

53- Santos CC, Stuchi RAG, Arreguy-Sena C, Pinto NAVD. A influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. Cogitare Enferm.; 17(1):65-71, 2012.

54- Bento IC; Esteves JMM; França TE. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade:
percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 20(8):2389-2400, 2015.

55- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

56- Goncalves I, Ferreira N, Reis P, Pena G. Fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Brasil. Rev Cuid; 6(1): 914-22. 2015.

57- Seid H, et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde debate | Rio de janeiro, v. 38, n. especial, p. 94-108, out 2014.

58- Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, Santos LC. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. Rev Gaucha Enferm; 33(4):14-21. 2012.

59- Heisler M. Building peer support programs to manage chronic disease: seven models for success. Oakland, CA: California Healthcare Foundation; 2006.

60- SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007.

61- Gonçalves L. Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem nas unidades de internação [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

62- 20.Montenegro LC. A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

63- BEZERRA, R. S.; CARVALHO, E. L. Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO. p. 149-160. , 2011.

64- Van der Baan-Slootweg O, Benninga MA, Beelen A, van der Palen J, Tamminga-Smeulders C, Tijssen JG, et al. Inpatient treatment of children and adolescents with severe obesity in the Netherlands: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr;168(9):807-14. 2014.

65- Fuster V. [An alarming threat to secondary prevention: low compliance (lifestyle) and poor adherence (drugs)]. Rev Esp Cardiol (Engl Ed);65 Suppl 2:10-6. Review. Spanish. 2012.

66- Van den Akker EL, Puiman PJ, Groen M, Timman R, Jongejan MT, Trijsburg W. A cognitive behavioral therapy program for overweight children. J Pediatr;151(3):280-3. 2007.

67- Reppold CT, Poersch AL, Mazoni CG. Aspectos psicológicos e adesão ao tratamento. In: Gottschall CB, Busnello FM. Nutrição e síndrome metabólica. São Paulo: Atheneu; p. 273-81. 2009.

68- Zambon MP, Antonio MA, Mendes RT, Barros Filho AA. Obese children and adolescents: two years of interdisciplinary follow-up. Rev Paul Pediatr;26(2):130-5. Portuguese. 2008.

69- Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia & saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: Editora MEDS. p.567-86. 2003.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Departamento de Enfermagem
BOTUCATU, SP – RUBIÃO JÚNIOR – CEP 18603-970 – Telefone (014) 3811-6070/6004 – FAX (014) 3813-5264
E-Mail: cenf@fmb.unesp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-CNS-MS)

Membros da Equipe de Saúde

Eu _____, CPF _____, Estado Civil _____, Idade_____ anos, Residente na _____

_____nº _____, Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____, Telefone (__) _____, Celular (__)_____.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada: "Análise da percepção de gestores e profissionais da saúde sobre fatores relacionados à implementação da linha de cuidado à pessoa obesa*".*

Acreditamos que o adequado funcionamento da linha de cuidado promoverá melhora no custo-efetividade e na qualidade de vida da pessoa obesa em sociedade. Portanto, analisar a percepção de gestores e profissionais de saúde sobre fatores relacionados à implementação da linha de cuidados à pessoa obesa, trará respostas que auxiliarão a implantação dessa política tão importante e urgente, mas ainda não instituída na maioria dos municípios brasileiros.

Será utilizada a técnica baseada na exploração de perguntas abertas realizadas pelo pesquisador no ato da entrevista. As informações serão coletadas por meio de um roteiro. As opiniões serão áudiogravadas e depois analisadas de acordo com o roteiro aplicado e registradas em relatórios, dando ênfase as opiniões, comentários e frases. As perguntas serão áudiogravadas com duração média de 15 minutos. O projeto envolve registros de falas (gravações), sendo que a divulgação das mesmas terá objetivos estritamente educativos e científicos. Após o término das Pesquisa, os registros de falas serão deletados e/ou destruídos.

A partir da articulação desse estudo, se espera gerar informações de interesse para o município na implantação de uma linha de cuidado à pessoa obesa na rede de cuidado da doença crônica do Sistema único de Saúde. Com as informações requeridas, pretende-se

ainda sugerir alternativas para potencializar e corrigir (se for o caso) as ações da Atenção Básica sobre a temática discutida.

Os resultados da pesquisa serão comunicados à equipe da Unidade de Saúde e aos gestores, não implicando em quebra de sigilo. É garantido ao participante o segredo das informações obtidas durante o trabalho. O resultado deste trabalho será entregue diretamente à equipe da Unidade de Saúde e aos gestores. Não serão divulgados os nomes dos usuários ou dos serviços. As gravações produzidas serão divulgadas, mas antes disso, submetidas à aprovação dos sujeitos envolvidos.

As atividades desenvolvidas neste projeto não implicam em custo para os voluntários e também não implicam em qualquer prejuízo. Os procedimentos empregados no trabalho não ocasionarão danos físicos ou financeiros, portanto não haverá a necessidade de indenização por parte da equipe responsável por esse trabalho ou da Instituição (Instituto de Biociências de Botucatu - UNESP).

Os participantes deste trabalho terão liberdade de desistir em participar em qualquer momento e também, mesmo tendo sido avaliados, não permitir o uso dos dados na pesquisa, sem que isto gere qualquer prejuízo. Os participantes não correm nenhum risco ao participar deste trabalho, pode ocorrer um constrangimento, que será respeitado, havendo total liberdade de responderem ou não as perguntas feitas.

Em caso de qualquer dúvida o participante pode ligar para a pesquisadora responsável pelo trabalho, a Professora Maria Rita Marques de Oliveira no telefone (14) 3811-6232 – Ramal 219. Caso ocorra alguma notificação de qualquer situação, relacionada com a ética, que não possa ser resolvida pelos pesquisadores, o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, pelo telefone (0XX14) 3880-1608 ou 3880-1609. O CEP funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 13.30 às 17.00 horas, junto a Chácara Butignolli s/nº- Botucatu - São Paulo.

Observação: Este documento, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntária(o), do estudo “Avaliação da percepção de gestores e profissionais sobre fatores que facilitam ou dificultam a implantação de uma linha de cuidado à pessoa obesa na rede de cuidado da doença crônica do Sistema Único de Saúde.”.

Cidade, _____/_____/_____

_____

Assinatura do Voluntário

_____

Assinatura do Pesquisador

_____

Assinatura do Bolsista

Pesquisador responsável: Thais de Oliveira Maximiano
Endereço: Rua Pedro Salvador 3-116, CEP: 17026-390. Bauru/SP
Fone: (14) 3208-5976
E-mail: thais.enfermagem@hotmail.com

Pesquisador responsável: Maria Rita Marques de Oliveira
Endereço: Rua Damião Pinheiro Machado, 751, Apto 22, CEP 18603-560. Botucatu/SP.
Fone: (14) 3811-6232 (Ramal 219)
E-mail: mrmolive@ibb.unesp.br

ANEXO 2

Roteiro da Entrevista

Identificação do entrevistado
Nome: _____
Formação: _____
Cargo: _____
Tempo de atuação neste cargo (meses): _____
Números de locais de atuação: _____
Local(is) de atuação:
_____
_____
_____
Perguntas

1) **O que você conhece sobre a prevenção e o controle de peso no município? (ações, dificuldades, intersetorialidade)**

2) **Como você organizaria as instituições e atores de interesse no município para efetiva prevenção e controle de peso no município? (mobilização, educação, cultura....)**

3) **Quais as dificuldades e facilidades do município para colocar em prática a linha de cuidado descrita?**

ANEXO 3

LISTA DE REPRESENTANTES

Gestores do município

1 - Secretaria da Educação
2 - Secretaria da Assistência Social
3 - Secretaria do Esportes, Lazer
4- Secretaria de Políticas de Inclusão
5 - Secretaria da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Abastecimento
6. Secretário Municipal de Governo
7 - Secretaria Municipal da Saúde

Profissionais da atenção à saúde

1 – Enfermeiro USF
2 – Enfermeiro USF
3 – Enfermeiro UBS
4 – Medico USF
5 – Medico USF
6 – Medico UBS
7 – Agente de saúde
8 – Agente de saúde

ANEXO 4

Depoimento G1

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
A minha secretaria não trabalha sozinha, ela é inter setorial.	A profissional refere que o trabalho é intersetorial, pois sua secretaria não trabalha sozinha		Intersetorialidade	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
Temos grupos dentro de todos os seguimentos. Mas, diante do que temos voltado para linha da obesidade é mais a prevenção	O trabalho é realizado com diferentes seguimentos sociais e etários. No que se refere a obesidade a atuação é de prevenção.		Prevenção	
Há uma preocupação do próprio prefeito a respeito da obesidade... campanhas e discussões em torno... programa que chama Viva Leite, que é um controle de pesos e medidas feitos no centro de saúde.	Refere que há uma preocupação do prefeito a respeito da obesidade. São realizadas campanhas e discussões em torno do assunto, como o programa Viva Leite, que é um controle de pesos e medidas realizados no centro de saúde		Elaboração de Políticas Públicas	**Organização da prevenção e controle de peso do município**
Existe sim o hábito de não comer alimentos saudáveis, existe o hábito de só comer coisas secas... mas o momento contribui para que a população seja ainda mais obesa	O profissional refere que existe o hábito de não comer alimentos saudáveis, somente alimentos secos. O que contribui para que a população seja ainda mais obesa.		Multicausalidade	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**
As pessoas não conseguem ter acesso a esse tipo de alimentação, porque ainda é caro. Ela não	O profissional refere que as pessoas não conseguem ter acesso a alimentos saudáveis por		Falta de recursos financeiros	

está acessível para a população.	serem caros e não estarem acessíveis a população.			
A população não possui a consciência de plantar quando há espaço, eles não têm essa cultura... Possuem hábitos que estão enraizados, que a gente tem que derrubar	Refere que a população não tem a consciência de plantar quando há espaço, isso é cultural. Possuem hábitos enraizados, que é possível derrubar		Comportamento Contemporâneo	
Eu acho que temos que tentar. Eu parto desse princípio. Não podemos dizer que ninguém vai aderir.	Refere que é necessário iniciar o processo para que as pessoas possam aderir.		Adesão	**Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado**

Depoimento G2

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
Então, é um incentivo a prática de atividade física, e ainda assim, a gente tem o foco nas crianças obesas	O profissional refere que há incentivo a atividade física, com foco nas crianças obesas		Atividades físicas	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
A gente tentou fechar uma parceria com as unidades básicas e com a Unesp, e uma professora de lá que é Pediatra se dispôs a receber as crianças com mais dificuldade e com uma obesidade mais grave. Mas ficou uma parceria na amizade, não formalizamos	O profissional relata que tentaram fechar uma parceria com as unidades básicas e com a Unesp, e uma professora que é pediatra se dispôs a receber as crianças com obesidade mais grave. Mas não foi formalizado nada, ficou somente na amizade.		Intersetorialidade	

nada, apenas conversamos.				
Mas, eu acho que além de realizar a conscientização dos pais com esse perigo da obesidade, é também como procurar ajuda...	O profissional refere que além de conscientizar os pais sobre o perigo da obesidade, é também como procurar ajuda.		Educação em Saúde	**Organização da prevenção e controle de peso do município**
Nas escolas, a "Fulana" trouxe para nós essa preocupação com a obesidade, e nós fizemos o programa saúde na escola... análise quantitativa para atestar o quanto a obesidade chegou na educação infantil. Nós temos um número significativo de crianças obesas... famílias foram envolvidas, conhecimento da informação do que comer dentro das unidades escolares	Refere que "Fulana" trouxe a preocupação com a obesidade e foi realizado um programa saúde na escola. Uma análise quantitativa para atestar o quanto a obesidade chegou na educação infantil. Tem um número significativo de crianças obesas. Famílias foram envolvidas, conhecimento, informação do que comer dentro das unidades escolares.		Elaboração de Políticas Públicas	
A maior dificuldade é as pessoas quererem fazer as mudanças.	O profissional refere que a maior dificuldade são as pessoas quererem fazer as mudanças.		Comportamento Contemporâneo	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**
Então a obesidade tem que ter o convencimento na área de saúde da sua urgência, necessidade e das benfeitorias que vão acontecer.	O profissional refere que a área da saúde, tem que ter o convencimento da urgência da obesidade, suas necessidades e benfeitorias, que podem ser realizadas.		Representação da obesidade	
Os pais relatam, que quando vão nos postos de	O profissional refere que os pais das crianças		Acesso	**Facilidades para colocar em**

saúde, pedem para voltar depois.	obesas relatam, que quando procuram as unidades básicas do município, os profissionais orientam a voltar depois.			**prática a linha de cuidado**
As crianças que participam, estamos vendo reflexos positivos, inclusive no aprendizado... conhecimento de corpo e a coordenação motora.	Refere que as crianças que participam, apresentam reflexos positivos, inclusive no aprendizado, conhecimento do corpo e coordenação motora.		Benefícios para as crianças	

Depoimento G3

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
Então, a nossa preocupação é com a segurança alimentar. Trazer esse pessoal para consumir os produtos orgânicos	O profissional refere que a preocupação é com a segurança alimentar, é trazer a comunidade para consumir os produtos orgânicos.		Prevenção	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
Porque é um segmento isolado, a agricultura praticamente não participa das ações de outras. A nossa maior ligação é com a Secretaria da Educação, onde colocamos produto de qualidade e orgânico na merenda escolar	O profissional refere que sua secretaria é de um segmento isolado e não participa de muitas ações intersetoriais. A sua maior ligação é com a Secretaria da Educação, onde são colocados produtos de qualidade e orgânicos na merenda escolar.		Intersetorialidade	
Botucatu já é conhecido como uma cidade dos orgânicos. Têm feiras orgânicas ... a obesidade vem junto né,	Refere que Botucatu é conhecida como uma cidade dos orgânicos, com feiras orgânicas. A obesidade vem		Acesso ao alimento	

um produto de qualidade, um produto orgânico, sem agrotóxicos, a vida do cidadão vai melhorar. E quanto a obesidade, acredito que contribua também.	junto, um produto de qualidade, orgânico, sem agrotóxicos, a vida do cidadão vai melhorar. E quanto a obesidade acreditamos que contribua também.			
O município tem feiras orgânicas, que temos que ampliar. A gente está fazendo de tudo para que esse produto atenda o maior número da população... um produto de qualidade, um produto orgânico, sem agrotóxicos, a vida do cidadão vai melhorar	O profissional refere que ações estão sendo feitas no município e precisam ser ampliadas, como as feiras orgânicas, e que esses produtos de qualidade atendam o maior número da população.		Acesso	**Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado**

Depoimento G4

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
A gente tem a ideia de construir projetos, na verdade a missão dessa secretaria, é tentar fazer a transversalidade entre as demais Secretarias, mas considerando a necessidade de públicos específicos.	O profissional refere que tem projetos, que a missão da Secretaria, é tentar a transversalidade entre as demais Secretarias, considerando a necessidade de públicos específicos.		Transversalidade	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
Eu enxergo a obesidade da mesma forma como as pessoas enxergam o tabagismo ou a dependência química. Porque	O profissional refere ser mais eficaz trabalhar nas escolas, com orientações, hábitos alimentares e campanhas, pois		Educação em Saúde	**Organização da prevenção e controle de peso do município**

eu acho que a comida é uma dependência química. Trabalhar na escola, talvez se fosse mais eficaz para o prefeito... Trabalhar na escola, orientação, habito alimentar, campanhas	enxerga a obesidade como o tabagismo ou outra dependência química. Porque comida é uma dependência química.			
Um projeto que está sob a responsabilidade desta Secretaria... é a primeira piscina pública. Então, como ali, vai ser possível trabalhar com hidroginástica, hidroterapia... seria interessante colocar a atividade física na piscina a disposição desse grupo que é identificado como obeso	O profissional refere que a sua Secretaria irá inaugurar a primeira piscina pública, que irá proporcionar trabalho com hidroginástica, hidroterapia para os pacientes obesos.		Cuidado a pessoa obesa	
A mãe não tem tempo de preparar a merenda, e nem dinheiro, o salgadinho é um real, a maçã custa mais caro	O profissional refere que a mãe não tem tempo de preparar a merenda e nem dinheiro para uma alimentação mais saudável.		Falta de recursos financeiros	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**
...um foco de muita influência hoje na questão da obesidade seria tentar pensar como o município desenvolve a sua economia, porque, é claro que eu acho que o habito alimentar é influenciado pelos órgãos de propaganda e pelas empresas que produzem esse alimento.	Refere que um foco de muita influência hoje na obesidade seria pensar como o município desenvolve a sua economia. Pois acredito que o habito alimentar é influenciado pelos órgãos de propaganda e pelas empresas que produzem esse alimento.		Confronto Social	
existe uma cultura desregrada,	Refere que existe uma cultura		Comportamento Contemporâneo	

cultura que incentiva o consumo de alimento que vai desdobrar na obesidade e em doenças	desregrada, cultura que incentiva o consumo de alimento que vai desdobrar na obesidade e em doenças			
...facilidade, a gente sempre comenta, ter um centro de estudo igual a UNESP em Botucatu	Informa que tem como aspecto facilitador a presença da Universidade no município		Articulação Academia e Serviço	**Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado**

Depoimento G5

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
Hoje, a Secretaria de Esportes, as ações que ela faz e oferece para a população são: as academias ao ar livre, aulas de ginástica, aulas de dança, dança de salão, coreografia, ginástica localizada, zumba e todas as variações de ginástica.	O profissional refere que a Secretaria de Esportes tem ações oferecido para a população, como: academias ao ar livre, aulas de ginástica, aulas de dança, coreografia, zumba e todas as variações de ginástica.		Atividades físicas	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
E a intersetorialidade existe de uma forma intermediária, nós não temos projeto padrão entre todas as Secretarias que deveriam estar envolvidas.	O profissional refere que existe uma intersetorialidade intermediária. E não tem no município projeto padrão entre todas as Secretarias.		Intersetorialidade	
Eu acho que tem que ser montado uma comissão multidisciplinar envolvendo gestores de atividade física, profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros,	O profissional refere a importância de elaborar uma comissão multidisciplinar envolvendo gestores de atividade física, profissionais da área da saúde,		Elaboração de Políticas Públicas	**Organização da prevenção e controle de peso do município**

psicólogos, assistente social, professor de educação física, aí sim poder estudar um plano de ação pra poder atender essas pessoas.	como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, professor de educação física, e assim estudar um plano de ação pra atender essa demanda.			
Então eu acho que isso é questão de quebrar um pouco o conceito da própria população de procurar primeiro o remédio e depois a qualidade de vida	O profissional refere que a população procura primeiro o remédio e depois a qualidade de vida. E que esses conceitos têm que ser quebrados.		Comportamento Contemporâneo	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**
As dificuldades são muitas, a saúde trata a doença e não a saúde, e acho que é uma questão cultural que temos que tentar quebrar esse paradigma.	Refere que as dificuldades são muitas, a saúde trata a doença e não a saúde, e acho que é uma questão cultural que temos que quebrar esse paradigma.		Medicalização	
...falando em obesidade, estamos falando aquilo que a pessoa ingere, a forma de vida, sedentarismo, alimentação precária, rica em gordura e não em questão saudável ...a maior dificuldade é conscientizar a população de que ela precisa fazer atividade física, procurar uma melhor qualidade de vida através da atividade física, como de uma alimentação saudável.	Refere que falando de obesidade estamos falando aquilo que a pessoa ingere, forma de vida, sedentarismo, alimentação precária, rica em gordura e não em questão saudável. A maior dificuldade é conscientizar a população de que ela precisa fazer atividade física, melhorar a qualidade de vida através de uma alimentação saudável.		Comportamento Contemporâneo	
E a facilidade é que nós temos um bom clima aqui em Botucatu... As pessoas podem	O profissional refere que a facilidade é que Botucatu tem um bom clima. As		Ambiente físico favorável	**Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado**

procurar os parques, praticando de forma informal a atividade física... fazer as caminhadas que seria já um bom início pra quem está querendo procurar uma melhor qualidade de vida.	pessoas podem procurar os parques, praticar atividade física, fazer caminhadas para uma melhor qualidade de vida.			

Depoimento G6

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
Houve uma intensificação dos programas e atividades esportivas da cidade com programações e calendário anual das mais variadas atividades esportivas e uma melhora das merendas escolares, pra melhorar a percepção na alimentação saudável já na primeira infância	O profissional refere que houve uma intensificação dos programas e atividades esportivas do município com programações e calendário anual das mais variadas atividades esportivas e uma melhora das merendas escolares, para melhorar a percepção na alimentação saudável já na primeira infância.		Atividades físicas	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
Teríamos que montar um Pacto Social, diagnosticar o tamanho desse problema... atores envolvidos com esse tema, e como eu disse, sistematizar uma Política Pública para o combate de um lado a desnutrição e do outro a obesidade.	O profissional refere a necessidade de elaborar um Pacto Social, diagnosticar o tamanho desse problema, pontuar os atores envolvidos com esse tema e sistematizar uma Política Pública para o combate de um lado a desnutrição e do		Elaboração de Políticas Públicas	**Organização da prevenção e controle de peso do município**

	outro a obesidade.			
Para haver a intersetoralidade teria que fazer um Pacto, uma Conferência Municipal sobre obesidade, criar e diagnosticar essa problemática e buscar soluções	O profissional refere que para haver intersetorialidade teria que fazer um Pacto, uma Conferência Municipal sobre obesidade, criar e diagnosticar essa problemática e buscar soluções.		Participação Social	
Na verdade tem que existir uma vontade política de organizar essa temática e fazer o enfretamento dela, na verdade é um problema de relevância, mas o que eu percebo não é uma priorização das políticas públicas do município	O profissional refere ter que existir uma vontade política de organizar a temática da obesidade, que o tema não é uma priorização das políticas públicas de Botucatu, mesmo sendo um problema de relevância.		Vontade Política	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**

Depoimento G7

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
a gente vê em vários bairros que existem essa hortas, muitas delas inclusive são cuidadas pela própria população então isso proporcionou espaço para trabalho para algumas pessoas, mas também proporcionou oferta desses produtos para pessoas que não tinham condição de adquirir	O profissional refere que em vários bairros existem hortas, muitas delas inclusive são cuidados pela própria população e que isso proporcionou espaço para trabalho de algumas pessoas, mas também oferta desses produtos para pessoas que não tinham condições de adquirir		Acesso ao alimento	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
nós fizemos um centro de inclusão e lá tem piscina, alguns equipamentos	O profissional refere que foi feito um centro de inclusão que tem piscina, alguns		Atividades físicas	

para fazer ginastica e tem as academias ao ar livre, implantadas em vários bairros, todas elas têm orientação de como fazer a atividade.	equipamentos para ginastica e academias ao ar livre, implantadas em vários bairros, todas com orientação de como fazer a atividade,			
... o Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde implantou as Redes temáticas do SUS e uma das redes é a rede de crônicos e uma das primeiras linhas de cuidado que foi implantada é a linha de cuidado a obesidade... hoje já se tem pré-estabelecido que este acompanhamento do paciente tem que ser feito pelo menos por dois anos consecutivos dentro da atenção básica, através das equipes multidisciplinares outras estratégias que o município pode implantar, caso de insucesso é encaminhado junto com o hospital das clinicas e com a faculdade de medicina para avaliação mais especializada	O profissional refere que o Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde implantou as Redes temática do SUS e uma das redes é a rede de crônicos e uma das primeiras linhas de cuidado foi implantada é a linha de cuidado da obesidade... Hoje tem pré estabelecido que este acompanhamento do paciente tem que ser feito pelo menos por dois anos consecutivos dentro da atenção básica, através das equipe multidisciplinares, outras estratégias que o município pode implantar, caso de insucesso é encaminhado junto com o Hospital das Clinicas e com a Faculdade de Medicina para avaliação especializada.		Intersetorialidade	
acho que se a gente começar junto com algumas ações específicas já na primeira infância, na educação infantil, dentro da sala de aula	O profissional refere que começar ações especificas já na primeira infância, na educação infantil, dentro da sala de aula, inclusive interferindo na		Educação em Saúde	**Organização da prevenção e controle de peso do município**

inclusive interferindo na própria elaboração da merenda escolar	própria elaboração da merenda escolar			
...no decorrer dos anos nós vimos que dentro da cidade existia uma demanda muito grande por esse tipo de paciente por esse perfil de paciente, a população brasileira tem ficado cada vez mais obesa e consequentement e tem carregado o serviço do Sistema Único de Saúde... nós optamos por fazer algumas ações específicas na atenção básica, que foi principalmente a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que foi o NASF, em Botucatu o NASF diferenciado, que é o apoio as equipes tanto na Estratégia de Saúde da Família quanto as unidades de modelo tradicional, temos aí uma gama de profissionais, nós fazemos o matriciamento de todas essas unidades, paciente que tem um histórico de obesidade ou que precisa um atendimento multidisciplinar nas unidades, ele é atendido inicialmente pela	O profissional refere que no decorrer dos anos nós vimos que dentro da cidade existia uma demanda muito grande por esse perfil de paciente, a população brasileira tem ficado cada vez mais obesa e consequentement e tem carregado o SUS. Optou-se por fazer ações específicas na atenção básica, que foi a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), ele é um apoio diferenciado as equipes tanto de Estratégia de Saúde da Família quanto as unidades de modelo tradicional, temos uma gama de profissionais para realizar o matriciamento de todas as unidades. Paciente com histórico de obesidade ou que precisa de um atendimento multidisciplinar nas unidades, ele é atendido pela equipe da unidade.		Matriciamento	

equipe da unidade.				
Nós temos equipamentos novos que vão surgir, o AME principalmente, que é o Ambulatório medico de especialidades, ele vai na realidade facilitar o acesso de algumas especialidades e eu acredito que o AME vai desafogar essa demanda.	O profissional refere que irá surgir novos equipamentos como o AME, que é o Ambulatório médico de especialidades, que irá facilitar o acesso de algumas especialidades e desafogar demanda.		Elaboração de Políticas Públicas	
... com relação a capacitação, nós tivemos várias capacitações sobre o assunto, nós tivemos um grande seminário de apresentação da linha de cuidado como um todo la na regional de saúde, então foi apresentado quais eram as referências, qual era o fluxo, como que fazia, como que não fazia, os próprios profissionais da linha terciaria estavam com a gente nessa apresentação, então essa interface que nós temos entre o setor primário com o setor terciário aqui em Botucatu ela é muito sinérgica, isso facilita muito tanto o desenvolvimento da linha quanto o próprio cumprimento dela	O profissional refere que foi realizado capacitações sobre o assunto, como um seminário de apresentação da linha de cuidado como um todo na regional de saúde, apresentado as referências, o fluxo, como era feito. Os profissionais da linha terciários estavam presentes. Então essa interface do setor primário com o setor terciário é muito sinérgica e isso facilita o desenvolvimento da linha quanto o próprio cumprimento dela.		Capacitação das Redes de Atenção à Saúde	
Se são situações mais complexas,	Refere que nas situações mais		Intervenção em saúde	

situações que envolvem outros tipos de terapêutica, seja ela alimentar, seja ela atividade física, seja até acompanhamento com especialidade médica, como endocrinologista, nutrólogo, alguma coisa nesse sentido, aí normalmente a equipe do NASF entra nessa jogada... para traçar uma estratégia de acompanhamento ou tratamento, intervenção para esse determinado paciente,	complexas, situações que envolvam outras terapêuticas, sejam elas alimentar, atividade física, acompanhamento com especialidade médica, como endocrinologista, nutrólogo, a equipe NASF traça uma estratégia de acompanhamento ou tratamento, intervenção para determinado paciente.			
O financiamento é realmente um fator muito limitante... temos uma inversão do financiamento por parte do sistema público de saúde... o que está acontecendo é que todas as atribuições estão sendo passadas do governo federal e do governo do estado para os municípios	O profissional refere que um fator limitante é o financiamento, ocorre uma inversão do financiamento por parte do sistema público de saúde, que todas as atribuições estão sendo passadas do governo federal e do governo do estado para os municípios.		Financiamento	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**
Outro fator limitante é em relação a formação e capacitação de pessoal de profissionais que estão pouco desinteressados com essa situação. uma falta de capacitação dos gestores então falta um pouco de visão de	O profissional refere que um fator limitante é a falta de formação e capacitação de pessoal de profissionais que estão desinteressados com a situação. A falta de capacitação dos gestores, onde falta visão de planejamento e		Falta de capacitação da gestão	

planejamento e falta um pouco de formação técnica pros gestores.	pouca formação técnica.			
...hoje a gente sabe que parte da população que tem baixa renda, ela acaba não consumindo muito como por exemplo vegetais, carne, outros tipos diferenciados de carne, peixe, produto orgânico e acaba consumindo muito carboidrato, praticamente arroz, batata, mandioca, farinha... Então alguns trabalhos com a Secretaria da Assistência Social, primeiro para identificar esses nichos de menor possibilidades financeiras para que a gente possa intervir com algum programa	O profissional refere que a população de baixa renda não consome muitos vegetais, carnes, outros tipos diferenciados de carnes, peixes, produtos orgânicos e acaba consumindo muito carboidrato, como batata, mandioca, farinha. Então alguns trabalhos com a Secretaria da Assistência Social pode identificar esses nichos de menores possibilidades financeiras e intervir com algum programa.		Falta de recursos financeiros	
... existem pontos que a gente tem mais facilidade, nós temos algumas unidades que tem os grupos de obesidade implantados, nós temos algumas unidades com grupos de caminhada e atividade física também implantados. Então são ações que o município tem e que a gente consegue com isso, pelo menos melhorar um pouco a qualidade de vida do atendimento ao	O profissional refere que há facilidades, pois temos implantados em algumas unidades grupos de obesidade, como grupos de caminhada e atividade física. Então são ações que o município consegue pelo menos melhorar a qualidade de vida e o atendimento ao obeso no município.		Ações Participativas	**Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado**

obeso na nossa cidade.				
Um fator importante grande parte dos enfermeiros que nós temos na nossa rede básica, tem no mínimo mestrado, alguns terminando doutorado, alguns são doutores... o nível de qualificação da nossa equipe de enfermagem realmente é um destaque e a gente sabe que orientações da parte alimentar, da parte de atividade física e controle de peso, a gente sabe que o enfermeiro tem muito mais habilidade com isso	O profissional refere que um fator importante é que grande parte dos enfermeiros da rede básica do município, tem no mínimo mestrado e alguns doutorados. O nível de qualificação da equipe de enfermagem é um destaque. E os enfermeiros tem maior habilidade para realizar orientações para melhorar o controle de peso.		Qualificação da equipe de saúde	
...ações especificas internas da Saúde que são multiprofissionais, que seria uma interface importante entre o poder público municipal, os setores do estado que nós temos que são Hospital das clinicas, a Faculdade de Medicina, Faculdade de Ciências Agronômicas	Refere ações específicas internas da Saúde que são multiprofissionais, uma interface importante entre o poder público municipal, os setores de estado que são o Hospital das Clínicas, a Faculdade de Medicina e a Faculdade de Ciências Agronômicas.		Articulação Academia e Serviço	

ANEXO 5

Depoimento P1

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
O jeito mais eficaz de organizar seria tentar a intersetorialidade, você dizer que um atendimento individual com profissional você irá atingir alguma meta, ele não vai, ele precisa envolver outros setores	O profissional refere que o jeito mais eficaz de organizar é a intersetorialidade. O atendimento individual com o profissional não atinge a meta, precisa envolver outros setores.		Intersetorialidade	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
O que a gente tem aqui é a equipe o NASF... é a educadora física, que quando a gente identifica as pessoas que são obesas, a gente gostaria de ter possibilidade de fazer grupos, seria uma possibilidade melhor de trabalhar esses obesos, porque individualmente seria um pouco complicado.	O profissional refere que tem a equipe NASF... a educadora física, identifica as pessoas que são obesas... Refere que trabalhar em grupo com os obesos é melhor do que trabalhar individualmente.		Interdisciplinaridade	
a gente acaba perdendo muito tempo com a demanda aguda, de intercorrências... eu acho difícil, teria que reorganizar a atenção básica para atenção básica fazer o papel dela.	O profissional refere que perdem muito tempo atendendo demanda aguda. Teria que reorganizar a atenção básica, para ela fazer o papel dela.		Reorganização da atenção básica	**Organização da prevenção e controle de peso no município**
articular esses serviços de saúde, educação, atividade física, esportes, eu acho que é complicado	Refere que articular esses serviços de saúde, educação, atividade física, esportes, é		Demanda excessiva	**Dificuldades e para colocar em prática a linha de cuidado**

pelo volume de pessoas.	complicado pelo volume de pessoas.			
a gente tem muita gente pra cuidar, a gente tem que priorizar, como por exemplo nesse momento a gente tenta dar atenção pra gestantes e crianças, os obesos deixam de ser uma prioridade	O profissional refere que existem muitas pessoas para serem cuidadas. Eles dão prioridades as gestantes e crianças, e os obesos deixam de ser prioridade.		Falta de priorização	

Depoimento P2

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
eu faço grau I? Grau III faz a unesp? E quem faz grau II? É com comorbidade ou sem? "Eu preciso de hortiFruti, não tenho condições de comprar", onde ela vai? Tem horta comunitária? Não tem? Então é algo que precisa ter um fluxo.	O profissional questiona que se a atenção básica faz grau I, grau III faz a Unesp, quem faz grau II? Se a pessoa precisa de hortifruit e não tem condições de comprar, onde ela vai? Tem horta comunitária? Não tem? É algo que precisa ter fluxo.		Reorganização da atenção básica	**Organização da prevenção e controle de peso no município**
...como que eu vou fazer uma linha de cuidado funcionar dessa forma, se eu não consigo ter um agente comunitário, se eu não consigo dispor de um profissional, um acompanhamento secundário.	O profissional refere não conseguir organizar a linha de cuidado, devido a falta de funcionários e de um acompanhamento secundário.		Falta de recursos	**Dificuldades e para colocar em prática a linha de cuidado**
a gente tem dificuldade de trabalhar em grupo, então trabalha muito individual.	O profissional refere que tem dificuldade de trabalhar em grupo, então		Falta de multidisciplinaridade	

	trabalham individual.			
não tem o cuidado com o obeso. Geralmente ele já tem comorbidade, ele é hipertenso, diabético, então por exemplo nós não temos o grupo de obesos, a agenda de obesos	O profissional refere que em sua unidade não tem o cuidado com o paciente obeso, que geralmente ele já tem comorbidades, hipertensão, diabetes, mas não há grupos específicos.		Falta de priorização	
aqui na unidade de é muito despareado, é uma quantidade de pessoas muito grande para nossa estrutura física então isso atrapalha bastante para organizar os fluxos, falta profissionais, falta espaço, então é bem difícil de manejar, são vários contextos.	O profissional refere que em sua unidade a quantidade de pessoas é muito grande para a estrutura física e isso atrapalha para organizar os fluxos. A falta de profissionais, falta de espaço dificulta o manejo do serviço.		Demanda excessiva	

Depoimento P3

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
A unidade oferece um grupo de caminhada, que é de segunda, quarta e sexta, não tem um grupo especifico, pode ser adolescente, hipertenso, diabético e também pessoas acima do peso, é aberto a comunidade	O profissional refere que sua unidade possui um grupo de caminhada aberto a comunidade e que não há um grupo especifico para o obeso, pode ser adolescente, hipertenso, diabético, sobrepeso etc...		Prevenção	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
você pergunta como a pessoa se vê, você acha que está acima do peso? Então muitos dizem que estão	O profissional refere que algumas pessoas consideram estar com o		Comportamento Contemporâneo	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**

com peso adequado, então cria uma barreira para você chegar nesse paciente, ele considera estar no peso adequado, mas você nota que não, que ele está com dor articular, que ele está com dificuldade para caminhar, para fazer atividades básicas	peso adequado, porém, você observa que não, que possui dor articular, dificuldade para caminhar, para fazer atividades básicas e isso cria uma barreira para abordar esse paciente.			
Aqui em nossa unidade é mais a dificuldade de oportunidade, porque pode existir muitas pessoas que queiram buscar um atendimento, mas falta na unidade uma estrutura para chamar esse paciente, para dar chance as pessoas.	O profissional refere que a dificuldade da unidade é a oportunidade, que pode existir muitas pessoas que queiram buscar atendimento, mas falta estrutura para dar chance a eles.		Acesso	

Depoimento P4

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
A unidade oferece um grupo de caminhada, que é de segunda, quarta e sexta, não tem um grupo especifico, pode ser adolescente, hipertenso, diabético e também pessoas acima do peso, é aberto a comunidade	O profissional refere que sua unidade possui um grupo de caminhada aberto a comunidade e que não há um grupo especifico para o obeso, pode ser adolescente, hipertenso, diabético, sobrepeso etc...		Prevenção	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
você pergunta como a pessoa se vê, você acha que está acima do peso? Então muitos dizem que estão com peso	O profissional refere que algumas pessoas consideram estar com o peso adequado,		Comportamento Contemporâneo	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**

adequado, então cria uma barreira para você chegar nesse paciente, ele considera estar no peso adequado, mas você nota que não, que ele está com dor articular, que ele está com dificuldade para caminhar, para fazer atividades básicas	porém, você observa que não, que possui dor articular, dificuldade para caminhar, para fazer atividades básicas e isso cria uma barreira para abordar esse paciente.			
Aqui em nossa unidade é mais a dificuldade de oportunidade, porque pode existir muitas pessoas que queiram buscar um atendimento, mas falta na unidade uma estrutura para chamar esse paciente, para dar chance as pessoas.	O profissional refere que a dificuldade da unidade é a oportunidade, que pode existir muitas pessoas que queiram buscar atendimento, mas falta estrutura para dar chance a eles.		Acesso	

Depoimento P5

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
De prevenção e controle de peso em Botucatu, pela rede básica nós temos o NASF, tem nutricionista, educador físico, eles vêm a cada 15 dias, e tentam montar grupo, isso em todas as unidades.	O profissional refere que de prevenção e controle de peso em Botucatu, tem o NASF, onde tem a nutricionista, o educador físico que vão a cada 15 dias para montar grupos em todas as unidades.		Prevenção	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
Eu acho que para organizar deveria ter uma nutricionista uma vez na semana, que ficasse mais tempo, porque 15 dias, a pessoa até esperar perde aquele foco... se conseguisse	O profissional refere que para organizar deveria ter um nutricionista uma vez na semana, que ficasse mais tempo, pois 15 dias a pessoa perder o foco. E se conseguisse		Elaboração de Políticas Públicas	**Organização da prevenção e controle de peso do município**

trazer o nutricionista uma vez na semana, talvez seria possível um resgate dessa população	trazer esse profissional em um menor período, seria possível um resgaste dessa população.			
A maior dificuldade mesmo é a adesão da população, porque obesidade você não vai morrer agora por causa disso *Igual a vacina da gripe, está tendo bastante adesão, ano passado não foi, mas esse ano teve, porque tem gente morrendo de H1N1.*	O profissional refere que a maior dificuldade é a adesão da população. Porque a obesidade não traz um risco de morte imediata, comparado a vacina da gripe, que está tendo bastante adesão, pois teve casos de morte por H1N1		Representação da obesidade	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**
...a gente faz aqui é grupos, a população tem uma certa dificuldade, você marca um grupo e tem 10 na lista, aparece 2, então perde o foco tanto do profissional quanto da população, você não consegue adesão	O profissional refere que é difícil a adesão da população em grupos. De 10 pessoas que são agendadas na lista, aparecem 2, isso acaba perdendo o foco tanto do profissional quando da população.		Falta de adesão	

Depoimento P6

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
não existe um grupo especifico de atenção ao obeso, a gente tem um pouco de dificuldade de encaminhar para o serviço secundário, por exemplo o endocrinologista	O profissional refere que não existe grupo específico de atenção ao obeso, que há dificuldade de encaminhar para o serviço secundário, por ex. endrocrinologista.		Integralidade	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
As secretarias de esportes, lazer, até tinham umas ideias, academias	O profissional refere que a Secretaria de esporte e lazer		Intersetorialidade	

ao ar livre, até quando eles queriam iniciar esse protocolo de 2 anos na atenção básica, fazer certinho como o ministério orienta estar fazendo, eu acho que tem que ter parceria sim.	tinha ideias, como academias ao ar livre, iniciar o protocolo de 2 anos na atenção básica como o Ministério orienta.			
o que tem feito de prevenção é nas consultas agendadas, avalia vê que é obeso, sempre orienta a parte de alimentação, atividade física, só que alguma ação específica, é mais esse grupo de caminhada	O profissional refere que o que é realizado de prevenção são nas consultas agendadas, é avaliado o peso, orientado sobre alimentação e atividade física, a única ação especifica é o grupo de caminhada		Prevenção	
A adesão do obeso é muito difícil, eles não querem mudar hábitos de vida... a nutricionista convoca os obesos, eles começam depois desanimam	O profissional refere que a adesão do obeso é muito difícil, eles não querem mudar os hábitos de vida. A nutricionista convoca os obesos, eles começam, mas depois desanimam		Falta de adesão	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**
Facilidades é a UBS que é uma porta de entrada, consegue fazer o diagnóstico de obesidade, capitar essa demanda	O profissional refere que a UBS é uma facilidade por ser uma porta de entrada, fazer o diagnóstico da obesidade e captar essa demanda.		Captação de demanda	**Facilidades para colocar em prática a linha de cuidado**

Depoimento P7

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
a gente percebe que está acima do peso nas visitas domiciliares a gente orienta agendar consulta, aí o médico passa	O profissional refere que quando percebem que a pessoa está acima do peso nas visitas domiciliares,		Prevenção	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**

para a nutricionista e a enfermeira também,	agenda consulta com o médico, e o mesmo pede avaliação para a nutricionista e enfermeiro.			
...tem a nutricionista que ajuda bastante, ela fala o que tem que comer, faz uma dieta, aí aqueles realmente que tem vontade a gente encaminha ou para a unesp ou tem um grupo no espaço saúde que é voltado para a obesidade, então quem tem mesmo interesse e vontade vai lá, mas aqui a gente acompanha, orienta, mas é difícil.	Refere que a equipe tem a nutricionista que ajuda orientando a dieta e os pacientes que tem interesse são encaminhados para a Unesp ou realizado grupos no espaço saúde que é voltado para a obesidade. Mas nas unidades, eles são orientados, porém é mais difícil.		Interdisciplinaridade	
Acho que de facilidade é o vínculo, você entra na casa, você vê, eles aceitam sua opinião, muitos até tentam fazer, mas não tem as condições necessárias sobre a alimentação, o dinheiro, no caso, frutas, verduras, é muito difícil eles terem, então isso é um dos casos mais difíceis, a dificuldade sem dúvidas é a condição financeira.	O profissional refere que a facilidade é o vínculo que existe, de entrar na casa, eles aceitam a opinião e fazer as mudanças, mas não tem condições necessárias para alimentação saudável. Eles não têm dinheiro para comprar frutas, verduras, então isso é um dos casos mais difíceis, a maior dificuldade é a condição financeira.		Falta de recursos financeiros	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**
...já tentamos vários grupos mas eles não aderem.	*Refere que tentaram realizar grupos, mas a adesão é difícil.*		*Falta de adesão*	

Depoimento P8

Unidade de Significado	Unidade de Significado Condensado	Interpretação do significado subjascente	Sub tema	Tema
Em Botucatu a gente tem a equipe NASF que são profissionais de apoio para o matriciamento e que eles estão diretamente ligados a unidade	O profissional refere que em Botucatu tem a equipe NASF que são profissionais de apoio para o matriciamento e que estão diretamente ligado as unidades.		Matriciamento	**Conhecimento sobre a prevenção e controle de peso.**
...Com a Secretaria de esportes, de cultura, nós temos uma parceria com as escolas, que na verdade entra a Secretaria da educação, atividade em grupo.	O profissional refere que há parceria entre as Secretarias de esportes, cultura e educação com as escolas.		Intersetorialidade	
mas nós já tivemos várias tentativas, mas como não temos realmente a adesão dos próprios pacientes, então acaba sendo assim atendimentos individuais, aquele paciente que procura o serviço	O profissional refere que realizaram várias tentativas, mas não há a adesão dos próprios pacientes, então acabam sendo atendimentos individuais para o paciente que procura o serviço		Falta de adesão	**Dificuldades para colocar em prática a linha de cuidado**