



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Nutrição

Doralice Batista das Neves Ramos

**O cuidado à saúde de pessoas com obesidade na perspectiva de profissionais
da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2023

Doralice Batista das Neves Ramos

O cuidado à saúde de pessoas com obesidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dra. Inês Rugani Ribeiro de Castro

Coorientadora: Prof.^a Dra Luciana Maria Cerqueira de Castro

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

R175 Ramos, Doralice Batista das Neves
O cuidado à saúde de pessoas com obesidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro / Doralice Batista das Neves Ramos. – 2023.
182 f.

Orientadora: Inês Rugani Ribeiro de Castro
Coorientadora: Luciana Maria Cerqueira de Castro.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Nutrição.

1 Nutrição – Teses. 2. Obesidade – Teses. 3. Atenção primária à saúde – Teses. I. Castro, Inês Rugani Ribeiro de. II. Castro, Luciana Maria Cerqueira de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. IV. Título.

bs

CDU 612.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Doralice Batista das Neves Ramos

O cuidado à saúde de pessoas com obesidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva

Aprovada em 31 de julho de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Inês Rugani Ribeiro de Castro (Orientadora)
Instituto de Nutrição - UERJ

Prof.^a Dr.^a. Jorginete de Jesus Damiano
Instituto de Nutrição - UERJ

Prof.^a Dr.^a. Sonia Cristina Lima Chaves
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^a Dr.^a. Maria Angélica Tavares de Medeiros
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Prof.^a Dr.^a. Erika Cardoso dos Reis
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos meus pais, que se esforçaram o quanto possível para me permitir estudar, e a Deus, que me deu forças para vencer todas as adversidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me permitiu percorrer essa estrada tão difícil e nunca me deixou sozinha, nem nos piores momentos.

Durante esses quatro anos eu passei por momentos de muita alegria e também de grande dificuldade, tanto pela COVID-19, pelo falecimento de entes queridos, diagnóstico de psoríase e tantas outras situações difíceis. Mas, não tem alegria maior do que poder escrever estes agradecimentos.

Aos meus pais, que sempre garantiram total apoio e confiança no meu sonho e que me deram todo suporte nos momentos mais difíceis do caminho.

Às minhas orientadoras, que foram como mães para mim durante toda essa jornada. Sempre me deram muita força e confiança para poder seguir, mesmo nos momentos mais difíceis. Eu não estaria aqui se não fosse por elas. Muito obrigada por tudo, Inês, Luciana Castro e Luciene Burlandy. Vocês são incríveis demais.

Às minhas amigas de longa data, Gabrielle Eulino, Gabrielle Gracio e Nicolle Venturi, que me deram total apoio e me confortaram nos momentos mais difíceis dessa jornada.

Ao meu marido, Bruno Ramos, por toda paciência em aguentar minhas crises de ansiedade e pelos infinitos finais de semana e feriados trancados em casa, para que eu pudesse escrever essa tese.

Ao grupo do PEO-ERJ, desde a coordenadora Luciana Castro, que acolheu meu desejo de coletar os dados da minha tese durante o projeto, como as demais pesquisadoras envolvidas, com destaque para Thays Araújo, Lívia Rosa, Eveline Lobato, Luciana Maldonado e Amanda Franco, vocês me deram tanto apoio, de formas tão distintas, mas não menos importante. Obrigada por tanto.

Agradeço imensamente a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro através das bolsas de pesquisa, para que esta tese pudesse ser concluída.

E por fim, quero agradecer imensamente ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde (PPGANS), em especial a Daniele Valois, por todo carinho e atenção durante esses quatro anos e ao Julio Beltrame Daleprane e a Dani Canella, pela oportunidade de fazer meu doutoramento nesse programa tão incrível.

O cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. De outro modo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

RESUMO

RAMOS, D.B.N. **O cuidado à saúde de pessoas com obesidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro.** 2023. 182 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A obesidade é uma condição crônica de prevalência crescente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como um espaço fundamental para a realização de ações de prevenção e tratamento desse agravo e os profissionais de saúde são essenciais nesse processo que demanda, dentre outros, a organização e a qualificação dos serviços de saúde. Este estudo teve por objetivo compreender as concepções dos profissionais da saúde acerca da gestão do cuidado à saúde de pessoas com obesidade na APS de municípios do Estado do Rio de Janeiro (ERJ). Ele integra o projeto intitulado “Ações de controle e enfrentamento da obesidade no ERJ – pesquisa, formação, monitoramento e difusão” (PEO-ERJ), coordenado pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. As estratégias metodológicas utilizadas foram: entrevistas em profundidade e questionários auto-aplicados. As entrevistas foram realizadas com 19 profissionais de saúde selecionados dentro do grupo de participantes do curso de formação do PEO-ERJ, que atenderam aos critérios de elegibilidade do presente estudo e os questionários foram aplicados a 225 profissionais de saúde que participaram de uma atividade presencial de formação do PEO-ERJ. Os dados fornecidos pelas entrevistas e questionários foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Os dados produzidos por meio das diferentes fontes de pesquisa (entrevistas e questionários) foram abordados de forma integrada baseando-se nas dimensões de análise organizativa e profissional. Como resultados, destacam-se, na dimensão organizativa, a dificuldade na organização do processo de trabalho dos municípios para que implementem ações de prevenção e manejo da obesidade, o contexto problemático da pandemia da COVID-19 e as fragilidades no fluxo de atendimento para pessoas com obesidade. Na dimensão profissional, foram identificados como elementos importantes para o cuidado em saúde: dificuldades para se praticar o cuidado multidisciplinar a pessoas com obesidade, uso da abordagem comportamental nas condutas terapêuticas, o olhar para o profissional da nutrição como o protagonista do cuidado aos sujeitos com obesidade e a influência do estigma na adesão ao tratamento. Com isso, entende-se que a obesidade precisa ser tratada como uma doença crônica, complexa e multifatorial, que exige um cuidado contínuo, ao longo da vida e pra isso acontecer tanto a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como os profissionais de saúde precisam estar preparados para oferecer todo suporte necessário para os sujeitos que vivem com essa doença.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Cuidado em saúde. Modelos de Assistência à Saúde. Obesidade

ABSTRACT

RAMOS, D.B.N. **Health care for people with obesity from the perspective of primary care professionals in the state of Rio de Janeiro.** 2023. 182 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Obesity is a chronic condition of increasing prevalence in developed and developing countries. Primary Health Care (PHC) is configured as a key space for the implementation of actions to prevent and treat this disease and health professionals are essential in this process that requires, among others, the organization and qualification of health services. This study aimed to understand the conceptions of health professionals about the management of health care for people with obesity in PHC in municipalities of the state of Rio de Janeiro (ERJ). It is part of the project entitled "Actions to control and confront obesity in RJ - research, training, monitoring and dissemination" (PEO-ERJ), coordinated by the Institute of Nutrition, Rio de Janeiro State University. This is a qualitative study. The methodological strategies used were: in-depth interviews and self-administered questionnaires. The interviews were conducted with 19 health professionals selected from the group of participants of the PEO-ERJ training course who met the eligibility criteria of this study and the questionnaires were applied to 225 health professionals who participated in a face-to-face PEO-ERJ training activity. The data provided by the interviews and questionnaires were analyzed using the content analysis technique, thematic modality. The data produced by the different research sources (interviews and questionnaires) were approached in an integrated way based on the organizational and professional dimensions of analysis. As results, we highlight, in the organizational dimension, the difficulty in organizing the work process of municipalities to implement actions to prevent and control obesity, the problematic context of the pandemic of COVID-19 and the weaknesses in the flow of care for people with obesity. In the professional dimension, were identified as important elements for health care: difficulties to practice multidisciplinary care to people with obesity, use of behavioral approach in therapeutic conduct, the look for the nutrition professional as the protagonist of care to subjects with obesity and the influence of stigma on adherence to treatment. Thus, it is understood that obesity needs to be treated as a chronic, complex and multifactorial disease that requires continuous care throughout life and for this to happen both the Health Care Network (RAS) and health professionals need to be prepared to offer all necessary support for individuals living with this disease.

Keywords: Primary Health Care. Health Care. Health Care Models. Obesity

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|--|----|
| Quadro 1 | Municípios participantes do projeto “Ações de controle e enfrentamento da obesidade no estado do Rio de Janeiro (PEO-ERJ) – pesquisa, formação, monitoramento e difusão” segundo as regiões de saúde. Rio de Janeiro, 2023 | 51 |
| Quadro 2 | Síntese da articulação dos objetivos e métodos utilizados na tese. Rio de Janeiro, 2023 | 58 |
| Quadro 3 | Síntese do percurso de análise da tese. Rio de Janeiro, 2023 | 62 |
| Quadro 4 | Formação profissional, município de atuação e vínculo trabalhista dos profissionais de saúde que preencheram o questionário. Rio de Janeiro, 2023. (n=225)..... | 68 |
| Quadro 5 | Formação profissional, município de atuação e vínculo trabalhista dos profissionais de saúde entrevistados. Rio de Janeiro, 2023. (n=19)..... | 70 |
| Figura 1 | Fluxograma de seleção dos participantes do estudo. Rio de Janeiro, 2023 | 56 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| AMS | Assembleia Mundial da Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ATAN | Área Técnica de Alimentação e Nutrição |
| CAAE | Certificado de Apresentação de Apreciação Ética |
| CAB | Caderno de Atenção Básica |
| CAISAN | Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CDS | Coleta de Dados Simplificada |
| CEP | Conselho de Ética e Pesquisa |
| CER | Central Estadual de Regulação |
| CGAN/MS | Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CONSEA | Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional |
| CRO | Centro de Referência de Obesidade |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| EAD | Ensino à distância |
| EAN | Educação Alimentar e Nutricional |
| eAP | equipes de Atenção Primária à Saúde |
| ENDEF | Estudo Nacional de Despesa Familiar |
| ERJ | Estado do Rio de Janeiro |
| ESF | Estratégia Saúde de Família |
| eSF | equipes de Saúde da Família |
| FAO/ONU | Organização para a Alimentação e Agricultura |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| INAD | Instituto Annes Dias |
| LCSO | Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NT | Nota Técnica |

| | |
|---------|--|
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAAS | Promoção da Alimentação Adequada e Saudável |
| PBF | Programa Bolsa Família |
| PBI | Produto Interno Bruto |
| PEC | Projeto de Emenda Constitucional |
| PEO-ERJ | Projeto de Enfrentamento da Obesidade no Estado do Rio de Janeiro |
| PICS | Práticas Integrativas e Complementares |
| PMAQ | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAE | Programa Nacional de Alimentação Escolar |
| PNAN | Política Nacional de Alimentação e Nutrição |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| PNSN | Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição |
| POF | Pesquisa de Orçamentos Familiares |
| PREFAPS | Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SAN | Segurança Alimentar e Nutricional |
| SES/RJ | Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro |
| SISVAN | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| SNIS | Sistemas Nacionais de Informação em Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TIC | Tecnologia da Informação e Comunicação |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| UFF | Universidade Federal Fluminense |
| VAN | Vigilância Alimentar e Nutricional |
| VIGITEL | Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico |
| WHO | World Health Organization |
| WOF | World Obesity Federation |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| 1 REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 1.1 Obesidade e seus determinantes..... | 16 |
| 1.2 Estigma da obesidade | 20 |
| 1.3 Concepções sobre cuidado em saúde..... | 23 |
| 1.4 A RAS como uma estratégia de organização do cuidado..... | 34 |
| 1.4.1 Organização do processo de trabalho dentro dos serviços de saúde..... | 40 |
| 1.4.2 Fluxos assistenciais do tratamento da obesidade..... | 43 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 48 |
| 3 OBJETIVOS | 49 |
| 3.1 Geral | 49 |
| 3.2 Específicos | 49 |
| 4 MÉTODOS | 50 |
| 4.1 Modelo teórico-metodológico | 50 |
| 4.2 Cenário de pesquisa | 50 |
| 4.3 Instrumentos e coleta de dados..... | 53 |
| 4.4 Análise de dados | 57 |
| 4.5 Considerações éticas | 66 |
| 4.6 Financiamento..... | 66 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 67 |
| 5.1 Perfil dos respondentes dos questionários e das entrevistas..... | 67 |
| 5.2 Dimensão organizativa | 72 |
| 5.3 Dimensão profissional..... | 96 |
| 5.3.1 Modelo assistencial..... | 96 |
| 5.3.2 Cuidado em saúde..... | 119 |
| 5.3.3 Subjetividades do cuidado | 129 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 144 |
| 7 REFERÊNCIAS | 149 |
| APÊNDICES | 171 |
| APÊNDICE A - Questionário auto preenchido pelos profissionais de saúde..... | 171 |
| APÊNDICE B - Roteiro do Google forms para os profissionais de saúde..... | 173 |
| APÊNDICE C - Roteiro das Entrevistas com os Profissionais de Saúde..... | 173 |
| ANEXOS | 176 |
| ANEXO A - Conteúdo programático do curso “Cuidado da Obesidade no Território: reflexão e ação” | 176 |
| ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro | 179 |
| ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro | 180 |
| ANEXO D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido dos profissionais de saúde | 181 |

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição crônica, prevalente e em ascensão em países desenvolvidos e em desenvolvimento, presente em todas as faixas etárias (WHO, 2018). No Brasil, a comparação dos dados do Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef), realizado em 1974-1975; da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989; e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) em 2008-2009, todas coordenadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indica que entre os adultos com 20 anos ou mais, do sexo masculino, o excesso de peso passou de 18,5% para 50,1% (1974-2009) e a obesidade saltou de 2,8% para 12,4%. Em relação às mulheres, o excesso de peso passou de 28,7% para 48% e a obesidade cresceu de 8% para 16,9%, no mesmo período (IBGE, 2010).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019), inquérito domiciliar mais recente com representatividade nacional, apontou que o excesso de peso e a obesidade atingiram, respectivamente, 60,3% e 25,9% da população adulta brasileira (IBGE, 2020). Já os dados do Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico (Vigitel) indicam que, nas capitais do país, a obesidade em maiores de 18 anos aumentou 89% em 13 anos (de 11,8% em 2006 para 22,35% em 2021) (BRASIL, 2022). Na capital do Rio de Janeiro, em 2021, as prevalências de excesso de peso e de obesidade eram de, respectivamente, 56,1% e 21,5% (BRASIL, 2022).

Diante deste cenário, faz-se necessária a organização dos serviços de saúde para o desenvolvimento de ações voltadas para o manejo da obesidade a fim de possibilitar o atendimento às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, desde o diagnóstico e tratamento, até a prevenção e promoção da saúde (JAIME *et al.*, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se como um espaço fundamental para a realização de ações de prevenção e tratamento da obesidade. Ela é reconhecida como a porta de entrada preferencial para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como principal objetivo exercer um cuidado contínuo ao longo do tempo, com capacidade para resolver a maioria das necessidades de saúde da população. Além disso, a APS também desempenha um papel importante na coordenação do cuidado, levando em consideração os fluxos estabelecidos. (BRASIL, 2014a).

Ainda que com redução do financiamento federal, inflexões e riscos nos últimos anos, o fortalecimento da APS no Brasil tem sido realizado, principalmente, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), instituída com objetivo de reorganizar este nível de atenção de acordo com as orientações do SUS. A ESF foi implantada pelo Ministério da Saúde como

uma estratégia de consolidação da APS para proporcionar uma reorientação do processo de trabalho, ampliar a resolutividade e possibilitar melhora na relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a, 2017). Em maio de 2023, foi publicada uma Portaria GM/MS nº 635 que estabelece as diretrizes para custeio e implantação das equipes multiprofissionais, as eMulti, que são classificadas em 3 modalidades de acordo com a carga horária, vinculação e composição profissional. Essa portaria se destaca, pois possui entre suas diretrizes e objetivos: facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, integrar práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na APS e proporcionar que a atenção seja contínua ao longo do tempo, por meio da definição de profissional de referência da eMulti e equipe vinculada, a fim de qualificar a diretriz de longitudinalidade do cuidado, aspectos esses fundamentais para o cuidado à saúde de pessoas com obesidade na APS (BRASIL, 2023a).

O desenvolvimento dessas ações demanda a organização e a qualificação dos serviços de saúde por meio de estratégias que priorizem o olhar para o cuidado em saúde, objetivando alcançar um atendimento humanizado, ou seja, oferecer acolhimento, considerando a inserção sociocultural e as subjetividades dos sujeitos (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2009a). A melhoria do cuidado prestado aos sujeitos impõe a superação do modelo biomédico, considerando que este tem como limitações a valorização do aspecto biológico da doença, em detrimento de outros fatores e a pressuposição de que somente o diagnóstico clínico pode definir o tratamento, deixando de lado a importância da escuta, do atendimento integral e do processo terapêutico interdisciplinar (AYRES, 2004; BRASIL, 2009a).

De acordo com Merhy (2013), uma das formas de superar o modelo biomédico pode se concretizar pela ampliação do conceito de clínica, de forma que o trabalho profissional qualifique e transforme a organização do modelo assistencial em uma ferramenta de mudança que possibilite acolher os sujeitos. Um exemplo de abordagem nessa perspectiva é o conceito de Clínica Ampliada, que traz a proposta de um profissional de saúde que acolha as demandas e apoie os sujeitos, tendo por base o diálogo entre os diversos saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e da necessidade de inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas (BRASIL, 2009a).

Apesar das recomendações e dos compromissos assumidos em pactuar uma agenda para o cuidado a pessoas com obesidade, salvo algumas regiões isoladas do mundo, nenhum país tem conseguido reverter essa epidemia, e ainda existe um longo caminho a percorrer para reorientar práticas nesse sentido. Em 2022, durante a 75ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), que é um órgão decisório da Organização Mundial da Saúde (OMS), as Doenças

Crônicas não Transmissíveis (DCNT), com destaque para obesidade, estiveram entre os temas centrais dos eventos e painéis. Esse enfoque nas DCNTs é particularmente oportuno, devido a necessidade de ações em todos os níveis, para que as metas globais sejam alcançadas até 2030. Na 75ª AMS, evento de imprescindível importância para o cenário de prevenção e manejo da obesidade, foram aprovados dois documentos "Proposta de Recomendações para a Prevenção e Manejo da Obesidade ao Longo da Vida incluindo Potenciais Metas" e o "Plano de aceleração para apoiar os Estados-Membro na implementação das recomendações para a prevenção e manejo da obesidade ao longo da vida". Esse conjunto de resoluções reúne questões dispersas em outros documentos, confere centralidade e foco à obesidade como questão de saúde pública e, de modo abrangente, contempla todas as fases da vida e abarca diferentes eixos de trabalho (WHO, 2022a; WHO, 2022b).

O fato de a carga de saúde e econômica provocada pela obesidade ser tratada de forma dispersa dos desafios sistêmicos, como a influência do sistema alimentar sobre o comportamento das pessoas, agrava ainda mais a situação (ROBERTO *et al.*, 2015; SWINBURN *et al.*, 2019; WHO, 2020). Os custos da obesidade e das doenças relacionadas à obesidade estão aumentando. Estima-se que o custo total do Índice de Massa Corporal (IMC) elevado para os serviços de saúde globalmente seja de US\$ 990 bilhões por ano, mais de 13% de todos os gastos com saúde (WOF, 2017). A obesidade também resulta em custos indiretos, como diminuição da produtividade, incapacidade, anos de vida perdidos e redução da qualidade de vida. Os custos de saúde diretos e indiretos combinados são estimados atualmente em aproximadamente 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB) total nos países da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OCDE) (OCDE, 2019).

Além dessas questões, existem dificuldades que extrapolam o nível institucional para o cuidado da obesidade, como, por exemplo, aspectos relativos aos profissionais de saúde. Em relação a isso, um estudo realizado com 250 médicos entre clínicos gerais, pediatras e psiquiatras concluiu que mais de 40% tinham uma atitude negativa com o sujeito com obesidade; apenas 56% se sentiam qualificados para tratar a obesidade e 46% deles referiram que o tratamento tinha sucesso (JAY *et al.*, 2009). Já no estudo de Teixeira *et al.* (2012), que analisou às crenças e práticas sobre a obesidade entre profissionais de saúde, observou-se que o tratamento da obesidade é uma dificuldade para a maioria dos médicos estudados e que entre 74% e 96,4% afirmaram que tratar a obesidade não é fácil, principalmente ao estabelecer metas a longo prazo, o que os leva a sentimentos de limitação (72%) e frustração (66%).

As concepções dos profissionais de saúde que atuam na APS no estado do Rio de Janeiro em relação à gestão do cuidado de sujeitos com obesidade são influenciadas por uma complexa interação de fatores, incluindo a formação profissional, as restrições do sistema de saúde, as percepções sobre a obesidade como doença, as normas sociais e culturais, bem como a disponibilidade de recursos e suporte multidisciplinar. A análise das concepções dos profissionais de saúde em relação à obesidade e sua influência na gestão do cuidado poderá revelar insights significativos que contribuirão para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de prevenção e manejo da obesidade na APS no estado do Rio de Janeiro.

Na última década vem se avolumando a literatura brasileira sobre a gestão do cuidado às pessoas com obesidade. Cabe destacar cinco estudos: O primeiro refere-se à pesquisa realizada no período de 2014-2018, intitulada “Intervenções nutricionais para o enfrentamento da obesidade no SUS no estado do Rio de Janeiro”, coordenada pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense (UFF), que analisou os desafios e potencialidades em relação às ações de prevenção e manejo da obesidade, no tocante aos profissionais de saúde e gestores da APS. O segundo estudo, realizado por Assis (2017) identificou os efeitos gerados pelos modos de fazer e conduzir práticas de cuidado por profissionais que lidam com o sobrepeso e a obesidade e atuam no SUS sob a perspectiva de sujeitos da APS da cidade do Rio de Janeiro. O terceiro estudo, realizado por Burlandy e colaboradores (2020), no estado do Rio de Janeiro, abordou questões relacionadas ao cuidado em saúde, tais como: Limites na compreensão dos fatores condicionantes do processo saúde doença da obesidade, por parte dos profissionais, culpabilização do sujeito por ter obesidade, frustração dos profissionais pela não adesão ao tratamento pelos sujeitos, entre outros. No quarto estudo, Figueiredo *et al.*, (2020), entrevistaram profissionais da ESF de Recife/PE e identificaram desafios relacionados à ausência de educação permanente sobre obesidade e dificuldade de integração com a rede especializada e a gestão. E por fim, o estudo realizado por Belo *et al.*, (2022), identificou obstáculos importantes para o cuidado à pessoa com obesidade, como: a escassez de recursos financeiros, equipe insuficiente, mudança de gestão, rotatividade de profissionais e a (in)compreensão do papel de cada profissional para o cuidado da obesidade. Percebe-se, portanto, a necessidade de estudos adicionais para se ampliar a compreensão sobre os dilemas e desafios para o cuidado à saúde de pessoas com obesidade no SUS, na perspectiva dos profissionais de saúde.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Obesidade e seus determinantes

De acordo com a OMS, a obesidade pode ser compreendida como uma DCNT de caráter multifatorial que afeta a qualidade de vida dos sujeitos nos âmbitos psicossociais e biológicos, além de ser um dos fatores de risco mais importantes para o acometimento de outros agravos não transmissíveis (WHO, 2018).

Segundo relatório da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO/ONU), em 2019, 2 bilhões de adultos, no mundo, sofrem com o sobrepeso e obesidade. Em 2019, a obesidade foi responsável por cerca de 5 milhões de mortes por doenças não transmissíveis (doença cardiovascular, diabetes, câncer, distúrbios neurológicos, doenças respiratórias crônicas e distúrbios digestivos), que corresponderam a 12% de todas as mortes por doenças não transmissíveis. O World Obesity Atlas 2023, publicado pela World Obesity Federation (WOF), prevê que, até 2030, um bilhão de pessoas em todo o mundo, incluindo 1 em cada 5 mulheres e 1 em cada 7 homens, viverão com obesidade (WOF, 2023).

O sobrepeso e a obesidade em adultos estão associados ao aumento da mortalidade por todas as causas. Pessoas com obesidade também têm um risco quatro vezes maior de desenvolver doença grave decorrente da COVID-19 do que pessoas sem obesidade (IZCOVICH *et al.* 2020).

Em relação à prática clínica, o diagnóstico da obesidade pode ser realizado por meio da avaliação do IMC, tendo a seguinte classificação: sujeitos acima de 30 kg/m² - obesidade; valores situados entre 30 e 34,9 kg/m² - obesidade grau I; entre 35 e 39,9 kg/m² - obesidade grau II e acima de 40 kg/m² - obesidade grau III ou obesidade mórbida (WHO, 2018). Nesse sentido, a obesidade é categorizada, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (WHO, 2000).

Vale destacar que a obesidade é compreendida de diversas formas, tanto como doença, fator de risco e condição crônica. Na pesquisa realizada por Cavalcante (2017), os profissionais da área da nutrição consideram a obesidade como fator de risco para outras doenças, enquanto que alguns profissionais com formação diferente mencionam a abordagem da obesidade exclusivamente como um fator de risco. Entretanto, estes marcaram a sua caracterização como doença e como problema de saúde pública, denotando a polifonia e concorrência discursiva, fruto de discursos já legitimados na saúde, tal como a consideração da simultaneidade entre doença e fator de risco para a obesidade (BRASIL, 2014a).

Ainda sobre como a obesidade é compreendida, é importante dialogar com o que Mendes (2012), adiciona sobre a “tirania do urgente”, que diz respeito “em que a atenção aos eventos agudos sobrepõe-se ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas” (p.236). Essa questão da “tirania do urgente” dialoga com a problematização das implicações das condições crônicas. Embora as doenças crônicas exijam práticas diárias de cuidado tanto por parte da RAS quanto pelo sujeito com DCNT, é importante considerar que a resposta a certas situações urgentes em um contexto de recursos escassos pode fragilizar os cuidados mais rotineiros (MENDES, 2012). Além disso, o peso das consequências de longo prazo das DCNT pode ser minimizado em detrimento do maior peso atribuído a algumas urgências com consequências imediatas, como foi o caso vivenciado durante a pandemia da COVID-19.

O avanço da obesidade vem sendo relacionado a distintos processos biopsicossociais, em que os aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais, e não somente o indivíduo e suas escolhas, assumem um espaço estratégico na análise do problema e nas propostas de intervenções (DIAS *et al.*, 2017).

A dimensão social da obesidade pode ser compreendida, por exemplo, quando se analisa a sua prevalência e intensidade em relação aos diferentes segmentos populacionais, classe social, renda, sexo, raça e outros. Paradoxalmente, fome e obesidade são questões interligadas. Ambos são indicadores de desigualdade social e econômica, e de disparidades raciais na saúde (ABLARD, 2021). Poulain (2013), aborda as dimensões sociais da obesidade, dentre elas, a diferenciação social da corpulência e o impacto da nutricionalização ou da medicalização, ou, ainda, os efeitos da estigmatização das pessoas com obesidade. Em relação a nutricionalização, vale destacar a inserção da alimentação no quadro de uma das formas de tratamento de patologias e no cenário da pessoa com obesidade. A motivação mais consistente da nutricionalização estaria ligada à pressão dos modelos de estética corporal e o imenso desejo de emagrecer que a acompanha em alguns sujeitos (POULAIN, 2013).

A questão da raça, racismo e interseccionalidade está intrinsecamente relacionada aos determinantes da obesidade. Existem várias maneiras pelas quais esses fatores se entrelaçam e influenciam os padrões de saúde e a prevalência da obesidade em diferentes grupos populacionais (ORAKA *et al.*, 2020). Alguns estudos que avaliaram essas questões no Brasil e nos Estados Unidos da América (EUA), identificaram questões importantes para esse debate, como: para as mulheres, a participação no grupo em desvantagem social conferiu maior risco geral de obesidade na vida adulta; mulheres negras apresentaram maior sobrepeso/obesidade em todas as faixas de escolaridade, as mulheres brancas apresentaram

associação inversa entre obesidade e escolaridade ao longo do tempo; menor índice de amamentação entre minorias raciais são outros fatores que poderiam promover ambientes onde há risco aumentado de ganho de peso ao longo do tempo. Embora a população negra, especialmente as mulheres, esteja sub representada nos estratos socioeconômicos mais baixos, e essa desvantagem seja atribuída à pobreza, destaca-se o racismo institucional como corresponsável pelas desigualdades na prestação do cuidado, além de outras circunstâncias que limitam a ação dos profissionais no campo do diagnóstico e tratamento, bem como na atenção a outras condições relacionadas à saúde. A população negra apresenta maiores chances de desenvolver diabetes, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral do que qualquer outro grupo racial, doenças claramente associadas à obesidade (JACKSON *et al.*, 2013).

O gênero, a raça e a classe social são aspectos intrínsecos ao processo de construção dos indivíduos (RODRIGUES *et al.*, 2023). Dessa forma, esses marcadores sociais requerem compreensão interseccional. De acordo com Collins e Bilge (2020, p. 15), “a interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais da vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas”.

É importante pontuar que a obesidade é uma condição crônica, problema de saúde pública e de estigmatização. Com isso, é importante indicar as implicações da obesidade, por ser uma condição crônica que demanda processos terapêuticos de longo prazo, em geral o sujeito transita por diversos serviços e profissionais. Os próprios profissionais também lidam com essa transição e com as perspectivas que os sujeitos vão construindo ao serem atendidos por diferentes profissionais. A forma como as pessoas com obesidade percebem o cuidado recebido nos serviços de saúde pública é influenciada pelo seu contexto social e reflete as relações interpessoais em seu círculo social e com os profissionais que acompanham sua jornada em busca de atendimento (CONZ *et al.*, 2020).

De acordo com Poulain, a obesidade ganhou o primeiro plano do debate midiático e político, desde que a OMS passou a considerá-la como “epidemia mundial”. A denominação da obesidade como epidemia está relacionada à sua rápida inserção em todas as camadas sociais, passando a afetar a sociedade como um todo. Isto também contribui para que se

considerem os modos de vida como determinantes, e se articule com o conjunto de transformações de práticas alimentares e do ambiente social da alimentação (POULAIN, 2013).

Alguns autores ressaltam que a prevenção da obesidade no contexto da estrutura do cuidado nutricional deve incorporar um foco contextualizado nas iniquidades de saúde e nos determinantes sociais da saúde, abordando os níveis desproporcionalmente altos de obesidade entre grupos marginalizados, minorias étnicas e de baixa renda (KUMANYIKA, 2019; PEREZ - ESCAMILLA *et al.*, 2018). Por este motivo, sua resolução abrange um conjunto de medidas individuais e coletivas que demanda uma melhor estruturação e articulação intra e intersetorial (CAVALCANTE, 2017).

Considerando os determinantes da obesidade e todos os processos que giram em torno do seu desenvolvimento, é importante ampliar a concepção limitada da obesidade como doença e realizar ações ambientais para lidar com a baixa resolutividade das intervenções focadas apenas no corpo e no atendimento individualizado (DIAS *et al.*, 2017). São necessárias estratégias que ultrapassem o âmbito do setor saúde, dadas as dificuldades em universalizar medidas individualizadas (como intervenções cirúrgicas), além dos limites que os próprios sujeitos enfrentam para modificar suas escolhas alimentares em contextos adversos à adoção de práticas saudáveis. Nessa lógica, a abordagem da obesidade na perspectiva da promoção da saúde contribui para pensar o problema em uma ótica referenciada não apenas na doença e no tratamento, mas também no ambiente alimentar (ROBERTO *et al.*, 2015; DIAS *et al.*, 2017). Para reiterar essa questão, o relatório “Sindemia global” alerta sobre o fato da obesidade ainda ser reconhecida por alguns como uma responsabilidade individual resultante de escolhas e motivações erradas e considera esse fato inaceitável. A responsabilidade individual pelos comportamentos relacionados à saúde é comum nas sociedades ocidentais, mas reconhecer a influência do ambiente é fundamental para implementar políticas de saúde eficazes. A pobreza limita as escolhas saudáveis das pessoas, enquanto ambientes obesogênicos e inseguros restringem as opções saudáveis disponíveis. Ambientes favoráveis à saúde têm um impacto positivo na saúde (SWINBURN *et al.*, 2019).

Além dos determinantes citados, anteriormente, o conceito da obesidade deve ser contextualizado para além do modelo biomédico, onde se possam considerar as correlações de ordem cultural e social e abordar aspectos que extrapolam a doença, como as dimensões do estigma, da discriminação ou mesmo das questões sociais (POULAIN, 2006; MORTOZA, 2011).

No tocante às questões sociais relacionadas com a obesidade, destacam-se os significados sociais dessa doença, bem como do alimento que é um forte indicador de diferentes culturas, regras e mudanças históricas (MORTOZA, 2011). Os valores sociais negativos, baseados na noção de que a gordura corporal é moralmente ruim, associada à falta de vontade e fraqueza de caráter, fortalecem o estigma e a discriminação do sujeito/das pessoas com obesidade (QUEIROZ, 2000; MORTOZA, 2011). De acordo com Poulain (2006), o indivíduo com obesidade aceita e considera como normais os tratamentos, muitas vezes discriminatórios, destinados à sua condição e os preconceitos dos quais é vítima. Vale ressaltar que as desigualdades sociais, no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade e a desigualdade no acesso à informação reforçam, de modo geral, a prevalência e o agravamento da obesidade (MORTOZA, 2011; MACÊDO *et al.*, 2020).

1.2 Estigma da obesidade

Em uma perspectiva social, o estigma vinculado a certas doenças acarreta sofrimento adicional aos sujeitos. Eles, frente à sociedade, sentem responsabilidade, por estarem com a obesidade e culpa, por não conseguirem dar andamento ao tratamento, agregando juízos morais sobre as circunstâncias em que a condição foi estabelecida (FRANCISCO, DIEZ-GARCIA, 2015).

É importante destacar que a supervalorização do corpo magro, na maioria das vezes, leva a uma rejeição social ao indivíduo com obesidade, podendo desenvolver alguns distúrbios de comportamento como a depressão, distorção da auto-imagem e baixa autoestima (MACÊDO *et al.*, 2020).

A contemporaneidade é marcada por uma conjuntura social na qual o corpo é componente central da identidade dos sujeitos, a complexidade da questão está na incongruência de uma situação de aumento contínuo dos indicadores de excesso de peso se confrontando à idealização de um padrão corporal esguio. A valorização da magreza emerge a partir da década de 1960, principalmente nos países desenvolvidos e se espalha de distintos modos, sobre diversas culturas, fomentando mudanças nos grupos, principalmente naqueles onde anteriormente se atribuía valor positivo às figuras femininas voluptuosas (SOBO, 1994; POPENOE, 2004; LE BRETON, 2006; DANIS *et al.*, 2016).

O estigma associado à obesidade muitas vezes é ampliado por narrativas culturais e padrões estéticos que reforçam ideais de corpo magro e promovem a discriminação contra corpos que não se enquadram nesses padrões. Esse estigma pode ter efeitos negativos na

saúde física e mental das pessoas, aumentando o risco de problemas como baixa autoestima, depressão, transtornos alimentares e dificuldades de acesso a cuidados de saúde adequados (TAROZO, 2020; AMPARO-SANTOS *et al.*, 2020).

No cenário atual, os estudos abordam a idealização deste modelo corporal e das práticas a ele relacionadas no formato de uma tríade, longevidade, saúde e beleza, dimensões imbricadas na construção do corpo moderno (GIDDENS, 1991; FISCHLER, 1995). Entretanto, a magreza entendida como sinônimo de normalidade se confronta com uma realidade na qual o excesso de peso apresenta-se epidemiologicamente como condição corporal mais frequente. O acirramento da contradição entre as duas acepções do termo normal promove um agravamento de tensões geradoras de insatisfação corporal e estigmatização em diferentes níveis (CANGUILHEM, 2012).

O processo de estigmatização é discutido por Goffman (2008), que conceitua o estigma como a relação entre atributo e estereótipo, cuja origem é ligada à construção social dos significados através das interações sociais. Em relação a discussão sobre a política do corpo, existe uma ideia importante estabelecida por Foucault (2008), no tocante ao conceito de biopolítica, cujo pressuposto central é de que a sociedade é constituída por corpos, e não por sujeitos e que o Estado e outras instituições usam o poder para regular e controlar a vida humana, especialmente no que diz respeito à saúde e à população. Dessa maneira, o corpo reproduz as relações de poder, sendo balizador de posições sociais, de maneira includente e excludente.

Além disso, o estigma pode ser compreendido como uma característica depreciativa formada pela associação entre atributos e estereótipos que se estabelece na relação social do indivíduo. Essa associação negativa resulta de “preconcepções” que são transformadas em expectativas normativas em um grupo social e se refere a uma característica considerada socialmente impura, que deixa a pessoa estranha, depreciada, desvalorizada e menos desejável. Desse modo, tem consequências deletérias para o indivíduo, modificando o processo social de desenvolvimento da construção do autoconceito, as relações interpessoais e a autoestima. O sujeito com excesso de peso vive, nas atividades cotidianas, experiências de isolamento, rotulação e descrédito, dimensões que caracterizam o estigma (GOFFMAN, 2008; PALMEIRA *et al.*, 2020).

Ao abordar o estigma relacionado à obesidade, é essencial considerar como diferentes corpos são afetados de maneiras distintas devido a essas interseções. Homens, mulheres, negros, brancos, pobres e não pobres podem vivenciar diferentes formas de opressão e discriminação com base em sua aparência corporal. Esse aspecto destaca a importância de

reconhecer que a discussão sobre estigma e obesidade não pode ser dissociada da compreensão do corpo e das opressões que ele enfrenta. O corpo é um local onde diversas identidades se cruzam, incluindo gênero, raça, sexualidade, classe social e outros aspectos que influenciam a forma como as pessoas são tratadas e percebidas pela sociedade (AMPARO-SANTOS *et al.*, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2023).

Dentre as consequências do estigma, encontram-se a exclusão, opressão do grupo em questão, gordofobia e outros. Porém, a gordofobia destaca-se no cenário atual, devido a sua complexidade, sendo assim, importante enfatizar o significado desse termo. De acordo com Rangel (2018, p. 19), a gordofobia “é utilizada para denominar o preconceito, estigmatização e aversão englobados por meio de uma opressão estrutural na sociedade que atinge as pessoas gordas”. Arraes (2014), adiciona que a gordofobia é “[...] uma forma de discriminação estruturada e disseminada nos mais variados contextos socioculturais, consistindo na desvalorização, estigmatização e hostilização de pessoas gordas e seus corpos”. A gordofobia, enquanto discriminação dos sujeitos com obesidade, consequência da estigmatização, manifesta-se em desigualdades nos mais diversos ambientes, repercutindo nos níveis biológico, psicológico, social e econômico (SILVA; CANTISANIL, 2018). Além disso, é interessante mencionar outro conceito relacionado a gordofobia, denominado lipofobia. A diferença entre a gordofobia e lipofobia é que a primeira é descrita como uma discriminação para com sujeitos gordos e seus corpos, estigmatizando-os das mais diferentes associações possíveis: descontrole, desleixo, preguiça, incapacidade, doença entre outros. A segunda é a repulsa sistemática à “gordura em si”, ou seja, o medo da própria pessoa de tornar-se gorda (FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015; GURGEL, 2017; FREITAS *et al.*, 2019). Refletindo sobre esses dois conceitos, observa-se a reprodução da gordofobia, o que se reflete nas políticas públicas, nos serviços de saúde e na prática profissional (PAIM; KOVALESKI, 2020).

Nesse sentido, é importante destacar, em diálogo com o presente estudo, que a perpetuação da estigmatização, seja ela por exclusão social ou a prática da gordofobia, pode gerar no indivíduo com obesidade uma noção de responsabilização pelo insucesso no tratamento e esse fato aponta, muitas vezes, a incapacidade da área biomédica, em tratar a doença, reforçando assim o estigma e a discriminação do indivíduo com obesidade (MORTOZA, 2011). Diante disso, faz-se necessário abordar esses conceitos em articulação com a perspectiva do cuidado à saúde. Alguns estudos destacam que médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outras especialidades da área da saúde, possuem atitudes negativas em relação ao indivíduo com obesidade, associando com a preguiça,

condescendência, indisciplina e pouca vontade dos sujeitos em seguir as orientações (BERRYMAN *et al.*, 2006; PUHL; BROWNELL, 2011; TEIXEIRA *et al.*, 2012; CORI *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2016). A visão do profissional em relação ao indivíduo com obesidade, por exemplo, é condicionada por uma visão social-biológica de que o indivíduo “saudável” deve ser disciplinado e perseverante no tratamento, seguindo prescrições, a fim de alcançar o objetivo final da perda de peso (ARAÚJO *et al.*, 2018). Essa questão da perseverança do sujeito durante o tratamento está relacionada com a visão dos profissionais acerca da obesidade ser considerada uma doença crônica, que necessita de um cuidado contínuo.

As atitudes citadas anteriormente são derivadas da estigmatização da sociedade atual, principalmente por profissionais de saúde. Essas atitudes, muitas vezes, dificultam que a relação profissional-sujeito se estabeleça de forma adequada ao cuidado, que haja cooperação no tratamento e no estabelecimento do cuidado, além de gerar consequências psicológicas, como depressão, ansiedade, problemas com autoimagem e transtornos alimentares, além de consequências sociais e econômicas (HUNGER *et al.*, 2015).

1.3 Conceções sobre cuidado em saúde

O cuidado, como prática essencial na área da saúde, vem assumindo diferentes significados na literatura. Para Ayres (2001, 2007) o que é importante perceber no termo cuidado é sua permeabilidade e flexibilidade entre os elementos técnicos e não técnicos, possibilitando o debate entre as diversas racionalidades, tanto as científicas como as de outras ordens. Nesse sentido, a produção do cuidado é considerada um elemento norteador das práticas de atenção à saúde, tanto no nível individual, quanto no coletivo, no âmbito da comunidade, dentre outros. Assim o cuidado pode ser compreendido como

[...] uma atenção à saúde ativamente instruída pelo sentido existencial do adoecimento na experiência de indivíduos e comunidades, e conseqüentemente atenta aos significados e implicações práticas das ações técnicas demandadas, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2007, p. 133).

De acordo com Waldow e Borges (2008), o cuidado significa acolher, respeitar e reconhecer no ser humano o seu sofrimento, frequentemente derivado da sua vulnerabilidade social. O cuidar é poder oferecer um atendimento com qualidade e resolutividade diante das adversidades de saúde. Já a inexistência do cuidado, configura-se pelo desinteresse e negligência diante do sofrimento e piora de um quadro de adoecimento.

Corroborando com Waldow e Borges (2008), Ferreira (2006) aponta que o ato de cuidar

Implica no estabelecimento de interação entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado) que participam da realização de ações, as quais denominamos cuidados, que é a verdadeira essência da enfermagem. Isto porque ao cuidarmos do outro estamos realizando não somente uma ação técnica, como também sensível, que envolve o contato entre humanos através do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala (FERREIRA, 2006, p. 328).

O cuidado também pode ser considerado como tecnologia, baseado em três aspectos fundamentais: “a democratização do processo de trabalho na organização dos serviços [...]; renovação das práticas de saúde [...] e valorização do cuidado como tecnologia complexa em saúde” (PINHEIRO, MATTOS, 2006, p.15). Nesse sentido, a inserção do cuidado na atenção à saúde como forma de tecnologia assistencial complexa possibilita estabelecer interconexões e fluxos entre diversas dimensões em que os sujeitos estão inseridos, como o social, político, cultural, econômico e outros. Diante desse fato, os autores apontam práticas positivas que demonstram a importância da valorização dos sujeitos, unindo tecnologias de cuidado e de gestão que considerem os mesmos como sujeitos que buscam a unidade de saúde devido a suas necessidades e que precisam ser atendidos e respeitados (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Segundo Franco e Merhy (2005) o conceito de cuidado deve ser ressignificado, a fim de que ele seja pensado de acordo com referenciais que reconheçam a importância do trabalho dos profissionais de saúde. Além disso, destaca-se o protagonismo dos sujeitos e profissionais para que haja mudanças significativas nos serviços de saúde, no tocante à subjetividade e produção do cuidado, através de projetos de saúde coletivos que permitam a centralidade do sujeito, por meio da escuta efetiva e responsável. Esse incentivo para interação entre profissionais e sujeitos é essencial para reduzir alguns sentimentos apresentados por sujeitos que se reconhecem desprotegidos e insatisfeitos com a assistência recebida e dos profissionais que se sentem frustrados por não terem suas demandas atendidas.

O conceito de cuidado em saúde origina-se do conceito “cuidado”, que é o ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização e tem se destacado no campo da gestão em saúde, como uma prática social” (PINHEIRO, 2008). A relação com a prática social se dá pelo fato de o ‘cuidado’ constituir-se das experiências de vida específicas, relacionadas aos aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que são expressos em ‘práticas’ de ‘espaço’ e na ‘ação’ de ‘cidadãos’ sobre os ‘outros’ em uma

determinada sociedade. O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Se, por um lado, o ‘cuidado em saúde’, seja dos profissionais ou de outros envolvidos no processo, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de ‘cuidado’ – ou seja, o descaso, o abandono, o desamparo – pode agravar o sofrimento dos sujeitos e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento.

Pinheiro e Mattos (2004), adicionam mais componentes ao conceito de cuidado em saúde

O cuidado em saúde está relacionado tanto com um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o êxito nos tratamentos quanto com um espaço relacional que vai além do saber científico tecnológico. Em seu sentido mais amplo, coloca-se nas práticas de saúde como uma dimensão da integralidade em saúde, incorporando além das competências e tarefas técnicas, o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos (PINHEIRO; MATTOS, 2004, p. 98)

Diante dos conceitos abordados acima, é importante destacar o fato de que o cuidado em saúde é um componente orientador para as práticas de cuidado e/ou práticas de atenção à saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2004; PINHEIRO; MATTOS, 2006; AYRES, 2007; WALDOW; BORGES, 2008; PINHEIRO, 2008). Visando compreender a diferença entre práticas de saúde e práticas de cuidado, Pinheiro (2008) menciona que

O 'cuidado como ato' resulta na 'prática do cuidar', que, ao ser exercida por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o 'outro' (PINHEIRO, 2008, p. 111).

As práticas de saúde sofrem alterações com o passar dos anos e absorvem as diferenças presentes nas sociedades, como as relacionadas ao padrão socioeconômico da população e o contexto ambiental, e possuem como característica a intensa participação de profissionais e instituições de saúde. Porém, faz-se necessário esclarecer que as práticas de cuidado não se limitam às efetuadas por profissionais de saúde, mas sim, como essa relação profissional-sujeito se desenvolve na prática, e como as ações de cuidado são oferecidas, entre outras (MELO; MATTOS, 2018). Além disso, a noção de integralidade das práticas de saúde diz respeito à articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2006). Em outras palavras, é ver o sujeito como um ser integral, considerando-se que, na saúde, a palavra 'integral' (e sua substantivação

'integralidade') vem sendo a base para a prestação dos serviços de saúde, que defendem a integralidade como propósito a ser alcançado na produção do cuidado (CARNUT, 2017).

Nesse sentido, destaca-se que a integralidade representa algo muito maior do que a prática dos profissionais de saúde e sim o impacto dessa prática nas necessidades de saúde dos sujeitos. Entender o fundamento dos problemas e concretizar estratégias de prevenção e manejo (dimensão vertical), organização dos serviços de saúde na rede (dimensão horizontal) e abrangência de políticas públicas por meio de ações intersetoriais são os tópicos essenciais a serem considerados para alcançar a integralidade (MATTOS, 2006).

Em complemento, Pinheiro (2008) conceitua integralidade como

Concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado à saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. A “integralidade” das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida (Pinheiro, 2008, p. 257).

Visando a compreensão acerca da importância da integralidade para nortear as práticas do cuidado, Mattos (2006) elaborou uma síntese de três conjuntos de sentidos da integralidade: da medicina integral à prática da integralidade (integralidade como um traço da boa medicina, compreendida como uma característica da prestação do cuidado, ou seja, tem a ver com a prática dos profissionais que se recusam a abordar o sujeito sob a perspectiva meramente biológica, resumindo o cuidado à resolução de queixas); dos programas verticais aos programas integrais (a integralidade como modo de organizar as práticas, refere-se à organização da RAS que pressupõe uma articulação de diversas unidades de serviço da rede que associem assistência e práticas de saúde pública, ampliando as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população); e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (apresenta o fato de que compete ao governo assumir determinados problemas de saúde pública, incorporando tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais, e pressupõe a interação entre diversas políticas públicas que extrapolem a própria área de saúde). De acordo com Pinheiro (2008), as práticas de cuidado centradas na integralidade são denominadas práticas integrais, que são baseadas no acolhimento, no vínculo profissional-sujeito e na responsabilização.

Camargo Júnior e colaboradores (2008) trazem o conceito ampliado de acolhimento

Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas... Como organização de

serviços, o acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2008, p. 59).

Existem diversas formas de compreender o acolhimento, entre elas, como a organização do processo de trabalho visando à possibilidade de realização de ações, de acordo com as demandas das equipes de saúde e da população atendida. Além disso, o ato de acolher pode ser entendido na esfera pessoal, por meio do enfoque na capacidade de escuta, entre profissional-sujeito. No momento em que a equipe de saúde consegue acolher os sujeitos que procuram o serviço de saúde e/ou dela necessitam, permite, dessa forma, o estabelecimento da relação no processo de atendimento e a construção da cidadania. Com isso, identificam-se as necessidades dos sujeitos e inicia-se a construção do vínculo (BUENO; MERHY, 2001).

O acolhimento pode ser compreendido não necessariamente como uma atividade em si, mas como o conteúdo de toda atividade assistencial, que abarca a busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos sujeitos e das maneiras possíveis de satisfazê-las, gerando assim encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial (TEIXEIRA, 2003). Nesse sentido, o acolhimento também pode ser analisado como uma postura, adotada por uma equipe de saúde com comprometimento em receber, escutar e tratar humanamente os sujeitos e suas necessidades (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Apesar de diversos autores abordarem como o acolhimento deve ser realizado e a importância dele para o estabelecimento do vínculo profissional-sujeito, existe um outro lado que deve ser analisado. Quando o serviço de saúde inicia um canal de escuta com o sujeito, gera uma oportunidade para que as pessoas tragam, para dentro do serviço, as suas queixas, os seus problemas e as suas necessidades. O processo de ouvir não é simples e demanda muita energia dos profissionais envolvidos. Muitos profissionais de saúde optaram pelo trabalho de cuidar de outras pessoas, pois entendem que seu objetivo é "melhorar a vida das pessoas", "ajudar os sujeitos", "fazer com que eles fiquem mais saudáveis" etc., vêm-se "acolhendo", mas, frequentemente, sentem-se incapazes de resolvê-los. E, na maior parte do tempo, não contam com apoio institucional e supervisão para trabalhar tais questões (TAKOMOTO; SILVA, 2007).

Outro conceito importante dentro das práticas integrais é o de vínculo. Ele é descrito como uma relação terapêutica, associado com o ato de ofertar atenção de maneira contínua e com o estabelecimento de confiança entre profissional e sujeito (CAMARGO JUNIOR *et al.*,

2008). Sendo assim, é necessário que os profissionais de saúde possam acolher com proatividade e resolutividade, para que alcancem a consolidação do vínculo com o sujeito. Estabelecer esse vínculo é fundamental para a aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento. Além disso, o tratamento deve ser composto por conversa e escuta qualificada sobre a interpretação do diagnóstico e suas consequências para a vida cotidiana (BRASIL, 2009b). Complementando, Merhy (1997), aponta que

O profissional de saúde deve ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário (MERHY, 1997, p. 138).

A continuidade do tratamento é um elemento fundamental para o fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional-sujeito. Além disso, o vínculo também resulta na responsabilização do profissional pelo manejo do processo terapêutico do sujeito (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2008). A responsabilidade associa-se à condição de a pessoa ser ou não responsável. Para tanto, pressupõe-se que essa pessoa possui consciência dos atos praticados. Essa consciência confere-lhe a obrigação de reparar danos causados ao outro (NORMANDO, 2012).

Nesse sentido, é importante destacar que alguns elementos, como o acolhimento adequado, o estabelecimento do vínculo profissional-sujeito e a pactuação da conduta terapêutica, são fundamentais para a adesão ao tratamento. Considerando as questões acima citadas, a confiança estabelecida entre profissional-sujeito é essencial para o entendimento e apoio ao sujeito em relação às dificuldades encontradas ao longo do tratamento. Para adotar um modelo de cuidado diferenciado, é necessário compreender que a responsabilidade de cuidar do próximo deve levar em consideração as particularidades dos sujeitos sociais, incluindo seu contexto, história e cultura. Esse cuidado deve buscar incentivar a iniciativa e a tomada de decisões das pessoas, fortalecendo a promoção do autocuidado. Portanto, o cuidado deve ser orientado por uma postura que respeite o modo como as pessoas vivem e que permita que os sujeitos possam também se responsabilizar pelo seu próprio cuidado (TRAVASSOS, 2018). A participação e o envolvimento do sujeito enquanto sujeito ativo do seu tratamento são significativos para que ele exerça a autonomia, assumindo a responsabilidade sobre as decisões relacionadas à sua saúde e sobre a prática do autocuidado (TOSSIN *et al.*, 2016). O autocuidado é composto por estilos e práticas de vida mais saudáveis e de uma

conscientização do sujeito sobre sua condição de saúde (BRASIL, 2013a; TOSSIN *et al.*, 2016). O autocuidado pode ser compreendido como

Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de autorresponsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. (MENDES, 2011, p. 224).

Bub *et al.* (2006, p. 155) definem o autocuidado como

Prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma condição de saúde para manter o bem-estar. As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano.

Além dos elementos anteriormente abordados relacionados às práticas de cuidado, é importante discutir sobre a frustração sentida pelo profissional de saúde, ressaltando que essa situação ocorre, geralmente, quando o profissional não consegue estabelecer vínculo com o sujeito, levando à falta de adesão do mesmo ao tratamento. Existem outras formas de sofrimento que um profissional pode lidar, como quando a falta de adesão resulta em frustração e desvalorização, deixando a equipe em um estado de impotência. É como se todo o esforço para fornecer o tratamento fosse desvalorizado pela falta de esforço da outra parte (FERREIRA; CAMPOS, 2023). O fracasso pode ser entendido como dimensão subjetiva, que tem a frustração como seu principal efeito e é atribuído ao indivíduo, culpabilizando-o por sua condição. No caso dos profissionais de saúde, pode ser aplicado ao insucesso da conduta terapêutica (ROMANINI; DETONI, 2014). Nesse sentido, vale destacar que o sucesso pode ser compreendido como melhora da qualidade de vida das pessoas com obesidade. O termo qualidade de vida, em relação ao seu emprego na literatura médica, tem sido associado a diversos significados, tais como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde ("*health-related quality of life*") e estado subjetivo de saúde ("*subjective health status*") são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do indivíduo e ao impacto do estado de saúde na capacidade de viver plenamente (GILL; FEINSTEIN, 1994). Além disso, na maioria das vezes, o modo como o sujeito abandona o serviço de saúde ou a percepção de que a assistência prestada não recuperou sua condição de saúde, pode gerar

vivências de frustração e tristeza (VASCONCELLOS; AZEVEDO, 2012; WERMELINGER *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, aponta que as práticas de cuidado devem utilizar tecnologias variadas na busca do acolhimento e do cuidado às demandas e necessidades de saúde da população atendida. Além disso, devem ser pautadas em ações que considerem o indivíduo atendido como um ser singular, com base em uma abordagem integral do cuidado a partir da compreensão das dimensões biopsicossocioculturais, em todos os níveis de atenção, visando atender às suas necessidades (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, cabe apresentar o conceito de Modelos de Atenção à Saúde, proposto por Teixeira (2006), como “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e sujeitos) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas”. Segundo Teixeira (2002), a concepção de Modelos de Atenção à Saúde pode ser compreendida de uma forma mais ampla, que inclui três dimensões: gerencial, que está relacionada aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; organizativa, que se refere às relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e técnico-assistencial, que diz respeito às relações existentes entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde (TEIXEIRA, 2002).

Após o entendimento acerca dos Modelos de Atenção à Saúde, é preciso um olhar mais cuidadoso sobre a gestão do cuidado em saúde, definido:

como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanescentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO, 2011, p. 589).

A gestão do cuidado em saúde é fundamental para entender o contexto da pessoa que precisa dos cuidados e como as tecnologias disponíveis, seja tanto a rede quanto os profissionais, podem colaborar nesse processo, com intuito de garantir o restabelecimento da

saúde do sujeito. Nesse sentido, cabe destacar aqui, algumas das dimensões mencionadas por Cecílio (2011), que dialogam com os objetivos deste trabalho: (1) dimensão organizacional do cuidado é aquela que se realiza nos serviços de saúde, evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento. Nesse ponto, a gestão do cuidado depende da ação articulada de diversos atores, a ser alcançada em territórios marcados e; (2) dimensão profissional do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os sujeitos e nucleia o território da micropolítica em saúde. Essa dimensão é orientada por três elementos: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo sujeito; b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados (CECÍLIO, 2011).

Dentre os modelos de atenção à saúde, destaca-se o modelo biomédico, que, como dito anteriormente, tem demonstrado ser insuficiente para responder às necessidades de saúde da população. Caracteriza-se pelo predomínio de ações curativas, orientado pela demanda espontânea, com centralidade das ações no cuidado médico e organização dos serviços pela lógica da oferta (MENDES, 2015). Nesse modelo, a doença é a base da produção e organização do conhecimento para aplicação da terapêutica necessária para cada caso. Porém, essa forma de lidar com o indivíduo doente o reduz à sua doença, deixando de lado o contexto em que ele está inserido e toda subjetividade presente na sua vida. Essa lógica resulta na fragmentação dos serviços, programas, ações e práticas clínicas e prejudica a prestação de um cuidado integral aos sujeitos com condições crônicas de saúde (MENDES, 2015; MELO; MATTOS, 2018).

Um caminho possível para reorientação do modelo de atenção à saúde é investir na transformação dos processos de trabalho a fim de que cada profissional potencialize as suas práticas de cuidado, ou seja, valorizar

O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso de resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2006, p. 121).

Buscando superar as limitações do modelo biomédico, a Clínica Ampliada, como citada anteriormente, emerge como uma concepção que visa solucionar ou apontar novos caminhos/possibilidades para superar a noção reducionista das práticas de saúde, particularmente, da conduta médica, na direção do cuidado integral à saúde (BRASIL, 2009a). Essa noção reducionista pode ser compreendida como o foco apenas nos aspectos biológicos e clínicos da saúde, negligenciando fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais que também influenciam o bem-estar das pessoas. A Clínica Ampliada propõe

Que o profissional de saúde acolha as demandas e apoie os usuários para desenvolver a capacidade não só de combater as doenças, mas de transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça as pessoas de viver outras dimensões da vida, desenvolver a capacidade de “inventar-se” e reinventar novas saídas apesar da doença, reconhecendo o que se tem de potência (BRASIL, 2009a, p. 30).

A Clínica ampliada caracteriza-se pelos seguintes componentes: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e suporte para os profissionais de saúde. Um dos instrumentos dessa articulação entre profissionais e sujeitos é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que valoriza a articulação dos saberes e permite que o sujeito esteja no centro do processo do cuidado (BRASIL, 2009a). O projeto terapêutico também pode ser conceituado, como

O conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco (FRANCO; FRANCO, 2012, p. 2).

Além disso, faz-se necessário abordar outro aspecto da Clínica ampliada, que é a importância da partilha dos profissionais com os sujeitos, em relação ao diagnóstico e condutas em saúde. Dessa forma, quanto mais extenso for o tratamento, maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico. E, com isso, maior será o desafio de lidar com o sujeito enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009b).

A fim de proporcionar relações de cuidado mais profundas e qualificadas entre profissional-sujeito, Pinheiro e Mattos (2009) ressaltam o fato de que a autonomia do sujeito é considerada uma necessidade de saúde, para que o mesmo tenha graus crescentes de liberdade

no seu modo de levar a vida. Dessa forma, o sujeito poderia ter uma modificação em relação aos sentidos de sua vida e essa alteração teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível (PINHEIRO; MATTOS, 2009; RANGEL *et al.*, 2011). O envolvimento do sujeito no cuidado é compreendido como sua busca por autonomia (relacionada à ideia de liberdade, protagonismo, respeito à subjetividade), incorporando as lições aprendidas no processo de tomada de decisões (KUSMA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Nesse sentido, a autonomia torna-se uma importante integrante das práticas assistenciais para promoção da saúde e, conseqüentemente, para a produção do cuidado (BRASIL, 2006; FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008; FRANCO; MERHY, 2013). Além disso, “a autonomia revela as potencialidades e o desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias” (BRASIL, 2014c).

Dentre os conceitos e elementos do cuidado em saúde abordados neste trabalho, é importante esclarecer o conceito de cuidado integral à saúde, geralmente compreendido como uma atenção que une tanto as ações de tratamento e reabilitação quanto as de prevenção e promoção da saúde (NETO *et al.*, 2018; BRASIL, 2012a).

Vale citar a diferença entre os conceitos recém abordados "Cuidado integral à saúde" e "Integralidade". O primeiro refere-se a uma abordagem holística que considera não apenas a doença em si, mas também os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do sujeito. Esse modelo de cuidado busca promover a saúde de forma global, integrando diferentes especialidades e serviços para atender às necessidades individuais de cada pessoa. E o segundo é um conceito mais amplo que vai além do cuidado individual e da relação profissional-sujeito, pois perpassa a organização da RAS e o funcionamento do sistema de saúde como um todo. A integralidade implica na garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde, considerando as diferentes necessidades da população e promovendo ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de forma articulada e coordenada. Assim, enquanto o "Cuidado integral à saúde" enfoca a atenção ao sujeito em sua totalidade, a "Integralidade" envolve uma perspectiva mais abrangente, contemplando a organização e a oferta dos serviços de saúde de forma integrada e completa (MERHY; CECÍLIO, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2006; MENDES, 2012).

Nessa perspectiva, Almeida (2011) entende o cuidado integral à saúde como o

Fruto da interatividade positiva entre usuários, profissionais e instituições,

traduzidas em um tratamento digno, respeitoso e com qualidade, utilizando além do saber profissional e das tecnologias necessárias, a dimensão subjetiva e o contexto social da pessoa que procura alívio para seu sofrimento (ALMEIDA, 2011, p. 31)

Ao defender um cuidado integral, acolhedor das demandas e que proporcione a autonomia dos sujeitos envolvidos na ação, pode-se pensar em serviços de saúde que tenham potencial de investimento na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos (GUEDES; CASTRO; CASTRO, 2009). O cuidado integral à saúde está voltado para o ser humano como sujeito, e não como objeto. Portanto, não há como conceber um cuidado integral se o ser humano não for visto por completo. Assim, é preciso integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da medicina dos órgãos e reconhecer nele um sujeito, um semelhante, reorientando o modelo do cuidado (SILVA *et al.*, 2006).

A partir desses debates teóricos sobre o cuidado integral entende-se que este não pode se consolidar apenas com normatizações e diretrizes, deve se levar em consideração a adesão dos gestores, dos profissionais de saúde, de sujeitos, cujos vínculos de intersubjetividade interferem diretamente no processo de cuidar. A transversalidade das ações, a implicação dos sujeitos na tomada de decisões, as articulações intrasetorial e intersetorial para garantia de resolutividade, a visão ampliada das necessidades de saúde, são significativos e fundamentais para incorporar a integralidade nas práticas da produção do cuidado em saúde (SANTOS, 2013).

Dentre os conceitos e elementos do cuidado em saúde explorados neste trabalho, é importante esclarecer que a abordagem adotada como orientadora do desenho de investigação como um todo foi baseada no conceito de cuidado à saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2004), que aborda entre outros pontos o acolhimento, vínculo e responsabilização e de forma estrutural ao longo de toda a análise, foram adotadas duas das seis dimensões. Da gestão do cuidado, proposto por Cecílio (2011), (1) Organizacional (articulando um dos objetivos específicos deste trabalho, com intuito de compreender a questão do contexto institucional e de gestão da Rede de Atenção à Saúde (RAS)) e (2) profissional (que encadeia o segundo objetivo específico deste trabalho, com o propósito de trazer para a discussão os diversos elementos da relação profissional-sujeito na gestão do cuidado à obesidade).

1.4 A RAS como uma estratégia de organização do cuidado

A organização da atenção e da gestão do SUS na direção da garantia do cuidado integral em saúde ainda demanda superar a intensa fragmentação de serviços, de programas,

de ações e de práticas clínicas, bem como a incompatibilidade entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010a). Com intuito de melhorar a articulação dos serviços e ações da saúde, foi publicada em 2010 a Portaria nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010a). Desta forma, a indução pelo Ministério da Saúde para a implantação das RAS, a partir de 2011, representou uma nova etapa de organização do SUS, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado e produzir mudanças nos modos de produção do cuidado à saúde através de redes temáticas prioritárias, que foram denominadas como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas (BRASIL, 2014e). Segundo essa portaria, a RAS, no âmbito do SUS, pode ser definida como

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

Giovanella (2006) e Nolte e Mackee (2008) corroboram com a importância dos arranjos organizacionais em rede fundamentados na tomada de decisão coletiva, na cooperação e no diálogo para que seja possível superar as barreiras existentes para a coordenação do cuidado em saúde e a alcançar a integralidade. Apesar da vasta literatura abordando sobre a relevância da RAS, são encontradas no cenário atual experiências não exitosas em relação a essa organização. Pode-se citar a questão do arranjo organizacional de população e região de saúde que é ainda considerado um desafio a ser vencido na implantação das RAS, visto que em territórios que deveriam estar delimitados com sua população adscrita, isto não ocorre e dificulta a articulação dos pontos de atenção das redes e o processo de trabalho das equipes de saúde, com os demais segmentos sociais dentro do território. E também, a inexistência ou dificuldade de integração e coordenação da rede a partir da APS, pois a mesma requer mecanismos de gestão e conhecimento por parte dos atores para que ela consiga coordenar o cuidado na rede de atenção (PAMPOLHA *et al.*, 2023). Esse fato favorece um tempo de resposta mais prolongado às necessidades da população (LOPES, 2016).

De acordo com Mendes (2010), a estruturação da RAS é importante para melhorar a organização dos serviços de saúde. Já Silva e Magalhães Júnior (2013) indicam que a RAS possibilita uma atenção integral contínua que favorece as necessidades da população, por meio da ordenação dos serviços de saúde. Em adição, Mendes (2010) destaca que a RAS tem

o intuito de proporcionar a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, visando ao aprimoramento do sistema de saúde, em relação a acesso, equidade, eficácia e eficiência. A RAS é caracterizada pela

Formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010a).

Um princípio fundamental que perpassa a lógica das RAS é a garantia da integralidade do cuidado. Com uma rede de atenção fragilizada, caracterizada pela ausência ou insuficiência de um sistema de regulação para facilitar a articulação da APS com outros níveis assistenciais e o funcionamento da referência e contrarreferência, torna-se limitada a possibilidade de se garantir a integralidade, tendo em vista que nenhuma unidade de serviço é capaz de concentrar em si todos os atributos, ações e serviços de promoção, proteção e recuperação necessários às demandas de saúde da população. Portanto, é fundamental uma rede articulada de serviços de complexidades distintas que se corresponsabilizem pelo cuidado integral ao sujeito. A integralidade é um elemento chave na concepção das redes de saúde e possui diversos sentidos, conferindo maior complexidade e abrangência ao modelo de atenção que se dispõe a alcançá-la (MATTOS, 2006; MENDES, 2012).

Dentre as estratégias efetivas para fornecer uma atenção integral para a população, destaca-se a organização da RAS sendo a APS a coordenadora de fluxos de atendimento no sistema, e a ordenadora e/ou gestora do cuidado de saúde. Porém, para que isso realmente seja eficaz é preciso refletir sobre a diretriz de hierarquização dos serviços, considerando os componentes da RAS: APS (centro de comunicação); os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança (CECÍLIO *et al.*, 2012; BRASIL, 2010a).

Como primeiro componente, a APS deve ser preferencialmente a porta de entrada no sistema de atenção à saúde, por ser o primeiro contato dos sujeitos, famílias e comunidades. Além disso, a APS possui o compromisso de oferecer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2010a). Segundo Mendes (2010), o centro de comunicação é o ponto de união da RAS, no

qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela atenção primária à saúde (unidade de atenção primária à saúde ou equipe do Programa de Saúde da Família). Porém, é importante ressaltar que esse movimento de priorização da APS, não foi acompanhado de investimento semelhante na organização dos demais níveis de atenção do sistema, bem como na articulação entre eles no sentido de garantir a continuidade do cuidado, visando à integralidade da atenção (SPEDO *et al.*, 2010).

O segundo componente consiste nos pontos de atenção secundária e terciária, de média e alta densidades tecnológicas, necessários para a efetivação das ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos (BRASIL, 2010a). O cuidado especializado é indispensável para dar efetividade e continuidade à APS e prover assistência especializada aos que dela carecem, complementando-a, para que o SUS aproxime-se de uma integralidade desejada (TESSER; NETO, 2017).

No SUS os serviços especializados de média densidade tecnológica, geralmente organizam-se em ambulatórios, onde especialistas recebem sujeitos através de encaminhamento ou referência. Há frequentemente retenção de sujeitos e geração de filas de espera para especialistas, dificultando o vínculo com a APS e a coordenação do cuidado (MENDES, 2011; TESSER; NETO, 2017).

Em relação a esse componente, gestores de distintas esferas de governo têm determinado que a dificuldade de acesso aos serviços especializados, que representa um dos principais entraves para garantir a integralidade da atenção (PIMENTA, 2005; SPEDO, 2010).

Como terceiro ponto, os Sistemas de Apoio são expressos como ambientes institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010a).

O quarto componente refere-se aos Sistemas Logísticos, que são descritos como soluções em saúde, baseados nas tecnologias de informação, e unidas ao conceito de integração vertical, que é equivalente a um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na RAS (BRASIL, 2010a). Nesse tocante, vale abordar que há dificuldades de referenciamento no SUS mesmo nas regiões mais ricas, com diversidade de

prestadores e farta oferta de serviços de média e alta densidade. Esses achados corroboram a necessidade de mudança no núcleo tecnológico do cuidado que modelou os níveis político, organizacional e das práticas nas diferentes regiões (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; VENANCIO *et al.*, 2011).

Existe também uma grande dificuldade em relação aos sistemas de informação em saúde, devido à falta de integração dessas informações, que gera um trabalho ainda maior para os profissionais, gestores e pesquisadores da área da saúde. Essa é uma dificuldade vivenciada desde 1980 e está associada à fragmentação das estruturas burocráticas do Estado, à ausência de padronização tecnológica e à baixa qualificação das políticas de governança de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) nas organizações (NETO *et al.*, 2021; PINTO *et al.*, 2018).

Os principais sistemas logísticos da RAS são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos sujeitos; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários (BRASIL, 2010a). Vale mencionar aqui, que em 2013, foi lançada pelo Ministério da Saúde, a Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que possuía como um dos seus objetivos viabilizar maior integração entre os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SNIS) em funcionamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio da unificação das interfaces de captação de dados nos softwares Coleta de Dados Simplificada (CDS) e no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (REZENDE; SOARES, 2020).

A implantação dos prontuários eletrônicos nas redes de atenção à saúde seria um diferencial para o processo de cuidado. No entanto, está presente em poucos municípios. Essa ferramenta colabora para unir os serviços, simplificando interrogatórios e diminuindo o número de exames complementares repetidos, reduzindo os custos de atendimento e o tempo de permanência nas instituições (GONÇALVES *et al.*, 2013; MORTOZA, 2017). Porém, assim como o e-SUS AB, os prontuários eletrônicos ainda possuem desafios para sua implementação nos municípios brasileiros, o que dificulta o cruzamento dos dados e sua melhor utilização para o planejamento de ações de saúde (LIMA, 2018; NETO *et al.*, 2021; CIELO *et al.*, 2022). Vale pontuar, que o estudo realizado por Cielo *et al.*, (2022), analisou os dados sobre o tema e constatou principalmente que, em 2019, 92,2% dos municípios brasileiros apresentavam grau de implantação do e-SUS AB diferente de ‘não implantado’. As regiões Sul e Sudeste se destacaram com maiores percentuais de implantação da estratégia, sendo que os estados com maiores percentuais de status ‘implantado’ foram Rio Grande do Sul (30,3%), São Paulo (29,5%) e Santa Catarina (28,8%). Além disso, verificou que em 2019

o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS) foi instituído pelo Ministério da Saúde para informatizar todas as equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária à Saúde (eAP) do país e de qualificar os dados em saúde dos municípios e do Distrito Federal, o que certamente pode ter contribuído de forma importante com o cenário de informatização necessário para a implantação da estratégia e-SUS AB, especialmente em localidades mais vulneráveis.

E o quinto e último componente da RAS corresponde ao Sistema de Governança, que é compreendido como a capacidade de intervenção que abrange diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede (BRASIL, 2010a).

Apesar de todas as vantagens já descritas sobre a existência de uma RAS estruturada, é necessário entender o desafio que é tornar essa rede tangível no Brasil, devido tanto à formação da própria rede, como às conexões necessárias entre os pontos de atenção. A complexidade da RAS demanda uma compreensão e planejamento que exigem ferramentas inovadoras como análise de redes e modelamento matemático que integre expectativas de consumo e capacidade de produção com a exigência de resultados valoráveis pelos cidadãos (VIANA *et al.*, 2018).

Além disso, deve-se considerar o conjunto de profissionais com características diversas, e a realidade territorial desigual dos sujeitos, uma vez que existem RAS desestruturadas e sem uma oferta suficiente de serviços para atender às necessidades de saúde da população. Além disso, ainda é desafiadora a presença do modelo biomédico nas práticas assistenciais dos profissionais de saúde e gestores (ARRUDA *et al.*, 2015; FERTONANI *et al.*, 2015).

Esse modelo biomédico tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde (FERTONANI *et al.*, 2015). E possui alguns limites na atenção à saúde das pessoas, destacando-se: o foco em intervenções no corpo e na parte afetada do sujeito; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; e pouco destaque para a análise dos determinantes do processo saúde-doença (SILVA JUNIOR, 2007; MENDES, 2012; FERTONANI *et al.*, 2015).

Em relação às práticas assistenciais, é fundamental que a RAS esteja estruturada e que organize de forma articulada as ações e serviços de saúde do território de acordo com as suas especialidades e configurações. Considerando esse fato, a APS deve atuar como o centro da coordenação do cuidado, de forma resolutiva e capaz de mapear riscos e demandas. A implantação das RAS justifica-se também pela necessidade de cuidados continuados em saúde para pessoas com doenças crônicas, como estratégia para garantia da integralidade e pela

perspectiva da economia de escala e de escopo (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008). Esse mapeamento ocorre a partir das tecnologias disponíveis no território que são capazes de gerar vínculos e possibilitar a ampliação da autonomia dos sujeitos e da população, como por exemplo, grupos terapêuticos, Centros de Atenção Psicossocial, Centros Especializados, entre outros.

Apesar de todos os conceitos e normativas abordadas anteriormente, a APS configurada para ser a gestora da RAS assumindo o papel de monitorar o cotidiano e as necessidades de saúde dos sujeitos, vem identificando diversas dificuldades para exercer tal função. Isso se deve primeiramente ao fato dos níveis de atenção não se comunicarem, trabalharem de forma isolada, gerando fragmentação do cuidado e prejudicando principalmente o sujeito que não tem continuidade de seu tratamento (RODRIGUES *et al.*, 2014; MANSA, 2017).

1.4.1 Organização do processo de trabalho dentro dos serviços de saúde

A APS foi legitimada como maior estratégia para organização dos sistemas universais de saúde pública na 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978 (FERREIRA NETO; KINDA, 2011). Desde 1994, a organização da APS no país tem como prioridade o modelo de assistência, a ESF. Como já mencionado anteriormente, a APS é a porta de entrada das pessoas ao sistema de saúde, o serviço de referência para a coordenação do cuidado na RAS do SUS e para a busca da maioria das respostas às necessidades de saúde da população GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009; BRASIL, 2017).

Uma das principais justificativas para a implantação das RAS é a necessidade de organização de sistemas para dar respostas à tríplice carga de doenças – infectocontagiosas, crônicas e causas externas –, com destaque nesse caso, para as DCNTs, especificamente a obesidade e a obtenção de melhores resultados econômicos, epidemiológicos e de integralidade do cuidado em saúde (MENDES, 2012).

Dentro da esfera de organização dos serviços de saúde, uma RAS com territórios definidos representaria um ganho muito importante para as equipes de saúde, mas essa não é uma realidade da maioria dos municípios brasileiros. Porém, essa organização dos territórios facilitaria a definição das responsabilidades que cabem a cada serviço situado no território e também melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde através de integração com outras políticas públicas. A organização tem sido uma condição

considerada imprescindível quando se pretendem cooperação e solidariedade entre os atores e organizações de saúde da região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população (MENDES, 2012; SILVA, 2011).

As equipes de saúde enfrentam desafios diários para realizar as ações, que foram evidenciados no contexto da pandemia da COVID-19 (GALON; NAVARRO; GONÇALVES, 2022). Dentre os desafios, destacam-se: a falta de financiamento; as formas de contratação dos profissionais de saúde cada vez menos estáveis, muitas vezes com salário precário e jornadas excessivas; a formação dos profissionais em desarmonia com o modelo da ESF e a falta espaços formativos no serviço; a dificuldade de efetivação do trabalho em equipe; ao acesso dificultado pelo excesso de demanda e déficit de pessoal; as dificuldades no desenvolvimento de ações intersetoriais, na coordenação do cuidado na RAS; a gestão do processo de trabalho de forma participativa, entre outros (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; PERUZZO *et al.*, 2018; GALON; NAVARRO; GONÇALVES, 2022). Outros desafios, como a grande rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, com destaque para as especialidades médicas (SILVA, 2011; BELO *et al.*, 2022).

O estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2023), analisou o papel indutor de um incentivo financeiro federal repassado aos municípios brasileiros em 2020, em meio à pandemia de Covid-19, no aumento do número de atendimentos individuais para a condição de obesidade na APS. E reconhece que o contexto da pandemia de Covid-19 sobrecarregou os serviços de saúde e resultou na redução do número de atendimentos eletivos, principalmente em 2020.

Dentro deste tópico o trabalho em saúde caracteriza-se como um trabalho coletivo de prestação de serviço, compartilhando características do processo de produção do setor terciário da economia. O trabalho realizado por diferentes profissionais de saúde tem como resultado, a assistência à saúde como um produto indissociável do seu processo de produção (PIRES, 2000).

A APS assume um papel estratégico para o adequado funcionamento da RAS e para organização do processo de trabalho, e seu fortalecimento depende de um conjunto de condições entre as quais se destacam: disponibilidade de médicos generalistas com boa formação para cuidar da saúde da comunidade, com utilização das melhores evidências científicas na terapêutica dos problemas mais prevalentes; ações de saúde abrangentes e articuladas, que contemplem vigilância, prevenção de enfermidades e promoção de saúde; gerenciamento do cuidado visando garantir sua continuidade, através da regulação do acesso e

integração com os demais níveis de atenção; escopo assistencial amplo, se necessário incluindo outras especialidades médicas para que atuem de forma articulada com os médicos generalistas nas situações de maior prevalência, tais como cardiologia, ortopedia, entre outras; e integração matricial com os especialistas (SILVA, 2011).

Quando se pensa na organização dos processos de trabalho nas eSF, encontram-se diversos desafios, principalmente em relação à prevenção e manejo da obesidade. Os profissionais de saúde estão imersos em um modelo assistencial ligado à lógica biomédica, com vulnerabilidades no tocante ao vínculo empregatício e pressionados pela lógica de desempenho. E dentro desse processo, ainda prevalece a pouca autonomia e tempo dos profissionais de saúde para a definição do seu processo de trabalho. Essas situações constantes para esses profissionais geram a falta de domínio do processo de trabalho e os leva a reproduzir atividades assistenciais fragmentadas, protocolares e voltadas para o cumprimento de metas pré-estabelecidas. No caso da assistência às pessoas com obesidade, essa lógica individual presente nos pilares da promoção da saúde reforça a responsabilização, estigmatização e culpabilização dos sujeitos com obesidade (JESUS, 2020).

Essa lógica de desempenho, obteve um maior destaque após o lançamento do novo modelo de financiamento da APS (2019), que trouxe o fundamento da eficiência e otimização dos recursos, com o repasse financeiro aos municípios associados ao desempenho e ao número de pessoas cadastradas (REIS *et al.*, 2019; JESUS, 2020).

Em 2019, o Ministério da Saúde implantou o programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979, no qual o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi excluído das estratégias, ações e programas da APS que teriam custeio garantido pelo Ministério da Saúde. Este programa apresentou propostas ao novo modelo de financiamento do SUS, alterando formas de repasse das transferências para os municípios que passaram a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019). O Previne Brasil resultou na publicação da Nota Técnica (NT) nº 3 de 2020, referente ao não credenciamento de equipes do NASF a partir daquela data (BRASIL, 2020). Assim, houve um desestímulo por parte do Ministério da Saúde à estratégia do NASF e à lógica do apoio matricial, deixando a cargo do gestor local a escolha de manter os profissionais neste ponto de atenção e a existência de equipes locais de NASF (PAULINO *et al.*, 2021). Em maio de 2023, foi publicada a Portaria GM/MS nº 635, que estabelece as diretrizes para custeio e implantação das equipes multiprofissionais, as eMulti. Considerando a oportunidade de uma nova indução na expansão da ação multiprofissional na APS, o Ministério da Saúde pautou nos espaços técnicos da Comissão Intergestores Tripartite

(CIT) a proposta de incentivo financeiro federal para implantação, custeio e desempenho das modalidades de equipes multiprofissionais na APS (BRASIL, 2023a).

Em relação ao processo de trabalho, aqui concebido como o jeito de fazer saúde dos profissionais, aspecto significativamente importante para concretizar o vínculo entre os sujeitos e o sistema de saúde e, por conseguinte, para contribuir com o princípio da integralidade. Entretanto, esse fazer não depende apenas da motivação e da qualificação profissional. Nele estão envolvidos vários elementos como o ambiente, as condições de trabalho, a organização dos serviços, as tecnologias disponíveis, as relações interpessoais da equipe, o apoio da gestão para o cuidado entre outros (ALBERTO, 2021).

1.4.2 Fluxos assistenciais do tratamento da obesidade

O fluxo assistencial permite um nível de acompanhamento, ou de responsabilização do prestador/cuidador pelo sujeito. A utilização de “tecnologias duras” (exames, imagens, procedimentos) implicará o retorno ao “cuidador”, que definirá sempre pela necessidade de novos procedimentos, ou pelo estabelecimento de uma determinada terapêutica. O percurso pela linha de cuidado requer uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico apropriado, o gerenciamento do processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência do sujeito (MALTA *et al.*, 2004). Segundo Merhy e Cecílio (2003), o fluxo assistencial pode ser compreendido como o

Percurso que se estende conforme as necessidades do beneficiário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MERHY; CECÍLIO, 2003, p.4).

Franco e Magalhães (2004) descrevem o fluxo assistencial como uma forma de linha de produção do cuidado, que inicia na APS ou em qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais, centradas no sujeito, facilitando o seu percurso na rede, com instrumentos que garantam a referência aos diversos níveis de complexidade da atenção e a contrarreferência para as especialidades e serviços necessários.

As linhas de cuidado apresentam os fluxos assistenciais que devem ser assegurados ao sujeito, na perspectiva de atender às suas necessidades de saúde. As linhas determinam as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (atenção primária, secundária e terciária) e nos sistemas de apoio. A linha de cuidado permite traçar o itinerário terapêutico dos sujeitos na RAS, não somente por protocolos estabelecidos, mas também pela certificação de que os gestores dos serviços podem pactuar

fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de proporcionar o acesso do sujeito às unidades e serviços dos quais necessita. As linhas de cuidado servem para orientar todo o cuidado em saúde para determinada condição do sujeito, por meio de ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença (FRANCO; FRANCO, 2012; MENDES, 2011; BRASIL, 2013a). A linha de cuidado expressa:

Os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO; FRANCO, 2012, p. 1).

Feuerwerker e Merhy (2008) apontam a necessária produção de linhas de cuidado que transpassem a APS, a especializada, a ambulatorial e a hospitalar. Para tanto, novas modalidades de apoio e articulação entre profissionais e serviços precisam ser construídas, considerando a necessidade de atender à intensificação do cuidado requerido pelos sujeitos em suas distintas situações de vida. Modalidades essas que permitam "uma análise crítica permanente sobre o processo de trabalho, bem como a constante renovação de pactos" (p. 181) entre profissionais de uma mesma equipe e entre diferentes equipamentos de saúde, em arranjos de responsabilidade pautados pelo cuidado.

A reorganização dos serviços na perspectiva de linhas de cuidado favorece uma abordagem integrada e intersetorial da obesidade. Nesse sentido, a estrutura das UBS e o processo de trabalho das eSF são essenciais para a configuração de um modelo assistencial que contribua para a integralidade do cuidado (BRANDÃO *et al.*, 2020), possibilitando serviços acolhedores e resolutivos e ações oportunas de identificação e apoio às pessoas em risco nutricional ou com o agravo.

Existem alguns conceitos para definir qual o melhor modelo assistencial. Paim (2003) aborda como diferentes combinações tecnológicas com distintas finalidades, pode solucionar problemas e atender necessidades de saúde, organizar serviços de saúde ou influir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde. Enquanto isso, Mendes (2012), descreve o modelo de atenção à saúde como sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes.

Nesse contexto, Fertoni *et al.*, (2015), adiciona à discussão os principais desafios para implementação do modelo assistencial: (1) trabalho em equipe; (2) dificuldades na

implantação da integralidade seja no que diz respeito à relação de referência e contrarreferência no âmbito do SUS e de integração entre os níveis de atenção; (3) formação inadequada ou insuficiente para o trabalho em saúde; (4) necessidade de superação de significativos déficits nas condições de trabalho, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários precários e jornada excessiva; (5) relação assimétrica entre profissionais e sujeitos, principalmente as dificuldades no envolvimento dos profissionais com a comunidade, do estabelecimento de vínculo de respeito mútuo e corresponsabilidade entre profissionais e sujeitos dos serviços de saúde (FERTONANI *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde implantou, em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), objetivando fortalecer e avaliar padrões da gestão, do processo de trabalho e dos indicadores do acesso e da qualidade da APS (BRASIL, 2015; CHAVES *et al.*, 2018). Com isso, o PMAQ possibilitava avaliar quantitativamente aspectos tanto da infraestrutura das UBS como das atividades realizadas pelas eSF (BRANDÃO *et al.*, 2020; BRASIL, 2015), o que indica a sua viabilidade para avaliar as condições da APS necessárias à implantação e funcionamento de uma Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO). Mesmo assim, dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de 2013-2014, apontaram que apenas 36,4% das equipes de saúde possuíam o registro das pessoas com obesidade no seu território; 35,9% faziam classificação de risco desses sujeitos e 39% possuíam registro dos sujeitos de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Porém, em 2020 houve a extinção do PMAQ e a criação do Programa Previne Brasil, que alterou a lógica de financiamento e, por conseguinte, de trabalho da APS no país. Considerando que o PMAQ norteava os gestores acerca de uma assistência à saúde de qualidade, e que, por meio de indicadores quantitativos e qualitativos, demonstrava espaços e práticas que precisavam ser estimulados ou aprimorados, imagina-se o impacto sobre a LCSO (BRASIL, 2019). O impacto da descontinuidade do PMAQ pode ser compreendido pelo fato do mesmo ter sido criado para contemplar aspectos, como: a adscrição de território, o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade, a garantia da continuidade e longitudinalidade do cuidado com os usuários, coordenação da integralidade do cuidado e estímulo à participação dos sujeitos visando o controle social (SOARES, 2018).

É importante destacar também que os percursos percorridos pelos sujeitos à procura de cuidados terapêuticos não coincidem, necessariamente, com os fluxos pré-determinados pela medicina moderna ou pelos serviços de saúde. As escolhas realizadas representam

construções subjetivas, individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, concebidas sob a influência de contextos socioculturais, experiências pessoais e oferta de serviços de saúde (ALVES; SOUZA, 1999; YOUNES; RIZZOTTO; ARAUJO, 2017). Com isso, o cuidado no que tange a obesidade deve ser fundamentado nas melhores evidências disponíveis e incluir diversos componentes devido à sua origem multifatorial e, além disso, deve considerar as preferências dos sujeitos sobre as decisões e percurso clínico do seu cuidado (REIS, 2018).

As Portarias, nº 424 e nº 425 de 2013, forneceram o regulamento técnico, normas e critérios para a construção de fluxo de atendimento integral ao sujeito com obesidade, através da definição de LCSO, prevista na implantação da RAS das pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c). Para o desenvolvimento da LCSO é preciso uma articulação intrasetorial (entre setores que integram o SUS), uma vez que são previstas ações nos diferentes pontos da RAS, bem como um fluxo de encaminhamento do sujeito, que é essencial para uma abordagem mais integral do sujeito nos serviços de saúde.

A Portaria nº 483 referente à linha de cuidado foi publicada em 2014 com o objetivo de redefinir a RAS das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Como princípios desta portaria, destacam-se: articulação entre os diversos serviços e ações de saúde da RAS, acolhimento e autonomia dos sujeitos, modelo de atenção centrado no sujeito, e, como destaque para esse trabalho, a questão da formação profissional e educação permanente, a fim de qualificar os profissionais de saúde em relação ao cuidado (BRASIL, 2014d). Corroborando a presente portaria, as anteriormente citadas (nº 424 e nº 425) também abordam a importância da formação profissional através da indução da formação e qualificação para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

Os dados empíricos revelam a ausência de uma abordagem multiprofissional e a frágil atuação da APS na responsabilização e no cuidado aos sujeitos com obesidade. Nesse sentido, a linha de cuidado ao indivíduo com obesidade pode ser uma estratégia importante a ser implementada (YOUNES; RIZZOTTO; ARAUJO, 2017). De acordo com Bortolini *et al.* (2020) até dezembro de 2019, 21 unidades federadas brasileiras apresentaram processos em fase de implantação das linhas de cuidado para obesidade, totalizando 43 linhas em todo o país.

Outro aspecto importante, diz respeito à orientação da Política de Formação em Saúde para o SUS, que recomenda um trabalho interdisciplinar, em que a prática é construída por

equipes multiprofissionais, no intuito de solucionar os problemas cotidianos mais complexos (SOUZA *et al.*, 2018). O trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade tem sido o foco de atenção na formação e qualificação dos profissionais, sendo de fundamental importância a interação e a troca de conhecimentos baseados em princípios éticos e no respeito às relações entre profissionais-sujeitos dos serviços, com a finalidade de construir um novo conhecimento que tenha impacto na resolução de problemas da população (CHIRELLI, 2002).

Nesse sentido, o cuidado à saúde de pessoas com doenças crônicas, aqui incluídas aquelas com obesidade, envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional. A equipe multiprofissional pode ser compreendida como um agrupamento de profissionais que responde a uma determinada população e que se reúne regularmente para debater sobre os problemas de saúde dessa população e dos sujeitos nela inseridos. O trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicas, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção (BRASIL, 2013a).

2 JUSTIFICATIVA

A prevenção e o manejo das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um agravamento do quadro epidemiológico caracterizado pelo aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade e por seus reflexos na qualidade de vida e no sistema de saúde no país. Nesse contexto, questões importantes relacionadas ao cuidado à saúde abarcam: limites na compreensão das adversidades relacionadas ao processo saúde-doença da obesidade por parte dos profissionais de saúde, culpabilização do sujeito por ter a obesidade, frustração dos profissionais pela não adesão ao tratamento pelos sujeitos, compreensão dos profissionais sobre os diversos condicionantes psicossociais e biológicos da obesidade e principalmente, a compreensão de como os condicionantes interagem na vida dos sujeitos com obesidade.

Diante desse cenário, é oportuna a realização de estudos que, à luz do referencial teórico de cuidado à saúde, analisem os dilemas e desafios que os profissionais de saúde enfrentam para lidar com os sujeitos do SUS que apresentam obesidade. Este tipo de estudo pode oferecer subsídios para a compreensão mais ampla das abordagens adotadas no cuidado em saúde no tocante aos modelos de atenção à saúde que tratem o sujeito com obesidade, seja por meio das ações individualizadas ou em grupo (grupos de apoio, grupos terapêuticos).

Nesse sentido, é importante considerar que a prática do cuidado depende de como o profissional atua dentro do seu espaço de trabalho e de como este concebe o cuidado e a relação com os sujeitos que estão à procura de um serviço. Nesse sentido, ao analisar o cuidado às pessoas com obesidade, ainda são poucos os estudos que discutem sobre as dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam para lidar com os sujeitos do SUS que apresentam obesidade. O presente estudo tem o propósito de contribuir para o avanço do conhecimento sobre esta temática por meio da abordagem do cuidado à saúde de pessoas com obesidade sob a perspectiva de profissionais de diversas áreas da saúde, buscando compreender suas concepções acerca da gestão do cuidado à saúde de pessoas com obesidade na atenção primária no estado do Rio de Janeiro.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender as concepções dos profissionais da saúde acerca da gestão do cuidado à saúde dos sujeitos com obesidade na atenção primária no estado do Rio de Janeiro.

3.2 Específicos

- Identificar elementos do contexto institucional e de gestão que afetam o cuidado em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade na concepção dos profissionais de saúde;
- Analisar os elementos da dimensão profissional do cuidado em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade na concepção dos profissionais de saúde.

4 MÉTODOS

4.1 Modelo teórico-metodológico

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, que se apresenta pela profundidade, detalhamento e contextualização dos relatos. Assim, quando se analisa em profundidade o conjunto de dados, buscam-se as regularidades temáticas e os significados atribuídos às mesmas (MORÉ, 2015). De acordo com Minayo (2016), a pesquisa qualitativa fornece um universo da produção humana, composto por relações, representações, intencionalidades, conhecimentos, e gera indagações que, no caso do presente estudo, se referem ao cuidado em saúde a pessoas com obesidade.

Segundo Deslandes e Assis (2002), a análise dos significados atribuídos pelos sujeitos a fatos, relações e práticas é um eixo comum às diversas abordagens qualitativas. A análise de conteúdo possibilita compreender o contexto de construção desses fatos e busca estabelecer novas conexões - menos evidentes - ancoradas na teoria, nas contradições e no contexto que circundam o objeto (GOMES, 2010).

O presente estudo baseou-se nas seguintes questões orientadoras:

- Quais elementos do contexto institucional e de gestão afetam o cuidado em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade na perspectiva dos profissionais de saúde?
- Quais elementos da dimensão profissional do cuidado em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade são identificados pelos profissionais de saúde que atuam na prestação desse cuidado e como são compreendidos por eles em sua prática?

4.2 Cenário de pesquisa

O presente estudo é derivado do projeto intitulado “Ações de controle e enfrentamento da obesidade no estado do Rio de Janeiro (PEO-ERJ) – pesquisa, formação, monitoramento e difusão”, inserido no Núcleo de Alimentação e Nutrição em Políticas Públicas do Instituto de Nutrição/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob coordenação de Luciana Maria Cerqueira Castro. Ele foi desenvolvido por meio da parceria da UERJ com seis instituições de ensino superior (Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade Bezerra de Araújo, Faculdade Arthur Sá Earp Neto e Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública), quatro Secretarias Municipais de Saúde (Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Mesquita e Macaé) e a Secretaria do Estado do Rio de Janeiro e financiado pelo Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Edital 26/2018 Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018 - Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS). O PEO-ERJ teve por objetivo geral subsidiar a implementação de ações para o manejo do sobrepeso e da obesidade em municípios do Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Dos 92 municípios existentes no ERJ, 34 foram selecionados para o PEO, mas sete deles não assinaram o termo de participação, totalizando, assim, 27 municípios distribuídos por todas as regionais do estado (Quadro 1). Sua seleção foi orientada pelos seguintes critérios: possuir equipes de NASF; ter realizado pactuação para recebimento de recursos do Fundo de Ações de Alimentação e Nutrição e/ou do Programa Crescer Saudável e/ou da Vigilância Alimentar e Nutricional; possuir Área Técnica de Alimentação e Nutrição ativa; e possuir parceria técnica com alguma das instituições de ensino superior envolvidas no projeto.

Quadro 1 - Municípios participantes do projeto “Ações de controle e enfrentamento da obesidade no estado do Rio de Janeiro (PEO-ERJ) – pesquisa, formação, monitoramento e difusão” segundo as regiões de saúde. Rio de Janeiro, 2023.

| Regiões de Saúde | Municípios |
|-------------------------|--|
| Baía da Ilha Grande | Angra dos Reis |
| Baixada Litorânea | Araruama; Arraial do Cabo; Cabo Frio; Casimiro de Abreu; Rio das Ostras; São Pedro da Aldeia |
| Centro-Sul | Paracambi; Paraíba do Sul; Três Rios; Vassouras |
| Médio Paraíba | Valença |
| Metropolitana I | Belford Roxo; Duque de Caxias; Mesquita; Nilópolis; Rio de Janeiro |
| Metropolitana II | Maricá; Niterói; São Gonçalo |
| Noroeste | Itaperuna |
| Norte | Carapebus; Campos dos Goytacazes; Macaé; Quissamã |
| Serrana | Guapimirim; Petrópolis |

A base empírica do estudo foi construída a partir dos relatos dos profissionais de saúde dos municípios participantes do curso “Cuidado da Obesidade no Território: reflexão e ação”, oferecido no âmbito do projeto PEO-ERJ. A escolha deste grupo se deveu ao fato de ele estar

inserido no curso de formação para profissionais oferecido pelo PEO-ERJ, o que facilitaria o contato com eles. Desta forma, o estudo tornou-se factível em termos operacionais e financeiros. O principal objetivo deste curso foi realizar um processo formativo dirigido a profissionais de saúde da APS e das equipes do NASF do estado do Rio de Janeiro sobre cuidado integral dos sujeitos para prevenção e manejo da obesidade. Ele abarcava, originalmente, atividades práticas e teóricas. Porém, com o início da pandemia da COVID-19, sua metodologia foi alterada, e todas as atividades passaram a ser virtuais, síncronas e assíncronas. Os seis módulos do curso de formação de profissionais foram disponibilizados na plataforma Telessaúde UERJ até a data de 03/03/2022. Esta plataforma tem como objetivo organizar, implantar e dar sustentabilidade a projetos em telemedicina e telessaúde nas áreas de pesquisa colaborativa, teleducação e teleassistência. O curso previa a realização de seis aulas presenciais e foram realizadas três até março de 2020. As aulas presenciais restantes foram substituídas por atividades de Ensino a Distância (EaD), tipo webconferências, síncronas ou assíncronas. O encerramento do curso ocorreu em abril de 2021.

O curso de formação de profissionais contou com a participação de profissionais dos 27 municípios inseridos no PEO-ERJ. Os municípios foram agrupados em quatro polos, de modo que cada instituição de ensino superior parceira pudesse apoiar o desenvolvimento do curso e a realização das aulas presenciais. Foram ofertadas 709 vagas, recebidas 501 inscrições e realizada a inscrição de 422 profissionais por meio de um formulário (*Google Forms*), o que correspondeu a 84% de adesão inicial dos indicados pelos gestores e um percentual de 60% de utilização das vagas oferecidas pelo projeto. O curso contou com a participação efetiva de 351 profissionais dos 27 municípios que fizeram o cadastramento prévio na plataforma do Telessaúde UERJ. O curso foi iniciado com o “Seminário Estadual Cuidado da Obesidade no Território: reflexão e ação”, que ocorreu no dia 16 de outubro de 2019.

O curso abarcou diversos conteúdos visando aprimorar os conhecimentos dos profissionais a respeito da obesidade e sobre como esses profissionais poderiam agir em seu território, contribuindo para a organização da linha de cuidado nos municípios, incentivando que refletissem sobre: o reconhecimento da obesidade como uma questão de saúde pública e seus determinantes sociais, a identificação dos dados epidemiológicos relativos ao sobrepeso e à obesidade, a proposição de ações de cuidado individuais e coletivos dirigidos a pessoas com obesidade, a inovação em ações de educação alimentar e nutricional e a colaboração para a implementação da linha de cuidado da obesidade no território. Seu programa está disponível no Anexo A.

4.3 Instrumentos e coleta de dados

Questionário

Segundo Andrade (2009), o questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas que, em determinadas circunstâncias, podem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. No caso do presente estudo ele foi autoaplicado pelos participantes. Dentre as vantagens desse tipo de instrumento e desta forma de aplicação destacam-se: a economia de tempo, a possibilidade de atingir um maior número de pessoas simultaneamente, o risco menor de distorção pela não influência do pesquisador, o maior tempo para responder e em hora mais favorável, entre outras. Como desvantagens, podem ser apontadas: a percentagem pequena de retorno dos questionários, o grande número de perguntas sem respostas, a impossibilidade de ajudar o informante em questões mal compreendidas, entre outras. Com a finalidade de reduzir as desvantagens dos questionários autoaplicados, é importante que as perguntas sejam objetivas, com uma linguagem clara e com um vocabulário adequado ao nível de escolaridade dos informantes (ANDRADE, 2009).

O questionário (Apêndice A) foi construído com a finalidade de conhecer o perfil dos profissionais de saúde participantes do curso e oferecer elementos para construção do roteiro da entrevista em profundidade. Ele abarcou dados de caracterização da prática profissional e da formação dos participantes e perguntas acerca das causas da obesidade: (a) principais causas da obesidade no município e/ou território; (b) principais dificuldades na prática profissional para desenvolver ações de prevenção e manejo da obesidade; (c) limites/deficiências na formação para lidar com a obesidade; e (d) dificuldades de adesão dos sujeitos ao tratamento do sobrepeso/obesidade. O roteiro do questionário foi composto por perguntas abertas e fechadas, sendo autopreenchido por 225 dos 251 profissionais de saúde presentes no “Seminário Estadual Cuidado da Obesidade no Território: reflexão e ação”.

Entrevistas

A segunda técnica utilizada para produção de dados empíricos foi a entrevista em profundidade com os profissionais de saúde inscritos no curso. A entrevista em profundidade constitui um “espaço relacional privilegiado”, no qual o pesquisador busca o protagonismo do

participante. Será nesse espaço, criado e proposto pelo investigador, que o participante expressará livremente suas opiniões, vivências e emoções que constituem suas experiências de vida (MOREÉ, 2015). Esse tipo de entrevista é caracterizada, no contexto da pesquisa qualitativa, por sua potencialidade de gerar narrativas em torno de um objetivo principal. Dessa forma, quando se analisam em profundidade os dados em seu conjunto, buscam-se as regularidades temáticas e os significados atribuídos às mesmas (MOREÉ, 2015). De acordo com Minayo e Sanches (1993)

"o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos" (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 245).

A entrevista teve o intuito de compreender como os elementos do contexto institucional e de gestão e da dimensão profissional do cuidado em saúde que afetam o cuidado do sujeito com sobrepeso e obesidade são compreendidos pelos profissionais de saúde que agem na prestação desse cuidado.

Antes de realizar a entrevista, os profissionais responderam um formulário (Google Forms) que englobou questões relacionadas à sua trajetória profissional (Apêndice B). O roteiro das entrevistas semiestruturadas (Apêndice C) foi elaborado com base nos objetivos da tese, nas respostas dos questionários e nas leituras relacionadas ao tema do estudo. Este roteiro foi pré-testado e aprimorado antes de ser aplicado.

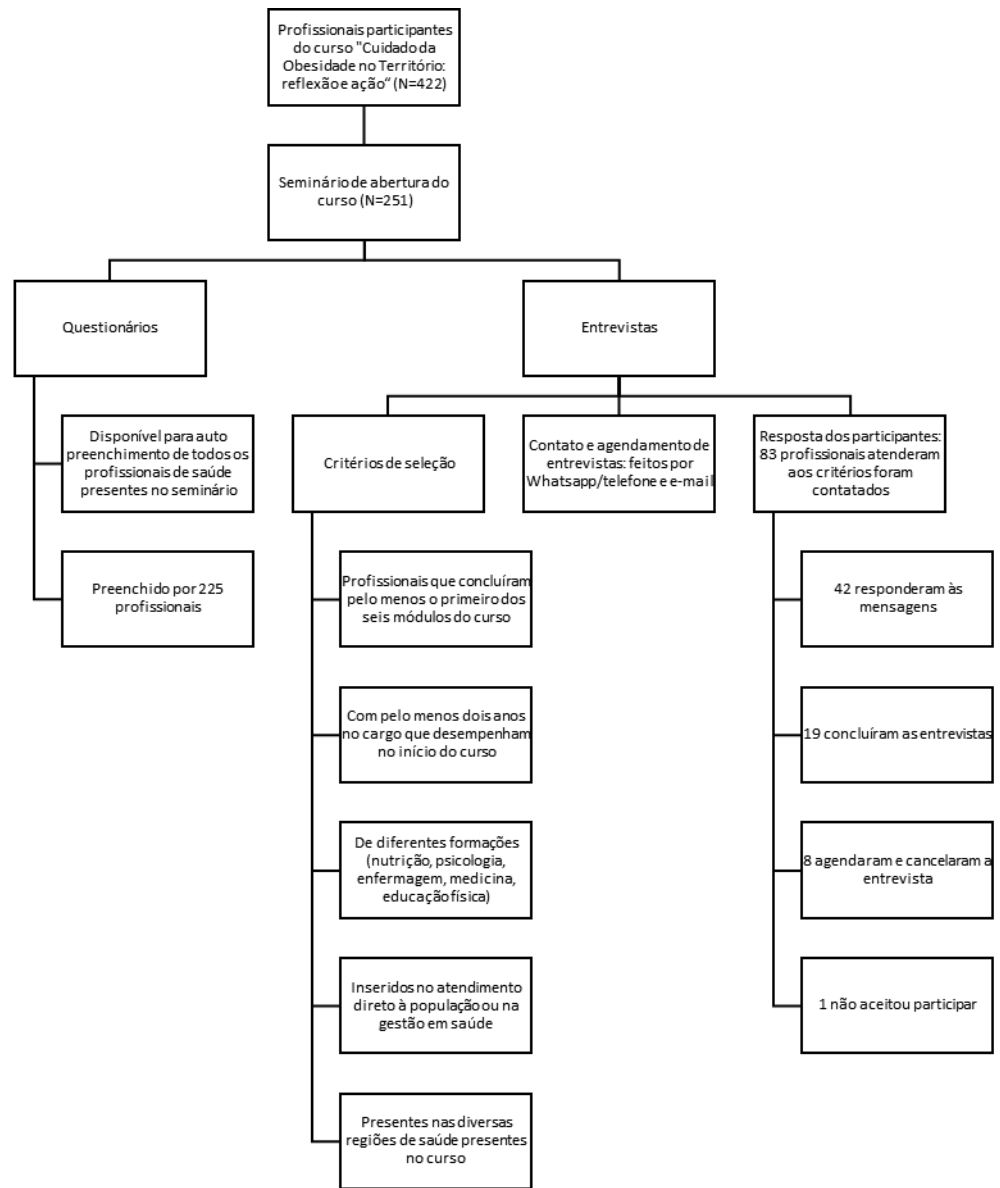
Com o intuito de garantir maior diversidade do perfil dos participantes do estudo, cinco procedimentos foram adotados para seleção dos entrevistados: (a) profissionais inscritos no curso oferecido pelo PEO-ERJ e que tivessem concluído pelo menos o primeiro dos seus seis módulos; (b) profissionais que estivessem há, pelo menos, dois anos no cargo que desempenhavam no início do curso; (c) profissionais de diferentes formações, com ênfase em nutrição, psicologia, enfermagem, medicina e educação física, por se destacarem no tratamento do sobrepeso e obesidade na APS; e (d) inclusão de profissionais inseridos ou no atendimento direto à população quanto na gestão em saúde (por exemplo, coordenador de programas e membro da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN)); (e) inclusão de profissionais das diversas regiões de saúde (divisões administrativas da secretaria de estado de saúde) presentes no curso. Atenderam esses critérios 83 profissionais de saúde. Este total foi dividido em quatro grupos por nível de prioridade (A, B, C e D). A prioridade foi estabelecida

de acordo com o nível de realização do curso (quanto maior número de módulos concluídos, maior prioridade) e pela representação das regionais de saúde do estado.

Os contatos por Whatsapp/telefone e e-mail foram primeiramente realizados com os participantes listados no nível A de prioridade, em seguida com aqueles listados no nível B e assim sucessivamente. Com intuito de garantir melhor dia e horário dentro das possibilidades de agenda de trabalho dos profissionais de saúde, os entrevistados eram previamente avisados sobre o tempo médio das entrevistas e recebiam um breve resumo sobre o objetivo da tese.

Tendo em vista o baixo retorno dos profissionais à tentativa de contato, optou-se por abordar o total de profissionais. Foram feitas até quatro tentativas de contato com cada um dos selecionados. Dos 83 contatados, 42 responderam às mensagens. Desses, 19 agendaram e efetivamente realizaram a entrevista. Outros oito agendaram algumas vezes, mas cancelaram e um não aceitou participar. O processo de seleção dos participantes para o estudo foi representado no fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos participantes do estudo. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: elaborado pela autora.

Dentre os motivos para o baixo retorno dos entrevistados, destacam-se: sobrecarga de trabalho devido ao contexto da pandemia da COVID-19, contratos de trabalho finalizados devido à mudança das equipes do NASF, licença do trabalho ou férias.

As entrevistas ocorreram entre maio e setembro de 2021. Devido ao contexto sanitário da pandemia da COVID-19 e às diretrizes de isolamento social vigentes à época, as entrevistas foram realizadas em formato virtual, através das plataformas *Zoom* e *Google meet*.

4.4 Análise de dados

Para fundamentar a análise dos elementos do contexto institucional e de gestão, bem como do cuidado a pessoas com obesidade, foram selecionadas duas das seis dimensões teóricas da gestão do cuidado desenvolvidas por Cecílio (2011). A primeira é a dimensão profissional, que se refere à parte mais interna do processo. Diz respeito à responsabilidade profissional dentro da relação trabalhador-sujeito que é fundamental para exercer o cuidado. Ela abarca a compreensão dos aspectos relacionados ao modelo assistencial adotado pelos profissionais, às dificuldades encontradas no cuidado à pessoa com obesidade, ao vínculo profissional-sujeito, ao acolhimento e a como o profissional lida com a adesão e a autonomia dos sujeitos, e é nesta dimensão que observa-se as vivências de estigmatização da obesidade dos sujeitos. A segunda é a dimensão organizacional, que compreende a competência técnica e social do trabalho em saúde e em equipe, possibilitando mais espaços de diálogo, fomentando a organização da RAS, articulações entre os setores, fluxo de atendimento, ações e serviços de saúde relacionados à prevenção e ao manejo da obesidade. Essas duas dimensões estão relacionadas, ou seja, em determinados aspectos elas podem se influenciar mutuamente.

Com intuito de sistematizar como foi realizado o processo de análise com vistas a responder os objetivos do estudo, o Quadro 2 apresenta uma síntese do desenho da pesquisa, com elementos da relação entre as dimensões de análise, os instrumentos e métodos utilizados e os objetivos da tese.

Quadro 2 - Síntese da articulação dos objetivos e métodos utilizados na tese. Rio de Janeiro, 2023.

| QUADRO SÍNTESE | | | | |
|---|------------------------------------|---|---------------------------|---|
| <p>Objetivo Geral: Compreender as concepções dos profissionais da saúde acerca da gestão do cuidado à saúde dos sujeitos com obesidade na atenção primária no estado do Rio de Janeiro.</p> <p>Pergunta orientadora: Quais as concepções dos profissionais da saúde acerca da gestão do cuidado à saúde dos sujeitos com obesidade na atenção primária no estado do Rio de Janeiro?</p> | | | | |
| <p>Objetivo Específico 1: Identificar elementos do contexto institucional e de gestão que afetam o cuidado em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade na visão dos profissionais de saúde.</p> <p>Pergunta norteadora: Como o contexto da organização da RAS dos municípios do ERJ condiciona o desenvolvimento das ações de prevenção e manejo do sobrepeso e obesidade?</p> | | | | |
| Dimensões e seus aspectos | Instrumentos e técnicas utilizados | Fontes e recursos para coleta de dados | Atividades realizadas | Componentes dos instrumentos |
| Dimensão organizativa da atenção à saúde. Identificar os elementos da organização da RAS, articulações entre os setores, fluxo de atendimento, ações e serviços de saúde, relacionados à prevenção e manejo da obesidade. | Questionários | Profissionais de saúde participantes da aula inaugural do curso | Análise dos questionários | Identificar elementos relacionados à organização da RAS nas respostas às questões sete e nove do questionário (Apêndice A). |
| | Entrevistas em profundidade | Entrevistas com os profissionais de saúde | Análise das entrevistas | Identificar elementos relacionados à organização da RAS nas respostas às questões presentes no item “2.1 Contexto institucional e de gestão relacionada à prática do cuidado integral em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade na visão dos profissionais de saúde” do roteiro de entrevista (Apêndice C). |

QUADRO SÍNTESE (continuação)

| <p>Objetivo específico 2: Analisar os elementos da dimensão profissional do cuidado em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade na visão dos profissionais de saúde.</p> <p>Pergunta norteadora: Como os elementos da dimensão profissional do cuidado em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade são compreendidos pelos profissionais de saúde?</p> | | | | |
|---|------------------------------------|---|---------------------------|---|
| Dimensões e seus aspectos | Instrumentos e técnicas utilizados | Fontes e recursos para coleta de dados | Atividades realizadas | Componentes dos instrumentos |
| <p>Dimensão profissional. Compreender os aspectos relacionados ao modelo assistencial adotado pelos profissionais; dificuldades encontradas no cuidado à pessoa com obesidade; vínculo profissional-sujeito; frustração do profissional em relação a sua conduta; acolhimento e como o profissional lida com a adesão e a autonomia dos sujeitos; e a percepção sobre as vivências de estigmatização da obesidade dos sujeitos.</p> | Questionários | Profissionais de saúde participantes da aula inaugural do curso | Análise dos Questionários | Identificar os aspectos relacionados à prática profissional e à relação profissional-sujeito nas respostas às questões sete e nove do questionário (Apêndice A). |
| | Entrevistas em profundidade | Entrevistas com os profissionais de saúde | Análise das entrevistas | Identificar os aspectos relacionados à prática profissional e à relação profissional-sujeito nas respostas às questões presentes no item “2.2 Compreender os aspectos relacionados ao cuidado integral à saúde do indivíduo com obesidade presentes na prática dos profissionais, especialmente na abordagem da obesidade” do roteiro de entrevista (Apêndice C). |

O material empírico produzido nas entrevistas foi transcrito e analisado de forma integrada com os dados provenientes dos questionários. Em seguida, ele foi categorizado de acordo com o modelo de análise de conteúdo na modalidade temática proposto por Bardin (2008). Para a manutenção do anonimato, os participantes foram codificados de acordo com a origem dos seus dados, por exemplo: E (Entrevista) e Q (Questionário).

O material foi organizado e categorizado, utilizando-se um quadro teórico baseado nas dimensões profissional e organizacional (Cecílio, 2011). Nessas duas dimensões, foram inseridos novos elementos analíticos que surgiram a partir da base empírica. Esses elementos constituíram-se, portanto, como expressões aglutinadoras que permitiram tornar mais visível o que propusemos estudar através do referencial teórico definido inicialmente como orientador do estudo.

Dimensão organizacional

Para cada objetivo específico, foi definida uma dimensão de análise. O primeiro objetivo trata da dimensão de cuidado proposta por Cecílio (2011) que diz respeito à parte organizativa do cuidado em saúde. Os dados relativos à dimensão organizacional foram agrupados no tema “Contexto institucional da RAS”, com base nos referenciais de Mendes (2012) e de Silva (2011). Aqui buscou-se entender a visão dos profissionais de saúde sobre como o contexto institucional e de gestão pode influenciar o cuidado em saúde de pessoas com sobrepeso e obesidade. Dentro desse tema, foram elencados subtemas que ajudam a compreender como cada elemento desse contexto pode influenciar de formas diferentes o cuidado a pessoas com obesidade e a entender o olhar desses profissionais para cada um desses elementos. Esses subtemas foram: ações de prevenção e manejo da obesidade: estratégias, potencialidades e desafios para sua implementação; articulação intrasetorial e intersetorial; fluxo de atendimento; organização da RAS; e processo de trabalho. Vale destacar que os dois últimos subtemas emergiram do material empírico.

Dimensão profissional

O segundo objetivo da tese trata de outra dimensão de cuidado proposta por Cecílio (2011), que diz respeito à parte profissional do cuidado em saúde. Os dados relativos à dimensão profissional foram agrupados nos seguintes temas: “Modelo assistencial”, “Cuidado em saúde” e “Subjetividades do cuidado”, com base nos referenciais, respectivamente, de

Fertonani et al. (2015); Pinheiro e Mattos (2004) e Camargo Junior et al. (2008); e Martines e Machado (2010) e Puhl e Heuer (2009). Aqui buscou-se entender a visão dos profissionais de saúde sobre o cuidado prestado às pessoas com obesidade, assim como os elementos subjacentes, tais como: adesão ao tratamento, modelo assistencial, acolhimento, vínculo, escuta, dificuldades para lidar com o tema da obesidade, o olhar para o estigma vivenciado pelas pessoas com obesidade, entre outros. Dentro desses temas, foram elencados subtemas que ajudam a compreender como cada elemento pode influenciar de diferentes formas o cuidado em relação à obesidade pelos profissionais de saúde da APS.

Quadro 3 - Síntese do percurso de análise da tese. Rio de Janeiro, 2023.

| Dimensão | Temas | Subtemas | Elementos conceituais que compõem os subtemas |
|---------------------------------|---|--|---|
| Organizativa (Cecílio, 2011) | Contexto institucional e de gestão do cuidado em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade na perspectiva dos profissionais de saúde (Mendes, 2012; Silva, 2011) | Ações de prevenção e manejo da obesidade: estratégias, potencialidades e desafios para sua implementação | Ações e atividades ligadas direta ou indiretamente à prevenção e/ou manejo da obesidade, em resposta às demandas coletivas. Como essas ações são propostas, suas potencialidades e desafios para o manejo da obesidade. |
| | | Organização da RAS | Funcionamento da rede, tanto em relação ao planejamento de ações, como na organização das prioridades e agendas pactuadas pelos gestores para o território |
| | | Processo de trabalho | Diz respeito ao cotidiano do trabalho, a relação entre o profissional de saúde e o serviço em si. Assim como as intencionalidades e as finalidades do trabalho em saúde e de seus modos de operar os modelos assistenciais. O trabalho em equipe, a sobrecarga de atividade em relação a demanda de serviços. |
| | | Fluxo de atendimento | Encaminhamento dos sujeitos no âmbito dos diferentes pontos da RAS de acordo com as demandas de cuidado. Como os profissionais enxergam o fluxo de atendimento aos sujeitos com obesidade, suas potencialidades e dificuldades. |
| | | Articulação intrassetorial e interssetorial | Ações conjuntas entre setores, órgãos, programas e instituições. Como os profissionais percebem essas ações interssetoriais e como as mesmas estão ligadas à agenda da obesidade. |
| Profissional (Cecílio, 2011) | Modelo assistencial (Fertonani et al., 2015) | Conduta terapêutica | Diz respeito ao conjunto de abordagens terapêuticas utilizadas pelos profissionais de saúde ao longo do tratamento, visando a melhora do sujeito. |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | Promoção da autonomia | Como as práticas de cuidado estimulam a autonomia e a relação profissional-sujeito dentro do processo terapêutico. |
| | | Adesão ao tratamento | Os profissionais podem ter diferentes concepções sobre o que é adesão ao tratamento, mas, geralmente, pressupõe que existe adesão quando o sujeito se mantém no processo terapêutico previsto. O acolhimento adequado, o estabelecimento do vínculo profissional-sujeito e a pactuação da conduta terapêutica, são fundamentais para a adesão ao tratamento. |
| | Cuidado em saúde (Pinheiro e Mattos, 2004; Camargo Junior <i>et al.</i> , 2008) | Acolhimento | O processo de possibilitar a escuta dos sujeitos, gera uma oportunidade para que as pessoas tragam, para dentro do serviço, as suas queixas, os seus problemas e as suas necessidades e assim proporciona um acolhimento às demandas do sujeito. E compreender como os profissionais percebem a importância do acolhimento para o cuidado em saúde. |
| | | Vínculo | É o ato de ofertar atenção de maneira contínua e com o estabelecimento de confiança entre profissional e sujeito. E entender como o profissional percebe o papel do vínculo para o cuidado à saúde dos sujeitos com obesidade. |
| | | Responsabilização | O vínculo resulta na responsabilização do profissional pelo comando do processo terapêutico do sujeito. A responsabilidade associa-se à condição de a pessoa ser ou não responsável. Para tanto, pressupõe-se que essa pessoa possui consciência dos atos praticados. Essa consciência confere-lhe a obrigação de reparar danos causados ao outro. |
| | Subjetividades do cuidado (MARTINES; MACHADO, 2010; PUHL; HEUER, 2009) | Limites assistenciais das especialidades em saúde | Cada especialidade de saúde tem um papel importante para o manejo da obesidade, mas nem todos os profissionais percebem isso, ou por vezes, desconsideram ou superestimam seu papel individual dentro do tratamento para obesidade. Como esses profissionais de saúde percebem os limites, tanto da sua prática clínica, como da sua formação para lidar com a obesidade. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | Percepção dos profissionais acerca da obesidade | Como o profissional de saúde percebe a obesidade, como doença, fator de risco ou condição crônica e além disso, como o mesmo entende o impacto dos determinantes da obesidade para o sujeito. |
| | | O olhar sobre o estigma | O estigma pode ser compreendido como uma característica depreciativa formada pela associação entre atributos e estereótipos que se estabelece na relação social do indivíduo. Como o profissional percebe a questão do estigma da obesidade no seu cotidiano no serviço de saúde, seja pelos relatos dos sujeitos ou por percepções do próprio profissional sobre a questão e como a mesma afeta o cuidado à saúde dos sujeitos com obesidade. |

O processo de análise de conteúdo se deu em três etapas: 1- pré-análise, etapa de organização do material, incluindo: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação; 2- exploração do material: nessa fase foi realizada uma leitura aprofundada de todo o material empírico produzido com o intuito de refletir sobre os possíveis temas de análise, com base no referencial teórico; 3- tratamento dos resultados e interpretação, que diz respeito à classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenças.

Para a organização do material empírico, foi utilizado o *software QSR International Nvivo11* (QSR INTERNATIONAL, 2015), através do qual se fez a organização e o gerenciamento e a recuperação de dados. O fio condutor dessas funções foi o processo de codificação, que consiste na designação de códigos para pequenos trechos do texto de acordo com as dimensões de análise do referencial teórico. Alguns trechos codificados foram utilizados na análise de mais de um tema a fim de melhor instrumentalizar a análise qualitativa (MOREIRA, 2007; GUIZZO, 2003). Vale destacar que o programa auxilia o processo de codificação e categorização das informações apenas enquanto facilitador da organização dos dados, pois ele não realiza nenhuma tarefa de maneira automática. Assim, embora o processo de análise seja mecanicamente facilitado e acelerado pelo *software*, ele depende da análise do material pelo pesquisador. E, considerando que durante o processo de análise o pesquisador passa a ter uma visão mais geral sobre os dados, esses *softwares* permitem a revisão dos códigos, combinando-os ou dividindo-os. Os processos de categorização e codificação se dão como na forma tradicional de análise qualitativa em que as categorias são criadas e recriadas enquanto o pesquisador lê e relê exaustivamente seu material empírico em busca de sentidos nas falas (MOREIRA, 2007).

Após categorizar o conjunto de dados da tese, deu-se início à leitura horizontal do material, visando estabelecer conexões entre o conteúdo das entrevistas e o referencial teórico. A partir de cada tema e subtema, sintetizaram-se os pontos mais relevantes selecionados pela autora. Por fim, com base no referencial teórico e nos objetivos específicos da tese, organizaram-se os resultados em duas seções, a partir das sínteses do conteúdo dos dados.

A primeira seção dos resultados, intitulada “Dimensão organizativa”, apresenta uma discussão sobre o tema “Contexto institucional e de gestão do cuidado em saúde do indivíduo com sobrepeso e obesidade na visão dos profissionais de saúde”. Esse aborda os elementos do contexto institucional e de gestão voltados à organização dos serviços de saúde que impactam

diretamente ou indiretamente o cuidado de pessoas com sobrepeso ou obesidade, como o fluxo assistencial, as ações de prevenção e manejo da obesidade, articulação inter e intrassetorial, processo de trabalho e a organização da RAS. A segunda seção, intitulada “Dimensão profissional”, apresenta a discussão acerca dos temas “Modelo assistencial”, “Cuidado em saúde” e “Subjetividades do cuidado”.

4.5 Considerações éticas

O projeto maior em que esse estudo está inserido foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ sob o CAAE 10514819.8.0000.5259 e aprovado pelo Parecer do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) 3.288.424 de 26/04/2019 (Anexo B) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE):10514819.8.3001.5279 e Parecer: 3.686.093 (Anexo C). As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes (Anexo D). Os resultados do estudo serão compartilhados com gestores e profissionais de saúde do SUS.

4.6 Financiamento

O presente estudo recebeu apoio financeiro do CNPq, Edital 26/2018 Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018 - Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS, executado no período de 2019-2022.

Também recebeu suporte financeiro através da bolsa de doutorado concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) à autora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil dos respondentes dos questionários e das entrevistas

Responderam os questionários 225 profissionais, sendo 203 mulheres e 22 homens. O perfil de formação se concentrava em Nutrição (n=106) e Enfermagem (n=57), mas também havia profissionais formados em Medicina (n=15), Psicologia (n=14), Educação física (n=12), Fisioterapia (n=10), Fonoaudiologia (n=4), Serviço social (n=3), Saúde Pública (n=2), Odontologia (n=1), e Terapia Ocupacional (n=1). Os profissionais estavam envolvidos em atividades de assistência em serviços de saúde (n=181) e também em coordenação de serviços, tanto em ATAN (n=6), como em coordenações específicas (n=38) (APS, Unidade de Saúde, Programa Saúde na Escola, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Saúde Mental, NASF, Suplementação, Aleitamento Materno, Educação Permanente, Academia da Saúde e Saúde do Idoso).

Foram entrevistados 19 profissionais de saúde, sendo todas mulheres. Dentre as entrevistadas, a maioria tinha formação em Nutrição (n=10), enquanto as demais eram formadas em Serviço social, Educação física, Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, Saúde pública e Terapia ocupacional. Assim como entre os respondentes do questionário, a maioria das entrevistadas atuava em atividades de assistência em serviços de saúde (n=15), havendo também pessoas envolvidas na coordenação de serviços, tanto na ATAN (n=2), como em coordenações específicas (n=2) (Direção de Unidade e Saúde da Mulher). Os quadros 4 e 5 apresentam características dos profissionais que preencheram os questionários e que foram entrevistados, respectivamente.

Quadro 4 - Formação profissional, município de atuação e vínculo trabalhista dos profissionais de saúde que preencheram o questionário. Rio de Janeiro, 2023. (n=225)

| Município/Região de Saúde* | Educação Física | | | Enfermagem | | | Fisioterapia | | | Fonoaudiologia | | | Medicina | | | Nutrição | | | Odontologia | | | Psicologia | | | Saúde Pública | | | Serviço Social | | | Terapia Ocupacional | | | Total |
|----------------------------|-----------------|-----|-----|------------|-----|-----|--------------|-----|-----|----------------|-----|-----|----------|-----|-----|----------|-----|-----|-------------|-----|-----|------------|-----|-----|---------------|-----|-----|----------------|-----|-----|---------------------|---|---|-------|
| | Ser | Con | Res | Ser | Con | Res | Ser | Con | Res | Ser | Con | Res | Ser | Con | Res | Ser | Con | Res | Ser | Con | Res | Ser | Con | Res | Ser | Con | Res | Ser | Con | Res | | | | |
| Baía da Ilha Grande | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | |
| Angra dos Reis | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Baixada Litorânea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | |
| Araruama | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Arraial do Cabo | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Cabo Frio | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Casimiro de Abreu | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Rio das Ostras | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| São Pedro da Aldeia | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Centro-Sul | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | |
| Paracambi | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| Paraíba do Sul | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Três Rios | 2 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| Vassouras | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Médio Paraíba | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | |
| Valença | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Metropolitana I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | |

5.2 Dimensão organizativa

Contexto institucional e de gestão do cuidado em saúde do sujeito com sobrepeso e obesidade na perspectiva dos profissionais de saúde

Estão apresentados a seguir os resultados dos subtemas listados no capítulo anterior, a saber: ações de prevenção e manejo da obesidade: estratégias, potencialidades e desafios para sua implementação, organização da RAS, processo de trabalho, fluxo de atendimento e articulação inter e intrassetorial.

Ações de prevenção e manejo da obesidade: estratégias, potencialidades e desafios para sua implementação

Uma parte considerável dos profissionais reconhecia a importância das ações que eram realizadas no território para o cuidado a pessoas com obesidade. Eles não somente citaram a ação em si, mas também detalharam o que foi feito e como foi feito, principalmente no contexto da COVID-19, que impactou diretamente os serviços de saúde e as dinâmicas assistenciais. Além de enumerar as ações realizadas, os profissionais detalharam a maneira como enxergavam o impacto dessas ações na vida das pessoas com obesidade.

Os relatos dos profissionais destacaram aspectos elencados nas seguintes categorias: iniciativas coletivas de apoio ao autocuidado, tais como grupos terapêuticos, consultas compartilhadas e a promoção de educação alimentar e nutricional na sala de espera; parcerias intra e intersetoriais como a participação no Programa Academia da Saúde, no Programa Saúde na Escola (PSE) e no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Mendes (2012) reforça o papel das ações de autocuidado na melhoria da qualidade da atenção. Com base nesse referencial, as ações de prevenção e manejo da obesidade podem ser compreendidas como ações de autocuidado apoiado, que visam focar a cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias.

Enquanto as salas de espera, dia de pediatra, enquanto as mães estão ali com os bebês para a primeira consulta e tudo, existem aquelas palestras de incentivo ao aleitamento materno, eu identifico isso como fazer a mãe pensar já lá na frente, eles falam dos benefícios, da própria questão da comida industrializada, de refrigerantes. (E07)

Grupos de hiperdia, de controle da pressão, controle de diabetes. (E10)

Então, eu vejo assim, quais ações importantes são essas: capacitar profissional, é implementar o PSE, que ele já acontece bem lá na educação, mas tem que fazer essa interface com a saúde, acho que falta isso ainda. E a questão da Promoção da Alimentação Saudável, independente de nutricionista. (E11)

Ações que incluíam essa questão tanto da alimentação saudável com a nutricionista, quanto essa avaliação nutricional, então eu auxiliava ela tirando as medidas, pesando, aferindo algumas coisas para poder estar avaliando e ajudando ela nessa orientação que ela dá. (E06)

Então, a alimentação na escola a gente também fazia parceria com o PNAE e o PSE. Antes entregavam e passavam para a gente as demandas que eles precisavam e a gente ia nas escolas para fazer as orientações, o trabalho com as crianças. Isso a gente fazia também, fazia algumas práticas culinárias com as crianças (E15)

Dentre as ações citadas, a mais abordada pelos profissionais foram os grupos terapêuticos, que, em sua maioria, se concentravam em temas relacionados à alimentação e à atividade física, com maior participação de adultos e, principalmente, de idosos. A temática da obesidade também foi pontuada em grupos de tabagismo, uma vez que essa prática influencia de maneira negativa os hábitos alimentares.

A gente sempre trabalhou a questão da prevenção da obesidade nos grupos de tabagismo, nos grupos de idosos sempre foi tema assim bem presente. (E03)

Depois das ações com foco na alimentação, as mais citadas foram as relacionadas à atividade física, como os grupos de dança e a Academia da Saúde.

Aqui tem Secretaria da terceira idade, funcionava muito antes da pandemia, duas ações principais que eu sei e inclusive participava, era para idosos, mas era aberta para toda a população participar. Era uma aula de zumba gratuita, funcional e de atividades físicas com grupos menores para idosos em vários bairros da cidade aconteciam essas atividades físicas. (E12)

Tem os grupos de atividade física nas unidades de saúde, tem os espaços públicos, que eles revitalizaram: orlas, praças, aparelhos de ginástica disponíveis para a população, tem o esporte presente, que também possibilita crianças e adolescentes de estarem fazendo várias atividades. (E15)

Foram também mencionadas adaptações nas ações de prevenção e manejo na obesidade durante a pandemia de COVID-19, como a criação de grupos de Whatsapp, grupos terapêuticos virtuais e contato constante pelas redes sociais.

O que acontece no município que é muito bom são os grupos de atividades, agora online, por causa da COVID. (E02)

Mas o grupo de obesidade continua online, assim como o grupo de idosos que eu faço parte, nós tínhamos o grupo de idosos em vários bairros e eu fazia parte de um desses bairros e, a partir do decreto em março de 2020, quinze dias após o decreto, meados de março, a gente começou a trabalhar com grupos online e assim está acontecendo também com os grupos de obesidade. (E02)

Outro ponto importante abordado pelos profissionais foram as potencialidades para realização das ações de prevenção e manejo da obesidade, identificadas nas seguintes categorias: participação e integração das equipes multiprofissionais e apoio da gestão, tanto da coordenação de alimentação e nutrição do município quanto da gestão das unidades de saúde, aos profissionais de saúde para realização de algumas ações.

Os profissionais compreendiam a participação e a integração das equipes multiprofissionais nas ações como um diferencial para as pessoas com obesidade envolvidas nas atividades, como os grupos terapêuticos. Nesse contexto, os profissionais destacaram a inserção do programa Academia da saúde e do NASF nessas ações.

Era eu e uma psicóloga, a gente fazia uma abordagem, não só nutricional, da questão alimentar, mas também fazíamos uma abordagem sobre comportamento, sobre emoções que ela participava. Então, foi um grupo que fez muito sucesso na época. As pessoas vinham. (E04)

Nós temos no município as Academias da Saúde, onde eles têm acesso à fisioterapia, nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico. E nesse ambiente eles fazem atividades físicas com orientação do nutricionista, com toda orientação da equipe. Norteado pelo educador físico e pelo fisioterapeuta. (E18)

Então a gente tem com o NASF por assim dizer e existiam essas ações nas unidades, então quando a unidade tem cobertura de nutricionista elas fazem algumas coisas, fazem horta, depende da residente, dependendo da nutricionista do NASF. (E14)

Sobre as equipes multiprofissionais nas ações como um diferencial para as pessoas com obesidade, cabe pontuar que, na cidade do Rio de Janeiro, existiam os Centros de Referência em Obesidade (CRO), implementados com o apoio técnico do então Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), em uma iniciativa pioneira, implementada em julho de 2011. Os CROs se articulavam à Estratégia de Saúde da Família, para realizarem juntos os atendimentos por meio de uma equipe multiprofissional (educador físico, enfermeiro, médico endocrinologista, nutricionista e psicólogo) e oferecer tratamento clínico ambulatorial para

sujeitos com obesidade grau III. Esta experiência ganhou destaque municipal, estadual e nacional em relação ao cuidado a pessoas com obesidade. Esses espaços promoviam consultas individuais ou interconsultas e os grupos visavam ao cuidado integral dos sujeitos, com vistas a um PTS, promovendo o acolhimento e estabelecendo vínculo pela escuta ativa, buscando motivá-los a iniciar e aderir a esse tratamento que tem taxa alta de abandono (NICOLAU *et al.*, 2017; REIS, 2018).

Espaços como estes podem colaborar para o manejo da obesidade grau III, que era o foco primário dos CROs. Alguns estudos que abordaram a experiência desses espaços reforçam a necessidade de ampliar o cuidado ofertado e corrigir as deficiências na implementação da LCSO, como a falta de um recurso financeiro para apoiar os municípios e a ausência de uma instância para monitorar a implementação, viabilizando maior acesso aos outros componentes da RAS, bem como à cirurgia bariátrica para os sujeitos que possuem critério clínico e desejo de sua realização (REIS, 2018; REIS *et al.*, 2022).

Além disso, alguns profissionais mencionaram o apoio institucional, tanto das equipes de saúde, como da gestão das unidades e, principalmente, das áreas técnicas de alimentação e nutrição dos municípios, somando esforços para construir e manter as ações ao longo do tempo. Destacaram que o apoio que receberam por parte dos gestores foi importante para a implementação das ações em médio e longo prazos.

Eu vejo que as nutricionistas, os gestores se mobilizam para estar trazendo recursos, tem o Projeto de Alimentação Saudável, de trazer a horta, de enfim, trazer melhor qualidade de vida, diminuir esses indicadores. (E03)

Dentre os desafios para operacionalizar as ações, duas grandes temáticas emergiram do material empírico: (a) organização dos serviços e processo de trabalho referentes ao contexto institucional e de gestão, como o grande número de atendimentos diários nas unidades, alocação insuficiente de recursos financeiros para desenvolver as ações, dificuldade no acesso aos dados do SISVAN e (b) contexto social do acesso à alimentos saudáveis de violência urbana, sendo esta última identificada como barreira para a realização de atividades coletivas ao ar livre, como caminhadas, assim como para o acesso das equipes de saúde às áreas mais vulnerabilizadas.

Falta de verba para subsidiar as ações de alimentação, como oficinas culinárias, por exemplo. (Q157)

Violência/falta de segurança, falta de conhecimento por parte da população sobre a alimentação de forma geral, situações de pobreza e miséria e aumento do marketing de alimentos não saudáveis. (Q54)

Alguns profissionais também apontaram como um desafio a alocação insuficiente de recursos financeiros para o desenvolvimento das ações, que pode ser compreendida como a não priorização do cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade.

Falta recursos financeiros para ações de promoção à saúde, rotatividade de profissionais que dificulta ações multiprofissionais, falta de interesse das equipes em função da demanda aumentada de atendimento. (Q137)

Em relação à dificuldade de acesso aos dados do SISVAN, os profissionais apontaram sua importância para se conhecer a realidade local e a necessidade da implementação desse sistema. Segundo o Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS (BRASIL, 2022), a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é um dos eixos estratégicos para a implementação da atenção voltada aos sujeitos com obesidade, pois subsidia o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, apoiando os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos nutricionais e relacionados à alimentação e no levantamento de indicadores de consumo alimentar marcadores de fatores de risco ou proteção. Alguns participantes sinalizaram a importância da VAN dentro do processo de cuidado a pessoas com obesidade. Pontuaram também as dificuldades para operacionalizar o acompanhamento das pessoas com obesidade, seja pela falta de recursos humanos para coletar os dados do SISVAN ou pela falta desses mesmos recursos para digitar esses dados no sistema.

A dificuldade de acesso no sistema, mas também é uma coisa que a gente enxerga como importantíssimo. A gente tem que dar uma incrementada no SISVAN. (E11)

A gente também tem como uma ação importante, obviamente tem que melhorar muito, que é implementar o SISVAN. O SISVAN acontece, mas ele é difícil. E aí a gente sempre esbarra com as mesmas falas dos profissionais: “Ah, a gente tem pouco pessoal para digitar”. É sempre a carência de recursos humanos, a questão da informática, da falta de internet nas unidades. (E11)

Em relação à violência no território, vale registrar que ela pode afetar o processo saúde-doença e a organização dos serviços, trazendo desafios para a integralidade do cuidado. As falas de alguns participantes deixam claro como os mesmos percebem o impacto da violência no cuidado da obesidade, seja pela não adesão ao tratamento ou por perceber como

os hábitos de vida dos sujeitos são condicionados pela violência no território. Nesse sentido, pode se refletir em relação ao fato dos serviços de saúde ofertarem ações que contribuam para que os sujeitos compreendam como o contexto de violência no território pode afetar o processo terapêutico. A violência no território, que se traduz, entre outros, na falta de espaços seguros para atividades físicas, afeta a saúde das pessoas com obesidade. Quando as práticas de atividade física recomendadas pelos profissionais de saúde não podem ser realizadas devido a limitações geográficas ou de recursos, a saúde desses indivíduos é comprometida, dificultando o manejo da obesidade e a promoção da saúde.

A violência também contribui para falta de atividades na rua, fazendo com que a criança não saia de casa e fique voltada para equipamentos eletrônicos. (Q61)

Violência no território que influencia na adesão do usuário em participar das atividades coletivas e ir nas consultas. (Q158)

A violência limita cada dia mais as práticas corporais que antigamente faziam parte do cotidiano da população. (Q173)

Um outro fator [dificultador da prática de cuidado] é a instabilidade do meu território (há momentos com ações policiais) (Q160)

O acesso a alimentos saudáveis nas regiões periféricas e vulnerabilizadas é uma questão já consolidada pela literatura e a violência no território atravessa todo esse processo, dificultando ainda mais os hábitos alimentares das populações em vulnerabilidade. Essas áreas geralmente sofrem com a falta de feiras ou outros estabelecimentos que ofereçam uma variedade de opções de alimentos frescos, como frutas, legumes e alimentos minimamente processados. Em contrapartida, é comum a presença predominante de mercados de conveniência, lanchonetes rápidas e alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional. A situação de insegurança decorrente da violência urbana interfere nas condições dos sujeitos para aderir, de forma voluntária, a práticas de atividade física, e está relacionada ao aumento da obesidade (SILVA *et al.*, 2021). Essa falta de acesso a alimentos saudáveis dificulta a adoção de hábitos alimentares saudáveis e contribui para a prevalência de dietas de baixa qualidade nutricional nessas comunidades. Essa situação é agravada pela presença de violência no território, que pode limitar ainda mais a disponibilidade de alimentos saudáveis devido à insegurança, ao fechamento de estabelecimentos comerciais e à dificuldade de deslocamento seguro para a obtenção desses alimentos. Dessa forma, a interseção entre acesso limitado a alimentos saudáveis e violência territorial cria um cenário desafiador para a

implementação de ações efetivas de prevenção e manejo da obesidade (PINHEIRO *et al.*, 2018).

Um dos meus pacientes é funcionário de um fast food. Ele vende o melhor hambúrguer da cidade, hambúrguer com batata frita. E aí ele fala claramente pra mim: “eu não tenho dinheiro, eu começo a trabalhar às 18h da tarde e termino às 3h da manhã. O que eu como? A sobra da batata frita, o hambúrguer que eu to fritando, a coxinha, um não sei o que, um salgado...” (E01)

Nesse sentido, Baggio *et al.* (2021) estudaram crianças com obesidade e pontuaram que as mesmas estavam sedentárias e que as famílias haviam comentado sobre as dificuldades para inseri-las em atividades esportivas/físicas por falta de tempo e de recursos financeiros e que, em função da violência urbana, não permitiam que as crianças brincassem na rua.

No tocante às perspectivas da promoção da saúde e das ações de prevenção e manejo da obesidade, foi valorizada a oferta de mais ações com foco no ambiente alimentar, principalmente em relação ao custo dos alimentos saudáveis, à falta de informação confiável e à publicidade sobre os alimentos ultraprocessados, assim como a necessidade de políticas públicas que incentivem uma alimentação saudável.

Ausência de políticas públicas para incentivar a alimentação saudável e o excesso de acesso a alimentos com maior densidade energética. (Q52)

O atrelamento da aquisição e consumo de ultraprocessados à ideia de melhor condição socioeconômica. A falta de informação e dificuldade de trabalhar/trocar sobre a temática com a população. A publicidade relacionada a alimentos. (Q58)

Falta de informações sobre o estilo de vida e hábitos alimentares saudáveis. (Q60)

Os fatores que vêm sendo relacionados aos ambientes obesogênicos incluem práticas e processos correlacionados com a produção e comercialização de alimentos, o acesso e a disponibilidade, a publicidade, especialmente de alimentos ultraprocessados, entre outros (HENRIQUES *et al.*, 2018). A implementação de políticas governamentais que afetem esses fatores, como a regulação da publicidade de alimentos, vem enfrentando resistência por parte especialmente do setor privado comercial, dados os múltiplos e distintos interesses que atravessam o processo de produção e comercialização de alimentos. Essas agendas são marcadas por confrontos com a indústria de alimentos, que utiliza estratégias para atrasar e/ou impedir o avanço de medidas regulatórias que firam seus interesses comerciais (SWINBURN *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2021). Essas estratégias das indústrias de alimentos

ultraprocessados podem dificultar os esforços de prevenção e manejo da obesidade, pois promovem o consumo excessivo de alimentos pouco saudáveis, desencorajam escolhas alimentares equilibradas e saudáveis e prejudicam a implementação de políticas públicas eficazes. Para lidar com o aumento da obesidade de forma efetiva, é necessário um esforço conjunto entre governos, sociedade civil e profissionais de saúde, buscando a promoção de uma alimentação saudável e a implementação de políticas que reduzam a disponibilidade e a acessibilidade de alimentos ultraprocessados (OPAS, 2018; HENRIQUES *et al.*, 2020). Um exemplo prático dessa questão, é a presença constante de comércio de ultraprocessados em frente às unidades de saúde.

Organização da RAS

Reconhece-se a relação existente entre a organização da RAS e a possibilidade de ações de prevenção e manejo da obesidade. Isso parece explicar o fato desse subtema aparecer frequentemente no material empírico da pesquisa. Vale destacar que alguns pontos desse subtema foram abordados anteriormente, porém com enfoque transversal às ações em si. Neste tópico, serão pautados pelo olhar da organização da RAS, por exemplo: participação e integração das equipes multiprofissionais e apoio da gestão de alimentação e nutrição do município e da gestão das unidades de saúde.

Alguns participantes sinalizaram desafios no tocante à organização da RAS que afetam indireta ou diretamente o cuidado das pessoas com obesidade, como: fragilidade da organização do serviço frente à obesidade ou desconhecimento em relação à sua forma de organização, descontinuidade das ações, e a carência de suporte material e operacional para o cuidado a pessoas com obesidade.

A fragilidade da organização do serviço foi identificada como uma categoria importante que afeta o atendimento aos sujeitos com obesidade e, principalmente, a adesão dessas pessoas ao tratamento, seja pela fragmentação do cuidado ou pelo acesso limitado a serviços especializados. Entendendo a obesidade como uma DCNT e como questão de saúde pública multifatorial, e reconhecendo a necessidade de cuidados integrados e articulados para o cuidado a pessoas com esta condição, variadas normativas do Ministério da Saúde reafirmam a urgência da organização dos serviços de saúde de forma a responder às demandas das doenças crônicas, como a obesidade (BRASIL, 2014b; DIAS *et al.*, 2017).

Nesse sentido, vale comentar um dos atributos da APS na RAS, que se aproxima da noção de organização da RAS adotada nesta tese. Mendes (2012) discorre sobre o atributo denominado longitudinalidade, que significa “a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, sujeitos e famílias” (p. 59). Dessa forma, o serviço de saúde deve oferecer aos sujeitos um cuidado adequado às suas necessidades de saúde de forma regular e permanente.

A descontinuidade das ações de prevenção e manejo da obesidade foi o segundo desafio mais pontuado pelos profissionais. Na maior parte das falas, essa descontinuidade foi decorrente da alta rotatividade dos profissionais nas unidades de saúde. Essa alta rotatividade foi compreendida neste subtema como uma consequência da organização da RAS, exemplos: dos tipos de vínculos empregatícios, a forma como o processo de trabalho está organizado, o número reduzido de profissionais, entre outros. Os participantes destacaram casos de sujeitos que desistiram de seguir o tratamento por causa das mudanças de profissionais de saúde, trocas constantes nas equipes e, em alguns casos, a ausência de determinada especialidade dentro das unidades de saúde. Essas dificuldades provocam um distanciamento das pessoas com obesidade dos serviços de saúde. Silva (2011) destaca o desafio da grande rotatividade e da pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS. Essa rotatividade se deve, na maioria das vezes, à precarização nas formas de contratação de profissionais de saúde, um dos elementos que compõem a categoria de precarização do processo de trabalho.

É, teve casos de pessoa que fez a bariátrica, mas ainda se encontrava em quadro de obesidade e de ter que solicitar esse apoio mesmo do nutricionista, da fisioterapia também, para estar promovendo essa melhor locomoção dessa paciente e motivá-la a perder mais peso. Aí a gente nem contou com o apoio de psicólogo porque a gente não tinha realmente na área. (E03)

Às vezes o paciente fala assim, estava tratando com uma pessoa, adorei ficar com ela e aí quando eu fui marcar de novo não era ela mais, era outra. Essa falta de continuidade na assistência e isso acontece, então esses são os entraves, por exemplo, daqui a dois meses meu contrato acaba e vai ficar um buraco e não vai ter mais nutricionista lá esse ano inteiro, entendeu? Já foi avisado e não vai ter mais contratação e nem vão chamar... (E02)

[...] Hoje eu estou no grupo de idosos, amanhã eu posso estar no grupo da obesidade então a gente roda muito. (E02)

E dos pontos negativos, pode ser a dificuldade que a gente tem, por não ter muitos profissionais de nutrição na região, então para mim esse é o principal problema, mas não falta só nutricionista. Falta nutricionista, falta endócrino. A psicóloga agora não está mais lá, eu saí e não colocaram outra no lugar. A educadora física saiu e não colocaram outra no lugar, então a gente não tem

uma equipe de saúde completa para poder estar ali. E, detalhe, assim como nós saímos, a equipe NASF saiu, a equipe de enfermagem também saiu. (E06)

A questão como eu te falei no início, a estrutura, a falta que faz um profissional de psicologia, o próprio endocrinologista na rede, a gente tem dificuldade de trabalhar essa parceria. (E05)

O terceiro principal desafio pontuado pelos profissionais diz respeito à falta de suporte material e operacional para realizar o cuidado adequado à obesidade. Nesse quesito também foi sinalizada a inadequação dos equipamentos antropométricos. Cabe destacar que o Ministério da Saúde lançou portarias com recursos para a compra de equipamentos. Em 2020 houve a publicação da Portaria nº 1.210, de 18 de maio de 2020, que habilita os Municípios para receberem recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional por meio da compra de equipamentos antropométricos adequados (BRASIL, 2020).

Falta de recursos materiais, como impressos, computador, impressora, aparelhos quebrados e outros. (Q197)

Falta de estrutura das unidades de saúde e falta de interesse da própria comunidade geral.(Q173)

Balanças calibradas são raridade; Balanças com limite de 150 kg. (Q11)

Não é disponibilizado material e nem capacitação sobre o tema para empoderar os profissionais. Falta de recursos para promover atividades educativas com alimentos saudáveis. (Q116)

Falta prioridade do gestor, verba para consertar/comprar balanças, colocar o gás na cozinha experimental, ter uma verba para comprar alimentos para que as oficinas culinárias aconteçam com mais frequência. Atualmente é o profissional que compra; falta de envolvimento de outros profissionais. (Q69)

Alguns profissionais pontuaram mudanças na organização da RAS que afetam a continuidade do cuidado a pessoas com obesidade: dinâmicas assistenciais alteradas devido à pandemia da COVID-19 e os desdobramentos do novo modelo de financiamento da APS, que afetou diretamente a organização das equipes do NASF, conforme detalhado a seguir.

A pandemia da COVID-19 alterou não somente as dinâmicas assistenciais, mas todo o ritmo de vida dos profissionais de saúde e das pessoas até então atendidas nas unidades de saúde. Em um certo momento, houve uma mudança temporária da função dos profissionais, por exemplo, nutricionistas deixaram de realizar atendimentos ambulatoriais para poderem organizar as demandas das vacinas. Esse ponto, entre outros, afetou diretamente a organização da RAS e a continuidade do cuidado prestado às pessoas com obesidade.

Então, se eu tenho um quadro de um paciente clinicamente ele não está sendo tratado e ele é um caso de indicação bariátrica, a unidade de saúde vai ser porta de entrada dele para dentro do sistema e às vezes a gente falha nessa triagem ou simplesmente nesse acesso por estar focado em outras demandas e metas em função da Covid. E eu acho que assim: é crucial a parceria entre a equipe, entre a unidade, entre o profissional, entre o acesso até chegar a esse usuário ao ponto de fazer com que ele se sinta seguro, que ele acredite no cuidado, que ele se torne mesmo autônomo de seu cuidado com os mecanismos e ferramentas necessárias. (E06)

O papel da unidade, eu acho que ainda falta a gente avançar melhor, conhecer melhor o território, até em função da pandemia mesmo, a gente acaba sendo atropelada por outras demandas de atendimento, em questões até de fontes de financiamento e outros fatores. E a gente também teve uma mudança na parte do quadro profissional de novembro para cá, então a gente meio que está repondo algumas equipes, então isso impacta um pouco, eu encaro como isso sendo algo fundamental até porque a unidade é a porta de entrada do sistema como um todo. (E06)

As mudanças no modelo de financiamento da APS foram decorrentes da implantação do programa Previne Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979 (BRASIL, 2019). Nele, o NASF foi excluído das estratégias, ações e programas da APS que teriam custeio garantido pelo Ministério da Saúde. Com isso, foram feitas alterações na forma de repasse de recursos para os municípios, que passou a se dar com base em três critérios: capitação ponderada¹, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019). Esse último critério aborda quais são as estratégias, ações e programas que terão custeio, não citando o NASF. Com isso, a Nota Técnica extingue o apoio financeiro em nível federal, deixando a cargo dos municípios a definição do funcionamento do programa (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020). Vale dizer que essas mudanças no financiamento da APS refletem nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e podem interferir no cuidado das pessoas com obesidade, pois os gestores estaduais e municipais têm autonomia na aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao financiamento de que trata o Programa, desde que sejam destinados a ações e serviços da APS. Ou seja, tais recursos de financiamento de custeio da APS podem ser aplicados pelo gestor municipal no custeio de equipes multiprofissionais no formato que for mais apropriado às necessidades locais (BRASIL, 2020).

1

A capitação ponderada é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária.

[...] a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes Nasf-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES [Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde] como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe. (BRASIL, 2020 p. 1)

Essa medida atingiu diretamente as equipes do NASF, fragilizando a manutenção das equipes multiprofissionais, que são essenciais para o cuidado a pessoas com obesidade no território. Com intuito de retomar o cuidado multiprofissional na APS, principal porta de entrada do SUS, o Ministério da Saúde retomou o custeio de equipes compostas por profissionais de saúde de diversas áreas, com o programa chamado eMulti, oficializado pela Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023 (BRASIL, 2023a).

A gente tem também o apoio do NASF, o antigo NASF, mesmo com o Ministério da Saúde não priorizando mais o NASF como a gente tem hoje na atenção básica, infelizmente, mas mesmo assim o município manteve na rede. A proposta com outra roupagem, com outro nome, mas com os mesmos objetivos. (E18)

Sobre o NASF, vale ressaltar que houve uma iniciativa do governo do ERJ para lidar com as mudanças do financiamento da APS. Em 2022, foi criado o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS), que tem como objetivo central apoiar a organização, expansão e qualificação da APS no âmbito do ERJ. Um dos componentes do PREFAPS consiste no repasse financeiro para os NASFs (SES, 2022). Como uma iniciativa estadual, mesmo em contextos de retração do investimento federal, alguns municípios e o Estado responderam por meio da manutenção das atividades a partir de recursos próprios, ou, como no caso do estado, aportaram recursos específicos para fortalecer a APS.

Os elementos levantados pelos participantes acerca da organização da RAS possibilitaram reflexões sobre o papel da gestão dentro da RAS. Dentre esses elementos, vale pontuar que essa gestão é fundamental, tanto para direcionar as equipes em relação às prioridades do território, como para apoiar a formulação e a implementação de ações que possam incidir diretamente ou indiretamente sobre o cuidado integral a pessoas com

obesidade. Alguns participantes abordaram sobre como percebem a gestão em todo esse processo do cuidado a pessoas com obesidade, principalmente no direcionamento das ações e no apoio às equipes de saúde.

E o principal também é a questão do apoio da gestão em estar fornecendo os recursos materiais, de, enfim, condições para que esses profissionais possam atuar junto aos pacientes e, claro, estar promovendo a qualificação desses profissionais, a educação permanente, né? Tudo isso faz com que o profissional se sinta ali mais capacitado para atuar de maneira mais resolutiva, isso fortalece a Rede. (E03)

Processo de trabalho

Um processo de trabalho efetivo na APS requer colaboração entre a gestão do serviço e os profissionais de saúde, definição clara de papéis e responsabilidades, e planejamento adequado para lidar com a obesidade. A disponibilidade de recursos, como nutricionistas e equipes multidisciplinares, é essencial. Se o processo de trabalho não estiver alinhado com as necessidades e demandas da população em relação à obesidade, pode haver lacunas no cuidado, falta de coordenação e abordagem fragmentada. Isso resulta em poucas ações de promoção da alimentação saudável, falta de orientação e gerenciamento adequado, afetando negativamente o cuidado às pessoas com obesidade (BRANDÃO *et al.*, 2020; FERREIRA, 2021). Alguns elementos levantados por Jesus (2020) sinalizam possíveis motivos dessa falta de alinhamento: o atravessamento da lógica privada na gestão do sistema de saúde e os reflexos sobre a organização dos processos de trabalho, orientados por metas e indicadores voltados para as doenças; o pouco espaço para a reflexão sobre a rotina de trabalho e a sobrecarga para a resolução dos problemas de saúde da população; a deficiência de uma formação mais ampliada e crítica sobre a determinação da obesidade; e a falta de articulação da rede de serviços para o cuidado integral das pessoas (JESUS, 2020).

[...]a obesidade faz parte do cuidado nas policlínicas, eu acredito que em algumas unidades básicas também. Mas não tem na saúde da família. A gente não tem apoio de nutricionistas, NASF, enfim. Eu não estou dizendo que não se faça nenhuma ação de promoção da alimentação saudável, mas se acontecer alguma coisa não é orientada, não é gerenciada, não é uma coisa organizada dentro do município. (E05)

A fala acima sugere que existe uma lacuna na atenção à obesidade na APS, particularmente na Saúde da Família. A falta de apoio de profissionais especializados, como

nutricionistas e NASF, indica que o cuidado em relação à obesidade pode ser insuficiente e não integrado de forma adequada. Isso pode resultar em ações pontuais e desarticuladas, em vez de uma abordagem abrangente e coordenada.

A temática do processo de trabalho foi apresentada pelos participantes ao pontuarem, entre os principais desafios enfrentados para o cuidado a pessoas com obesidade, a sobrecarga de trabalho e a rotatividade dos profissionais.

Alguns dos participantes estavam alocados em cargos de gestão e as suas falas reforçaram a questão da sobrecarga de trabalho, que impossibilita o planejamento adequado de atividades necessárias ao território, por exemplo, incluindo atividades voltadas à obesidade. Essa sobrecarga apontada por alguns profissionais se alinha com o que Mendes (2012) denomina de "tirania do urgente", situação em que a atenção aos eventos agudos sobrepõe-se ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas (MENDES, 2012). Nesse sentido, vale refletir sobre o contexto da pandemia de COVID-19 que os participantes estavam vivenciando, um evento agudo que sobrecarregou os profissionais de saúde e se sobrepôs a diversas agendas, como a da obesidade.

Quando estava na ATAN também fui impelida a ficar com outro programa grande, doenças crônicas não transmissíveis, doenças e agravos não transmissíveis e era muita coisa, não tinha nem o administrativo para me ajudar. Não estou falando justificando. Tinha hora que eu tinha que largar tudo que eu estava fazendo para digitar no bolsa família, para dar conta de 18 mil para bater a meta. (E14)

Sobrecarga de trabalho e poucas condições estruturais da atenção básica/primária (ESF) no SUS. (Q01)

Sobrecarga e acúmulo de atividades. (Q51)

Processo de trabalho denso, com muitas demandas voltadas às questões de reprodução; tabagismo; hipertensão e diabetes. (Q105)

É... tudo que se fazia, que hoje a gente não faz mais no grupo por conta da pandemia. (E03)

O papel da unidade eu acho que ainda falta a gente avançar melhor, conhecer melhor o território, até em função da pandemia mesmo, a gente acaba sendo atropelado por outras demandas de atendimento, em questões até de fontes de financiamento e outros fatores [...]. (E06)

Como a gente entrou na pandemia, essas coisas (ações) diminuíram muito, ano passado inteiro não teve nada e as pessoas agora estão voltando. (E14)

Outro desafio salientado pelos profissionais no tocante ao processo de trabalho foi a influência da rotatividade dos profissionais de saúde e gestores na dinâmica do serviço de saúde. Vale pontuar que esta rotatividade é, ao mesmo tempo, um elemento crítico tanto da organização da RAS (subtema anterior) quanto do processo de trabalho. Se um profissional de saúde está inserido em uma ação/atividade e é deslocado para outro setor ou é demitido, nem sempre haverá outro profissional para desempenhar o papel que ele antes realizava, afetando assim toda a dinâmica do serviço de saúde.

Então, o pouco que estava sendo construído, que eu tinha noção realmente que estava sendo construído, foi interrompido, porque não houve ainda um novo processo seletivo, ou seja, não há ainda possibilidade de uma reintegração das nossas funções, isso foi em dezembro. De oito meses para cá nada mudou, e eu não sei se de oito meses para cá apareceu alguém pensando nessa questão da obesidade. (E02)

Alta rotatividade de gestores e falta de equipe multiprofissional. (Q11)

Sobre a questão da rotatividade dos profissionais, vale sinalizar que ao longo dos últimos anos o modelo de gestão utilizado para a expansão da APS foi o de parceria com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), na qual uma nova política foi assumida pelos gestores e formuladores de políticas de saúde, alocando a APS como principal ordenadora da organização da RAS (LAPÃO *et al.*, 2017). As OSS são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, conforme previsto na Lei nº 8080/90. A rotatividade ocorre de maneiras distintas. Na administração direta, é mais alta entre médicos e enfermeiros, profissionais que recebem melhor remuneração no mercado privado do que no setor público. Já nas Organizações Sociais de Saúde (OSS), a rotatividade é maior entre os demais profissionais da área da saúde, uma vez que recebem salários superiores no serviço público em comparação com a iniciativa privada (PILOTTO; JUNQUEIRA, 2017).

O processo de trabalho em saúde se configura como uma organização sistemática de diferentes atividades e atores, fomentada pela tomada de decisões que visa garantir o sucesso das ações e intervenções necessárias e prioritárias nos serviços de saúde. Seu desenvolvimento se dá a partir de atividades complexas, desafiadoras e inovadoras, principalmente quando se pensa na obesidade como uma doença complexa e multifatorial (SANTOS, 2019). O relato dos participantes possibilitou uma reflexão sobre o fato da sobrecarga das atividades influenciar o cuidado a pessoas com obesidade, seja pela falta de tempo para elaborar e implementar ações no território, tempo limitado das consultas ou pela

falta de recursos e suporte adequado. Nesse sentido, é válido considerar se uma maior institucionalização dos fluxos poderia contribuir para aprimorar o processo terapêutico em um contexto de sobrecarga de trabalho. Quando certos protocolos não estão devidamente consolidados, isso demanda que os profissionais tenham que lidar por conta própria e buscar as melhores alternativas para diversas situações específicas.

Esses diferentes elementos aqui elencados compuseram as seguintes categorias: fragilização da organização dos serviços e precarização do processo de trabalho, que aparecem de forma profundamente interrelacionada nos relatos analisados.

Fluxo de atendimento

Alguns profissionais citaram a dificuldade em relação ao cuidado a pessoas com obesidade pela falta de um fluxo de atendimento ou uma linha de cuidado estruturada e implementada. O profissional de saúde enxerga esse obstáculo, mas por não poder, muitas vezes, interagir com a organização da RAS, se sente desestimulado em relação às suas ações perante as dificuldades das pessoas com obesidade. Com a ausência de um fluxo de atendimento, os profissionais desconhecem os mecanismos e sistemas de referência e contrarreferência e os protocolos de encaminhamento para os diferentes pontos de atenção, incluindo pontos de corte de diagnóstico de sobrepeso e obesidade e doenças associadas que balizam o encaminhamento para atenção especializada. Silva (2011) reforça que um princípio importante a ser adotado é o do sistema em redes sujeito-centrado, no qual devem estar instituídas linhas de cuidado que levem em conta a singularidade de suas demandas e necessidades. Ele também afirma que a implementação de linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes e de projetos terapêuticos que atendam necessidades mais singulares da população da área são indispensáveis para a qualificação do cuidado.

As principais limitações, citadas pelos profissionais, que interferem na continuidade do atendimento relacionadas ao fluxo de atendimento foram: acesso aos serviços de saúde, encaminhamento para outras especialidades, sobrecarga de atendimentos por turno, tempo de retorno das consultas acima do adequado e desconhecimento sobre a estrutura e possibilidades da rede.

Eu tive casos de sucesso, mas a gente não tinha como encaminhar, então a gente tentava um acordo, quem encaminha é o endócrino, mas a gente não tinha como acompanhar, muitas vezes o paciente queria fazer bariátrica e a gente fazia o laudo, aquela coisa que não vai resolver, então quando o

paciente obeso chega para você é complicado, porque fica naquele negócio crônico voltando. (E14)

O que eu percebo é que não existe isso como fluxo. Existe uma demanda, a gente vai encaminhando o paciente dentro do contexto ali nosso, mas não existe isso regulado! Isso não acontece. Nem descrito o fluxo: o paciente tem que ir para tal lugar, saiu daqui, pega isso. (E01)

Então a gente não sabe o que a gente faz, qual é a rede que a gente tem de apoio porque não tem assim: ah, esse é o psicólogo responsável por receber o paciente da Unidade. Não tem! Não tem esse fluxo de profissionais. (E03)

Então, é uma coisa que a gente percebe que eles [pacientes] desistem muito facilmente. Ou pela dificuldade de acesso, isso tem que ser colocado! Marcar consulta, voltar novamente à Unidade, aquele dia o nutricionista não foi, aquele dia ele não foi acolhido, ninguém marcou pra ele. Então tem que ir no Posto marcar, muitas vezes essa rede que não funciona, claro que isso faz ele desistir, tá! Se tiver outro problema já vai ser mais difícil. (E01)

A sobrecarga de atendimentos foi um relato presente em uma boa parte das falas dos profissionais de saúde. Vale pontuar que esta sobrecarga é, ao mesmo tempo, um elemento crítico tanto do processo de trabalho (subtema anterior) quanto do fluxo de atendimento. É importante considerar a complexidade e a multifatorialidade da obesidade. Os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado dessas pessoas deveriam ter todo o suporte necessário para garantir uma atenção adequada. No entanto, muitas vezes, esses profissionais se veem sobrecarregados devido ao grande número de pessoas que precisam atender diariamente.

Então, os atendimentos pelo SUS, eles são bem corridos. Então, eu conseguia ficar no máximo meia hora com cada paciente e tinha que colocar um limite. Não podia atender um paciente um ano e meio, dois anos. Então era tudo muito intenso, porque havia uma fila de espera muito grande. Então, se eu ficasse com o paciente um ano e meio, vários outros sofreriam na fila de espera. (E13)

A gente tem um número de pacientes para atender por turno, então às vezes não tenho como desenvolver a consulta como eu gostaria porque a gente tem um tempo mais reduzido. Porque tem paciente que é mais rápido, mas tem paciente que demanda um tempo maior. E aí como eu tenho um tempo limitado, às vezes isso atrapalha o desenrolar ali daquele atendimento. (E04)

Eu acho também que é uma outra questão, você com uma fila de espera enorme, como vai garantir o retorno dessa pessoa para uma continuidade de cuidado? Quanto mais aumenta a demanda do problema, enquanto problema de saúde pública, mais fica evidente que esse modelo de atenção é insuficiente. (E05)

O último desafio acerca do fluxo de atendimento apontado pelos participantes é o desconhecimento sobre a estrutura e as possibilidades da rede, principalmente no tocante ao

encaminhamento pré e pós bariátrica. Esse é um indício de fragilidade no processo de institucionalização e consolidação dos fluxos de atendimento dentro da RAS. A institucionalização desses fluxos pode proporcionar uma estrutura mais clara e organizada para os profissionais lidarem com as demandas específicas dos sujeitos com obesidade, permitindo uma abordagem mais eficiente e adequada, mesmo em contextos desafiadores de escassez de recursos e sobrecarga de trabalho. Alguns profissionais relataram que, movidos pelo ideal de oferecer assistência adequada, acabam por criar fluxos de atendimento paralelos dentro da RAS.

A ordem é nutricionista não encaminha para especialista, mas quando meu paciente precisa eu furo a ordem e encaminho. Aí eu falo você tente; se te travares lá eu não posso fazer nada [...]. (E02)

Na mesma hora que estou fazendo a avaliação, eu pergunto se está sendo assistido pela nutricionista, se está com a endocrinologista, porque algumas vezes só está com médico de família, só fazendo esse acompanhamento da pressão arterial. E eu faço os encaminhamentos, algumas vezes eu vou lá na frente e peço “é meu paciente, para dar uma assistência legal, marca aí para mim”. Graças a Deus meus pacientes estão sendo assistidos pelas pessoas que encaminhei. (E09)

Vale dizer que há uma diferença entre os municípios do estado, no tocante ao fluxo para cirurgia bariátrica, principalmente devido ao sistema de regulação, que segue a seguinte ordem: a pessoa com obesidade deve ser atendida em uma UBS próxima de sua residência para que um médico avalie a necessidade da cirurgia. Caso a cirurgia seja indicada, o médico solicita uma segunda avaliação para a Central Estadual de Regulação (CER) (SES, 2020). A diferença de fluxos entre os municípios do estado é revelada pelo fato de alguns profissionais reconhecerem um fluxo para cirurgia e outros desconhecerem totalmente o percurso da pessoa com obesidade dentro da rede até a cirurgia bariátrica.

Geralmente aqui tem, por exemplo, tem a endocrinologia, que geralmente está ligado à central de regulação ao acesso a esse tipo de serviço. Como esse paciente obeso vem para mim? Vem via ortopedia com queixa, esse é o caminho. Fora isso ele está ligado ao serviço de nutrição, isso eu sei que ele está e se houver indicação de cirurgia bariátrica pelo pessoal da endócrino, aí ele vai entrar pela regulação, pelo SISREG, para agendar consulta e para entrar na fila mesmo. Isso é uma coisa que eu sei que funciona, que é a questão de referenciar para um serviço que faça a cirurgia bariátrica. (E07)

Então, o fluxo até mim eu sei, porque é através do médico da Unidade que encaminha para mim. Mas eu não sei como é o fluxo para fazer uma cirurgia bariátrica, eu não sei. Eu tento procurar saber, eu já tentei procurar saber, mas sinceramente não sei. Hoje não sei como está funcionando, nem antes eu também não sabia como funcionava esse fluxo. (E08)

Em relação ao fluxo, desconheço um fluxo externo. Havia um fluxo interno da unidade que era da técnica de enfermagem, geralmente faz a triagem e pesa os pacientes, verifica a PA, glicemia. Esses pacientes vão para o atendimento médico, e a médica quando identificava que era obesidade ou sobrepeso, estava associada a uma questão emocional, ela regulava esse paciente para mim, mas externamente eu desconheço. Em relação à cirurgia bariátrica, nunca tive um paciente que conseguiu realizar esse tipo de cirurgia pelo SUS. (E13)

Cabe mencionar o contexto de dificuldade para se realizar a cirurgia bariátrica no estado do Rio de Janeiro, sendo um dos maiores fatores o pequeno número de hospitais públicos credenciados para realizar esse procedimento (REIS *et al.*, 2022). Atualmente, somente um hospital público do estado do Rio de Janeiro oferece o procedimento, o Hospital Estadual Carlos Chagas. Além deste, há dois hospitais federais que também o realizam: Hospital Geral de Ipanema e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Nesse ponto, vale descrever que, para adultos com obesidade grau III (IMC $\geq 40,0$ kg/m²) que não respondem ao tratamento clínico longitudinal durante dois anos, é indicada avaliação para cirurgia bariátrica, com acompanhamento pré e pós-cirúrgico por uma equipe multiprofissional de Atenção Especializada e cuidado longitudinal pela APS (BRASIL 2013a; 2013b). Reis *et al.* (2022) analisaram os dados de 317 pessoas atendidas nos CROs do Rio de Janeiro e identificaram que 1/4 dos sujeitos indicou a realização de bariátrica como motivação para procurar os CRO, mas menos de 10% foram encaminhados. A cirurgia foi realizada em 3% dos sujeitos, sendo que apenas 1% realizou o procedimento pelo SUS.

A falta do fluxo para dar continuidade nos casos graves devido à pouca oferta e incentivo financeiro para as ações para que possamos organizar de forma dinâmica com alguns atrativos para a população. (Q64)

Mas quanto à cirurgia bariátrica, já atendi muitos pacientes com a necessidade de fazer cirurgia bariátrica e muito desejosos de fazer. Já encaminhei para outras especialidades do paciente, do paciente chegar para mim e a gente ver uma necessidade de fazer uma cirurgia, eu encaminhar para uma equipe multiprofissional, para o endocrinologista, encaminhar para um psicólogo. Mas o que eles relatam é que é uma espera muito grande, que estão há anos na fila esperando e que ainda não conseguiram. Então estou há seis anos numa unidade, eu nunca atendi um paciente que fez bariátrica pelo SUS. (E16)

Os relatos acima podem ser compreendidos como uma dificuldade dos profissionais de saúde se "apropriarem" da LCSO em seu cotidiano de trabalho, o que reflete fragilidades no processo de implementação da Linha. Essa questão foi vista de forma mais clara no estudo de Ferreira (2021), que avaliou o grau de implantação da LCSO em uma região do Distrito Federal. Nessa pesquisa vivenciou-se uma dificuldade da adesão dos profissionais, apesar dos esforços de mobilização desses profissionais com os gerentes do serviço da APS, quando foi solicitado o apoio e articulação com os mesmos. Essa dificuldade foi atribuída também à alteração desses gerentes nas duas UBS selecionadas, o que contribuiu para a ruptura no processo de trabalho, contexto esse agravado pela crise sanitária em decorrência da pandemia da COVID-19.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) de 2011 destaca a prevenção da obesidade e o tratamento de pessoas com essa condição como uma de suas prioridades. Para isso, a organização da Atenção Nutricional no SUS é uma diretriz central da PNAN, que prevê os cuidados relativos à alimentação e nutrição como parte do cuidado integral à saúde da população. E a LCSO é uma estratégia adotada pelo SUS para organizar o cuidado integrado e contínuo aos sujeitos com sobrepeso e obesidade. Ela envolve ações de promoção da alimentação saudável, prevenção do ganho de peso excessivo, diagnóstico precoce, tratamento multiprofissional e acompanhamento a longo prazo. Nessa perspectiva, a pactuação da LCSO na APS é estratégica para o enfrentamento desse agravo, sendo responsável por organizar os serviços, coordenar os fluxos de referência e contrarreferência para o atendimento dos sujeitos com sobrepeso e obesidade, priorizando uma rede integrada, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014c).

De forma complementar, Silva (2011) descreve as "linhas de cuidado" como estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas. São basicamente as normas que orientam os sujeitos sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas.

O Manual Instrutivo da construção da LCSO sinaliza que os gestores devem analisar um conjunto de dados relacionados com o perfil epidemiológico da população, além de informações sobre a oferta de serviços para planejar o processo de desenvolvimento da LCSO regional. Esse planejamento demanda compreender quais os dados disponíveis, como são produzidos e como podem subsidiar a análise dos fatores que condicionam a consolidação de um fluxo de atendimento adequado à pessoa com sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2014c).

No tocante ao fluxo de atendimento das pessoas com obesidade, Reis (2018) aborda a importância de se implementar uma linha de cuidado organizada, com uma definição clara dos papéis das secretarias municipal e estadual de saúde e um fluxo de atenção à saúde bem estabelecido para a oferta de um cuidado integral e de qualidade. Esta linha de cuidado deve incluir as ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade com vistas a estancar o crescimento acelerado da prevalência de obesidade, mas também as ações de cuidado, considerando todas as necessidades de saúde dos sujeitos, e as evidências disponíveis para o tratamento de pessoas com obesidade.

O fluxo de atendimento à pessoa com obesidade foi preconizado nas portarias nº 424 e 425 de 2013 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Porém, até os dias atuais, poucos municípios conseguiram organizar os serviços de forma a estabelecer este fluxo. Isso se deve a um conjunto de fatores, desde a organização da RAS e as fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e as gerências dos serviços de saúde, referentes ao respeito aos processos de referência e contrarreferência, até a disponibilidade de equipes de saúde no território.

O estudo realizado por Marins (2020), que analisou o contexto institucional e de gestão do município de Niterói na implementação da LCSO, identificou alguns aspectos que podem contribuir para viabilizar ou dificultar a organização da linha de cuidado no município. Dentre eles, destacam-se fatores institucionais referentes ao funcionamento da APS que desafiam a construção da LCSO, tais como: a ausência de recursos específicos destinados às ações de prevenção e manejo da obesidade; limites na quantidade de profissionais frente à demanda; ausência de fluxo institucionalizado de encaminhamento para cirurgia bariátrica; desarticulação entre APS, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar e invisibilidade da obesidade como problema de saúde pública.

A construção da LCSO demanda uma articulação intrasetorial (entre instâncias que integram o SUS), uma vez que prevê ações nos diferentes pontos da RAS e um fluxo de encaminhamento que são fundamentais para uma abordagem integral da pessoa com obesidade nos serviços de saúde. No entanto, a consolidação desse fluxo ainda é desafiadora. A fragmentação institucional contribui para isto, uma vez que as próprias ações previstas na LCSO são implementadas por serviços distintos das secretarias de saúde, desde aquelas referenciadas para a APS até as ações que remetem aos demais pontos da RAS, como a própria intervenção cirúrgica. Esse conjunto de elementos aqui problematizados compõem a categoria de baixa institucionalidade da LCSO.

Articulação Inter e Intrasetorial

A proposta de reorganização dos serviços de saúde na perspectiva de rede e de linhas de cuidado favorece uma abordagem mais integrada da obesidade. Nesse sentido, vale enfatizar que a PNAN reafirma o compromisso de cooperação e articulação do SUS para a política intersetorial, mas reforça a articulação intrasetorial, buscando apresentar a articulação entre suas diretrizes e outras políticas e mecanismos de gestão do SUS na perspectiva da articulação entre os cuidados em alimentação e nutrição na RAS (BRASIL, 2012; ALVES; JAIME, 2014).

A articulação dentro do serviço de saúde é fundamental para a organização e a implementação de ações de cuidado em relação à obesidade. Para que isso aconteça, é preciso ter um olhar ampliado sobre a questão. Alguns dos participantes destacaram a importância de se estabelecer uma articulação efetiva com outros setores das secretarias municipais de saúde para o processo de cuidado, apontando a APS como o principal agente para essa interlocução e coordenação das ações.

Em relação à articulação intersetorial, os profissionais de saúde destacaram alguns desafios que interferem no cuidado à obesidade, como: insuficiência de ações intersectoriais e aperfeiçoamento das estratégias intersectoriais presentes.

A gente gostaria de ver mais na escola, [isso] sendo trabalhado, sendo melhor falado. Gostaria de ver intersetorialmente essas questões sendo melhor discutidas dentro da própria gestão pública. Falando intersetorialmente para além da educação, mas também assistência social e outros atores um pouco mais atentos a essa pauta. Mas ainda vejo como possibilidades, ainda insuficiente. (E05)

Houve certo destaque na fala dos participantes sobre a necessidade do aperfeiçoamento das estratégias intersectoriais, principalmente do PSE. Porém, vale destacar que uma das diretrizes da PNAN, “cooperação e articulação para Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)”, reafirma a intersetorialidade, princípio observado em diversas iniciativas, por exemplo, na implementação do Programa Bolsa Família (PBF) e do PSE. A Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) potencializou isso ao ampliar oportunidades de articulação e parceria intersetorial, com destaque para a “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios”, publicada em 2014, que tem como objetivo prevenir e lidar com a obesidade na população brasileira por meio de ações intersectoriais, promovendo a alimentação adequada e saudável e a prática de atividade física no ambiente (CAISAN, 2014; PINHEIRO *et al.*,

2019). No entanto, com o desmonte do arcabouço institucional para a formulação e implementação de políticas de SAN ocorrido no governo Bolsonaro (2019-2022), que, dentre diversas ações, alterou o teto dos gastos, foram reduzidas as ações de proteção social (SANTOS *et al.*, 2021). A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e a paralisação da ação da CAISAN compuseram esse cenário. Entretanto, no atual governo Lula (2023), a agenda de SAN foi retomada, com a reinstalação dessas ferramentas fundamentais para a garantia de SAN e da intersetorialidade (BRASIL, 2023b; 2023c; RECINE, 2023).

Vale destacar que a incompreensão a respeito do que seja a intersetorialidade, os problemas na estrutura dos serviços e nos processos de gestão também se constituem em grandes desafios na construção do modelo assistencial para a APS (FERTONANI *et al.*, 2015). Além disso, há uma baixa valorização cotidiana dos esforços interssetoriais diante das urgências setoriais, principalmente quando se pensa em ações de prevenção e manejo da obesidade (RIGON, SCHMIDT e BÓGUS, 2016; JESUS, 2020). Nesse sentido, Silva (2011) destaca que a articulação interssetorial é importante para a intervenção em determinantes de saúde através de integração com outras políticas públicas.

Dentre as potencialidades apontadas pelos profissionais de saúde, destacam-se as parcerias no âmbito do programa Academia da Saúde e da ESF/NASF. Em relação a outras secretarias, destacam-se as interlocuções com a área de Educação, no âmbito da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) nas escolas e do PSE, e com o Serviço Social, no âmbito do PBF.

Eu cheguei a trabalhar em parceria também com PSE e dentro do NASF também temos a nutricionista. (E09)

Então estou vendo uma movimentação, algumas ações interssetoriais que aconteceram, rolaram algumas reuniões com o pessoal da educação, com a Secretaria de cultura e esportes, tem alguma parceria assim. (E12)

Então, a alimentação na escola a gente também fazia parceria com o PNAE e o PSE. (E15)

A gente começou a fazer uma parceria com a educação, comecei a participar do CONSEA, e a gente começou a ver o empenho das nutricionistas da educação em relação à questão de melhorar a qualidade do cardápio, mas entra também na questão de recursos para fazer as compras e muitas coisas assim. (E14)

A maioria dos documentos oficiais do setor Saúde propõe ações que objetivam a alteração das práticas alimentares e de atividade física dos sujeitos, ainda que a ideia da

intersetorialidade esteja presente nos textos das políticas de saúde, tanto na PNAN quanto na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (JESUS, 2020).

A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só pelo fato de a obesidade ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida (SCHMIDT *et al.*, 2011). Diante disto, a obesidade vem ganhando maior visibilidade e espaço no conjunto de ações e iniciativas intersetoriais, sendo reconhecida como um problema social e uma das formas de manifestação da insegurança alimentar e nutricional (ALVES; JAIME, 2014; BRASIL, 2012; JAIME *et al.*, 2013; SILVA; BORTOLINI; JAIME, 2013).

No estudo realizado por Sebold *et al.* (2020), os participantes identificam como positivas as ações intra e intersetoriais de cuidado a pessoas com obesidade. Por se tratar de um fenômeno multifatorial, os mesmos interpretam que a combinação de diferentes abordagens de cuidado pode ter mais resolutividade. De acordo com o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 38 (BRASIL, 2014a), a prevenção e o manejo do excesso de peso da população devem prever a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os sujeitos na adoção de modos de vida saudáveis e que propiciem a manutenção ou a recuperação do peso saudável. Por isso, torna-se necessária a articulação da RAS com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor Saúde, ou seja, a busca pela interdisciplinaridade e pela intersetorialidade e, essencialmente, a busca por parcerias com a comunidade e com equipamentos sociais, implementando novas formas de agir.

Os elementos aqui abordados compõem a categoria identificada como: articulações intra e intersetoriais induzidas por programas específicos.

Em síntese, no tocante à dimensão organizativa analisada neste estudo, a maior parte das ações relatadas pelos profissionais se concentrou em ações coletivas de apoio ao autocuidado, como os grupos terapêuticos e consultas compartilhadas, mas também foi abordado sobre a sala de espera, ações de educação alimentar e nutricional, Programa Academia da Saúde, PSE e PNAE. No escopo das ações de prevenção e manejo da obesidade, não houve menção a uma estrutura de planejamento e monitoramento das ações, apesar de alguns profissionais divergirem em relação ao apoio e à falta do mesmo por parte da gestão.

Peruzzo et al., (2018) relata que no cotidiano das equipes de saúde, existem fatores que interferem negativamente no contexto institucional e de gestão do cuidado em saúde da pessoa com obesidade, entre eles: quantidade insuficiente de profissionais, força de trabalho não qualificada, ausência de cooperação entre os profissionais, além da alta rotatividade dos profissionais.

Nessa perspectiva, destaca-se a importância da gestão dos serviços de saúde na prevenção e no manejo da obesidade, desde a organização da RAS, a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais de saúde, o estabelecimento de um fluxo de atendimento das pessoas com obesidade, idealmente em formato de linha de cuidado, articulação intra e intersetorial, até a implementação e monitoramento de ações específicas. As falas de uma boa parte dos profissionais corroboraram aspectos pontuados por Mendes (2012) e Silva (2011) no tocante ao fluxo de atendimento. Vale destacar que a sobrecarga de trabalho e o longo tempo de espera para marcação de consultas foram pontuados pela maior parte dos profissionais como os maiores desafios para o atendimento das pessoas com obesidade. Porém, houve uma carência de relatos dos profissionais sobre a estruturação e a implementação das LCSOs, mesmo que as mesmas já estejam em discussão tanto pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), como pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS). Apesar de as normativas que orientam as LCSO terem sido publicadas há 10 anos, ainda não houve uma mudança considerável acerca do cuidado das pessoas com obesidade dentro da RAS.

Por fim, ainda que haja um conjunto de estratégias e políticas, o aumento do número de pessoas com obesidade ao longo dos anos requer um cuidado que articule o manejo individual com ações que modifiquem o ambiente obesogênico (RAMOS *et al.*, 2020). O debate acerca de ações intersetoriais está muito pautado, na fala dos participantes, em programas específicos, como o PSE. Além disso, faz-se necessário superar a fragmentação dos pontos de atenção da RAS que limita a comunicação e a oferta de um cuidado contínuo e abrangente ao longo da vida (BELO *et al.*, 2022). Isso demanda implementar e consolidar as linhas de cuidado para obesidade, ações que vêm enfrentando desafios desde o seu início em 2013 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

5.3 Dimensão profissional

5.3.1 Modelo assistencial

Estão apresentados a seguir os resultados dos subtemas listados no capítulo anterior, a saber: conduta terapêutica, promoção da autonomia e adesão ao tratamento.

Conduta terapêutica

Na visão dos profissionais de saúde, a conduta terapêutica para obesidade consiste nas seguintes práticas: orientação nutricional, centrada na mudança dos hábitos alimentares; estratégias com foco na Educação Alimentar e Nutricional (EAN); orientação com base no contexto sociocultural e econômico; olhar para a abordagem cognitivo-comportamental; orientações para prática de atividade física; e inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

O foco primário da conduta terapêutica dos profissionais consistia na orientação nutricional, concentrado na promoção da saúde, mudança dos hábitos e dietas centradas no manejo da obesidade e das doenças relacionadas. As intervenções mais comumente utilizadas e recomendadas para o tratamento da obesidade têm como destaque a terapia para mudança do estilo de vida, incluindo orientação nutricional, atividade física e abordagem cognitivo-comportamental (PUENTE; MARTINEZ, 2017; FERNANDEZ et al., 2018).

Mas, assim, na questão da obesidade, eu acho que a gente quando se propõe a conversar com o paciente, é uma orientação alimentar, fazendo com que ele possa entender um pouco do hábito alimentar dele, da necessidade de modificar na verdade esse hábito alimentar frente ao excesso de calorias que ele vem consumindo e consumindo produtos industrializados. (E01)

Sempre a nossa abordagem é de orientação, promoção à saúde, então é uma abordagem menos invasiva. Uma abordagem muito de cotidiano, adesão e de construção de vínculo. E nesse momento a gente faz uma orientação muito própria, com salas de conversa, sala de estar com nossos pacientes, onde a gente oferece outros recursos junto, claro, sempre com uma nutricionista lá. Oferece alguns recursos como trocar o suco, como fazer um suco detox, para que fazer o suco detox, qual o objetivo disso. (E18)

Então, eu gosto muito assim (...) eu percebo que dá certo, eu consigo trabalhar com eles num primeiro momento a mudança qualitativa da alimentação. Focar em alguns pontos! Beber bastante água, comer legumes e verduras diariamente, diminuição da quantidade de açúcar... Às vezes eles vêm muito com aquela coisa assim: “ah eu não estou jantando para poder emagrecer”! Então, desmistificar algumas situações. Mostrar para ele que comer dois pães com queijo, presunto e café com leite acaba sendo mais calórico e menos saudável do que um jantar. Então assim, essa abordagem inicial durante um mês, eu gosto de fazer isso primeiro, nessa primeira consulta fazer essa orientação geral, essa orientação qualitativa. (E04)

Já atendi bastante pessoas obesas e com sobrepeso. Eu sempre tento conversar dando uma visão geral da importância do cuidado da nossa saúde, tento falar um pouco sobre alimentação, questão dos ultraprocessados, tento

sempre tocar um pouco mais nisso. Quando percebo que as pessoas que eu atendo são obesas eu falo sobre a questão da alimentação, a gente sempre conversa um pouco sobre essas questões da importância de evitar esses alimentos. (E12)

Dentre as estratégias adotadas durante as consultas individuais, destaca-se a utilização de recursos de EAN por profissionais nutricionistas. Ressalta-se que a EAN é uma estratégia fundamental para lidar com temas relacionados à alimentação e nutrição que pretende promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis, além de constituir um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional (BRASIL, 2012). A EAN abrange não somente a abordagem do cotidiano alimentar das pessoas, mas procura aproximar-se da realidade de vida e alimentação e reconhecer os aspectos afetivos, o valor dos rituais de comensalidade, das preferências e de todos os sentidos e significados que envolvem a alimentação (BRASIL, 2018; PAIVA *et al*, 2016).

Mas também peço sempre recordatório alimentar, tipo movimenta aí... Às vezes as pessoas não percebem o que estão consumindo. Então a gente usa essa estratégia. De EAN, eu uso no dia a dia aquele prato bonito, sabe. Aquele prato de alimentos “o que eu posso, o que eu não posso”. Eu não uso a pirâmide, eu uso o prato saudável. E é isso o que a gente vai tentando fazer. (E01)

Nesse sentido, a EAN é um recurso a ser adotado na prática clínica para auxiliar a redução do peso corporal e dos fatores de risco associados à obesidade, a adesão ao tratamento e a mudança de modos de vida, com resultados positivos em longo prazo. A EAN, que está inserida na educação em saúde, é descrita como um processo essencialmente ativo que envolve mudanças no modo de pensar, sentir e agir dos sujeitos, e por meio do qual eles adquirem, mudam ou reforçam atitudes e práticas adequadas à saúde (BRASIL, 2012; PEREIRA *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2008).

O olhar para o contexto social e econômico foi pontuado por alguns participantes como uma abordagem que facilita o entendimento sobre as vivências da pessoa com obesidade e, assim, auxilia na construção da conduta terapêutica mais adequada. Essa é uma perspectiva importante quando se trata da conduta terapêutica, para que as orientações sejam adequadas à realidade das pessoas com obesidade. Esse olhar também é reforçado por Fertoni *et al.* (2015), que reitera que a prática do profissional deve estar orientada pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades socioculturais.

Então, conversar essas questões não só clínicas da obesidade, mas também entrar nas questões sociais, emocionais, os gatilhos, as questões familiares, aquilo que está incomodando muito ele em casa. Aonde é essa casa, quem é essa casa, quem são os familiares, como ele vai abordar isso tudo. E tentar mostrar pra ele que isso é um projeto maior que ele tem que fazer, buscando outras situações para melhorar a qualidade de vida. (E01)

Então eu tenho que ver o que eles têm dentro da realidade deles e montar uma orientação que eu sei que ele vai seguir, ainda que não seja a ideal, mas é o possível! [...] Então é isso, a parceria, ser um apoio, me colocar ali na realidade deles ao invés de criar planos alimentares que eu sei que eles não vão conseguir seguir e não ficar na posição de acusadora, de julgadora porque não funciona! (E04)

O profissional tem que fazer parte do contexto, tem que fazer uma anamnese muito boa para entender o contexto daquele usuário, contexto de vida social, familiar, econômico, para você poder trabalhar para aquela pessoa, direcionar o tratamento dentro do contexto dele. (E14)

Não adianta colocar coisas caras, porque eles não vão ter condições financeiras de comprar. Então, a gente vai dentro da possibilidade, eu vou dentro da possibilidade do paciente. (E15)

O olhar para o contexto socioeconômico das pessoas com obesidade deve ser um ponto de atenção para os profissionais de saúde. Em relação a esse tema, os indicadores explorados com maior frequência pelos estudiosos da área são: ocupação, educação e renda. Em países desenvolvidos, a educação e a ocupação são os principais determinantes da obesidade, enquanto que associações mais fortes relacionadas a renda e bens materiais são observadas em países em desenvolvimento (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Os participantes relataram abordar, durante as consultas individuais, o fato de a obesidade ser um fator de risco para outras DCNTs, como diabetes e hipertensão. Reportaram, também, que tentam, dentro do processo terapêutico, esclarecer os efeitos dessa doença ao longo do tempo e como a mesma está relacionada com questões presentes no dia a dia, como a dor constante nas articulações e outros. Essa é uma forma de sensibilizar as pessoas com obesidade em relação ao risco dessa doença. De acordo com Fertoni *et al.* (2015), as equipes multiprofissionais podem colaborar para um modelo assistencial integral e contínuo, por meio do compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais e a população atendida, com destaque para intervenção sobre os fatores de risco da obesidade. A obesidade também pode ocasionar diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, apneia do sono, problemas psicossociais, doenças ortopédicas, entre outras (WOF, 2022).

Ele [paciente] fala que o problema é a diabetes, o problema é a hipertensão, o problema é a dor no joelho. Aí depois você [profissional] vai clareando um pouco mais a conversa com esse paciente e fazendo ele entender que a

obesidade é o princípio dessas situações que estão levando ele a essas outras situações. (E01)

A gente, quando é o caso, tem que colocar no gráfico, mostrar e falar de todos os problemas que a obesidade pode trazer para a vida daquela criança. Então, você tem que informar e conscientizar muito o responsável do problema que a obesidade pode trazer, porque eles não têm essa percepção. Ainda tem aquele conceito de bebê gordinho é bebê saudável. (E11)

Paciente chegou ao consultório, essa aí mesmo que chegou, está acima do peso, ela é uma que estou orientando para perder peso, ela sente muita dor. Então já estou orientando para ela começar a diminuir o consumo e perder peso. Essa é uma que estou tentando catequizar, tem muita dor. (E07)

Dentre as falas anteriores, vale a reflexão sobre aquela em que o participante afirma: “Essa é uma que estou tentando catequizar”. Esse é um ponto que pode ter algumas interpretações, porém, dentro do contexto que foi abordado, percebe-se que o intuito do profissional era realizar uma orientação com foco na perda de peso. Mas, a forma como foi dito aponta para o que Oliveira *et al.* (2019) abordam no seu estudo. Eles apresentam a importância da consolidação da formação dos profissionais com vistas a superar a ótica tradicional de catequizar o outro, contrapondo-se à premissa da transmissão de informação para a elaboração de um cuidado, por ora, fragilizado e fragmentado. Em certas ocasiões, os profissionais podem considerar que estão fazendo uma orientação acerca de algo, porém, dependendo da estratégia adotada, pode ganhar uma conotação doutrinária.

A pesquisa realizada por Niquini (2017) explora a abertura do profissional ao diálogo e que, dependendo do posicionamento desse profissional para com as subjetividades da pessoa com obesidade, as condutas podem ser prescritivas com a justificativa de se “educar” a pessoa em tratamento. E assim, a conduta se transforma em uma forma de tentar mudar os modos de pensar e agir do outro. Nesse sentido, vale refletir sobre a diferença entre tentar mudar o outro e promover processos de reflexão conjunta para que o outro encontre caminhos mais adequados e saudáveis para si, fomentando estratégias diferentes para que hábitos mais saudáveis possam ser consolidados.

De forma pontual, houve alguns relatos de uma abordagem terapêutica que problematiza o que é escolha do profissional e o que é escolha da pessoa com obesidade. Alguns profissionais descreveram pressionar ou utilizar o medo como estratégia para que as pessoas com obesidade seguissem a orientação terapêutica. Essa perspectiva pode ser interpretada como um desconhecimento ou despreparo em relação à importância dos processos bioquímicos e determinantes sociais de saúde que a pessoa com obesidade vive, focando apenas nos pontos essenciais da conduta de forma isolada como forma de

“doutrinar”, sem ao menos, avaliar o contexto social na qual o sujeito está inserido (FERNANDES *et al.*, 2019). Vale destacar as ambiguidades das falas dos participantes. Por vezes o profissional mesmo conhecendo esses determinantes, não se sente preparado para lidar com uma certa "impotência" diante da complexidade do processo de transformação das práticas alimentares tendo em vista um processo terapêutico ainda fortemente pautado na perspectiva biomédica. Mesmo um processo terapêutico que não fosse centrado na perspectiva biomédica, por si só, encontraria muitos desafios para promover transformações nas práticas alimentares, mas o profissional pode ter essa expectativa, ou alguma expectativa nesse sentido, inclusive porque isso pode ser fundamental para que ele continue atuando, ou seja, ele precisa acreditar que o seu trabalho de cuidado individualizado pode contribuir para promover mudanças na vida de um indivíduo e quando ele percebe que, por algum motivo essas transformações não estão acontecendo, ele pode recorrer a métodos cada vez mais "agressivos" sem sucesso.

Às vezes eu já mandei (mandei, né, nossa, horrível, rs), eu já orientei, porque se eu pudesse eu mandava, sabe? Vai! “Porque você vai fazer isso até quando? Vai se matar! Porque obesidade também é se matar!” “Você vai ficar comendo, vai se matar até quando?” “O que na sua vida está tão ruim, que você está querendo se matar?”. É com cigarro e comida, a comida aparentemente é uma coisa boa, mas não é. Assim, você vai ficar com diabetes, hipertensão. É fator de risco para uma série de doenças também. (E10)

Aí eu marquei na sexta-feira que vem, só ela, para eu poder tentar. Mas é o tipo de criatura que eu acho que você tem que amarrar, entendeu? É todo mês vir na consulta, e você batalhando, porque eu sei que não vai mudar de comportamento da noite para o dia, mas a gente vai tentar. (E11)

Vale destacar também que alguns participantes tiveram falas estigmatizantes e culpabilizadoras das pessoas por estarem com obesidade. Na fala acima “Porque obesidade também é se matar”, pode refletir uma visão de um profissional de saúde, que por muitas vezes, acredita que ressaltar o risco da obesidade é algo que pode colaborar de certa forma com a adesão do sujeito ao tratamento, porém falas como essa são desconectadas dos determinantes da obesidade e como esses podem prejudicar o andamento do sujeito no tratamento. Com frequência, pessoas com obesidade são responsabilizadas pelo seu excesso de peso, além do fato de que a sociedade tende a caracterizar negativamente a obesidade. Uma característica comumente evidenciada é a de que sujeitos com excesso de peso sofrem, além de fisicamente, psicologicamente (KUBOTA, 2014).

Estamos numa geração de sedentários, de preguiçosos, a maioria das famílias que eu assisto tem uma rotina de sedentarismo e em contrapartida de comer mesmo comidas que não são legais para quem tem um gasto calórico baixo. (E09)

Mas quando eu fiz PSE, teve uma menina que não quis fazer antropometria, porque tinha que fazer com a fila, então iam ver o peso da menina obesa, então ela não quis fazer e a gente ficou sem ler essa informação dela, altura e peso. Porque ela já sofria *bullying* na escola, só deles verem o físico dela, então se ela subisse na balança ia reafirmar que ela é obesa. (E09)

Vale pontuar, conforme a primeira fala acima “Estamos numa geração de sedentários, de preguiçosos...”, que a fala desse profissional de saúde reflete estereótipos negativos e preconceitos relacionados à obesidade. É importante abordar o tema do estigma da obesidade de forma mais sensível e compreensiva. Ao invés de generalizar e rotular as pessoas como preguiçosas, é fundamental reconhecer que a obesidade é uma condição complexa, influenciada por uma série de fatores, incluindo genética, ambiente, comportamento, renda, raça e saúde mental. É necessário adotar uma abordagem respeitosa e empática, compreendendo as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com obesidade e oferecendo suporte adequado para ajudá-las a alcançar seus objetivos de saúde. As relações estabelecidas entre obesidade e o sedentarismo se relacionam à redução do gasto calórico diário decorrente do modo de vida moderno. Entretanto, via de regra, esta associação faz considerar que as pessoas com obesidade são sedentárias, sem levar em conta as mudanças estruturais no modo de vida, conduzindo-nos a contribuir para sua estigmatização (AMPARO-SANTOS *et al.*, 2020).

Os profissionais buscam melhorar o manejo da obesidade com a abordagem cognitivo-comportamental e, assim, realizar uma conduta terapêutica compatível com o modo de vida das pessoas com obesidade. De acordo com o CAB nº 38, entre as técnicas cognitivo-comportamentais, na questão do comportamento alimentar, destaca-se a de autorregistro. Ela consiste em um relatório sobre as observações da pessoa acerca de um determinado comportamento seu. Fornece informações diretas, mas também permite a análise de informações subjetivas (BRASIL, 2014a).

Sobre esse tipo de abordagem, os profissionais relatam identificar nestas pessoas ansiedade, depressão, dificuldade de regulação do sono, entre outros, e acreditam que essa abordagem faça a diferença no manejo da obesidade. A mudança comportamental no tratamento da obesidade apresenta-se como um grande desafio para os profissionais de saúde. Os programas de intervenção comportamental são baseados na reestruturação do comportamento por meio da alteração de hábitos alimentares e do exercício físico. O modelo

de intervenção multiprofissional, baseado na terapia cognitivo-comportamental, com exercício físico regular, orientação nutricional, suporte psicológico e orientações educacionais, é capaz de contribuir para mudanças adequadas nos hábitos alimentares e de atividade física, favorecendo o emagrecimento a partir da adoção de um estilo de vida ativo e saudável (BIANCHINI *et al.*, 2016).

Então, na verdade, quando passa assim, um tempo, o paciente vem há mais de seis meses, eu fico mesmo assim trocando receitas, avaliando o peso e ele vem mesmo com aquelas questões assim, de ansiedade. Aí eu falo de alguns recursos. Vamos trabalhar a questão da respiração, vamos trabalhar a atividade física. Eu acabo indo mais nessa linha assim de orientações comportamentais. Eu acabo fugindo, porque assim, a dieta acaba não mudando, a alimentação acaba sendo a mesma. Eu só vou mesmo dando mais opções. Aí eu tenho algumas folhinhas lá que falam dicas de como não beliscar, como participar de um churrasco sem exagerar. Aquela que eu falei da higiene do sono, mas isso acaba sendo logo nas primeiras consultas. (E04)

A pessoa que chega lá com obesidade, eu vou verificar, e aí tem um excesso na vida dessa pessoa. Ela já passou por um uso de drogas excessivo, às vezes é um sexo promíscuo. Aí ela já passou por uma situação de compras, mania de compras. Compras excessivas. Tudo em excesso. E aí vai para o cigarro também. Em excesso. Então há um excesso na vida dessas pessoas, um excesso desse comportamento. E aí eles atribuem isso muito à ansiedade. (E10)

Se houvesse necessidade, se fosse um caso muito grave, principalmente questões de suicídio, acabava me estendendo um pouco, mas tirando essa questão de risco de suicídio, eu tentava realizar um trabalho bem objetivo ali, talvez da terapia cognitiva comportamental para a gente tentar sanar aquela questão o mais breve possível. (E13)

Em relação à abordagem cognitivo-comportamental, vale destacar algumas críticas sobre a apropriação dessa conduta, principalmente por nutricionistas. Seixas e colaboradores (2020) fazem uma crítica ao aumento de abordagens comportamentais no campo da Alimentação e Nutrição como resposta à busca por uma fórmula mágica que permita aos nutricionistas - e a outros profissionais de saúde - construir estratégias ditas eficazes e alcançar resultados aparentemente satisfatórios frente aos agravos associados aos chamados maus hábitos alimentares.

Quando foram indagados sobre a abordagem terapêutica da obesidade, alguns participantes não especializados em nutrição levantaram a questão da alimentação como um aspecto central no manejo da doença. Eles também reconheceram que existem outros elementos que influenciam uma alimentação saudável, como o aspecto financeiro, além da complexidade envolvida no contexto da obesidade.

Existe o serviço de nutrição que dá atendimento a esses pacientes, mas eu acho que tem outros aspectos em relação ao que esse paciente tem para consumo. Porque a gente sabe que fazer dieta é uma coisa complicada, ainda é complicado em termo financeiro. (E07)

A abordagem para promoção da atividade física apareceu em alguns relatos, como um elemento dentro da conduta terapêutica. Os profissionais pontuaram que incentivam a prática de exercícios e a busca por espaços públicos que possibilitem as pessoas se exercitarem. A promoção de hábitos saudáveis, tanto para prevenção e manejo da obesidade, como para a promoção da saúde, é fundamentada por três documentos no âmbito do SUS: a PNPS, o Guia Alimentar para a População Brasileira, e o Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Ambos foram embasados em evidências científicas robustas e atuais sobre a relação entre alimentação, atividade física e saúde (BRASIL, 2014d; BRASIL, 2014f; BRASIL, 2021; HALLAL; UMPIERRE, 2021).

Sobre discussão de ver como o paciente vai seguir o tratamento, eu dou opções, por exemplo, eu pergunto se próximo a casa tem uma praça com aparelhos de ginástica, se tem a possibilidade de fazer uma caminhada, se for um paciente com dificuldade de locomoção o que tem dentro da casa que poderia contribuir. (E09)

Então é uma coisa que talvez a gente possa aproveitar a característica da cidade, tentar incentivar um pouco mais as pessoas a andarem mais a pé, andarem de bicicleta, acho que isso é uma coisa que a gente pode pensar de coisa boa. (E12)

As PICs foram mencionadas por parte dos participantes como um elemento importante para o manejo da obesidade. A prática mais citada pelos profissionais foi a auriculoterapia.

Uma outra coisa que eu também uso para ajudar no emagrecimento é a auriculoterapia, eu uso pontos que ajudam na diminuição da ansiedade e do estresse, tem uma parte que você usa que diminui a compulsão por doce, que ajuda a beber mais água. Elas [pacientes] falam “estou dormindo melhor, estou me sentindo melhor, mais calma”. (E09)

E a gente faz práticas integrativas complementares também, que auxiliam na ansiedade. A gente faz auriculoterapia. Então, assim, fica algo mais dinâmico para eles estarem mais motivados nesse processo. (E15)

As PICs são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais. Em alguns casos, também podem ser utilizadas como tratamentos adjuvantes em algumas doenças crônicas. No total são 29 PICs oferecidas, de forma integral e gratuita, por meio do SUS, incluindo a medicina tradicional chinesa (acupuntura), homeopatia, as plantas medicinais (fitoterapia) e o termalismo (crenoterapia) (BRASIL, 2015;

BRASIL, 2020). A auriculoterapia consiste em uma técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha, onde todo o organismo encontra-se representado como um microsistema. Este estímulo é feito por meio de sementes de mostarda, esferas de aço, agulhas, prata, ouro ou plástico. Estudos recentes enfatizam a importância da auriculoterapia para o manejo clínico e emocional dos sujeitos com sobrepeso ou obesidade. O principal efeito pode estar relacionado com o equilíbrio da ansiedade (DACAL; SILVA, 2018; SANTOS *et al.*, 2022).

Algumas estratégias para adequar a conduta terapêutica para obesidade foram pontuadas por alguns participantes: dar apoio à pessoa com obesidade durante todo o tratamento, reforçar continuamente as orientações terapêuticas, elogiar cada passo da pessoa, o sucesso na qualidade de vida das pessoas.

E quando a gente percebe que está mudando, porque realmente dá para notar quando a pessoa começa a mudar e você “tem feito a dieta”. E da mesma maneira quando se perde um pesinho a gente elogia. Não é só ficar criticando. (E07)

Eu pedia para ninguém se pesar durante o período que não viesse até a próxima consulta, eu chamava atenção para roupa, “você vai começar a sentir mais folgada embaixo do braço e na cintura” isso era motivo de muita alegria para as pessoas. Chamava atenção para a medida da roupa não colocando muito esse foco, perdeu tantos quilos, dava esse retorno sem cobrança, a gente ia conversando na anamnese, na minha vivência eu achava importante falar sobre isso. (E14)

Alguns profissionais pontuaram algumas dificuldades para realizar a conduta terapêutica para as pessoas com obesidade: falta de tempo e de habilidades culinárias, compras de alimentos *in natura* ou minimamente processados, ambiente obesogênico, sobrecarga de trabalho e outros.

A questão da falta de tempo, tanto para cozinhar como para cuidar da saúde, seja indo para consultas ou fazendo algum esporte, é algo mais problematizado pelo público feminino. As mulheres enfrentam mais dificuldades, pois dedicam mais tempo às tarefas domésticas, além de, muitas vezes, terem um segundo turno de trabalho fora de casa (IBGE, 2018). Esse elemento deve ser considerado pelos profissionais no momento do estabelecimento da conduta terapêutica, uma vez que a dinâmica familiar pode interferir no sucesso do tratamento. Assim como a falta de tempo, a falta de habilidades culinárias também interfere na adesão ao tratamento. Além disso, a jornada de trabalho fora de casa tanto dos homens

como das mulheres afeta diretamente a redução das práticas culinárias, ocasionando, muitas vezes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (MALDONADO, 2021; JONES, 2014). Como consequência de todos esses fatores, há uma redução do consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Em alguns relatos, há uma oferta excessiva de alimentos ultraprocessados no entorno das unidades de saúde.

A questão do “eu vou comer o alimento processado porque é mais barato do que a verdura, o legume”. Então isso é uma questão importante, não tem como, tem esse imaginário que na verdade a gente tenta clarear muito. Isso é importante, a gente tenta clarear muito, desmistificar e até eu falo o dia da feira do mercado do lado do postinho que dá pra ele comprar, porque se não ele não vai. Então a questão do tempo, entender a questão do preparo do alimento. Muitos deles hoje não conseguem mais ir para a cozinha, sabe. Não gosto de cozinha, não quero preparar, não quero mais. E a sobrecarga de trabalho, principalmente da mulher e acaba, ela também estando cansada, vai para o alimento mais rápido. Então, eu acho que esses são os problemas mais principais que eu percebo. (E01)

Na visão de alguns participantes, a implementação de práticas de cuidado para as pessoas com obesidade no contexto da RAS é um desafio devido a fatores como: escassez de tempo para realizar o aconselhamento voltado à promoção de hábitos de vida saudáveis; presença de outros agravos à saúde, baixa adesão dos sujeitos ao tratamento e acesso insuficiente a material instrucional, dentre outros. Fertoni *et al.* (2015) reforçam a significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas de cuidado e apontam que, apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que cesse com o paradigma biomédico, as adversidades para sua implementação são significativas.

Além das dificuldades pontuadas no item anterior, alguns profissionais relataram obstáculos para realizar o diagnóstico das pessoas com obesidade, em função da dificuldade de aferir as medidas antropométricas mais frequentemente utilizadas: massa corporal e estatura para o cálculo do IMC. Esse processo gera um desconforto nas pessoas com obesidade, por expor seus corpos e a doença em si. E apesar de algumas falas já citadas anteriormente, com um olhar reducionista dos participantes, a fala abaixo demonstra outro olhar acerca da obesidade, que vale ser ressaltada, pois demonstra preocupação e cuidado com o sofrimento dos sujeitos. Vale refletir que os profissionais de saúde são formados e treinados para identificar a obesidade através das medidas antropométricas e nem sempre são orientados acerca do sofrimento que essa conduta gera para algumas pessoas. Por esse e outros motivos, é importante reforçar a formação dos profissionais de saúde, para lidar com essas subjetividades da obesidade.

E algumas vezes pra fazer medidas, circunferência, por serem muito obesos eles acabam ficando constrangidos e a gente também, então eu tento não utilizar muito esses parâmetros e tento mostrar que o importante não é só ali o peso, porque eles se preocupam em subir na balança e ver redução, eu falo com eles que o mais importante é a mudança de hábitos, de um estilo de vida saudável para esquecer um pouco essa questão de peso. (E08)

O estudo de Puhl e Heuer (2009) abordou sobre relatos de mulheres com obesidade que, ao serem questionadas sobre as razões específicas para a demora no retorno a consulta, mencionaram experiências de desrespeito e atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde. As mulheres relataram sentir-se constrangidas ao serem pesadas, receberam conselhos não solicitados para perder peso e depararam-se com aventais, mesas de exame e outros equipamentos inadequadamente dimensionados, o que comprometeu sua funcionalidade. (PUHL; HEUER, 2009).

A concepção biomédica muitas vezes se limita à estatística, à normatividade, à categorização numérica, estabelecendo parâmetros que se tornam o principal norteador para o diagnóstico em saúde. Com isso, essa concepção ressalta que, de certa forma, alguns profissionais possuem dificuldade para poder observar o sofrimento das pessoas com obesidade em todo esse processo de diagnóstico (NIQUINI, 2017).

No Brasil, os critérios diagnósticos estabelecidos pela OMS foram incorporados à vigilância alimentar e nutricional no âmbito do SUS pelos profissionais de saúde, com destaque para o IMC, devido ao baixo custo, fácil utilização e ser um bom indicador antropométrico em nível populacional (BRASIL, 2011). Ainda que a sua utilização seja realizada mundialmente, o IMC não mensura a composição corporal, portanto, parece haver inconsistência quanto à sua aplicabilidade para diagnosticar uma doença caracterizada por acúmulo de gordura, como a obesidade (DIAS *et al.*, 2017).

No estudo realizado por Bortolini *et al.* (2020), dificuldades no manejo de pessoas com obesidade foram verificadas ao se analisarem as condutas terapêuticas adotadas para diabetes, hipertensão e obesidade na APS. Os autores identificaram agendamento para grupos, encaminhamento interno no dia, retorno para cuidado continuado programado, retorno para consulta agendada, encaminhamento para o centro de atenção psicossocial e encaminhamento intersetorial substancialmente menores para os casos de obesidade em relação aos de diabetes e hipertensão arterial.

Em uma revisão em que foi avaliado o uso de diversas técnicas de mudança de comportamento para a melhora de padrão alimentar e adoção de alguma prática de atividade

física, os achados apontaram que o estabelecimento de metas e o automonitoramento apresentam resultados positivos em curto e longo prazos, bem como estratégias de definição de metas e uso de diários alimentares apresentam resultados satisfatórios em longo prazo (SAMDAL *et al.*, 2017). Além dessas técnicas, a promoção da autonomia também pode ser compreendida como uma forma de melhorar o manejo da obesidade.

Esse elenco de questões analisadas compôs a categoria identificada como: complexidade da adequação das condutas terapêuticas ao contexto de vida e às subjetividades.

Promoção da autonomia

Com intuito de alertar sobre os fatores que são importantes no sentido de qualificar as relações de cuidado entre profissional-sujeito, Pinheiro e Mattos (2009) ressaltam o fato de que a autonomia do sujeito é considerada uma necessidade de saúde, para que o mesmo tenha graus crescentes de liberdade no seu modo de levar a vida.

O envolvimento do sujeito no cuidado é compreendido como sua busca por autonomia (relacionada à ideia de liberdade, protagonismo, respeito à subjetividade), incorporando as lições aprendidas no processo de tomada de decisões (KUSMA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012). Um modo diferente de cuidar requer a compreensão dos profissionais de saúde em relação ao outro e entender que precisam valorizar as características dos sujeitos sociais em relação a seu contexto, sua história, sua cultura, visando estimular a iniciativa e a tomada de decisões das pessoas, fortalecendo a promoção do autocuidado. Portanto, o cuidado deve ser orientado por uma postura que respeite o modo como as pessoas vivem e que permita que os sujeitos possam também se responsabilizar pelo seu próprio cuidado (FERTONANI *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a promoção da autonomia torna-se uma importante integrante das práticas assistenciais para promoção da saúde e, conseqüentemente, para a produção do cuidado (BRASIL, 2006; FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008; FRANCO; MERHY, 2013). Além disso, “a autonomia revela as potencialidades e o desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias” (BRASIL, 2014c, p. 1).

Uma parte dos participantes da pesquisa pontuou a autonomia do cuidado como o fato de as pessoas com obesidade se reconhecerem dentro do tratamento como protagonistas e entenderem assim cada etapa desse processo como um passo para reconquistar a qualidade de vida. Além disso, também foi pontuado sobre como a autonomia é importante para o sucesso do tratamento. O profissional se coloca como educador e guia, reconhecendo que não é o

responsável pelo cuidado do sujeito, mas sim o próprio sujeito. Isso reflete o olhar para a autonomia, em que o sujeito é visto como o protagonista de suas decisões e responsável pelo autocuidado. O profissional destaca que, quando o paciente compreende que é o dono de seu cuidado e de suas escolhas, a construção do vínculo profissional-sujeito é fortalecida.

Então, assim, para o sucesso do tratamento, a gente precisa muito mais que ele aceite esse processo de mudança, que ele compreenda esse processo de mudança na vida dele, que vai ser gradativo, não vai ser de uma hora para outra, que cada conquista e cada mudança já é uma grande conquista e assim, eu como profissional vejo que a gente está ali para apoiar. (E15)

Esse paciente precisa querer, tem que ser uma escolha dele. Eu estou ali como educadora, apenas. Eu só guio. Acho que no momento em que eu descobri que eu sou só uma opção, que eu não sou a “promotora” do cuidado, que o promotor do cuidado é o próprio paciente. Essa é uma fala que depois que eu aprendi não sai da minha cabeça: depois que o paciente entende que é dono do cuidado dele, das escolhas dele, e que eu estou ali só para auxiliar, a construção do vínculo, ela cresce grandiosamente. (E18)

Alguns participantes ressaltaram, através das suas falas acima, que o sucesso do tratamento depende da escolha que o sujeito faz sobre a sua mudança de vida. Porém, essa questão depende também dos determinantes que estão incidindo na vida desses sujeitos, como questões de renda, acesso, gênero, raça, entre outros. Isso demonstra o reconhecimento da autonomia do sujeito para tomar decisões sobre sua saúde e a necessidade de sua participação ativa no tratamento. O profissional reconhece que o processo de mudança é gradual e que cada conquista e mudança já são significativas, incentivando o sujeito a valorizar e se responsabilizar por suas próprias realizações no cuidado em saúde. O autocuidado por parte das pessoas com obesidade é fundamental nesse processo. Vale refletir sobre a diferença entre autonomia e autocuidado. A primeira refere-se à possibilidade de se fazerem escolhas conscientes com a ampliação do controle ou domínio dos sujeitos sobre os determinantes de sua saúde. A segunda diz respeito a um processo de autoconhecimento e tomada de decisão em que o indivíduo tem autonomia sobre as escolhas feitas em relação à sua saúde (BRASIL, 2014c; FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008; BUB *et al.*, 2006).

Então são vários itens, então é muito importante minha orientação? É muito importante, mas não só minha orientação, a parte que cabe ao paciente também. Esse cuidado eu tento dar, mas aí ele tem que ter o autocuidado também, eu sempre falo isso. (E02)

Nós cuidamos de pessoas que são livres, uma vez que elas não querem a gente ali para forçar a barra e obrigar. A gente explica a importância, a gente orienta, a gente incentiva, mas cabe a eles a decisão. A gente sempre aponta para eles os prós e os contras e aí eles são livres. Eu costumo falar que cuido de pessoas livres. (E13)

A obesidade para todos não é um tratamento fácil, a pessoa também tem que querer, porque envolve várias situações, principalmente com os familiares, porque para os familiares eles querem manter aquela situação, comprar o refrigerante que o paciente gosta, manter o que eles estão habituados. (E19)

Alguns profissionais compreendem que a autonomia deve ser construída em parceria com o sujeito. Esses participantes pontuaram não utilizar dietas prontas e nem abordagens engessadas, mas que buscam compreender o modo de vida das pessoas e assim construir uma forma de manejar a obesidade, de modo que a pessoa entenda esse processo e busque melhorar. Em convergência com esse achado, Rocha *et al.* (2022) identificaram que, para os 43 nutricionistas entrevistados, utilizar abordagens não prescritivas está diretamente relacionado com a apropriação do processo alimentar pelo indivíduo e, conseqüentemente, do seu cuidado em saúde. Vale considerar que a co-construção da autonomia do cuidado pode ser analisada entendendo a subjetividade do sujeito em lidar e conviver com a doença como um processo singular, no qual o profissional de saúde desempenha um papel de intermediação entre o conhecimento científico e as necessidades daquele sujeito, na construção de uma conduta terapêutica significativa (BAADE; BUENO, 2016).

No caso quando a gente [equipe profissional] realizava os grupos [terapêuticos] e até quando a gente atende individualmente, pergunta quais são os hábitos, como a pessoa come, qual é a questão do acesso e procura adaptar aquela receita tornando participativa a construção dela com o paciente [...] Então faz esse processo de inclusão e essa coisa da autonomia, mas também ser participativo nesse processo e eu acho que isso faz toda diferença. (E06)

Então, a gente procura deixar bem aberta a conversa, deixa eles à vontade, vai orientando aos pouquinhos para eles entenderem esse processo de mudança, mas o sucesso depende muito deles. (E15)

É necessário ter cautela com esse modo de cuidado não prescritivo, pois embora possa parecer flexível, pode acabar promovendo uma prática mais voltada para a perda de peso do que para a nutrição focada na qualidade de vida. Isso posto, é necessário ter atenção ao classificar abordagens utilizadas no processo de cuidado nutricional como “não prescritivas” apenas por não envolverem a prescrição/dieta, quando, na verdade, tão importante quando a abordagem em si é a forma como ela é utilizada e realizada (WILLER *et al.*, 2019). Apesar disso, também vale pontuar que práticas de cuidado não prescritivas podem indicar caminhos objetivos possíveis, construídos de forma compartilhada entre profissionais e sujeitos. Por isso, é importante considerar as diferenças entre os sujeitos, porque o que pode ser mais

diretivo para alguns pode não ser para outros.

Alguns participantes relataram que buscavam esclarecer para as pessoas com obesidade as dificuldades do tratamento, com intuito de garantir uma adesão/sucesso e também de ajudar essas pessoas a entenderem que a obesidade é complexa e que não é um tratamento rápido, mas que o foco deve ser o ganho da qualidade de vida e não apenas a perda de peso. Foi ressaltada a importância da relação colaborativa entre os profissionais e sujeitos dentro do processo terapêutico. Essa relação contribui para promover a autonomia dos sujeitos no âmbito de seu próprio tratamento. Mas é preciso ressaltar, que dependendo da forma como essa autonomia é estabelecida, pode gerar uma relação de indiferença do profissional para com o cuidado do sujeito.

Mas o sucesso está diretamente relacionado, o meu (profissional) enquanto transmissora de informação e o paciente, aquele que recebe, receptor desse, pra que a gente juntos (e aí a conexão) possa fazer a melhor forma possível que ele consiga. E que eu consiga usar os meus conhecimentos para que ajude ele a conseguir montar uma estratégia de vida (...). Que possa ajudá-lo a pensar e ele garantir essa autonomia que ele tem que dar conta daquilo. (E01)

Que muitas vezes é essa a visão que eles têm do nutricionista ou do médico, de que está ali para acusar, para julgar. Então assim, eu não posso. Assim, a minha preocupação é não ter esse papel de julgadora ou de acusadora, mas de parceira, e apoiadora, e incentivadora no processo dele de mudança, né. E trazer, também a ele, a responsabilidade! (E04)

“A Boca é sua, você é quem sabe a hora de botar ou não botar as coisas para dentro, a decisão é sua”, (risos) a gente [profissional de saúde] aos poucos ia desenvolvendo uma intimidade com os usuários, para que elas crescessem com a autonomia delas. (E05)

Em certos momentos, as falas de alguns profissionais indicam um olhar reducionista, principalmente na perspectiva da promoção da autonomia para com o sujeito com obesidade. A fala “A boca é sua, você é quem sabe a hora de botar ou não botar as coisas para dentro, a decisão é sua”, merece um destaque, pois segue acompanhada de uma narrativa de conexão com a pessoa com obesidade e uma promoção da autonomia (“a gente [profissional de saúde] aos poucos ia desenvolvendo uma intimidade com os sujeitos, para que elas crescessem com a autonomia delas”). A perspectiva reducionista da primeira parte da fala diz respeito ao fato do profissional de saúde ignorar parcial ou totalmente o contexto social, o meio em que os sujeitos vivem, seus diferentes estímulos e atribuir exclusivamente ao cérebro as decisões de compra (ou de comportamento) dos sujeitos e a sua situação de saúde atual (LIMA et al., 2020). Com isso, essa perspectiva demonstra que, apesar de a pessoa com obesidade entender

a sua condição e ter as ferramentas necessárias para lidar com a questão juntamente com um profissional de saúde, não necessariamente significa que ela vai seguir as orientações e prescrições e ser assídua nas consultas (FIGUEIREDO *et al.*, 2020). O processo saúde-doença envolve diversos aspectos que vão além da conduta terapêutica. Vale destacar as ambiguidades das falas dos participantes: por vezes o mesmo profissional pode trazer ideias mais abrangentes em algum momento e em outro pode parecer mais reducionista. Isso não quer dizer que ele ignora totalmente o contexto social, mas que por diferentes motivos, seja pela formação ou por experiências vivenciadas na prática clínica, o mesmo pode demonstrar comportamentos antagônicos, no que diz respeito ao cuidado à saúde dos sujeitos com obesidade.

Nesse sentido, vale refletir sobre o fato de o cuidado integral à saúde estar voltado para o ser humano como sujeito, e não como objeto. Assim, é necessário olhar a pessoa com obesidade como um todo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da medicina dos órgãos e reconhecer nele um sujeito, um semelhante, reorientando o modelo do cuidado (SILVA *et al.*, 2006).

Outra perspectiva da autonomia é a concepção atual do autocuidado, que é considerado o *continuum* do cuidado, que se refere ao grau de dependência do indivíduo para realizar as suas atividades de autocuidado. Vale destacar que existem as condições em que o indivíduo é capaz de realizar sozinho as ações para promover e manter sua saúde, assim como para prevenir doenças, como a obesidade (GODFREY *et al.*, 2011). Os estudos que relacionam autonomia e autocuidado trazem evidências de que graus elevados de autonomia proporcionam um autocuidado mais eficiente e efetivo (KAPUN *et al.*, 2016).

Esse elenco de questões analisadas compôs a categoria identificada como: promoção da autonomia como estratégia para o autocuidado.

Adesão

A conduta terapêutica e a promoção da autonomia podem ser compreendidas como elementos que influenciam a adesão ao tratamento. Vale pontuar que a adesão ao tratamento é, ao mesmo tempo, um elemento fundamental tanto dentro do cuidado em saúde (subtema posterior) quanto do modelo assistencial, por isso a mesma também será abordada também no próximo tema.

Para cuidar das pessoas com obesidade são necessárias muitas estratégias de condução e de interação. A adesão é uma das partes mais difíceis do tratamento. Segundo os participantes do estudo, apesar das tentativas de conexão, vínculo e escuta, é complicado conectar o sujeito com obesidade ao tratamento.

Nesse contexto, os profissionais citaram as principais estratégias adotadas para buscar facilitar a adesão das pessoas com obesidade ao tratamento: construir vínculo e escuta, foco na qualidade de vida e formação de grupos de sujeitos com obesidade.

Os participantes demonstraram compreender a adesão como uma ação decorrente do vínculo e da escuta realizados por eles no cuidado das pessoas com obesidade.

Mas eu acho que manter o paciente é muito difícil, gente. O que eu percebo é evasão mesmo! A gente tem muita evasão de pacientes. Técnicas para manter esse paciente é fazer vínculo e escuta, que eu acho que a gente vai conseguir mantê-lo mais próximo da gente! (E01)

Eu percebo isso no meu atendimento, muitas pessoas que querem falar, que não têm muito espaço de escuta, acho que isso é muito importante. Eu vejo que algumas pessoas fazem questão de aderir a certos tratamentos. (E12)

E os pacientes se sentem muito acolhidos, percebem que a gente está preocupado com eles, e isso acaba motivando eles a fazerem o tratamento. (E15)

O que eu acho mais maravilhoso é a relação que a gente constrói, eu não sou nada formal, eu sou totalmente informal, eu quero que o paciente se sinta íntimo mesmo, que ele se sinta abraçado e eu procuro atender dessa forma. Acho que o sentimento de gratidão dessas pessoas é algo muito lindo, eu já tive pacientes que foram me presentear porque conseguiram levantar o braço [...] Quando você transforma a vida de uma pessoa, não está só fazendo emagrecer, está mudando a geração dela. (E16)

Sempre a nossa abordagem é de orientação, promoção à saúde, então é uma abordagem menos invasiva. Uma abordagem muito de cotidiano, adesão e de construção de vínculo. (E18)

O olhar para mudança nos hábitos de vida se destacou nas falas dos profissionais, principalmente quando abordados sobre a adesão ao tratamento. As medidas consideradas como radicais (ex. dietas restritivas e cálculo de porções alimentares) foram pontuadas como algo ultrapassado quando se fala sobre tratamento da obesidade. A reeducação alimentar, mencionada pelos participantes, como uma estratégia que garante maior adesão e que gera menor sofrimento ao sujeito com obesidade.

Hoje em dia como eu percebo que os nutricionistas, os cursos estão voltados também para essa adesão, naquela época lá atrás não tinha (...) a gente não tinha muita adesão e também a gente não tinha muito conhecimento para

estimular a adesão dos pacientes. Hoje em dia eu percebo mais esse movimento. Tanto que a gente vê vários cursos online, a gente vê várias nutricionistas no Instagram, no Facebook, falando sobre adesão do paciente. Então, essa preocupação agora é grande. Então, eu percebi lá com a minha experiência no passado que esse grupo era um estímulo à adesão ao tratamento. Então a gente não ficava muito preso ao plano alimentar, de seguir “tantas colheres de arroz, tantas colheres de feijão”. (E01)

Se o paciente vem com aquela necessidade grande de levar o papel com a quantidade, eu coloco para ele. Ele veio com aquela ansiedade, então ele precisa levar o papel. Quando eu percebo que o paciente entendeu a proposta da reeducação alimentar, de que o emagrecimento é uma consequência de uma mudança de hábitos de vida, eu consigo trabalhar com ele no primeiro mês uma mudança qualitativa na alimentação e orientar outros pontos, o sono, a questão do sono, eu também pergunto muito a eles sobre o sono, como é que é. (E04)

A pressa também de perder peso, desconstruir essa cabeça que a pessoa tem que emagrecer, só deu certo se a pessoa voltou e perdeu peso, às vezes não perdeu peso, mas olha quantos hábitos ela mudou, a glicemia está controlada e tem uma cobrança em relação ao outro de que “não emagreceu”. Acho que essa relação, nada de terror, aquele terror nutricional, aquela posição do nutricionista que vai ficar como general em cima de você, se você não fez “fiquei com medo de voltar e você brigar comigo porque não, porque não emagreci”, “a gente vai tentar mais uma vez, vai tentar até que a gente consiga”. (E16)

A formação de grupos de sujeitos com obesidade foi pontuada por uma parte dos profissionais, como uma estratégia de acolhimento, escuta e, principalmente, de adesão ao tratamento, uma vez que, nesses grupos, eles compartilhavam suas dificuldades específicas e podiam se sentir engajados para juntos buscar melhorar. As práticas coletivas representam um importante instrumento na adesão ao tratamento, através do compartilhamento de experiências, dificuldades e barreiras reconhecidas na comunidade, além do apoio mútuo (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Uns já tinham diabetes, tinham hipertensão mas vinham mesmo porque queriam emagrecer, eu fazia um minigrupo de quatro encontros com temas definidos relacionados ao emagrecimento, né, e trabalhava com aquele grupinho. E assim, um grupo semanal, ainda que fossem só os quatro encontros, eles tinham mais adesão ao tratamento, porque eles entendiam que o emagrecimento estava muito vinculado, não só à matemática da redução calórica, mas a todo uma vida saudável, uma vida mais equilibrada, seja pela atividade física regular, seja pelo controle da ansiedade. [...] Então assim, o que eu percebo no meu atendimento da obesidade que o paciente, ele quer ser ouvido, ele precisa muito desse acolhimento. (E04)

Tem uma menina, já tem um tempo, ela tinha algum distúrbio mental, ela ia com a mãe, a gente começou a trabalhar com ela, ela tinha obesidade grau II, ela perdeu 20 kg aproximadamente. Cada vez que ela ia e tinha uma resposta positiva na balança ela ficava muito animada e passou a ir sozinha. Eu dava os prazos para ela, participava dos grupos, eu ficava muito entusiasmada com o entusiasmo dela, a alegria que ela tinha em chegar e ter uma resposta

que eu notava e elogiava. Ela trabalhou a questão da mudança com muito afinco e foi muito interessante. (E14)

E aí a gente começou a discutir isso. Alguns pacientes seguem o tratamento. A gente teve perda de peso considerável. Nós tivemos em um mês, menos 25 kg nas nossas balanças. É que nós pesávamos todo mundo, somamos esse peso e diminuimos, porque era uma perda do grupo, não era uma perda individual. Nós perdemos 25 kg em um mês, e isso foi muito “valeroso” para o grupo, foi a partir daí que a atividade física ficou mais intensa, as caminhadas ficaram mais fortes, e aí a perda de peso foi gradativa e aumentando. (E18)

Uma parte dos profissionais de saúde destacou em suas falas que, apesar de tentar adequar a conduta terapêutica, encontra dificuldades na adesão ao tratamento, principalmente em relação a: evasão do sujeito, desconhecimento por parte das pessoas com obesidade sobre o risco da doença e frustração do sujeito.

A evasão do tratamento foi uma das maiores dificuldades colocadas pelos profissionais de saúde, uma vez que essa descontinuidade gera um autoquestionamento dos profissionais em relação às orientações e condutas realizadas. Esse profissional, na posição de agente do cuidado, questiona a si mesmo, uma vez que, mesmo com seus esforços, não consegue obter a adesão dos sujeitos.

Eu uso sempre o recordatório de 24 horas e tento logo de princípio não dar uma dieta fechada e restrita, com quantidade. Eu tento ir aos poucos melhorando o que eles podem melhorar sozinhos e o que eles conseguem mudar sozinhos, e peço sempre retorno, mas os retornos nunca acontecem. (E08)

Eu escuto relatos do tipo assim: “Ah, está muito difícil, eu não consigo fazer. Eu não consigo aderir, eu faço dois, três dias e aí eu paro e volto a comer como eu comia antes.” Então esses relatos têm. Mas assim, acaba que eles abandonam e não voltam. (E17)

Ao considerar a limitada compreensão acerca do risco que a obesidade representa para a vida dos sujeitos, é relevante destacar que esse aspecto foi apontado como um dos fatores que reduzem a adesão. Em momentos nos quais pessoas com obesidade não seguem as orientações fornecidas e retornam para o atendimento sem evidentes mudanças, esses profissionais apontaram a falta de adesão como sendo culpa do sujeito. Esse olhar do profissional, pode refletir uma dificuldade em lidar com o tema da obesidade e, assim, não conseguir transmitir as informações de forma que a pessoa acompanhada possa entender o risco que a obesidade representa. E também, por desconhecer os condicionantes da obesidade, como a questão da raça, gênero, escolaridade, trabalho, moradia, segurança e renda das

peessoas com obesidade, que podem afetar a manutenção dos mesmos no tratamento (FERTONANI *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2023).

Na verdade, me deu a percepção das limitações que eu tinha ali, às vezes você quer orientar, mas existe a questão do próprio paciente de não perceber a importância do que você está falando, de não querer ouvir, não sei se ele não percebe porque não quer ouvir ou porque não alcança o que a gente está falando. Já me senti assim, eu falando e orientando e a pessoa “ não é por isso não, não tem nada a ver o que você está falando “. (E07)

Eu acho que ela parou de ir porque encontrou dificuldade de ir em todas aquelas especialidades que eu tinha falado para ela estar indo e eu falei com ela que queria retorno, então ela não retornou para mim por não ter que dar satisfação de todos os outros tratamentos. Eu creio que se ela tivesse seguido todas as orientações, teria melhorado e não estava obesa assim. (E09)

O ser humano tem dificuldade de se comprometer com ele mesmo, algo que é para ele, a dificuldade que a gente tem é fazer o tratamento certo, a pessoa que faz o tratamento certo e volta no tempo certo, faz o retorno de maneira correta tem mais sucesso do que a pessoa que não faz o tratamento certinho de ir lá e ver, muitos marcam e não retornam. Muitos marcam, começam e não retornam. Muitas vezes aqueles que fazem a frequência certinha, têm mais sucesso. (E16)

A frustração dos sujeitos com obesidade ao longo do tratamento é uma dificuldade que alguns profissionais de saúde reconhecem para conseguir adesão. E esse sentimento também é vivenciado pelos profissionais que cuidam desses sujeitos. O estudo realizado por Burlandy e colaboradores (2020) com apoiadores regionais da atenção básica e coordenadores regionais e municipais da ATAN revelou frustração dos profissionais pela não adesão e baixa efetividade do tratamento das pessoas com obesidade.

Tive pacientes que perderam peso, eliminaram peso com a prática da atividade física, com hábitos saudáveis e eles ficavam felizes. A sala que eu atendia tinha uma balança, então às vezes eu pesava eles e anotava. Então, eles ficavam muito felizes, mas também ficavam muito frustrados quando não eliminavam o peso. E a frustração também era trabalhada na sala. No momento ali de terapia. "Por que essa frustração? ". (E13)

É muito difícil você tratar obesidade, até como profissional também, não só como paciente. Mas como profissional exatamente por isso, porque fica difícil você ver uma boa adesão, uma perda de peso boa, e aí é muito frustrante. As orientações parecem que não dão certo. (E17)

Os casos de sucesso relatados pelos participantes trazem elementos que fundamentam o cuidado em saúde: pactuação da conduta terapêutica e perseverança ao longo do tratamento.

A pactuação da conduta terapêutica auxilia na redução das dificuldades com a adesão, segundo os profissionais de saúde. Na visão deles, quando os sujeitos são esclarecidos em relação à obesidade e suas condutas terapêuticas são trabalhadas em conjunto, profissional e sujeito, as pessoas se sentem mais seguras para continuar o tratamento e criam um vínculo maior com os profissionais de saúde. Para uma parte dos participantes do estudo, construir o processo terapêutico com as pessoas com obesidade é fundamental para a adesão das mesmas ao tratamento.

Eu acho que o principal é a gente sempre fazer o reforço positivo. [...] estar sempre lembrando é um exercício diário tanto para o próprio paciente quanto para o profissional que lida. Então toda vez eu questiono “e aí como está seguindo a dieta, está conseguindo fazer alguma atividade, está conseguindo caminhar?”. Eu sempre acho que o reforço é uma estratégia, o reforço positivo é uma estratégia necessária. (E07)

No grupo [...] eles fazem aquela pactuação, questão de amizade, elaboram receitas, levam receitas com baixa caloria, diversidade de uso de um determinado gênero alimentício. É muito interessante, eles botam fotos no grupo para mostrar. (E14)

Eu tento chamar o paciente para fazer parte daquele plano alimentar e não eu fazer o plano alimentar dele, e sim ele construir comigo só que nem sempre eu consigo. [...]. (E02)

E assim, eu tenho que mostrar para ela que eu estou ali para ajudar, para colaborar. E eu sei, mudar hábitos é muito difícil. Eu acho que não posso chegar para ela e dizer que ela está totalmente errada e mudar tudo, mas eu posso pactuar com ela algumas mudanças. Por isso que eu acho que o acompanhamento é importante, porque você pactua inicialmente algumas mudanças, e assim sucessivamente. (E11)

A perseverança do profissional de saúde para com o tratamento da obesidade foi considerada um dos pontos-chave para o sucesso no cuidado a pessoas com obesidade. Também há relatos dos participantes sobre como a sua perseverança ofereceu força para que algumas pessoas com obesidade pudessem seguir o tratamento.

É, teve uma paciente que ela demandava os meios de locomoção, cadeira de rodas, cadeira higiênica e ela começou a se sentir motivada por conta (...). Até por criar uma ONG e começou a ter esse projeto de contar a história dela. Até viu a questão na pandemia de fazer isso pelo Whatsapp, por grupos, [...] Para ela foi mais fácil dela enfrentar. E ela acabou perdendo peso e foi gratificante depois de vê-la até dirigindo. Ela conseguiu entrar no carro dela, que é um carro pequeno. Ficou visível ali que ela tava perdendo peso. Então isso pra mim foi gratificante, dela ir lá me entregar a cadeira e pegar um andador. Ela está evoluindo. (E02)

Eu acho que é perseverança, algumas vezes tem que cobrar, não pode ser também totalmente permissivo, tem que ser direto, acho que tem que ter uma relação de confiança, pode ser duro às vezes e, também, saber a hora de ser

flexível, tentar entender as dificuldades da outra pessoa, entender que não é tudo linear; algumas vezes pode regredir e não é por causa disso que a coisa não está acontecendo. Eu acho que é isso. (E12)

Teve um caso que o paciente chegou para mim bem obeso, usando vários medicamentos para a pressão alta, diabetes. E aí a gente começou a fazer o acompanhamento, fazer as orientações, ele começou a fazer caminhada. E aí ele conseguiu perder bastante peso, perdeu uma média de 13 kg, só com atividade física e alimentação e aí conseguiu reduzir os níveis de medicamentos de diabetes. Isso para mim foi positivo, ele ficou bem satisfeito. (E15)

É... no meu caso eu percebia muito que eu precisava motivá-los. Precisava estimulá-los a ter, a perseverar mesmo, insistir na causa. Eu precisava estar ali num engajamento muito alto com eles, porque muitas vezes eles não tinham com quem contar em casa, muitas vezes a própria família era um motivo de desonra e de zoação, de *bullying*, enfim, de uma série de questões. Então eles não tinham muito apoio em casa, então eles vinham buscar em mim um afago, uma palavra, uma motivação. Então, na medida do possível eu auxiliava eles a se manterem motivados, a não desistirem, persistirem na questão dos hábitos alimentares mais saudáveis, na prática de atividade física. (E13)

Algumas falas acima revelam o reconhecimento dos participantes em relação a como o engajamento no tratamento auxilia no cuidado aos sujeitos com obesidade. Uma abordagem viável para a reorientação do modelo de atenção à saúde seria direcionar esforços para transformar os processos de trabalho, a fim de que cada profissional pudesse otimizar suas práticas de cuidado. Isso implica valorizar o acolhimento ao sujeito por meio de uma escuta qualificada, um compromisso em cuidar dos problemas de saúde, a criatividade aplicada em benefício do sujeito e a habilidade de estabelecer vínculos significativos. Esses aspectos contribuem para uma melhoria no manejo da obesidade (FRANCO; MERHY, 2006, p. 121).

Esse trabalho de longitudinalidade, mas quando o paciente ficava comigo, eu tento chamar esse paciente pra mim, tentar fazer essa escuta ativa, esse acolhimento e tentar passar a ideia de que eu estou junto dele para tentar ajudar, mas realmente são poucos os que continuam, que ficam bastante tempo. Eu converso com eles e falo que vocês não ganharam esse peso de um mês para outro, então não é de um mês para outro que vocês vão conseguir emagrecer. (E02)

Esse elenco de questões analisadas compôs as categorias identificadas como: pactuação da conduta terapêutica; e relação profissional-sujeito e adesão do tratamento.

Em síntese, as reflexões aqui apresentadas sobre o modelo assistencial em relação à obesidade articulam os elementos acerca da conduta terapêutica, da promoção da autonomia e da adesão ao tratamento, e apontam para a importância da relação profissional-sujeito como

componente primordial para orientar o processo de cuidado à pessoa com obesidade. Fertoni *et al.* (2015) reforçam que os elementos do cotidiano do trabalho em saúde, como as relações entre pessoas, o envolvimento e a corresponsabilização (dos gestores, profissionais de saúde e dos sujeitos) na atenção à saúde, bem como o vínculo, acolhimento e humanização das práticas assistenciais interferem na construção de um modelo assistencial integral.

5.3.2 Cuidado em saúde

A análise das concepções sobre cuidado em saúde identificadas nas entrevistas e questionários foi realizada à luz do referencial teórico proposto Pinheiro e Mattos (2004). Eles argumentam que o cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Nessa perspectiva, três subtemas serão comentados: acolhimento, vínculo e responsabilização.

Acolhimento

Existem diversas maneiras de compreender o acolhimento, entre elas, aquela que o entende como uma forma de organizar o processo de trabalho visando à realização de ações de acordo com as demandas das equipes de saúde e da população atendida. Além disso, o ato de acolher pode ser entendido na esfera pessoal, por meio do enfoque na capacidade de escuta, entre profissional e sujeito. No momento em que a equipe de saúde consegue acolher os sujeitos que procuram o serviço de saúde e/ou dela necessitam, permite, dessa forma, o estabelecimento da relação profissional-sujeito no processo de atendimento. Com isso, identificam-se as necessidades dos sujeitos e inicia-se a construção do vínculo (BUENO; MERHY, 2001).

A escuta é importante para o profissional de nutrição, tem que ter uma escuta, muitas vezes as pessoas me procuravam, a questão da alimentação ficava em terceiro plano porque ele queria conversar, quer uma escuta. (E14)

Eu tento primeiro fazer uma escuta ativa, ouvir esse paciente ter um acolhimento, deixar ele falar e tentar entender essa rotina dele. Para tentar dentro do que ele me fala e direcionar para algumas metas ou acrescentar, se já tem uma alimentação boa, algumas coisas. Então no primeiro momento eu faço orientações nutricionais, uma escuta ativa, acolhimento, orientações impressas vai depender muito do que eu tiver na minha mão, por exemplo, se eu tiver com o computador lá eu posso imprimir na hora, mas se você só tiver aquele papel e as orientações você vai tentando com o que tem...(E02).

O acolhimento pode ser compreendido não necessariamente como uma atividade em si, mas como o conteúdo de toda atividade assistencial, que abarca a busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos sujeitos e das maneiras possíveis de satisfazê-las, gerando, assim, encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial (TEIXEIRA, 2003). Nesse sentido, o acolhimento também pode ser analisado como uma postura adotada por uma equipe de saúde com comprometimento em receber, escutar e tratar humanamente os sujeitos e suas necessidades (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Alguns profissionais entrevistados descrevem o acolhimento como: dar atenção, oferecer suporte durante as dificuldades ao longo do tratamento e não julgar o sujeito pelas suas escolhas. Oferecer atenção é uma forma de acolher o sujeito, seja apenas para ouvir as dificuldades que ele passou até chegar naquele ponto do tratamento, seja para aconselhá-lo e encaminhá-lo para outro especialista. Significa trazer o sujeito para perto, o que pode ser feito por uma linguagem mais acessível ou por orientações que se enquadrem mais no contexto de vida da pessoa. Nesse sentido, não dá para pensar em cuidado em obesidade sem considerar a qualidade do atendimento, com práticas estruturadas no trabalho em equipe, humanizando as ações e, conseqüentemente, melhorando a relação entre profissionais e sujeitos. A escuta deve ser qualificada, a atenção e o envolvimento do profissional fazem toda a diferença para quem busca saúde (SILVA, 2018).

Eu acho que é demonstrar atenção, demonstrar que você se importa com aquele paciente, ouvir a pessoa. (E12)

Ah, se você foi em uma e não gostou vamos tentar uma outra, e aí encaminhava para outra, tentava na medida do possível, até adaptar algumas coisas que eles traziam para mim. Não tenho uma formação em nutrição, mas na medida do possível eu tentava auxiliar. Igual eu já recebi pacientes que não tinham sobrepeso, mas que a médica colocava pessoas que tomavam remédio de 12/12 horas, aí a pessoa não sabia que tinha que tomar um durante o dia e um durante a noite. Então, eu ia lá e desenhava o sol: esse aqui você vai tomar de manhã, e esse aqui à noite, porque às vezes a pessoa não sabe que 12/12 horas um vai ser de manhã e outro vai ser a noite. Não tem como. Então, eu tentava sempre desconstruir e auxiliar, eu recebia muitas pessoas que não têm um alto nível de escolaridade.(E13)

Acho que trazer a gente para esse patamar igual ao paciente, você ir lá fora, conversar com ele, sair de dentro da sala, ir até ele, eu acho que era muito legal. Trazia para a pessoa um acolhimento, onde ali ela perguntava “como faço para ter uma consulta, como posso ter um acompanhamento”, porque saiu da sala, saiu do “salto”, foi de encontro com ele ali para poder tentar ajudar. (E16)

Eu acho que no momento em que eu passei a ouvir melhor os meus pacientes, isso foi um ganho muito grande para mim. Fazer uma escuta de verdade. Escutar de verdade. Não é aquela coisa de você escutar, ele falar que quer comer no McDonald's e você falar: "ok, mas você tem que comer chia, você tem que comer rúcula e alface". "Você quer o McDonald's? Você vai no McDonald's, pega a folhinha, o picles e o tomate e você come ele". Não é isso. Então, você quer McDonald's? Ok, então come o McDonald's, e saiba que parte da sua alimentação, o seu valor calórico morreu ali. O resto do dia vai ser folha. Não tem folha, é suco, chá. (E18)

Aqui vale uma reflexão e problematização sobre o teor reducionista dessa última fala: "O resto do dia vai ser folha. Não tem folha, é suco, chá". Nesse sentido vale destacar uma abordagem que enfatiza o perigo dessa prática, principalmente pelas nutricionistas. O Nutricionismo é uma abordagem que enfatiza a contagem de calorias e a restrição alimentar como forma de manejo da obesidade (SCRINIS, 2021). Caracteriza-se por uma apresentação nutricionalmente reducionista da alimentação que se limita à interpretação do papel dos nutrientes na saúde do corpo, resultando em descontextualização, simplificação, fragmentação, exagero e determinação do papel dos nutrientes (CEDIEAL *et al.*, 2022). Essa abordagem não considera todas as perspectivas e subjetividades envolvidas com a obesidade, principalmente as dimensões socioeconômica, psicológica, territorial e genética. Além disso, o Nutricionismo muitas vezes ignora a importância de uma abordagem holística para o cuidado a pessoas com obesidade, incluindo mudanças nos modos de vida, como a prática de atividade física. Portanto, é importante que os profissionais de saúde sejam conscientizados sobre o conceito do nutricionismo e adotem uma conduta com foco no cuidado a pessoas com obesidade (SCRINIS, 2021).

Oferecer suporte, tanto psicológico como a escuta em si, foi apontado como uma forma de acolher pelos participantes. Apesar de nem sempre conseguir lidar com a dificuldade do sujeito, os profissionais reconhecem as tentativas de apoio.

Está envolvida uma questão psicológica no entorno dele, os gatilhos que o levam a comer. Tudo a gente tem que conversar muito com esse paciente, porque são questões (...) É renda, que às vezes ele tem conseguido comprar o alimento, que tipo de alimento ele compra. São questões que eu pontuo bastante nas consultas. Escuta. Acho que é a primeira coisa que a gente tem que pensar. Se você não escutar esse paciente, não tem jeito. Depois, entender que ele vive num ambiente que vai fazer ele ter toda a dificuldade do mundo, então também respeitar esse ambiente, entender que ambiente ele vive. E falar pra ele que essas dificuldades vão acontecer. (E01)

Então assim, o que eu percebo no meu atendimento da obesidade que o paciente, ele quer ser ouvido, ele precisa muito desse acolhimento. (E04)

A primeira coisa que eu sempre tento abordar é uma escuta diferenciada. Porque você vê que tem outras coisas associadas, então não adianta ficar cobrando dizendo “ah você precisa caminhar, você precisa fazer atividade”. (E07)

Acolher significa não julgar, e sim estabelecer uma parceria com o sujeito e reconhecer que a obesidade é uma doença. O sujeito com obesidade precisa ser respeitado, apoiado e não julgado. Para os participantes do estudo, não julgar é primordial para um acolhimento adequado.

Vejo que o primordial é a gente estar acolhendo. E principalmente, não julgar essa pessoa, porque ela já é julgada por toda a sociedade e a gente vê esse julgamento dentro das unidades de saúde. “Ah mas esse aí é gordo, ah mas...”. A gente ainda ver isso é muito triste, que o próprio profissional de saúde ele tá julgando uma pessoa que precisa de ajuda, que tem uma doença. É uma doença, é uma compulsão alimentar, e que precisa de tratamento é aquela pessoa tem, realmente ela deve sofrer muito. (E03)

E é algo assim, que é fundamental no acompanhamento do paciente, que eles chegam no consultório querendo muito esse acolhimento, querendo muito ser entendidos. Não querem ser julgados! Eles querem uma parceria. Então assim, a gente não pode ficar muito só naquela questão calórica, cálculo de dieta. Tem que deixar o paciente falar bastante. Tem que gerar essa empatia. Então isso que eu percebo no meu atendimento com os pacientes. (E04)

A primeira coisa que me vem é um respeito muito grande com o outro. Com o doente e com a doença. Acho que é preciso. Porque se você começa a olhar para a pessoa e achar assim: “Ah, é uma folgada, é falta de vergonha na cara como as pessoas falam do cigarro”; “Ah! Fuma, porque não tem vergonha na cara”; “Come, porque é gulosa”. Se você não olhar para isso como um problema, como um transtorno, como uma dificuldade em lidar com as coisas. Eu digo assim, com a falta. Como eu estou dizendo da falta. O que falta na vida dessa pessoa? Que sofrimento é esse? Mostrar para essa pessoa que, embora seja difícil. Pode parecer difícil. É possível. (E10)

Os participantes identificam que a dinâmica do processo de trabalho, como a fila de espera e o tempo de consulta, dificulta realizar um acolhimento adequado, uma vez que não conseguem organizar a demanda das orientações para um tempo curto de atendimento.

Eu sou atenciosa, então a consulta não é rápida, no SUS a gente tem um pouquinho dessa deficiência, porque às vezes tem vários pacientes esperando e a consulta não é consulta de médico, porque muitas vezes o médico consegue ser mais rápido que a gente, vai olhar, vai passar um medicamento. A gente tem que conversar, tem que fazer uma anamnese, tentar destrinchar a consulta em mais de uma, porque senão não dá para fazer em uma só e a pessoa fora fica reclamando que está demorando, aqueles que não conhecem seu trabalho ficam inquietos. (E16)

Para entrevistados, o acolhimento gera um reconhecimento, pelos sujeitos, do trabalho realizado e proporciona ao profissional uma satisfação pelo cuidado oferecido. Além disso,

gera um vínculo ao longo do tratamento. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos sujeitos com as equipes e os serviços. Nesse ponto é possível identificar a relação de que acolher é respeitar o outro e oferecer um atendimento resolutivo e com qualidade (WALDOW; BORGES, 2008).

Ah, assim quando eles realmente se sentem acolhidos e fazem questão de continuar. (E03)

Eles ficam super motivados. Se sentem acolhidos. Eles já chegam um pouco apreensivos em relação à dieta em si. Com aquele medinho de que não vai conseguir e tal, e a gente vai conversando, vai acolhendo, a gente vai tentando trazer eles não com uma barreira de profissional e paciente. A gente tenta se tornar amigos deles, para eles criarem e ter um vínculo bom com a gente. (E15)

Eu acho que isso é muito importante, entre o profissional e o usuário para que tenha sucesso, porque às vezes tudo que você vai prescrever para ele na outra vez só pegaram um papel pronto e entregaram para ele, não como uma pessoa, você pode fazer a mesma coisa, mas ele vai se sentir mais confiança em fazer aquilo ali porque você deu a ele uma atenção especial e vai dar certo. Às vezes o papel que a pessoa deu e se fizer vai dar certo, mas sem motivação em fazer pela maneira que foi atendida ali. (E16)

Esse elenco de questões analisadas compôs a categoria identificada como: a escuta ativa e o não julgamento como estratégias de acolhimento.

Vínculo

É necessário que os profissionais de saúde possam acolher com proatividade e resolutividade para que alcancem a consolidação do vínculo com o sujeito. Estabelecer esse vínculo é fundamental para a aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento (WALDOW; BORGES, 2008).

Para alguns participantes do estudo, o vínculo é decorrente de um acolhimento com escuta qualificada, com atenção e respeito às dificuldades da pessoa com obesidade. Dentre as estratégias adotadas para construir um vínculo com o sujeito destacam-se: adequar às orientações à realidade do sujeito, ter perseverança e estabelecer uma parceria com ele.

Uma das maneiras de estabelecer uma aproximação e construir um vínculo com o sujeito é adaptar as orientações de acordo com a realidade dele. De acordo com os participantes do estudo, esse movimento gera um balizamento de expectativas e uma aproximação entre profissional e sujeito.

Eu acho que é cativar mesmo, mostrar que aquilo ali não é uma imposição, a gente está aberto a discutir. Então paciente de longo tempo é complicado só ficar falando “tem que ser, tem que fazer, tem que acontecer”, a gente tem que ouvir muito mais o lado dele, é tentar encaixar com os nossos estudos e com a nossa experiência o que é mais fácil, o que é mais barato, o que é melhor naquela condição. Então eu acho que a gente tem que ter um vínculo muito próximo. O vínculo eu acho que é importante a gente ter, é bom para o paciente estar sempre aberto para discutir alguma coisa que ele traga diferente. (E08)

Então eu acho que essa questão do profissional de saúde ter um vínculo é muito importante para esse usuário que tem uma dificuldade mais de entendimento. Eu acho que quando você cria um vínculo, você tem mais adesão. (E11)

O vínculo, o que eu falei, aquela escuta, compreender que muitas vezes ele vai te procurar, mas o ponto maior não é a questão alimentar e mesmo o problema que ele está vivenciando. (E14)

Nesse sentido, vale refletir sobre as três dimensões do vínculo propostas por Camargo Junior *et al.* (2008), a saber: a) afetividade - o profissional de saúde pode investir afetivamente tanto na sua atuação profissional quanto no sujeito, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um precioso instrumento de trabalho; b) relação terapêutica - a ideia de vínculo como uma relação terapêutica põe em destaque a palavra terapêutica, que pode ser interpretada como uma nova forma de cuidado, em que "cuidar é mais que um ato, é uma atitude; e c) continuidade - é um fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional e sujeito.

Para construir um vínculo, muitas vezes o profissional de saúde precisa ter perseverança e diversificar suas formas de acolher e cuidar das pessoas com obesidade.

O profissional tenta ganhar esse paciente, então leva tempo, muitas vezes não é na primeira, não é na segunda, quando ele volta. Tem que ter empatia para trazer esse paciente para você e manter, é um trabalho de conquista, penso assim. Não sei se estou romantizando muito, mas era como eu trabalhava. (E14)

É aquela coisa muito radical e quando vê que não conseguiu aquilo que ele deseja, ele acaba voltando. Então, a gente não pode desistir! A gente tem que estar ali, é um trabalho ali mesmo de estar unidos, as mãos ali unidas para dar continuidade, a gente não pode soltar a mão dele não! (E03)

Confiança de ambas as partes. Ter um vínculo bom e fazer o paciente perceber que cada mínima conquista já é uma grande conquista para ele, porque ele vivia uma vida completamente desregrada, e aí às vezes ele chega lá imaginando que perdeu 2, 3 kg e, às vezes, não perdeu nada. Mas dentro do que a gente conseguiu mudar ele teve pequenas conquistas. (E15)

Às vezes já ouviu tanta coisa ao longo do caminho que a pessoa já está ferida, está machucada. Eu acho que cabe à gente construir esse vínculo de convidar a pessoa a recomeçar “não vim porque fiquei com medo de você brigar comigo”, “não existe isso, é entre nós, vamos recomeçar, vamos tentar mais uma vez, vamos ver uma outra estratégia”. (E16)

Os participantes do estudo destacaram que estabelecer uma parceria com as pessoas com obesidade seria uma forma de criar um vínculo e, por consequência, uma manutenção do mesmo no tratamento. Alguns profissionais ressaltam que essa parceria pode se transformar em uma amizade.

Porque assim a pessoa que está acima do peso, ela sabe que está, ela sabe que precisa emagrecer, ela sabe o que tem que fazer porque já passou em vários profissionais, já pegou várias listas de dieta, mas não consegue dar continuidade, porque tem uma ansiedade muito grande, uma pressão muito grande. A pressão mesmo do profissional que às vezes incomoda. E se você não fizer essa parceria com o paciente, você não consegue um resultado. Então eu tenho que ver o que eles têm dentro da realidade deles e montar uma orientação que eu sei que ele vai seguir, ainda que não seja a ideal, mas é o possível! Então me aproximar da realidade deles é um fator também considerável, né, nesse acompanhamento e nesse tratamento. (E04)

Só sei que a gente conseguia bons resultados construindo essa intimidade, uma camaradagem, respeitando as mulheres dentro das condições de vida e o que a gente conhecia delas, do lugar que elas viviam. Como na época a gente vivia na mesma cidade, uma cidade pequena, a gente se sentia muito próximo. (E05)

A maioria dos meus pacientes têm uma boa interação, amizade mesmo, acho que tem que ter uma boa reciprocidade, eles ficam ansiosos para o dia do tratamento. (E09)

E você ter esse vínculo, amizade com o paciente, pensar nele não como paciente, mas como um amigo mesmo, muitas das vezes eles acabam contando outras questões, faz a gente um pouquinho de psicólogo, e faz eles terem um pouquinho mais de confiança e continuar no processo.(E15)

Porque no momento em que o paciente cria um vínculo com você, você não pode simplesmente abandoná-lo. “Ah, você não quer, ok, tchau, vai embora. Ficou obeso, morra em cima de uma cama”. Não pode. Você construiu um vínculo. Você faz parte dele. Você faz parte das escolhas dele. No momento em que você faz isso, você tem que construir outras estratégias. (E18)

Mesmo com as estratégias pontuadas, alguns profissionais citam dificuldades para construir um vínculo com os sujeitos com obesidade, como a evasão do tratamento. Essa perspectiva pode ser vista como um ciclo, uma vez que, devido à alta taxa de evasão, os profissionais podem inconscientemente "se proteger" e evitar a criação de vínculos para evitar possíveis decepções causadas pela evasão.

Além da evasão do tratamento, existem outras questões que dificultam a construção do vínculo profissional-sujeito, como a interrupção do tratamento por troca do profissional de

saúde, conforme comentado anteriormente. Na APS, assim como em algum serviço de saúde, a construção de vínculos é uma das condições para a eficácia de qualquer tratamento. Mas o que acontece é que o sujeito inicia o acompanhamento com um profissional e, quando retorna ao serviço, aquele profissional não faz mais parte do quadro de funcionários. A perda do vínculo é desestimulante para o sujeito que precisa iniciar uma nova relação de confiança (SILVA, 2018).

Esse elenco de questões analisadas compôs a categoria identificada como: vínculo construído com base na confiança, amizade e parceria profissional-sujeito.

Responsabilização

A continuidade do tratamento é um elemento fundamental para o fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional-sujeito. Além disso, o vínculo também resulta na responsabilização do profissional pela relação estabelecida durante o processo terapêutico (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2008). Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a corresponsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele sujeito ou profissional de saúde, como parte da vida (BRASIL, 2010a).

A responsabilização pelo cuidado pode ser compreendida aqui como o compromisso com o cuidado. As responsabilidades dos profissionais de saúde no cuidado a pessoas com obesidade foram expressas como parte da atenção multiprofissional e como elemento que contribui para dar resolutividade às demandas dessas pessoas com a doença. Os participantes mencionaram que realizavam encaminhamentos para outros serviços quando não conseguiam resolver o problema de saúde no atendimento individual, com intuito de garantir o atendimento adequado aos sujeitos.

Aí imagina que o exame já caducou e eu encaminhava. Agora eu ainda encaminhava, mas não é a ordem. Aí eu falo você tente se te traves lá eu não posso fazer nada, infelizmente eu tento. Então estou verificando que o paciente tá com a glicemia alta, tá com todo sintoma clássico, e ele não conseguiu marcar de novo (a consulta) e já foi no clínico e não conseguiu marcar de novo a visita no clínico, eu vou e encaminhava por causa da necessidade da urgência, é assim que acontece. (E02)

Então, esse caso sempre marcou a equipe de um modo geral, e a gente tentou bariátrica, pedia na época para os superiores bariátrica para fazer, para fazer exame, só que era complicado, para tirar ela de casa só com os bombeiros, então tinha que arrombar a janela, muito complicado. Foi se passando o tempo e ela chegou numa idade que eles não estavam mais fazendo bariátrica, chegou a 62 anos e não estava mais fazendo cirurgia bariátrica e a

paciente acabou vindo a falecer. Esse caso foi extremamente marcante, não só a situação do sobrepeso, mas a situação que a pessoa vivia, você entrava na casa dela era um cheiro muito forte de urina, eu pedia licença e ia até a geladeira para ver. O estado bem triste, bem complicado. Marcou não só para mim nutricionista, marcou a equipe de uma forma geral, então toda vez que a gente lembra um paciente vem ela a cabeça, é complicado. (E08)

Um dos principais pontos descritos pelos participantes que expressava essa responsabilização pelo cuidado era o compromisso em oferecer todas as formas de tratamento disponíveis e possíveis para o caso, tornando o atendimento mais resolutivo, com um olhar para o todo do sujeito e não somente para as especialidades, como alimentação e atividade física. Nesse sentido, Waldow e Borges (2008) ressaltam que o profissional de saúde sente que está avançado no cuidado à saúde pela sensação de satisfação, de dever cumprido, melhoria de sua autoestima e aumento de segurança e confiança. A cada nova situação vivenciada e a cada novo encontro, o profissional adquire conhecimento. Cada nova história de vida e as experiências dos sujeitos ajudam a conhecer melhor as pessoas, assim como a si mesmo. Suas formas de cuidado se enriquecem a partir das vivências com os sujeitos, permitindo um crescimento tanto pessoal quanto profissional.

Eu falo sempre para os pacientes que a orientação nutricional e o cuidado que eu vou ter com eles é importante, mas que é uma via de mão dupla: tanto eu quanto eles têm que fazer sua parte. E minha parte é ali na hora, mas não só ali na hora. Às vezes eu falo que é 50% e 50%, mas eu acho que ele tem que ser bem orientado, mas a maior parte é dele dessa vontade de dar seguimento ao tratamento porque às vezes a gente faz um planejamento lindo mas aí no item dois ele furou não tinha o dinheiro para comprar. (E02)

Então, acho que isso é muito relevante no contexto da obesidade, para cuidar da obesidade como um todo e não só ficar presa à questão alimentar, é de acessibilidade ou de renda ou de qualidade da alimentação que é importante. Mas a gente também sabe que não são fatores cruciais por mais que tenha a questão das doenças crônicas, história familiar, composição familiar, cultura alimentar, falta de acesso à atividade física ou simplesmente por isolamento ou ansiedade, são outros fatores que impactam no fator da obesidade. Então acho que é relevante quando se cuida do paciente como um todo. (E06)

É uma situação chata, eu fico triste quando eles desistem não de mim, não do tratamento, mas desistem de si mesmos. Porque, eu vou sair do consultório e vou embora, eles vão ficar. (E13)

Tem uma paciente que a gente faz acompanhamento em casa, uma senhora que tem vários, vários problemas de saúde. É bem obesa, e a gente já encaminhou ela, mas muito provavelmente por conta do quadro clínico dela. Ela não vai nem conseguir fazer a cirurgia bariátrica, porque ela tem vários problemas: DPOC, tem outras questões bem complicadas que acaba que a cirurgia sendo de risco, não sei se vai ter o custo benefício. Se ela vai ter

possibilidade de fazer bariátrica em si, não sei, mas a gente encaminhou. A gente continua fazendo o acompanhamento dela. E a assistente social conseguiu do NASF, conseguiu uma cadeira de rodas elétrica para ela pelo SUS. Então são coisas que a gente, mesmo que demore um pouquinho, a gente tem conseguido essas conquistas, para dar mais conforto para o paciente. (E15)

Algumas dificuldades foram encontradas pelos entrevistados ao longo das suas experiências no cuidado a pessoas com obesidade, como a falta de capacitação específica ou o entendimento de que não havia conseguido construir um vínculo com aquele sujeito. Essas dificuldades para realizar o cuidado geraram em alguns casos sofrimento do próprio profissional, frustração e a sensação de impotência diante da pessoa com obesidade.

Essa semana que mais me lembro que tá na memória agora dessa paciente que a gente estava conversando no grupo, estamos fazendo um roda de conversa online e aí ela falou “[Nome da profissional], eu quero emagrecer não aguento mais viver assim por mais que eu faça alguma coisa eu preciso emagrecer”, isso estava mudando a vida dela com se ela não emagrecer a vida dela não anda, entende? E aí quando o idoso fala isso pra mim me marca porque me deixa emotiva. Caramba, eu poderia estar ajudando mais e ela também poderia se ajudar mais, então isso me marca que eu me lembro agora, mas tem vários outros pacientes que eu atendi. Um muito obeso que não conseguia nem andar direito. Ele não conseguia ir ao posto e depois ficou em casa acamado. São vários casos assim, cada um com uma problemática mais difícil, tudo isso deixa a gente um pouco chateado. (E02)

E aí assim, como é paciente da rede pública é muita gente, então eu nem sempre me dou conta disso, mas quando tem algum paciente que me chamou mais atenção e ele não retorna e eu fico esperando o retorno, eu fico triste. Porque eu acho que de alguma maneira eu poderia ter trabalhado melhor para garantir essa adesão, aí às vezes eu acho que a responsabilidade foi minha, de não ter conseguido mantê-lo ali em tratamento. E dá essa frustração porque eu fico pensando: por que esse paciente desistiu? De repente eu não percebi qual era a necessidade dele e aí eu não fui no ponto certo para mantê-lo no tratamento. (E04)

Ela batia no abdômen e dizia “olha como estou horrorosa, lá em casa meu marido fala que eu sou horrorosa” e ela batia no abdômen, na gordura. Aquilo me deixou triste, fiquei com pena dela. Foi uma coisa que eu nunca vou esquecer, que é a pessoa se sentir tão para baixo, está com dor, está com tudo e se perceber tão ruim me chamou atenção.[...]. Isso foi uma coisa que me marcou. Principalmente mulher. Não sei se é muita cobrança em relação à nossa imagem, de você ter que ser mãe, mulher, mas ter que ser bonita sempre e apresentável. E, na verdade, a questão da obesidade vai muito além da aparência, é uma questão de saúde, é outra história. Uma coisa que a gente percebe também é que, embora existam crenças que as gordinhas são mais felizes, acho que não é isso não. Acho que tem muita gordinha triste. (E07)

Esse sofrimento abordado por alguns profissionais nas falas acima reafirma alguns pontos levantados por Pinheiro e Mattos (2004). Eles ressaltam que, diante da complexidade dos problemas de saúde-doença, os profissionais de saúde nem sempre vão conseguir “curar”

o adoecimento e o sofrimento da população. No entanto, a atitude de cuidar do outro, incluindo a compaixão, a solidariedade e o apoio mútuo, pode contribuir para amenizar o impacto do adoecimento e o sofrimento, auxiliando os sujeitos a construir novas perspectivas para responder seus problemas cotidianos.

Dessa forma, a equipe muitas vezes adquire uma forte noção de responsabilidade coletiva pelas famílias assistidas, a partir dos vínculos estabelecidos. Os efeitos dessa relação entre profissional e sujeito não se restringem apenas aos atos realizados: uma nova concepção de saúde surge em meio a essas práticas que, ao se pautarem em uma outra forma de aproximação da questão – que não aquela restrita à doença – tornam a saúde um campo de amplos e complexos sentidos. Sentidos permeados e concretizados através dos novos vínculos – em meio aos quais a saúde pode tornar-se amizade, conversas, diversão, entre outros (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

Esse elenco de questões analisadas compôs a seguinte categoria: compromisso com o cuidado como elemento para resolutividade.

Em síntese, os elementos do cuidado em saúde pontuados neste tópico complementam a discussão do modelo assistencial, pois articulam a discussão relativa ao vínculo, ao acolhimento e à responsabilização profissional com a temática da conduta terapêutica, promoção da autonomia e a adesão ao tratamento. Em seu sentido mais amplo, o cuidado coloca-se nas práticas de saúde como uma dimensão da integralidade, incorporando, além das competências e tarefas técnicas, a escuta dos sujeitos (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

5.3.3 Subjetividades do cuidado

Além das questões relacionadas ao modelo assistencial adotado e ao cuidado propriamente dito, os participantes do estudo pontuaram questões que estão permeadas por esses elementos, mas que necessitam de uma abordagem específica, como os limites assistenciais das especialidades em saúde, a percepção dos profissionais acerca da obesidade e o olhar sobre o estigma.

Limites assistenciais das especialidades em saúde

Alguns participantes expressaram, de certa forma, que a nutrição é a especialidade que sabe lidar com a obesidade, sendo a mais referenciada nos casos diagnosticados. É provável que eles considerem que a obesidade é uma questão de responsabilidade apenas, ou prioritariamente, do nutricionista, e que demanda cuidado “uniprofissional”. Ainda que o nutricionista seja protagonista e qualificador das ações relacionadas à alimentação e nutrição, a interdisciplinaridade é essencial para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, por sua complexidade e multidimensionalidade (BRASIL, 2017; RODRIGUES; BOSI, 2014; BELO *et al.*, 2022).

Tanto no grupo de tabagismo, como o de idosos sempre falavam isso e sugeriam que a nutricionista participasse, queriam orientações em oficinas. Sempre teve essa demanda pela questão da alimentação! (E03)

Em outros momentos, alguns participantes se colocaram distantes do cuidado em relação à obesidade por não serem da área da nutrição e, por isso, acreditarem que não poderiam colaborar com a melhora dos sujeitos. Nesse tocante se revela a importância da interdisciplinaridade do cuidado às pessoas com obesidade. Alguns estudos ressaltam que, independentemente da formação profissional, o manejo da obesidade é tido como um desafio, trazendo inseguranças ao profissional de saúde que, em boa parte das vezes, se sente despreparado para lidar com o tema (FIGUEIREDO *et al.*, 2020; LOPES *et al.*, 2021).

Enfim, hoje até se eu for atender alguém que tá parando de fumar que seja obeso, eu entrarei em contato com esse paciente ou na questão da reabilitação, por ele ter uma seqüela de AVC, algo mais nesse caminho, por eu ser fonoaudióloga. Porque a gente ainda fica muito restrito a isso, à especialidade. Por mais que você fale que é NASF, que é uma coisa mais ali, geral, a gente ainda é muito restrito a isso. (E03)

É no acompanhamento que a gente percebe a relevância dessa parceria com outros profissionais da equipe, então a gente vai cuidar da parte alimentar, mas vai ter o psicólogo da parte psicológica, vai ter de repente a educadora física que vai inserir essa pessoa no grupo. (E06)

Sou fisioterapeuta, não possuo fundamentação técnica-científica para me aprofundar nos atendimentos da minha equipe. (Q149)

Em outros casos, os profissionais que não eram da área da nutrição buscavam, de certa forma, orientar e apoiar os sujeitos, mesmo sem possuir o conhecimento necessário para realizar o cuidado a pessoas com obesidade. E, em conjunto com outras especialidades, buscavam ofertar o cuidado necessário para o sujeito com obesidade.

Eu não me considero ali como profissional mais orientado para estar recebendo, ser responsável por esse cuidado. Eu preciso ali do apoio da nutricionista, se for em uma ação que eu esteja liderando, eu com certeza vou pedir apoio da nutricionista, porque a gente entende ali os nossos limites e essas possibilidades de cada área de conhecimento técnico. Então eu faria, é claro, tentaria acolher o máximo que eu conseguisse, mas eu gostaria do conhecimento, do melhor conhecimento especializado para estar proporcionando essa oportunidade a esse paciente. (E03)

É, teve casos de pessoa que fez a bariátrica mas ainda se encontrava em quadro de obesidade e de ter que solicitar esse apoio mesmo do nutricionista, da fisioterapia também, para estar promovendo uma melhor locomoção dessa paciente e motivá-la a perder mais peso. Aí a gente nem contou com o apoio de psicólogo porque a gente não tinha realmente na área. Então foi esse arranjo desses profissionais atuando para motivar essa paciente a perder peso e a seguir as orientações de alimentação que ela já havia recebido, mas que em alguns momentos ela não conseguia, não se sentia capaz de dar continuidade, pela questão emocional mesmo. (E03)

Eu, na verdade, como sanitarista não atendendo individualmente, acabo auxiliando o atendimento com outros colegas, a gente chama de interconsulta, na ausência do psicólogo ou de algum profissional acabo acompanhando e passo algumas questões em questionários para ajudar nesse processo, mas geralmente quem acompanha os pacientes exclusivamente é a nutricionista. (E06)

A que eu te falei que tem HIV, por ela ter tido essa neurotoxoplasmose e ficou com esse comprometimento igual ao de um AVC, ela não está podendo cozinhar, então quem está cozinhando é o marido. Então ele ‘taca’ macarrão nela, eu já conversei com ele, que é a comida mais prática, muito arroz no prato. Eu falei “ela não pode comer muito carboidrato”. Mesmo eu não sendo nutricionista, com o curso que vocês deram, eu baixei aquelas receitinhas, saladas de várias coisas. (E09)

Ela “então vê para mim essas receitinhas, pelo zap”, também vou escrevendo para poder estar vendo, então já que ela está sentindo essa dificuldade de estar indo na nutricionista, não é que estou fazendo papel de nutricionista, mas dentro do que eu posso passar eu mesma estou dando outras dicas, porque ela não vai parar de vir na fisioterapia, ela quer andar, mas na nutricionista pelo que eu vi não quer voltar. Até porque eu acho que ela tem medo de ser chamada atenção, por ter aumentado mais o peso, comendo mais. (E09)

Então, o que eu podia orientar, eu fazia, mas tinham umas pessoas que já tinham comorbidades, já tinham outras doenças associadas, diabetes, hipertensão. Então, eu não tinha muita noção do que orientar ao certo, eu preferia às vezes regular para uma profissional específica do que ficar dando algumas orientações. (E13)

A compreensão da complexidade da obesidade envolve a percepção, pelos profissionais, de outras questões envolvidas no processo saúde-doença, como aspectos sociais, econômicos, ambientais, fisiológicos e genéticos (MARTINES; MACHADO, 2010). Pode ser observado na fala de alguns participantes que, mesmo sendo da área da nutrição, que é tida como protagonista do cuidado a pessoas com obesidade, ainda sentem dificuldade em lidar com a doença.

O trabalho interdisciplinar sugere a oportunidade de os profissionais reconstruírem suas práticas por meio da experiência compartilhada, resultando em transformação mútua para intervir de forma efetiva na realidade em que estão inseridos (AMPARO-SANTOS, 2020). Nesse sentido, a implementação do NASF no apoio à ESF permitiu a expansão e diversificação de profissionais e enfatizou a lógica do apoio matricial, no qual o nutricionista se insere com destaque no ERJ, sendo a quarta categoria profissional mais frequente (BELO *et al.*, 2022).

Alguns profissionais da nutrição também reconhecem determinadas limitações e dificuldades para o cuidado a pessoas com obesidade, principalmente quando se trata do cuidado de crianças e adolescentes, devido ao contexto familiar e ao ambiente alimentar.

Grande parte das vezes, dependendo do grau de obesidade, a gente sente essa falta, essa necessidade de ter uma equipe pra trabalhar, pra abordar alguns assuntos, principalmente com a criança, tinha muita dificuldade com criança e adolescente. O adolescente obeso, acho muito difícil, criança também, por conta do contexto familiar e entrando na adolescência obeso é muito difícil. Tem que trabalhar alguns fatores que fogem ao nutricionista a questão, por exemplo os transtornos. Uma das coisas que a gente colocou no nosso protocolo é a questão do transtorno, a gente não tem apoio psicológico para trabalhar os transtornos alimentares, fica meio solta quando você está trabalhando um determinado paciente que tem compulsão alimentar, se não tiver apoio do psicólogo, vai ficar chovendo no molhado. (E14)

Outros profissionais da área da nutrição destacaram a dificuldade em reafirmar sua legitimidade como detentores do conhecimento, especialmente no que diz respeito à alimentação, quando comparados a profissionais médicos(a).

Então o processo de trabalho é complicado porque a gente pede um retorno, a gente pede exame e eles meio que vão fugindo. Daqui a pouco de 4 ou 5 meses que voltou ao médico, porque no médico eles voltam, e viu que nada foi feito eles vêm a mim novamente para começar o processo. Então é complicado, a Atenção Básica é complicada. (E08)

Você está falando da obesidade, mas vou dar o exemplo da diabetes. Você pode comer cenoura e beterraba! Come ela crua, na quantidade certa, não tem problema! “Não, não posso, eu sou diabética, meu médico falou que eu não posso comer!” E não tem nada que faça a pessoa comer, porque assim, o peso do médico, a palavra do médico é lei! Eu sendo nutricionista posso dar todos os argumentos, mas eles não vão acreditar! Eles acreditam na palavra do médico. O médico pode falar uma besteira, mas foi o médico que falou! Isso acontece muito! É, isso dá uma raiva! A gente fica chateada. Mas acontece. (E04)

Além disso, alguns participantes comentaram que algumas pessoas com obesidade atribuem ao profissional da nutrição uma responsabilidade adicional, considerando que ele

seria o único capaz de resolver a questão da obesidade.

Às vezes ele chega lá na consulta achando que eu tenho uma varinha de condão, um pó “pirlimpimpim” e, a partir do momento em que ele botou o pé na sala de nutrição, tudo vai mudar na vida dele. Então assim, também tenho que desmistificar isso, porque alguns vêm com essa ideia: “não, agora vai dar tudo certo, porque agora eu vou no nutricionista!” Então, eu tento jogar a responsabilidade para eles. Que eu estou ali como uma muleta. (E04)

Nesse sentido, existe um debate sobre os elementos técnicos e não técnicos relacionados ao cuidado em saúde, com destaque aqui para obesidade. Essa discussão se relaciona, de certa forma, com a formação e a percepção do profissional de saúde para com o sujeito e como o mesmo se sente diante da sua capacidade técnica para lidar com a doença e, assim, poder ajudar a pessoa (AYRES, 2001;2007). Essa perspectiva também pode ser observada em profissionais que lidam com a obesidade. Nesse sentido, há um olhar que se volta para o tecnicismo, com toda a exatidão de pensar, produzir e fazer, distanciando o cuidado daquilo que possa resgatar o sujeito e as questões relativas à produção de subjetividade. Permanecem, portanto, em campos afastados e distintos, uma porção do cuidado concebida como abstrata/subjetiva e outra porção como concreta/objetiva (MARTINES; MACHADO, 2010).

A questão da formação sobre a obesidade foi muito abordada pelos participantes, que em sua maioria, consideram a falta de capacitação/treinamento em relação à obesidade uma limitação para o cuidado. Eles comentaram que a gestão deveria oferecer esse suporte aos profissionais de saúde com intuito de garantir uma maior segurança para o manejo adequado da obesidade.

Falta orientação, capacitação relacionadas ao tema para que o profissional seja qualificado e tenha domínio do assunto para o enfrentamento. (Q66)

Não é disponibilizado material e nem capacitação sobre o tema para empoderar os profissionais. Falta de recursos para promover atividades educativas com alimentos saudáveis. (Q116)

Falta de capacitação dos profissionais da rede para lidar com pessoas com sobrepeso e obesidade, sem preconceitos, diminuindo a procura dessas pessoas por profissionais de saúde. (Q53)

Tem sido registradas, na literatura científica, as limitações da formação dos profissionais de saúde no tocante ao entendimento sobre a obesidade, tanto em relação à complexidade desta doença multifatorial, quanto em relação ao papel de cada profissional no atendimento às pessoas nessa condição (RICARDI; SOUSA, 2015; BORTOLINI *et al.*,

2020). É consenso que a constante formação de gestores e profissionais é fundamental para a realização de uma atenção à saúde direcionada e efetiva, de acordo com as necessidades da população assistida, como previsto na PNAB (BRASIL, 2017). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, através do CNPq, fomentou estratégias de capacitação de gestores e profissionais para o cuidado de pessoas com obesidade, através de cursos de formação sobre obesidade para os profissionais da APS. Essas estratégias são essenciais para promover o desenvolvimento individual, maximizar os resultados na prestação de cuidados de saúde e agir de forma eficaz diante dos desafios relacionados à situação epidemiológica e nutricional atual.

Alguns participantes reconheceram a importância da formação em relação à obesidade, e principalmente, em como oferecer o cuidado necessário para as pessoas que vivem com essa condição. Estudos apontaram a limitação dos cursos de graduação em saúde em apresentar e discutir as múltiplas perspectivas da obesidade, o que influencia diretamente a forma como o profissional da saúde vai olhar para a pessoa com obesidade (SILVA; CANTISANI, 2018; PAIM; KOVALESKI, 2020). O profissional de saúde necessita compreender que a obesidade não é causada apenas por uma alimentação rica em alimentos ultraprocessados e com altos teores de açúcar e sódio; que existem questões psicológicas, ambientais, socioeconômicas, genéticas e sociais que influenciam todo o processo saúde-doença. Martines e Machado (2010) apontam a dicotomia entre o saber técnico e o cuidado à saúde e como é difícil para o profissional de saúde desfazer essa fronteira nos processos de cuidar e de acolher sujeitos, ainda muito marcados por abordagens com foco biológico e modelos burocratizados.

Esse elenco de questões analisadas compôs a categoria identificada como: legitimidade, credibilidade e (in) segurança profissional fundamentadas no saber técnico.

Percepção dos profissionais acerca da obesidade

Apesar das dificuldades técnicas em lidar com a obesidade, seja pela especialidade, pela falta de formação ou de apoio das equipes de saúde, os profissionais relataram compreender, de certa forma, a complexidade e magnitude da obesidade e a descreveram com diversos contornos, como a questão multifatorial e a importância do cuidado contínuo das pessoas com obesidade.

Quanto à obesidade, acho que ela representa o que a gente tem na Baixada Litorânea e no Rio de Janeiro. Um excesso grande de pessoas com sobrepeso e obesidade. O ambulatório nosso reflete isso o tempo inteiro. Nossa maior

demanda de atendimento são pessoas com sobrepeso e obesidade para atendimento na área da Nutrição. Isso reflete pra gente o que as pesquisas já apontam, né? Que a gente tem um alto número de pessoas com esse problema. A questão hoje da obesidade a gente sabe que é multifatorial, frente às condições de alimentação, não difere muito do Rio de Janeiro, das pesquisas que já apontam isso. Frente à alimentação, frente às questões sociais, frente às questões psicológicas que a gente tem aqui no Sudeste. (E01)

No estudo de Silva (2021) os profissionais entrevistados citaram como principais causas dos altos índices de obesidade no país: sedentarismo (40%), maus hábitos alimentares, incluindo os herdados dos pais e a mudança da cultura alimentar (36,3%) e acesso, custo, praticidade e consumo excessivo dos alimentos ultraprocessados (34,1%). Os profissionais relatam ainda entender a obesidade principalmente como fator de risco para outras doenças (33,3%), que ela tem etiologia multifatorial (31,9%) e que se caracteriza como excesso de gordura corporal (22,2%).

Os participantes pontuaram o que acham das estratégias vigentes para prevenir e lidar com a obesidade e, dentre essas, eles consideram que deveriam existir mais campanhas de conscientização em relação à obesidade, pois, na visão deles, a obesidade foi incorporada pela sociedade e foi naturalizada. Alguns pontuaram também o aumento da obesidade durante a pandemia da COVID-19. Também foi comentado por alguns participantes, que percebem uma maior preocupação da população em geral com a alimentação, o fato de ser comum ver pessoas carregando bolsas térmicas na rua, com a sua alimentação para o dia, sem mais estigmas associados a levar marmita para o trabalho.

É como se (...) a gente já está há mais de dez anos, falando nisso de alimentação saudável, parece assim que foi ontem e muita coisa ainda não mudou. Parece que a gente vê pequenos avanços, mas acho que pelo tempo, pelos recursos que são lançados mão, pelo investimento do Ministério da Saúde em tratar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, todo esse material riquíssimo, eu acho que a gente poderia estar bem melhor. (E03)

Eu creio que, com o passar dos anos, está aumentando ainda mais o número de obesos e com sobrepeso. Antes não tinha tantas pessoas acima do peso, você encontrava mais desnutridos. Agora você só encontra com sobrepeso. Está como se fosse uma coisa normal, desde crianças a idosos no trajeto de você ir para o trabalho, no ônibus. É difícil encontrar uma pessoa com peso ideal ou magra. (E09)

Eu atendo também em consultório, eu estou vendo que a demanda de consultório está aumentando e todo mundo tem esse relato que engordou na pandemia, o relato dessa coisa dos alimentos industrializados, ultraprocessados. (E11)

Eu falo que a gente tem vivido uma revolução da alimentação, porque hoje se você andar na rua é muito comum ver as pessoas com bolsinha térmica, se você sentar em frente às barcas e ficar observando as pessoas indo trabalhar, aquilo ali é um motivo de orgulho para nós. Eu pelo menos quando vejo falo “nossa, estamos crescendo”, nós estamos ali em cada pessoa que está indo pegar a barca com a bolsinha térmica na mão. É fruto de uma conquista nossa, as pessoas estão levando mais comida de casa, estão comendo menos na rua, hoje não tem mais aquela coisa pejorativa de andar com marmita. (E16)

Em alguns momentos os participantes tocam no tema dos movimentos de valorização do corpo gordo, como se fosse algo que reduzisse a complexidade da obesidade como doença. Essa é uma questão que pode envolver um desconhecimento dos profissionais sobre o tema.

Eu ainda acho que a gente faz pouco, tá? Faz muita pouca atividade. Até por um olhar muito naturalizado da obesidade. Acho que a gente hoje tá entendendo... A própria mídia fala: “me aceite como eu sou”! Então a gente acaba aceitando a obesidade como se não fosse uma patologia. Ela é uma condição social. Parece que as pessoas (...) É hereditária, “eu já sou assim, vou ficar assim”. Então, a gente faz muito pouca atividade. (E02)

Nesse sentido, mesmo que de forma pontual, é importante esclarecer que o corpo gordo é um dos corpos que estão fora do que se denomina padrão de beleza nas mídias sociais. Ao longo dos anos, os corpos gordos vêm sendo amplamente estigmatizados. Embora tenham sido associados à fartura e à riqueza no passado, atualmente são vistos como símbolo de fracasso, conformismo e negligência. Essa disseminação de ideias resulta na exclusão desses corpos em diversos contextos (MARTINS; CARRERA, 2021). E esse olhar da sociedade atual gera estigma e práticas gordofóbicas para com as pessoas com obesidade.

Esse elenco de questões analisadas compôs a categoria identificada como: percepção da obesidade como um fenômeno complexo; crítica à naturalização da obesidade.

O olhar sobre o estigma

Muitos sujeitos enfrentam constrangimentos e são culpabilizados por conviver na condição de obesidade. A responsabilização do indivíduo pela própria condição, além de prejudicar o bem-estar físico e mental, diminui a busca por tratamento (CERCATO; DE MELO, 2021). Alguns autores relatam as implicações decorrentes da estigmatização da obesidade, e estas contribuem para redução da qualidade, quantidade e do tempo de

atendimento ofertado a essas pessoas (RUBINO *et al.*, 2020; SILVA; CANTISANI, 2018; PHELAN *et al.*, 2015; PUHL; HEUER, 2009). Com relação à APS, foi identificado que o excesso de peso exerce influência negativa no tratamento ofertado, o que coopera com a redução da busca por atendimento nas unidades de saúde (ALBERGA *et al.*, 2019). Essa questão pode ser expressa quando profissionais sugerem que uma pessoa não irá aderir ao tratamento, e assim evitam lidar com sujeitos com obesidade.

Eu acho que tudo, eu acho fundamental o papel do nutricionista. Hoje a gente está tratando as pessoas feridas pelos profissionais em relação à obesidade, nós pegamos pacientes traumatizados pelos profissionais, traumatizados pela falta de empatia. (E16)

Muitos dele são rotulados, são esquecidos, são estigmatizados, são deixados de lado, “tá obeso porque quer porque come muito” e às vezes eles recebem isso e acham mesmo que é só culpa deles então isso é muito ruim para o psicológico. Esses casos assim os pacientes ficam muito emotivos, muito chorosos, com vários problemas, não só a obesidade, mas situações familiares complexas, entendeu? (E02)

Quando questionados em relação ao estigma, os profissionais pontuaram as seguintes questões: sofrimento das pessoas que foram feridas por profissionais com condutas estigmatizantes, pressão midiática por um corpo esbelto/magro, *bullying* infantil, o estigma vivenciado dentro da família e na parte afetiva e situações estigmatizantes em ambientes diversos (trabalho, lazer, transporte e outros).

Em relação ao sofrimento das pessoas, os participantes abordaram sobre a culpabilização das pessoas com obesidade e relataram experiências vivenciadas durante a pandemia da COVID-19 que ressaltam um sofrimento adicional das pessoas com obesidade, principalmente em consultas e exames.

Comigo quando chega eu tento não ter esse olhar, mas a gente sabe que eles passam por isso até mesmo no setor saúde, quando eles vão lá ser assistidos ou quando vão ser orientados, encaminhados. Então a gente sabe que tem olhar de um pouco de reprovação, você tá obeso porque come mal e você é culpado a gente sabe que não é assim. Eu que estou na saúde tenho esse olhar amplo sei que não posso culpabilizar o paciente. (E02)

Então, eu preciso de um acompanhamento e é triste ver que muitos profissionais de saúde ainda julgam, esse (...) tão próximo. Foram justamente alocados próximos, na Atenção Primária, justamente para estar mais próximo dos usuários e querem se manter a uma certa distância. (E03)

É, já escutei a questão da própria nutricionista mesmo colocar... Isso foi um caso até emblemático! A nutricionista estava no supermercado e colocou Coca-Cola dentro do carrinho. E aí a paciente olhou e falou: “ah, mas você bebe Coca-Cola? Olha aí, tá vendo, ela é nutricionista e bebe a Coca-Cola”. E a nutricionista virou e falou: “mas a gorda aqui é você!” Isso ela conta pra todo mundo! Então pra você ver o nível. Às vezes essa proximidade também

prejudica. Como assim dentro de um supermercado, ali, em um bairrozinho e tal. Como é que a gente vai encontrar isso, uma situação dessa? Ela mesmo chamando (...), a própria profissional de saúde chamando a paciente de gorda. “A gorda aqui é você”, então é complicado. (E03)

E mesmo com profissionais de saúde, de criticar e falar assim: “tem que fechar a boca, você não emagrece porque você não quer, toma vergonha desse jeito você vai ficar doente! ” De uma forma assim, agressiva! Profissionais de saúde que lidam com a obesidade como se fosse simplesmente uma falta de vergonha na cara, vamos dizer assim. Não emagrece porque não quer! Porque come muito, come demais, mas não entende o porquê desse comer demais, o que leva a isso. Não tem um olhar amistoso, tem um olhar acusador. Então isso incomoda demais. (E04)

Situações da própria fala do profissional que não está preparado para falar sem constranger porque as palavras são muito cruéis. Mesmo sem querer algumas vezes a gente fere as pessoas. Em relação à balança, as próprias condições da clínica e eu ainda acho que falta mais acolhimento para as pessoas com obesidade mesmo. Falta mais acolhimento da unidade de saúde para cuidar dessas pessoas. (E05)

Agora, ultimamente não, porque acho que esse médico até se aposentou, mas todo mundo sabe que tínhamos um médico aqui no município que abordava os pacientes falando “está muito gordo precisa perder peso”, assim na lata. Ele era um ortopedista, durante anos todo mundo aqui sabe que ele agia dessa maneira, o paciente chegava com dor e ele falava isso “está gorda, tem que perder peso”, sempre falava isso, muito. Era rotina dele fazer isso e as pacientes chegavam muitas vezes do atendimento arrasadas. Então quando começavam a falar eu já sabia quem era, eu falava “não fica triste com ele não, ele é doído faz isso com todo mundo. Eu cansava de falar isso. Ele falava “não tem jeito não, o jeito é perder peso, você quer que eu faça milagre”, algumas vezes ele falava isso, era um ortopedista. Um absurdo. (E07)

Era uma mulher que estava com suspeita de COVID, foi ao hospital e o médico pediu para fazer uma tomografia, é uma pessoa com obesidade grau III, quando chegou para fazer a tomografia, acho que o próprio médico falou “ia te passar tomografia, você pesa quanto?” e a pessoa falou “infelizmente o tomógrafo que a gente tem não aguenta o seu peso”. (E12)

Ouçõ muito isso “você é a minha última esperança, já não sei mais como conseguir”, porque o profissional fala que é falta de vergonha na cara, que é porque não fecha a boca, não tem o mínimo de empatia com aquela pessoa ali que não entende que é uma doença. Então a gente atende mesmo pessoas feridas, que acham que não vão conseguir porque a vida toda ouviu alguma coisa. (E16)

A revisão realizada por Puhl e Heuer (2009) aponta que algumas pesquisas relatam que pessoas com obesidade descrevem relutância em abordar questões relacionadas ao peso com seus profissionais de saúde, pois perceberam que não seriam levadas a sério.

De forma pontual, alguns profissionais relataram que os homens são mais capazes de seguir o tratamento até o fim, ao contrário das mulheres. Isso foi colocado de forma estigmatizante para com as mulheres com obesidade, sugerindo que elas não são capazes de

ser tão objetivas no tratamento. Essa questão retoma o tema da interseccionalidade, que é um conceito que destaca a importância de considerar múltiplos eixos de opressão, como gênero, raça, classe social, orientação sexual, entre outros, e como eles se interconectam para moldar as experiências e desigualdades enfrentadas por indivíduos e grupos. No contexto da obesidade, a interseccionalidade é relevante, pois diversos fatores podem influenciar a prevalência, o tratamento e a adesão ao cuidado da obesidade, especialmente para as mulheres (COLLINS; BILGE, 2020; ORAKA et al., 2020; RODRIGUES et al., 2023).

Na verdade, eu recebo mais mulheres nessa questão aí da obesidade. E o homem quando vem para emagrecer, ele é bem objetivo né. Ele segue direitinho, emagrece, emagrece bastante e não fica muito tempo acompanhando não! Ele mesmo se dá alta, mas assim sempre tem bons resultados, eles são mais objetivos. A mulher fica mais tempo sendo acompanhada. (E04)

A pressão midiática por um corpo esbelto/magro produz sofrimento nas pessoas que estão em tratamento para obesidade. Isso ocorre, pois, a perda de peso não é algo rápido e fácil. Estudo realizado por Marcelino e Patrício (2011) evidenciou que os sentimentos que levam à autodepreciação e à baixa autoestima estavam relacionados com a ênfase midiática à inadequação do obeso aos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade atual, acrescida da representação da pessoa obesa como não saudável. Outros estudos apontam uma forte relação da mídia na contribuição do preconceito generalizado sobre o peso corporal por meio do uso de linguagem verbal e visual inadequadas, atribuindo a obesidade à responsabilidade do indivíduo e não de todo um sistema social e ciclo biológico (RUBINO *et al.*, 2020; SILVA, 2022).

Então, a gente tem uma pressão midiática importante pra questão do corpo perfeito. Então a gente tem pressão e isso, de um modo geral, é assim, eles falam sutilmente, mas falam mesmo que sutilmente! Tem uns que são mais declarados. “Ah, minha calça não veste! Ah, não dou mais na roupa! Tem um guarda-roupa inteiro me esperando emagrecer. Vou comprar roupa, não consigo achar mais o meu número!” Então, isso nos deixa chateados. Isso aí, de um modo geral, todo mundo tá chateado com seu formato corporal! Acho que isso incomoda bastante, é estigma! (E01)

Eu acho que essa questão da obesidade ela vem mudando ao longo do tempo, mas ainda existe muito essa cobrança do corpo perfeito, da estética, da cobrança da questão da saúde e eu ao longo da minha prática parei de chamar atenção para o peso e sim para as conquistas que eles faziam na alimentação. (E14)

O estigma é que ele tem que ser magro. Essa que era mais gordinha, era gorda. Ela falava assim: “[Nome da profissional] eu não sou gordinha, eu sou gorda. Eu sou gorda, tenho meus parâmetros ok?”. É... você via que ela

tinha massa muscular, entendeu? Ela tinha massa muscular, mas ela era gorda. E estava bem com isso. O corpo dela estava bem com isso. Mas, ela relatava muito essa questão do estigma, porque ela queria ser gorda. Ela não estava preocupada com isso. Ela estava ali, preocupada com a saúde dela, ela estava ali preocupada com a nutrição, com a escolha alimentar e tudo mais, mas ela não estava preocupada em perder peso. Não era uma preocupação dela. (E18)

No que se refere à pressão da mídia em relação ao peso, alguns estudos apontam que o acesso às mídias sociais entre as crianças está associado a atitudes negativas relacionadas ao peso. E a mídia frequentemente enquadra a obesidade como responsabilidade pessoal, focando em causas individuais da obesidade (por exemplo, comer uma dieta pouco saudável) e soluções individuais (por exemplo, mudar a dieta) (PUHL; HEUER, 2009). Uma boa parte das angústias da pessoa com obesidade é decorrente dos estigmas sociais em relação a essa situação. Essas angústias também derivam de valores ligados à cultura atual que considera o corpo gordo feio e inaceitável (MACEDO *et al.*, 2015).

Essa pressão estética também foi pontuada como algo que afeta os profissionais de saúde, principalmente os da área da nutrição. Nesse sentido, vale ressaltar que o corpo magro exigido pela sociedade atual tem gerado sentimento de culpa para as pessoas cuja imagem corporal se afasta dessa imposição. Para nutricionistas, a construção de identidade profissional passa pela imagem, com isso, convivem rotineiramente com julgamentos a respeito do seu corpo e de seus hábitos alimentares (ARAÚJO *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2016).

A gente tem profissionais nutricionistas acima do peso e muitas vezes a gente nota certos profissionais “como pode nutricionista gorda”. A gente tirar esse estigma do próprio profissional é complicado, não é fácil perder peso para todo mundo, é muito difícil na minha visão. (E14)

O *bullying* sofrido por crianças com obesidade também foi pontuado pelos participantes como algo que gera um sofrimento a mais para esses sujeitos e que limita, de certa forma, a prática de atividade física e a socialização. Circunstância essa também observada no estudo de Marcelino e Patrício (2011), identificou que a falta de atividade física na rotina dos sujeitos, fato que potencializou o evento obesidade. Apesar da prescrição médica para essa conduta, havia questões que impediam essa prática, em razão do risco de depreciações e julgamentos negativos que pudessem sofrer nos ambientes dessas atividades.

Nossa, eu já vi vários meninos reclamando, na fase da adolescência, por conta da ginecomastia, por conta da obesidade. E aí não conseguem correr! Reclamam muito, crianças e adolescentes. Não têm fôlego pra jogar bola,

não têm fôlego pra fazer atividade física na escola. Isso na época que eu coordenei o Programa Saúde na Escola era muito comum! (E01)

Muitos problemas relacionados a *bullying*. Ou seja, eles sofriam um tipo de violência verbal e moral dentro da própria escola. E não era por conta dos profissionais de educação, a maior parte das vezes era entre os próprios colegas. Então, esse era o carro chefe, de acordo com a minha demanda e a faixa etária que aparecia para mim. (E13)

Adolescente, isso é muito comum terem apelidos na escola e as mães levarem para perder peso por causa da escola e do *bullying*. Era muito comum no próprio atendimento a criança era culpabilizada e aquilo ao invés de ajudar só piora. A própria família fazia aquela criança sentir-se mal e o adolescente tinha essa questão do peso na escola e dentro da própria família. (E14)

As principais são *bullying* na escola. Então são adolescentes que sofrem *bullying*, que não querem ir para a escola porque têm alguns colegas que deboçam deles, ou falam do corpo deles. (E17)

Outro ponto abordado pelos profissionais foi o estigma vivenciado pelas pessoas com obesidade dentro do ambiente familiar e afetivo. Esse é um ponto que gera sofrimento para as pessoas com obesidade e dificultam o tratamento.

Eles mesmo chegam, “eu tô gorda não quero ficar assim, porque daqui a pouco eu vou perder meu marido”, tem várias, às vezes colocam tanta ansiedade nisso que no atendimento choram muito, já têm todo aquele histórico, toda aquela parte emotiva já abalada e sofrem com tudo que foi vivido que não é uma carga positiva. (E02)

E elas reclamam muito dessa questão de relacionamento, de se sentir gorda, de achar que vai ser rejeitada pelo marido/namorado. (E04)

As situações estigmatizantes em ambientes diversos também foram pontuadas pelos profissionais, como um relato constante das pessoas com obesidade. Principalmente, em momentos de lazer, no transporte público e em lojas de roupas.

Então de ir numa loja e a vendedora chegar e falar assim: não tem para o seu número! Isso aí eu ouço demais, que é um incômodo quando elas chegam na loja e a vendedora fala que não tem o número delas. (E04)

Então quando elas começam a contar para você o que elas já passaram é muito infeliz, não conseguir passar na roleta do ônibus, ter dificuldade para entrar. Já ouvi muitas situações ligadas a transporte público, como não conseguir entrar, teve dificuldade para sentar, teve dificuldade para sair. (E05)

Acho que a pessoa que sofre com obesidade, ela sofre estigmas de aceitação. De repente você vai no nosso município não tem transporte alternativo, então tem pontos que circulam dentro do município, de repente não vai ser um acesso fácil para um paciente com obesidade conseguir entrar numa Kombi,

a questão de repente até do próprio ônibus mesmo de poder passar pela roleta. Eu tenho pessoas na minha família que eram obesas, fizeram bariátrica e sempre existe o constrangimento da aceitação, de ser piada e eu acho que o estigma ele tá muito presente, por mais que tem essa moda do plus size e tenha outros fatores eu acho que direta e indiretamente esse paciente sempre sofre, às vezes você fala “nossa seu rosto é tão bonito”, aí você desvaloriza todo contexto do corpo, “ah, como que fulana tá com fulano tá tão gorda”. (E06)

Uma coisa que eu escuto com frequência é a dificuldade de conseguir comprar roupas. Porque por exemplo, a gente fica olhando roupa, e é assim “esse tamanho vai até 46”, então o g dele é pequeno, está falando para o paciente que não vai dar. Até eu não sou gorda, sou um pouco acima do peso, isso é uma coisa que eu sinto na pele também. As mulheres reclamam disso que se sentem discriminadas nas lojas e na família o pessoal chama de gordinho, num tom de brincadeira, mas chama. Na própria família o pessoal fala do consumo de alimento, fala “está passando mal, come pra caramba”, disso a gente escuta muitos comentários. (E07)

O que eles alegam muito é questão de roupa e estética, também da pessoa falar que nunca tem roupa para eles, roupas que não fecham. (E08)

Alguns ouvem comentários, do próprio familiar, que colocava um apelido e aquilo para eles óbvio não vai ser de forma adequada. Uma inclusive foi passar no ônibus e ficou nervosa porque não passava, não conseguia pegar o dinheiro, o motorista foi ríspido e pediu para ela sair, ela pediu para que fosse aberta a parte de trás, ele não quis e foi embora, aquilo para ela foi impactante. Então eles comentavam de brincadeiras desagradáveis de algum familiar, pessoas mais próximas. (E19)

Por fim, alguns dos participantes mencionaram ter dificuldades em lidar com a obesidade de maneira que não fossem percebidos como preconceituosos. Além disso, eles expressaram insegurança em abordar o assunto da obesidade com as pessoas. Os profissionais descrevem, de certa forma, ter problemas com a linguagem para se reportar a uma pessoa com obesidade. Em alguns momentos tentam explicar que a obesidade é uma doença e não apenas uma questão estética.

Uma dificuldade que eu sinto que é um desafio para todos nós é como conversar sobre obesidade e a questão racial sem que seja um estigma. Já tive experiências de tentar conversar e discutir, e as pessoas acharem que estava chamando elas de gordas. Como a gente lida? Essa é uma questão que eu acho que é muito delicada e que a gente precisa aprender a conversar ou encontrar o caminho para falar sobre ela. (E05)

E o estigma da obesidade eles não associam à saúde, é mais questão estética, “estou mais gordinho, porque a família falou que eu sou diferente, ninguém da família é assim, só você é assim”, mas que eu percebo é sempre o outro, o outro falou, o outro mandou, nunca eu preciso, nunca eu me vejo desse jeito. (E08)

O estudo realizado por Auckburally *et al.* (2021) revelou que o medo de ofender os sujeitos, o treinamento insuficiente e a falta de conhecimento dos caminhos de

encaminhamento foram identificados como motivos que limitam a capacidade dos profissionais de saúde de debater sobre o peso dos sujeitos. Termos neutros, como 'peso', foram preferidos pelos sujeitos, 'gordo' e 'obeso' foram vistos como palavras indesejáveis e estigmatizantes.

Esse elenco de questões analisadas compôs a categoria identificada como: reconhecimento, dilemas e inseguranças sobre o estigma na abordagem da obesidade.

As subjetividades envolvidas no cuidado a pessoas com obesidade trouxeram elementos importantes para pensar a qualificação profissional para o manejo dessa doença, como as dificuldades pontuadas para lidar com o tema de forma interdisciplinar e complementar, inseguranças sobre o manejo adequado da obesidade e o impacto do estigma tanto para as pessoas que vivem com essa doença como para os próprios profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elementos identificados junto aos profissionais de saúde sobre a dimensão organizativa no contexto institucional e de gestão da RAS apontaram alguns desafios ainda presentes no cuidado aos sujeitos com obesidade, tais como: ausência de uma instância que monitore as ações previstas pela LCSO, visto que completou 10 anos da publicação das duas portarias que definem as diretrizes para a organização das linhas, ausência de fluxos de atendimentos para obesidade na maior parte dos municípios do ERJ, fragilidades no mecanismos de referência e contrarreferência, insuficiência de profissionais frente à demanda de trabalho e alta rotatividade de pessoal, equipamentos e espaços físicos inadequados para acolhimento das pessoas com obesidade, especialmente daquelas que enfrentam quadros graves da doença. Essas questões foram expressas nas categorias de fragilização da organização dos serviços e precarização do processo de trabalho.

É preciso problematizar a questão da insuficiente implementação das LCSOs, não somente pelo fato de a primeira portaria orientadora ter completado 10 anos em março de 2023, mas também pelo desconhecimento de uma parte dos participantes sobre a importância desse instrumento. É preciso valorizar e adequar as formas de implementação das LCSOs no território nacional, com intuito de garantir melhor acesso aos sujeitos com obesidade. O estudo indicou a baixa institucionalidade da LCSO no contexto analisado.

Em relação às ações de prevenção e manejo da obesidade mencionadas pelos profissionais de saúde, vale salientar que a abordagem da obesidade na perspectiva da promoção da saúde, e mesmo da prevenção da doença, ainda é pouco reconhecida e trabalhada dentro da RAS. As ações e programas citados foram os grupos terapêuticos, sala de espera, PSE associado a outras ações de promoção da alimentação saudável nas escolas, a Academia da Saúde e as ações educativas desenvolvidas no âmbito dos NASF. Isso se deve ao potencial dessas iniciativas coletivas de apoio ao autocuidado e parcerias intra e intersetoriais para lidar com os múltiplos condicionantes da obesidade. Nesse sentido, vale destacar a importância da VAN como uma ferramenta de planejamento e gestão pelo nível central. A VAN permite que os profissionais estejam atentos aos aspectos relacionados à alimentação e nutrição, por meio da implementação de estratégias que possam auxiliá-los no diagnóstico da situação alimentar e nutricional, bem como nas intervenções em saúde, com destaque para obesidade.

Observa-se que em diversos contextos, as ações e programas intra e intersetoriais são frequentemente motivados e orientados por programas específicos, muitos deles programas federais, como o PSE, em vez de serem impulsionados pela própria organização dos municípios e suas secretarias.

Entre as concepções abordadas pelos participantes em relação à dimensão profissional, destacam-se aspectos fundamentais do cuidado em saúde, como a criação de vínculos, a prática do acolhimento e a responsabilidade no cuidado. Além disso, essa dimensão analítica abarca questões relativas à forma como os profissionais expressam e compreendem a complexidade da obesidade e como isso impacta a sua conduta terapêutica e o seu olhar em relação à adesão ao tratamento.

É importante destacar as ambiguidades presentes nas falas dos participantes, no que tange o olhar para o cuidado da obesidade. Alguns relatos tiveram uma abordagem reducionista da obesidade e como a mesma interfere na vida dos sujeitos, porém também houve falas demonstrando preocupação e cuidado durante o tratamento. Com isso, é notável que a perspectiva mais reducionista do cuidado pode ser encontrada, como a própria literatura reitera, mas foram identificadas também outras perspectivas mais sensíveis aos vários condicionantes do processo saúde-doença de pessoas com obesidade.

Vale salientar um aspecto acerca do modelo assistencial adotado por uma parte dos profissionais, pois foi visto que alguns deles oferecem orientação de promoção da saúde de forma doutrinária, apesar de muitas vezes considerarem que estão acolhendo as pessoas com obesidade. Esse olhar pode ser considerado uma falha no cuidado prestado às pessoas com obesidade ou um resultado da formação inadequada dos profissionais de saúde para lidar com o tema. Por esse e outros motivos, é preciso repensar a formação dos profissionais de saúde para lidar tanto com a obesidade como com outras DCNTs.

Os participantes problematizaram os limites das especialidades de saúde em relação ao cuidado a pessoas com sobrepeso ou obesidade, principalmente quando se trata do saber técnico de cada especialidade e como a mesma interage no manejo da obesidade. Uma parcela significativa dos profissionais envolvidos percebe a nutrição como a única especialidade capacitada para lidar com a obesidade. Frequentemente, profissionais de outras áreas não se consideram fundamentais no manejo dessa condição, seja devido à sua formação ou à falta de habilidade em lidar com as complexidades individuais dos sujeitos que vivenciam a obesidade, incluindo as questões sociais e econômicas associadas a essa doença. Isso revela a necessidade de uma formação adequada e de uma abordagem interprofissional no cuidado à obesidade.

No que diz respeito a essas subjetividades, é importante destacar que o estigma foi mencionado pelos profissionais, estando relacionado ao bullying direcionado a crianças com obesidade, bem como ao preconceito enfrentado pelos sujeitos por parte de outros colegas mencionados pelos entrevistados. Além disso, foi mencionado pelos participantes o despreparo para abordar os sujeitos de uma forma não estigmatizante. O estigma em si limita o cuidado prestado às pessoas que vivem com essa doença, pois as afasta do serviço de saúde e, conseqüentemente, do seu tratamento para obesidade. Por isso, vale refletir sobre como os profissionais de saúde são formados para lidar com o tema dentro da APS e como esses profissionais reconhecem o tema diariamente nos serviços de saúde.

Um aspecto desafiador para o desenvolvimento desta tese foi o contexto da pandemia da COVID-19, que ocasionou o distanciamento social e a alta demanda de trabalho exigida pela pandemia aos profissionais de saúde. Eles também ficaram impedidos de realizar as atividades presenciais, principalmente porque a obesidade e comorbidades associadas foram identificadas como fatores de risco para complicações da COVID-19. Além disso, os profissionais foram deslocados das suas funções dentro da ESF para atender a outras demandas de cuidado, a exemplo das barreiras sanitárias.

Além dos desafios contextuais, a presente tese apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, a amostra pode não representar de forma abrangente a diversidade de perspectivas existentes, uma vez que se concentra em um grupo específico de profissionais de saúde, o que pode limitar a generalização dos resultados. A possibilidade de autorrelato impreciso por parte dos participantes também é uma limitação potencial. Essas limitações ressaltam a importância de interpretar os resultados com cautela e de considerar estudos complementares para uma compreensão mais completa do tema.

Com base nos principais achados desta tese, algumas agendas podem ser adensadas, tanto pelo governo quanto por organizações que trabalham com o tema da obesidade e doenças associadas:

- **Sensibilização e educação:** Promover campanhas de sensibilização que incluam depoimentos de pessoas com obesidade, destacando suas experiências e desafios pessoais, visando combater o estigma e o preconceito associados a essa condição. Investir em programas educativos direcionados aos profissionais de saúde, a fim de capacitá-los para abordar a obesidade de forma não estigmatizante e promover uma relação terapêutica empática e respeitosa com os sujeitos. E também promover o debate acerca dos determinantes da obesidade, como a questão do gênero, raça, classe social e renda;

- Ampliação da oferta de profissionais de saúde na RAS: Para lidar com a demanda de trabalho no cuidado da obesidade, é necessário investir na formação e contratação de profissionais qualificados, bem como na retenção desses profissionais nas equipes de saúde. Isso inclui a criação de incentivos para a atuação nessa área, a valorização da especialização em obesidade e a promoção de condições de trabalho adequadas;
- Fortalecimento da formação profissional: Investir na formação dos profissionais de saúde, ampliando o conhecimento sobre a obesidade em diferentes especialidades. Isso envolve a inclusão de conteúdos relacionados à obesidade nos currículos de graduação e pós-graduação, bem como o incentivo à educação continuada e atualização profissional nessa área. É fundamental incentivar a conscientização dos profissionais sobre a relevância da abordagem interprofissional e a compreensão das questões sociais e econômicas relacionadas ao cuidado da obesidade;
- Políticas de saúde integradas: Estabelecer políticas que promovam a integração entre os serviços de saúde, tanto dentro da APS como em níveis mais especializados de atendimento. Garantir fluxos adequados de referência e contrarreferência entre os diferentes profissionais e serviços envolvidos no cuidado à obesidade. Isso facilitará o acompanhamento longitudinal dos pacientes e a coordenação do cuidado entre os diferentes pontos da rede;
- Enfrentamento do *bullying* e da discriminação: Implementar medidas efetivas para combater o *bullying* relacionado à obesidade, especialmente no contexto escolar. Promover a inclusão e o respeito em ambientes educacionais, buscando criar uma cultura de aceitação e valorização da diversidade corporal;
- Acesso aos serviços de saúde: Garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde para pessoas com obesidade, evitando a exclusão e o afastamento decorrentes do estigma. Isso pode incluir a ampliação da oferta de serviços de saúde voltados para a obesidade, a redução de barreiras de acesso e o fortalecimento da presença de profissionais qualificados;
- Criação de uma instância de monitoramento: É necessário estabelecer uma instância dentro do governo responsável por monitorar e avaliar as ações propostas pela LCSO, visando assegurar a implementação efetiva das diretrizes estabelecidas e identificar eventuais lacunas ou necessidades de ajustes. A

LCSO precisa ser vista e implementada no território, com intuito de garantir o cuidado contínuo das pessoas com obesidade.

Por fim, vale refletir sobre as estratégias nacionais adotadas até o presente momento para prevenir e lidar com a obesidade, desde a concepção das mesmas, até a forma de implementação e monitoramento. São necessários novos estudos que possam questionar a abordagem da gestão na implementação da LCSO e, adicionalmente, realizar pesquisas mais amplas, detalhadas e representativas, envolvendo uma diversidade de profissionais de saúde, a fim de analisar a percepção destes diante do crescimento da obesidade no Brasil. A obesidade por ser complexa, crônica e multifatorial, exige uma abordagem intersetorial e multidisciplinar, e acima de tudo, focada no sujeito que vive com essa doença, com intuito de garantir ao mesmo um cuidado contínuo proveniente da RAS. Enquanto a obesidade for considerada apenas um fator de risco para outras doenças, as estratégias adotadas continuaram não sendo efetivas para reduzir seu crescimento.

REFERÊNCIAS

ABLARD, J. D.. Framing the Latin American nutrition transition in a historical perspective, 1850 to the present. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 233–253, mar. 2021.

ALBERGA, A. S. *et al.* Weight bias and health care utilization: a scoping review. **Prim. Health Care Res. Dev.**, v. 20, p. e116, jul. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650789/>. Acesso em: 12 jan. 2022

ALBERTO, N. S. M.C. **Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde no Piauí: um estudo de avaliabilidade**. 2021. 234 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

ALMEIDA, K. F. **Por uma tecnologia de cuidado integral ao paciente da fila de espera para artroplastia total primária de joelho no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

ALMEIDA, M. J. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. In: ALMEIDA, M. J. (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. 2. ed. Londrina: Rede Unida, 2003. p. 89.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125-138. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>>.

ALVES, K. P. DE S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331–4340, nov. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5rjQDDxqWPZ5KprPdJMLFzB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

AMPARO-SANTOS, L.; FRANÇA, S.L.G.; REIS, A.B.C. (ORG.). **Obesidade(s): diferentes olhares e múltiplas expressões**. Salvador: Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Universidade do Estado da Bahia; Ministério da Saúde, 2020.

ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2009.

ARAÚJO, F.K.; MOURÃO, G.M.J.; COSTA, M.C.B.; ALBERTO, N.S.L.M.C.; PEREIRA, R.G.; RAMOS, C.V. Atenção nutricional para obesidade em unidades básicas de saúde. **RBONE**, v.13, n. 79, p.385-393, ago. 2019. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/969>. Acesso em: 13 jan. 2022.

ARAÚJO, K.L. *et al.* Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. **Rev. Nutr.**, v. 28, n. 6, p.569-579, nov/dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/cWQhb3Q9MyNX4tKvyqywf7f/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2022

ARAÚJO, K.; FREITAS, M.; PENA, P.; GARCIA, R. Nutricionista com Obesidade: sofrimento e estigma. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2. 2016. Disponível em:<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/881/865>. Acesso em: 10 jan. 2022.

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M.; Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n. 2, p.455–64, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vgK3yjGm6fBBxnXj6XZHzzq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

ARRAES, J. Gordofobia como questão política e feminista. **Revista Fórum**, set. 2014. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/digital/163/gordofobia-como-questao-politica-e-feminista/>. Acesso em: 14 jan. 2023.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, maio 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

ARRUDA, C. et al.. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169–173, jan. 2015.

ASSIS, C.N. **Práticas de cuidado às pessoas com excesso de peso no Sistema Único de Saúde: Onde ficam os sujeitos e a subjetividade?** 2017. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

AUCKBURALLY, S; DAVIES, E; LOGUE, J. The Use of Effective Language and Communication in the Management of Obesity: the Challenge for Healthcare Professionals. **Curr Obes Rep** 10, 274–281, 2021.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface**, v. 8, n.14, p. 73-92, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 127-144.

BAADE, R.T.W.; BUENO, E. Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes. **Revista Interface (Botucatu)**, 20(59):941-51, 2016.

BAGGIO, M.A. *et al.* Obesidade infantil na percepção de crianças, familiares e profissionais de saúde e de educação. **Revista Texto & contexto - enfermagem**, 30, 2021.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008.

BELO, C.E.C. *et al.* Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Demetra**; 17:e69119, 2022.

BERRYMAN, D. *et al.* Dietetic students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetic students. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 106, n. 10, p. 1678-1682, 2006.

BIANCHINI, J.A.; SILVA, D.F.; LOPERA, C.A.; ANTONINI, V.D.; NARDO JUNIOR, N. Intervenção multiprofissional melhora a aptidão física relacionada à saúde de adolescentes com maior efeito sobre as meninas em comparação aos meninos. **Rev Bras Educ Fís Esporte** ;30(4):1051-9, 2016

BRANDÃO, A.L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Revista Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 678-693, 2020.

BORTOLINI, G.A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Pan-americana em Salud Publica**; 44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. 2020

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

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SESAN. **Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional**. Brasília: MDA, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo - Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, 13 nov. 2014d. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483/MS/GM de 1 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, 2 abr. 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 89.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União. 2013b mar. 20; Seção 1. p. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União. 2013c mar. 20; Seção 1. p. 59.

BRASIL. **Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União 2007; 20 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do sobrepeso e obesidade em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 1.210, de 18 de maio de 2020**. Habilita municípios a receberem recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional por meio da compra de equipamentos antropométricos adequados. Diário Oficial da União, 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Edição: 96-B, p. 11, 22 mai. 2023a.

BRASIL. **Decreto nº 11.422, de 28 de fevereiro de 2023**. Dispõe sobre a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 41, p. 3, 01 mar. 2023b.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.154, de 01 de janeiro de 2023**. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União: Brasília, DF. 1 jan. 2023c (edição especial).

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de assistência e obesidade na atenção básica em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, e00093419, doi: 10.1590/0102-311X00093419, 2020.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CAISAN). **Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. Brasília: CAISAN, 2014. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategiaobesidade.pdf

CAMARGO JUNIOR, K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. s58-s68, 2008.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em debate**, v. 41, n.115, p.1177-1186, 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CARVALHO, Y.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

CARVALHO, A.L.B.; DE OUVERNEY, A.L.M; CARVALHO, M.G.O.; DE MACHADO, N.M. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência e saúde coletiva**;25(1):211–22, 2020

CAVALCANTE, E.F.B. **Planejamento e coordenação de ações de alimentação e nutrição: enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no município do Rio de Janeiro**. 2017. 207f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

CECÍLIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface**, n. 13, v. 1, p.545-55, 2009.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, n. 15, v. 37, 2011.

CECÍLIO, L.C.O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CEDIEAL, G; TAMAYO, L.M.P.; ZAPATA, L.G.; CHARRY, D.G. Current perspectives on food: from nutritionism to healthy, supportive, and sustainable food: Perspectivas actuales sobre alimentación: del nutricionismo a la alimentación saludable, solidaria y sustentable. **Revista de la Facultad de Medicina**, v.70, n.3, 2022.

CERCATO, C; DE MELO, M.E. **Manifesto obesidade: cuidar de todas as formas**. 1. ed. rev. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM): VITAMINA, 5-70 p. v. 1., 2021

CIELO, A.C.; RAIOL, T.; SILVA, E.N.; BARRETO, J.O.N. Implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica: uma análise fundamentada em dados oficiais. **Revista de Saúde Pública**, <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003405>, 2022.

CHIRELLI, M.Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA**. 2002. 286 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

COLLINS, P.H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021

CONZ, C. A. et al. The health care experience of individuals with morbid obesity assisted in public healthcare services. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03559, 2020.

CORI, G.C.; PETTY, M.L.B.; ALVARENGA, M.S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos—um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 565-576, 2015.

DACAL, M.P.O.; SILVA, I.S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Revista Saúde em Debate**, 42 (118), 2018.

DANIS, A. *et al.* Body Image Perceptions among Dancers in Urban Environmental Settings. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 222, p. 855-862, 2016.

DESLANDES, S. F., ASSIS, S.G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C., DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 195-226.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos Saúde Pública**, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

FERREIRA, M.A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 327-330, 2006.

FERREIRA NETO, J.L. & KIND, L. **Promoção da saúde: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família**. São Paulo, Belo Horizonte: Hucitec, 2011.

FERREIRA, A.P.C.; CAMPOS, E.M.P. A Equipe de Saúde Diante do Paciente Não Aderente ao Tratamento. **Psicol. cienc. prof.**, n. 43, 2023. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244855>

FERTONANI, H.P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p. 1869-1878, 2015.

FEUERWERKER, L.C.M. **Mudança da Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo TS. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASSETTA, S.; HENZ, A.O. (Orgs.). **Clínica Comum: itinerários para uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. Atenção Básica e Formação em Saúde. In: MENDONÇA, M.H.M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA L., (Org). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 291-310.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Pan-americana de Salud Pública**, v.24, p.180-8, 2008.

FERNÁNDEZ-RUIZ, V.E.; ARMERO-BARRANCO, D.; PANIAGUA-URBANO, J.A., *et al.* Short-mediumlong-term efficacy of interdisciplinary intervention against overweight and obesity: Randomized controlled clinical trial. **Int J Nurs Pract**, 24(6):e12690, 2018.

FERNANDES, H.M.; FERNANDES, D.C.A.; BARBOSA, E.S. Condição humana e cuidado integral: uma perspectiva da nutrição comportamental no âmbito da integralidade. **Revista RedFoco**, v. 6 n. 1, 2019.

FERREIRA, C.R. **Avaliação do grau da implantação da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade na Região de Saúde Central do Distrito Federal**. 2021. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

FIGUEIREDO, A.T.T.; TAVARES, F.C.L.P.; SILVEIRA, P.R.R.M.; COSTA, E.C.; OLIVEIRA, A.A.; DE LIRA, P.I.C. Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. **Revista de Atenção à Saúde**, v.18, n. 64, p. 85-100, 2020.

FISCHLER, C. **Obeso benigno, obeso maligno**. In: Sant'anna D. Políticas do corpo. São Paulo: Estação liberdade, 1995.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, sup.2, p.2115-2122, 2008.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica: Curso no Collège de France (1978-1979)**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, p. 39-101, 2008.

FRANCISCO, L. V.; DIEZ-GARCIA, R. W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra**, v. 10, n. 3, p. 705-716, 2015.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p.151-171.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 55-124.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco, 2005. p.181-93.

FRANCO, B.T.; MAGALHÃES, H. M. Integridade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2004, p. 296.

FREITAS, R.G. *et al.* Lipofobia, disciplinamento do corpo e produção de valor. **Conexões: Educação Física, Esporte e Saúde**, Campinas: SP, v. 17, e0190017, p.1-17, 2019.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 951-63, 2006.

GODFREY, C.M.; HARRISON, M.B.; LYSAGHT, R.; LAMB, M.; GRAHAM, I.D.; OAKLEY, P. Care of self - care by other - care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. **International Journal of Evidence Based Healthcare**, 9: 3-24, 2011.

GALON, T.; NAVARRO, V.L.; GONÇAVES, A.M.S. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**, 47, 2022.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2008.

GONÇALVES, JPP *et al.* Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan-ma. 2013.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GUEDES, H. H. S.; CASTRO E CASTRO, M. M. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n.1, p. 4-26, 2009.

GUIZZO, B.S., KRZIMINSKI, C.O., OLIVEIRA, D.L.L.C. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.24, n.1, p.53-60, 2003.

GURGEL, A. **O que é gordofobia? Como deixar de ser gordofóbico. ep. 1** [Internet]. 27 jun. 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NUyfj82OoRg>.

HALLAL, P.C.; UMPIERRE, D. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**; 26:e0211, 2021.

HENRIQUES, P.; O'DWYER, G.; DIAS, P.C.; BARBOSA, R.M.S.; BURLANDY, L. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. **Ciênc Saúde Colet**, v.23, p.4143-52, 2018.

HENRIQUES, P. et al. Ideias em disputa sobre as atribuições do Estado na prevenção e controle da obesidade infantil no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 11, e00016920, 2020.

HUNGER, J.M *et al.* Weighed down by stigma: how weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. **Society Personal Psychol Compass**, v. 9, n. 6, p. 255–268, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

_____. **Estatísticas de Gênero - Indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

_____. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: **Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - IDEC. **Sindemia global: obesidade, desnutrição e mudanças climáticas: relatório da Comissão The Lancet**. São Paulo: IDEC, 2019. Disponível em: https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf

IZCOVICH A.; RAGUSA M.A.; TORTOSA F.; LAVENA MARZIO M.A.; AGNOLETTI C. et al. Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review. **PLoS One**, v.15, n. 11, e0241955, 2020.

JACKSON, C. L. et al. Black-white disparities in overweight and obesity trends by educational attainment in the United States, 1997-2008. **Journal of Obesity, Nova York**, v. 2013, art. 140743, 2013.

JAIME, P. C.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. M. C.; BORTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 6, p.809-824, 2011.

JAIME, P. C. *et al.* Brazilian obesity prevention and control initiatives. **Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity**, v. 14 Suppl 2, p. 88–95, nov. 2013.

JAY, M. *et al.* Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and speciality: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 106, 2009.

JESUS, J.G.L. **As contradições intrínsecas ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: Um olhar a partir do cuidado da pessoa com obesidade**. 2020. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

JONES, S.A. *et al.* Perceived motivators to home food preparation: focus group findings. **Journal Academic Nutrition Dietetic**. 114(10):1552-6, 2014.

KAHAN, S.; MANSON, J.E. Tratamento da Obesidade, além das Diretrizes: Sugestões Práticas para a Prática Clínica. **Journal of the American Medical Association**, 2019 <https://doi.org/10.1001/jama.2019.2352>

KAPUN, M. M.; SUSTERSIC, O.; RAJKOVIC, V. The Integrated Patient's Self-Care Process Model. **Nursing Informatics** (pp. 108-112), 2016.

KUBOTA, L.C. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Discriminação Contra os Estudantes Obesos e os Muito Magros nas Escolas Brasileiras**. Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

KUMANYIKA, S. K. Uma estrutura para aumentar o impacto da equidade na prevenção da obesidade. **American Journal of Public Health**, v. 109, n. 10, p. 1350 – 1357, 2019.

KUSMA, S.Z.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, s. s9-s19, 2012.

LAPÃO, L. V. et al.. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 713–724, mar. 2017.

LEBLANC, E. *et al.* Eficácia dos tratamentos relevantes à atenção primária para obesidade em adultos: uma revisão sistemática de evidências para a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA. **Annals of Internal Medicine**, n. 155, v. 7, p. 434-447, 2011.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

LIMA, P.K.M. **Diagnóstico de implementação da Estratégia e-SUS Atenção Básica em municípios mineiros**. 2018. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São João Del-Rei, São João Del-Rei 2018.

LIMA, K.; FREITAS, M. do C. S. de; PENA, P. G. L. Iatrogenia e Estigma de Obesidade. **Revista de Alimentação e Cultura das Américas**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 4–20, 2020. DOI: 10.35953/raca.v1i1.21. Disponível em: <https://raca.fiocruz.br/index.php/raca/article/view/21>. Acesso em: 9 mai. 2023.

LOPES, L.J.S. **Os desafios para o processo de formação das redes de atenção a saúde: um olhar sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência**. 2016. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Pará, 2016.

LOPES, M.S. *et al.* Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. **Family Practice**, 38, 1, 2021.

MACÊDO, M.G.D.; COSTA, J.P.; ANDRADE, A.C.; FERREIRA, E.A. O acompanhamento psicológico na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade. **Brazilian Journal of health Review**, v. 3, n. 2, p.1818-1824, 2020.

MACEDO, T.T.S.; PORTELA, P.P.; PALAMIRA, C.S.; MUSSI, F.C. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Revista Escola Anna Nery**, 19 (3),2015

MALDONADO, L. A. **Desenvolvimento de instrumento para aferir a autonomia culinária de mulheres - fase fenotípica**. 2021. 181f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) - Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.9, v. 2, p. 433-444, 2004.

MALTA, M.B.; MAYER, L.S.; FUKUJU, M.M.; DIAS, L.C.G.D. Educação nutricional na atenção básica de saúde: relato de experiência. **Rev Simbio-Logias**;1(2):1-8. 2008.

MARCELINO, L.F.; PATRÍCIO, Z.M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, 16 (12), 2011.

MARINS, V.V.B.A. **Condições institucionais para implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Básica no Município de Niterói**. 2020. 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Nutrição) – Faculdade de Nutrição, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

MARTINS, V. M. P.; CARRERA, F. A. S. Body positive en Instagram: Análisis de modos de aceptación corporal desde la ruleta interseccional. **Razón y Palabra**, [S. l.], v. 24, n. 109, 2021. DOI: 10.26807/rp.v24i109.1713. Disponível em: <https://revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/1713>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MARTINES, W.R.V.; MACHADO, A.N. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, 2010.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2006. p.43-68.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MELO, E.; MATTOS, R.A. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida?. In: MENDONÇA, M.H.M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA L., (Org). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p.95-115.

MENDES, E.V. **A Construção social da atenção primária a saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p. 2297 - 2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 117-60.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.68-94.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In. MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016. p. 9-28. (Série Manuais Acadêmicos)

MINAYO, M.C. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012.

MIRANDA, L.S.M.V. *et al.* Modelo teórico de cuidado do enfermeiro à criança com obesidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73 (4), 2020.

MONTEIRO, C.A. *et al.* NOVA. A estrela brilha. **World Nutrition**, v.7, n. 1-3, p. 28-40, 2016.

MORÉ, C. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANA EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA. 2015. Atas CIAIQ2015, v. 3, p. 126-131. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158>. Acesso em: 21 jan. 2020.

MOREIRA, D.A. O uso de programas de computador na análise qualitativa: oportunidades, vantagens e desvantagens. **Revista de Negócios**, 12(2):56-68, 2007.

MORTOZA, A. S. **A obesidade como expressão de questão social: Nutrição e Estigma**. 2011. 209f. Tese (Doutorado em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

NETO, J.L.F.; FAM, B.M.; VIANA, N.O. Cuidado Integral, Condições e Processos de trabalho: o cotidiano de unidades na Atenção Básica. In: SÁ, M.C.; TAVARES, M.F.L.; SETA, M.H. **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 215-234.

NETO, G.C.C.; ANDREAZZA, R.; CHIORO, A. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. **Revista de Saúde Pública**, n. 55, v. 93, 2021.

NICOLAU, I.R.; SANTO, F.H.E.; DAVID, F.M. Trabalho em Equipe: Em busca de um cuidado qualificado ao obeso. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(1):152-9, jan., 2017.

NIQUINI, C. G. **Práticas de cuidado às pessoas com excesso de peso no Sistema Único de Saúde: onde ficam os sujeitos e a subjetividade?**. 2017. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

NOLTE, E.; MACKEE, M. **Caring for people with chronic conditions: a health system perspective**. New York: Open University Press/McGraw Hill Education, 2008.

NORMANDO P. Um breve estudo sobre o conceito de responsabilidade. **Revista Intuitio** [Internet], v. 5, n. 2, p.249-65, 2012.

ORAKA, C. S. et al.. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, p. e191003, 2020.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. **The heavy burden of obesity: the economics of prevention**. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas**. Brasília, DF: OPAS, 2018

OLIVEIRA, G.C. *et al.* Ações do apoio matricial na Atenção Primária à Saúde: estudo fenomenológico. **Acta Paul Enferm**, 32, 6, 2019.

OLIVEIRA, TFV; CARMO, AS; REIS, EC; NEVES, FS; LIMA, AMC; SANTIN, RC; SILVA, SA; SPANIOL, AM; MARINHO, PAS; BRESSAN, LA; MEDEIROS, LGC; SILVA, JRM; BORTOLINI, GA. Fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com obesidade no contexto da pandemia de Covid-19: o caso do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, mai., [periódico na internet], 2023.

PAIM, J.A. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: ROUQUAYROL MZ, ALMEIDA FN, organizadores. *Epidemiol e Saúde*. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e sociedade**, v. 29, n. 1, 2020.

PAIVA, A.L.S. **O nutricionista e o cuidado ao indivíduo com excesso de peso na atenção básica do Distrito Federal**. 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

PAIVA, J. B.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, L. A. S. Significados da alimentação escolar segundo alunos atendidos pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2507–2516, 2016.

PALMEIRA, C.S. *et al.* Estigma percebido por mulheres com excesso de peso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 4, e20190321, 2020.

PAMPOLHA, C.S.; ROCHA, A.P.B.T.; KUCHARSKY, M.B.; SILVA, N.A.; MENESES, A.S.; RAMALHO, A. Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Obesidade. **Revista Técnica-Científica**, v. 2, e2023200010, 2023.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018 .

PEREZ-ESCAMILLA, R. *et al.* Disparidades nutricionais e o fardo global da desnutrição. **BMJ**, 361 , k2252, 2018.

PEREIRA, M.A.; PEREIRA, A.A.; LEÃO, J.M.; VITORETTI, L.C.; ELIAS, M.A.R.; GHETTI, F.F.; AGUIAR, A.S.; LUQUETTI, S.C.P.D. Desafios e Reflexões na Implantação de um Programa de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) em indivíduos com excesso de peso. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 28, núm. 2, abril-junio, 2015, pp. 290-296.

PHELAN, S. M. *et al.* Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity**, v. 16, n. 4, p. 319–326, abr. 2015.

PILOTTO, B. S.; JUNQUEIRA, V.. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 130, p. 547–563, set., 2017.

PIMENTA, A.L. **Presidente do Cosems afirma que prefeituras investem mais que Estados e União no financiamento do SUS**. *Jornal do Cremesp*. Edição 215, 7/2005. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Jornal&id=531>.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F., (Org.). **Dicionário da Educação em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 110-114.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, IMS/UERJ, ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da Saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009.

PINHEIRO, M. C.; MOURA, A. L. S. P.; BORTOLINI, G. A.; COUTINHO, J. G.; RAHAL, L. D. S.; BANDEIRA, L. M.; DE OLIVEIRA, M. L.; GENTIL, P. C. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. **Revista panamericana de salud publica**, 43, e58, 2019.

PINTO L.F.; FREITAS, M.P.S.A.; FIGUEIREDO, A.W.S. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do MS e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, v. 6:1859-70, 2018

POPENOE, R. **Feeding Desire: fatness, beauty, and sexuality among a Saharan people** New York: Routledge, 2004.

POULAIN, J. **Sociologia da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

POULAIN, J. **Sociologia da obesidade**. São Paulo: Senac, 2013. p. 374.

PUENTE, J.M.G.; MARTÍNEZ-MARCOS, M. Overweight and obesity: effectiveness of interventions in adults. **Enferm Clín**, 28(1):65-74, enfcle.2017.06.004, 2018.

PUHL, R. M.; HEUER, C.A. The stigma of obesity: a review and update. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 941-964, 2009.

PUHL, R.M.; BROWNELL, K.D. Bias, discrimination, and obesity. **Obesity Research**, v. 9, p. 788-905, 2001.

QRS International. **Nvivo 11 Started for Windows**. Copyright 1999-2017. Disponível em: www.qsrinternational.com.

QUEIROZ, R.S. **O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza**. São Paulo: Editora Senac, 2000.

RANGEL, R.F. *et al.* Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. **Revista de Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2011.

RANGEL, N. F. A. **O ativismo gordo em campo: política, identidade e construção de significados**. 2018. 162f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RECINE, E.G.I.G. O Consea voltou! Ou como resistir em tempos desafiadores. **Cadernos de Saúde Pública**, 2023.

REIS, E. C. **Avaliação do componente ambulatorial especializado da linha de cuidado para obesidade grave na cidade do Rio de Janeiro**. 2018. 135 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

REIS, E.C. *et al.* Características de adultos com obesidade grave em tratamento ambulatorial no Rio de Janeiro e fatores associados à perda de peso. **Cadernos de saúde coletiva**, 30 (2), 2022.

REZENDE, F.A.V.S.; SOARES, M.F., AC. Os sistemas de informação em saúde no Sistema Único de Saúde. In: Leandro BBS, Rezende FAVS, Pinto JMC, organizadores. **Informações e registros em saúde e seus usos no SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. p.70-117.

RICARDI, L.M.; SOUZA, M.F. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.1, 2015.

ROCHA, N.E.S.; MACHADO, V.C.; SANTANA, M.L.P. Compreensão de nutricionistas sobre abordagens não prescritivas no cuidado nutricional. **Research, Society and Development**, v. 11, n.16, e501111638322, 2022.

ROMANINI, M.; DETONI, P. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais. **Revista Polis e Psiquiatria**, v. 4, n. 2, p. 206-229, 2014.

ROBERTO, C.A.; SWINBURN, B.; HAWKES, C.; HUANG, T.; COSTA, S.A.; ASHE, M. *et al.* Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **Lancet**, v. 13, n. 385(9985), p. 2400-2409, 2015.

RODRIGUES, D.C.; GUEDES, G.C.; FERNANDES, L.M.; OLIVEIRA, J.L.C. Estigmas dos profissionais de saúde frente ao paciente obeso: uma revisão integrativa. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 197-203, set./out., 2016.

RODRIGUES, LBB *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

RODRIGUES, D.C.M.; BOSI, M.L.M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Nutrição**, 27 (6), 2014.

RODRIGUES, L.S.; MIRANDA, N.G.; CABRINI, D. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). **Cadernos de Saúde Pública**, 39(7):e00240322, 2023

RUBINO, F. *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, v. 26, n. 4, p. 485–497, abr., 2020.

SANTOS, M.C.; ROTHSTEIN, J.R.; TESSER, C.D. Auriculoterapia no cuidado da obesidade na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. **Advances in Integrative Medicine**, V. 9, N.1, páginas 9-16, 2022.

SANTOS, J.M.O. **Cuidado a saúde do adolescente em uma unidade de saúde da família: que papo e esse de integralidade?**. 2013. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00172214, 2016.

SANTOS, L.A.; TORRES, A.E.; FERREIRA, M.G. Planejamento estratégico: instrumento transformador do processo de trabalho em saúde. **Revista Laborativa**, v.8, n.1, 57-81, 2019.

SANTOS, S.M.C. *et al.* Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, 37 (Suppl 1), 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150220>

SCRINIS, G. **Nutricionismo: a ciência e a política do aconselhamento nutricional**. São Paulo: Editora Elefante, 2021

SEBOLD, L.F.; SILVA, F.M.; GIRONDI, J.B.R.; AMANTE, L.M.; CHIODELI, L.S. Fluxograma para o cuidado a pessoa com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 16951-16968, nov./dez. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – SES/RJ. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Estado do Rio de Janeiro, 2013-2022**. Rio de Janeiro: SES, 2012.

_____. Resolução SES Nº 2713 de 06 de Maio de 2022. **Consolida o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS)**. Rio de Janeiro: SES, 2022.

_____. **O Programa de Cirurgia Bariátrica da Secretaria de Saúde completa uma década e ganha mais quatro polos**. Rio de Janeiro: SES, 2020.

SEIXAS, C.M.; CASEMIRO, J.P.; COUTINHO, C.O.; CONDE, T.N.; BRANDÃO, A.L. Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre as novas abordagens comportamentais. **Revista Physis**, 30 (04), 2020.

SILVA, A.M.G. **Produção do cuidado em obesidade: cartografando uma unidade básica de saúde**. 2018. 119f. Dissertação (Mestrado profissional) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SILVA, L.E.S. *et al.* Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. **Revista de Epidemiologia e Serviços Saúde**, 30 (1), 2021.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 6, 2011.

SILVA, R.O. **Abordagem e ações à Obesidade na Prática do Nutricionista da Atenção Primária à Saúde na Paraíba**. 2021. 87f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas: Saberes Editora; 2013.

SILVA S.F.; MAGALHÃES JUNIOR H.M. Redes de atenção à saúde: conceito, modelo e diretrizes. In: **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: IDISA: CONASEMS; 2008.

SILVA, A.C.; FONSECA, A.M.; SILVA, J.L.L.; GÓES, F.G.B.; CUNHA, F.T.S. Refletindo sobre a integralidade no cuidado de enfermagem: estudo bibliográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, n. 5, v. 3, 2006.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA,

organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-57.

SILVA, B.L.; CANTISANIL, J.R. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição - um debate necessário. **Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v.13, n. 2, p. 363-380, 2018.

SILVA, A. C. F.; BORTOLINI, G. A.; JAIME, P. C. Brazil's national programs targeting childhood obesity prevention. **International Journal of Obesity Supplements**, v. 3, n. Suppl 1, p. S9–S11, jun. 2013.

SILVA, T.T. **O impacto do estigma da obesidade na vida social e na promoção da saúde das pessoas com obesidade**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Nutrição. Universidade Federal de Uberlândia, 2022.

SOARES, C.P. **Políticas Públicas e a Atenção Básica do SUS: uma avaliação de impacto do PMAQ – AB**. 2018. 287 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Porto Alegre, 2018.

SOBO, E. The Sweetness of fat: health, procreation, and sociability in rural Jamaica. In: COUNIHAN, C. V. E., P. (Ed.). **Food and Culture: a reader**. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1994. cap. 256-71,

SOUZA, K.M.; HORTALE, V.A.; MOREIRA, C.O.F.; SANTOS, G.B. Desafios da articulação teórico-prática na formação de profissionais de saúde: a experiência do mestrado profissional em saúde coletiva. In: SÁ, M.C.; TAVARES, M.F.L.; SETA, M.H. **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.408-430.

SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis** [online], v.20, n.3, p.953-972, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>.

SWINBURN, B. A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TAROZO, M.; PESSA, R. P.. Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e190910, 2020.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J.P. (Org). **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA; 2006. p. 85-108.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, s.18, p.153-162, 2002.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.

TEIXEIRA, F.V.; PAIS-RIBEIRO, J.L.; MAIA, A.R.P.C. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face a obesidade: uma revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 254-262, 2012.

TESSER, C.D.; NETO, P.P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, n.3, 2017.

TOSSIN, B.R. *et al.* As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e940, DOI: 10.5935/1415-2762.20160010, 2016.

TRAVASSOS, R.S. Cuidado, autonomia e emancipação. In: Cruz P.J.S (org.). **Educação Popular em Saúde: desafios atuais**. São Paulo: Hucitec, 2018.

VASCONCELLOS, V. C.; AZEVEDO, C. Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais diante dos resultados. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 4, p. 659-668, 2012.

VENANCIO, S.I. *et al.* Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16:3951-64, 2011;.

VIANA, A. L. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

WALDOW, V. R., BORGES, R., F. O processo de tratamento sob uma perspectiva de vulnerabilidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.4, p. 765-771, 2008.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. **Obesidade: uma perspectiva plural**. Minas Gerais: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, 2010.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M.H.; ARAÚJO, L.M.S.; VIEIRA, M.; SANTOS, M.R. Dilemas contemporâneos da profissão do cuidado: achados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. In: SÁ, M.C.; TAVARES, M.F.L.; SETA, M.H. **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 384-404.

WILLER, F.; HANNAN-JONES, M.; STRODL, E. Australian dietitians' beliefs and attitudes towards weight loss counselling and health at every size counselling for larger-bodied clients. **Nutrition & Dietetics**; 76(4):407-413. doi: 10.1111/1747-0080.12519, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 2000.

_____. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**. Genebra: World Health Organization, 2018.

_____. **Draft recommendations for the prevention and management of obesity over the life course, including potential targets.** Geneva: World Health Organization, 2022a.

_____. **Acceleration Plan To Support Member States In Implementing The Recommendations For The Prevention And Management Of Obesity Over The Life Course.** Geneva: World Health Organization, 2022b.

WORLD OBESITY FEDERATION - WOF. **The costs of the consequences.** London: World Obesity Federation, 2017.

_____. **World Obesity Atlas 2022.** London: World Obesity Federation, 2022.

YOUNES, S.; RIZZOTTO, M. L. F.; ARAUJO, A. C. F. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. **Saúde em debate** [online], v.41, n.115, p.1046-1060, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário auto preenchido pelos profissionais de saúde



Prezados participantes, o presente questionário tem por objetivo caracterizar o uso de mídias sociais, identificar a demanda de vocês sobre conteúdos e abordagens a serem utilizadas pelo Observatório de Obesidade e compreender melhor algumas questões referentes ao cuidado de pessoas com obesidade.

O Observatório de Obesidade é uma das frentes do Projeto de Enfrentamento da Obesidade no Estado do Rio de Janeiro e tem por objetivo difundir conhecimento sobre a obesidade através de website e mídias sociais.

Antes de preencher, por favor leia o termo de consentimento que está em anexo ao questionário e se concordar assine e nos devolva uma (1) cópia. A sua contribuição é fundamental para compartilharmos informações e avançarmos no conhecimento sobre o assunto.

Obrigada por participar!!!

1. Nome _____
2. Sexo () masculino () feminino
3. Data de nascimento: ____/____/____
4. Profissão:

nutricionista enfermeiro psicólogo outro: _____

5. É participante do curso de formação para profissionais de saúde?

Sim- Município de atuação: _____

Não (pular para a questão 10)

6. Considerando sua experiência profissional, quais são as três principais causas da obesidade no município e\ou território onde você atua?

7. Quais as principais dificuldades que você enfrenta em sua prática profissional para desenvolver ações de prevenção e manejo da obesidade?

8. Você identifica limites/deficiências na sua formação para lidar com a prevenção e manejo da obesidade? Caso sim, quais?

9. Você identifica dificuldade de adesão dos sujeitos ao tratamento do sobrepeso/obesidade? Caso sim, por quê?

APÊNDICE B - Roteiro do Google forms para os profissionais de saúde

Dados pessoais e institucionais do (a) entrevistado (a):

- a. Nome:
- b. Idade:
- c. Profissão:
- d. Em que ano se graduou? Ou há quanto tempo se graduou?
- e. Você realizou curso de pós-graduação? (Especialização, Mestrado ou Doutorado?) Em que área?
- f. Função/setor/tipo de unidade (ex. Nutricionista/ APS/ unidade básica, clínica da família, policlínica ou hospital) que atua recentemente:
- g. Há quanto tempo você está nesse cargo?
- h. Tipo de vínculo trabalhista e carga horária:
- i. Já teve alguma experiência na gestão do município? Em qual município?
- j. Você poderia falar um pouco sobre sua trajetória no município que você trabalha? Como começou a atuar na área, locais de trabalho etc. *(Ressaltar que é o município ao qual está vinculado para participação do curso)*

APÊNDICE C - Roteiro das Entrevistas com os Profissionais de Saúde

Data:

N.º código da entrevista:

Duração da entrevista:

Local da entrevista:

1ª parte: Abordagem da pesquisa

- Iniciar o diálogo agradecendo pela participação do profissional, falar sobre a pesquisa e da importância do entrevistado para esse contexto. No início da entrevista destacar que o objetivo é conhecer a vivência dela, aprender com essa vivência.

2ª parte: Exploração temática

2.1 Contexto institucional e de gestão relacionada a prática do cuidado integral em saúde do indivíduo com sobrepeso e obesidade na visão dos profissionais de saúde

a. Fale um pouco sobre a situação da obesidade no seu município.

b. Você poderia comentar de um modo geral sobre as ações de enfrentamento da obesidade no seu município? Você participa ou participou dessas ações em algum momento?

[Durante a fala do entrevistado, caso ela não toque nos pontos positivos e negativos, vou conduzindo de forma suave a esses pontos]

c. Falando um pouco mais sobre a Rede de Atenção à Saúde do seu município, você saberia me dizer como é feito e quais são os mecanismos de regulação/encaminhamento para o atendimento dos sujeitos com obesidade? Você identifica falhas nesse fluxo?

[Essa é uma questão de fundo, a depender das respostas do profissional e se ele não tocar no assunto relacionado ao fluxo assistencial, eu acrescento a seguinte pergunta “ Falando um pouco mais sobre a Rede de Atenção à Saúde do seu município, existe um fluxo para o cuidado às pessoas com obesidade no seu município? Caso afirmativo, como ele é estruturado”]

[A depender da resposta, tentar uma nova abordagem da pergunta - Você conhece o caminho que o sujeito com obesidade percorre até chegar à sua unidade? Você sabe identificar o caminho que o sujeito percorre da APS para a atenção especializada?]

d. Na unidade em que você atua, você identifica ações de prevenção e manejo da obesidade? Quais?

2.2 Compreender os aspectos relacionados ao cuidado integral à saúde do indivíduo com obesidade presentes na prática dos profissionais, especialmente na abordagem da obesidade

a. Fale um pouco sobre a rotina do acompanhamento dos sujeitos com obesidade na sua unidade.

[Abordar os seguintes temas, caso não seja mencionado pelo entrevistado(a): Qual perfil dos sujeitos que você atende na sua unidade?; Quais os principais motivos/demandas dos sujeitos em relação ao atendimento do profissional de saúde?; Em geral quais motivos que os sujeitos atribuem ao ganho de peso?]

b. E em sua prática profissional, você percebe alguma dificuldade técnica para tratar/cuidar de sujeitos com obesidade? Em caso afirmativo, fale um pouco sobre isso.

c. Fale um pouco sobre os processos terapêuticos para pessoas com sobrepeso/obesidade, questões que você considera relevantes na abordagem dessas pessoas

[Complementar a questão ao longo da fala do entrevistado (a) - Na sua percepção como os sujeitos lidam com esses processos?]

[Ao longo da resposta, caso o entrevistado(a) não aborde sobre pactuação terapêutica, tentar utilizar questões disparadores, como “Quais estratégias terapêuticas você utiliza no atendimento? O que você entende e como você enxerga o processo de pactuação da conduta terapêutica? Você discute opções terapêuticas com os sujeitos?]

d. Ao longo do tratamento da obesidade, como você compreende o papel do profissional e do sujeito, na pactuação das condutas?.

[Introduzir a questão: Falar da complexidade do tratamento da obesidade, as principais dificuldades e limites nesse processo; introduzir... quando você considera que um tratamento foi bem-sucedido?]

e. Que motivos/fatores você acredita que interferem no tratamento da pessoa com obesidade?

[Caso o entrevistado não toque no assunto, abordar “Como você percebe que suas orientações estão ou não estão sendo compreendidas pelos sujeitos”]

f. Com base na sua experiência o que você acha como relevantes na relação profissional-sujeito em processos terapêuticos longos, como no caso da obesidade?

[Caso o profissional não toque no assunto, tentar introduzir a questão do vínculo entre profissional-sujeito e como isso ocorre no decorrer do tratamento, como o profissional introduz a necessidade do tratamento da questão da obesidade para o sujeito, retorno dos sujeitos em relação ao tratamento da obesidade,]

g. Com base na sua vivência clínica, como você percebe a questão do estigma da obesidade pela visão dos sujeitos, qual a sua percepção sobre essa questão e como isso influencia no tratamento da obesidade?

h. Você já viveu alguma situação de desistência por parte do sujeito durante o tratamento da obesidade? Caso afirmativo, fale um pouco sobre o que você acha que levou a desistência e como você se sentiu.

i. Para finalizar esse momento, fale um pouco sobre um caso marcante de um tratamento de um sujeito com obesidade (pode ser negativo ou positivo).

ANEXOS**ANEXO A - Conteúdo programático do curso “Cuidado da Obesidade no Território: reflexão e ação”**

| AULA | CARGA HORÁRIA | PRESENCIAL/EAD | Mês |
|--|---------------|----------------|--------|
| MÓDULO 1 – DEFINIÇÃO, CONCEITO E CARACTERIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE OBESIDADE | | | |
| <i>OBJETIVO: Reconhecer a obesidade como uma questão de saúde pública; Apontar dados epidemiológicos relativos ao Sobrepeso (SO) e Obesidade (O)</i> | | | |
| 1- Conceitos introdutórios para epidemia de obesidade | 8h | presencial | out/19 |
| 2- Vigilância Alimentar e Nutricional - VAN e sistemas de informação | 4h | EAD | out/19 |
| 3- Realizando a VAN no seu território | 8h | EAD | out/19 |
| Carga horária do módulo - 20h | | | |
| MÓDULO 2 – MAPEAMENTO DA OBESIDADE NO TERRITÓRIO: REFLEXÃO E AÇÃO | | | |
| <i>OBJETIVO: Identificar os determinantes sociais, culturais e ambientais da obesidade no território</i> | | | |
| 1- Territorialização em saúde | 4h | EAD | nov/19 |
| 2- Mapeamento do território | 16h | EAD | nov/19 |
| 3- Cenário da obesidade: Território e aspectos simbólicos | 8h | presencial | nov/19 |
| Carga horária do módulo - 28h | | | |

| MÓDULO 3 – DIAGNÓSTICO DE AÇÕES DO CUIDADO DA OBESIDADE | | | |
|---|-----|----------------|-------------------|
| <i>OBJETIVO: Relacionar as políticas de Saúde, Alimentação e Nutrição às ações de cuidado ao Sobrepeso (SO) e Obesidade (O) no território</i> | | | |
| 1- Políticas de saúde, alimentação e nutrição | 8h | EAD | jan/20 |
| 2- Linha de cuidado e rede de atenção à saúde | 4h | EAD | jan/20 |
| 3- Diagnóstico de ações de cuidado ao SO e O | 20h | EAD | fev/20 |
| 4- Construção de plano de ações de cuidado do SO e O | 4h | EAD | fev/20 |
| Carga horária do módulo - 36h | | | |
| MÓDULO 4 – PREVENÇÃO DA OBESIDADE E PROMOÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES E CORPORAIS SAUDÁVEIS | | | |
| <i>OBJETIVO: Inovar em ações de educação alimentar e nutricional (EAN); Propor ações coletivas de cuidado</i> | | | |
| 1- Estratégias de EAN e de Promoção da Alimentação Adequada e Saúde (PAAS), Política Nacional de Promoção Saúde (PNPS), práticas corporais I | 8h | EAD | mar/20 |
| 2- Intervenções no ambiente alimentar comunitário | 8h | EAD | mar/20 |
| 3- Estratégias de EAN e de Promoção da Alimentação Adequada e Saúde (PAAS), Política Nacional de Promoção Saúde (PNPS), práticas corporais II | 8h | EAD | mar/20 |
| 4- Oficina culinária | 8h | presencial | ao longo do curso |
| 5- A subjetividade no cuidado à saúde | 4h | EAD | abr/20 |
| 6- Construção de plano de ações de cuidado do SO e O | 8h | presencial | abr/20 |
| Carga horária do módulo - 44h | | | |
| MÓDULO 5 – CUIDADO INDIVIDUAL: ABORDAGEM CLÍNICA | | | |
| <i>OBJETIVO: Propor ações de cuidado individual</i> | | | |
| 1- Atenção integral + Projeto Terapêutico Singular (PTS) | 4h | EAD | abr/20 |
| 2- Abordagem Multiprofissional | 4h | EAD | mai/20 |
| 3- Obesidade e suas comorbidades | 4h | EAD | mai/20 |
| 4- Orientação alimentar no curso da vida I | 4h | EAD | mai/20 |
| 5- Orientação alimentar no curso da vida II | 4h | EAD | mai/20 |
| 6- Indicadores antropométricos para diagnóstico da obesidade no curso da vida | 4h | EAD | jun/20 |
| 7- Avaliação antropométrica na prática | 8h | presencial | jun/20 |
| 8- Cirurgia bariátrica - cuidado na APS I | 4h | EAD | jun/20 |
| 9- Cirurgia bariátrica - cuidado na APS II | 4h | EAD | jun/20 |
| 10- Abordagem subjetiva e comportamento alimentar I | 4h | EAD | jul/20 |
| 11- Abordagem subjetiva e comportamento alimentar II | 4h | EAD | jul/20 |
| 12- Práticas Integrativas Complementares e (PICS) | 4h | EAD | jul/20 |
| Carga horária do módulo - 52h | | | |
| MÓDULO 6 – EXPERIÊNCIAS INOVADORAS E ENCERRAMENTO | | | |
| <i>OBJETIVO: Contribuir para a organização da LCO de SO/O no território</i> | | | |
| Construção do Plano de ação | 4h | Trabalho final | ago/20 |
| Construção do Plano de ação | 4h | Trabalho final | ago/20 |
| Construção do Plano de ação | 4h | Trabalho final | ago/20 |
| 1- Ações de enfrentamento e controle ao sobrepeso e obesidade no estado do RJ | 8h | presencial | ago/20 |

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações de controle e enfrentamento da obesidade no estado do Rio de Janeiro

Pesquisador: Luciana Maria Cerqueira Castro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10514819.8.0000.5259

Instituição Proponente: Instituto de Nutrição

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

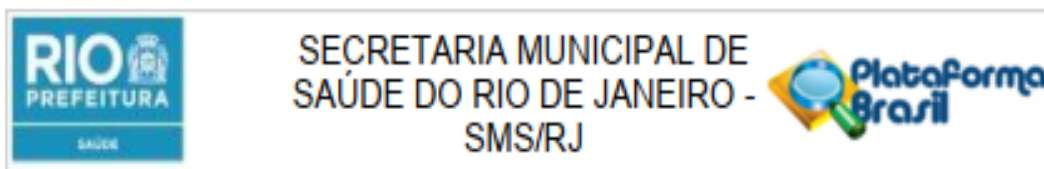
Número do Parecer: 3.288.424

Apresentação do Projeto:

Transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

A obesidade é um agravo de natureza multifatorial com prevalência crescente e também fator de risco importante para outras doenças, sendo necessários dispositivos de tratamento que considerem as dimensões físicas, emocionais e sociais dos indivíduos, assim como o ambiente alimentar em que estão inseridos. Portanto, são primordiais estratégias intersetoriais para atuar nestas múltiplas dimensões da obesidade, focando na atenção integral, uma vez que demandam um conjunto de ações englobando a promoção e proteção à saúde, assim como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. O presente projeto pretende articular: (1) ações de pesquisa que visam analisar as condições de organização da linha de cuidado da obesidade na rede de atenção à saúde nas diferentes regiões do estado do RJ; (2) a formação de profissionais de saúde da Atenção Básica e gestores do SUS; e (3) a implementação de um Observatório de Obesidade para sistematização, monitoramento e difusão de informações relativas à situação de obesidade. O objetivo geral é subsidiar a implementação de ações para o controle e

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações de controle e enfrentamento da obesidade no estado do Rio de Janeiro

Pesquisador: Luciana Maria Cerqueira Castro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10514819.8.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: TCLE-para profissionais e gestores

Justificativa: 1_ encaminhamos em anexo o TCLE para profissionais e gestores

Data do Envio: 18/10/2019

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.686.093

Apresentação da Notificação:

Parecer para analisar a notificação encaminhada pela pesquisadora, sinalizando a resposta da recomendação contida no Parecer CEP SMS Nº 3.650.138 de 18 de outubro de 2019, sobre a necessidade de postar na Plataforma Brasil, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com as efetivas alterações descritas no documento de resposta às pendências.

Objetivo da Notificação:

Objetivo Primário:

Subsidiar a implementação de ações para o controle e o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade em municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Objetivos Secundários:

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido dos profissionais de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “Ações de controle e enfrentamento da obesidade no estado do Rio de Janeiro – pesquisa, formação, monitoramento e difusão”, conduzida pela professora Luciana M. C. Castro. Este estudo tem por objetivo subsidiar a implementação de ações para o controle e o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade em municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado (a) por ser profissional de saúde. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

É importante esclarecer que sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não está condicionada a nenhum tipo de remuneração. Assim como, não implicará em nenhum tipo de gasto financeiro de sua parte.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com questões abertas e de múltipla escolha, e/ou participar de grupos focais ou ser entrevistado. Esta participação se dará durante as aulas presenciais do curso de formação, em eventos da área da saúde para os quais você foi convidado ou em questionários on line. O tempo para participação nestas atividades não ultrapassará 40 minutos.

O risco de participação na pesquisa é a possibilidade de desconforto ou constrangimento durante os encontros e de sua identificação nos resultados do estudo. Entretanto serão tomadas as medidas necessárias para buscar garantir o sigilo das informações. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

As pesquisadoras responsáveis se comprometeram a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, preservando a identidade dos indivíduos participantes da pesquisa.

Os benefícios relacionados à sua participação dizem respeito a contribuição dada para ampliar o conhecimento e qualificar as ações de cuidado à obesidade.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o (a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (telefone (21) 2215-1485. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos das pesquisadoras responsáveis:

Luciana Maria Cerqueira Castro, email: lucastro@globo.com – Telefone (021) 99619 9448; Luciene Burlandy, email: burlandy@uol.com.br - Telefone (021) 99143 0408; Livia Cardoso Gomes Rosa, liviagc.rj@gmail.com - Telefone (021) 98812 9058

Caso seja necessário você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE para esclarecimentos ou informações quanto a validade da pesquisa: Av. 28 de

setembro, 77 térreo Vila Isabel – CEP 20551-030 - Tel: 21-2868.8253 – Email: cephupe@uerj.br. Ou o Comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - Telefone: 2215-1485- Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401- Centro – RJ E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

____/____/____
Data

Luciana M C Castro
Nome do Pesquisador



Assinatura do Pesquisador