



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



LANA MÉRCIA SANTIAGO DE SOUZA

INTERVENÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS A OBESIDADE: Revisão de escopo, avaliação da teoria e da implantação em municípios na Bahia.

Salvador

2023

LANA MÉRCIA SANTIAGO DE SOUZA

INTERVENÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS A OBESIDADE: Revisão de escopo, avaliação da teoria e da implantação em municípios na Bahia.

Área de concentração: Planejamento e Gestão da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Dra. em saúde pública.

Salvador

2023

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S729i

Souza, Lana Mércia Santiago de.

Intervenções públicas de saúde voltadas a obesidade: revisão de escopo, avaliação da teoria e da implantação em municípios na Bahia / Lana Mércia Santiago de Souza. – Salvador: L.M.S. Souza, 2023.

128 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Sobrepeso. 2. Obesidade. 3. Estudo de Avaliação. 4. Política Pública de Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

LANA MÉRCIA SANTIAGO DE SOUZA

Cuidado integral às pessoas com sobrepeso e obesidade: avaliação de intervenções públicas de saúde.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 09 de maio de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves - Orientador - FO/UFBA

Prof. Dra. Monique Azevedo Esperidião - ISC/UFBA

Prof. Dra. Sandra Maria Chaves dos Santos – ENUT/UFBA

Patricia Camacho Dias
pcdias@id.uff.br:0324329
2700

Assinado de forma digital por
Patricia Camacho Dias
pcdias@id.uff.br:03243292700
Dados: 2023.05.10 14:25:08 -03'00'

Prof. Dra. Patricia Camacho Dias – UFF

Documento assinado digitalmente



LUCIENE BURLANDY CAMPOS DE ALCANTARA

Data: 12/05/2023 11:16:50-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Luciene Burlandy Campos de Alcântara - UFF

Salvador
2023

Dedico esta tese à minha pequena, Nina.

Que a busca do conhecimento seja
sempre inspiradora para você!

AGRADECIMENTOS

Foram seis e não quatro anos de curso. Durante esse tempo me tornei mãe, esposa, modifiquei todo meu estilo de vida, construí novas amizades e fortaleci as já existentes, alguns se foram, vivemos o maior desgoverno e a maior pandemia recente da história, nos isolamos, nos vacinamos, tudo mudou e tudo é novo e desafiador. A democracia continua buscando se consolidar. Valorizar as vitórias cotidianas e as pessoas que amo foi o maior aprendizado. Esse trabalho é fruto de todo esse processo, que deu-se a partir da colaboração de pessoas muito queridas, por isso sou grata.

Aos meus pais, Mari e Carlinhos, tios e tias, pela presença, amor e disponibilidade incansáveis. Aos irmãos, cunhadas e sogros Ivonete e Juscelino Correia pelo apoio e afeto compartilhados.

Aos amigos e professores, sempre incentivadores e apoiadores das conquistas, Jerusa Santana, Gimena Barbosa, Vanessa Neves, Thais Florence, Marcos Pereira, Ana Louise e Laura Freitas.

Aos mestres inspiradores, Sandra Chaves, Lígia Amparo, Poliana Cardoso, Jairnilson Paim, Lígia Vieira, Carmem Teixeira, Flavia Henrique.

À toda a equipe do projeto qualificação do cuidado, especialmente às colegas Lucineide Leal, Verena Macedo, Janaína Paiva, Ananda Cassimiro.

A minha orientadora, Professora Sônia Chaves, por além de orientar e ser parceira na construção deste projeto, compreendeu os diversos momentos vividos durante esse período desafiador.

Ao corpo docente e aos profissionais do Instituto de Saúde Coletiva. O aprendizado teórico e de vida são imensuráveis.

À minha família, Hugo Correia e Nina Correia, dedico com todo meu amor. Obrigada pela paciência e apoio. Amo vocês.

RESUMO

INTERVENÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS A OBESIDADE: Revisão de escopo, avaliação da teoria e da implantação em municípios na Bahia.

PROBLEMÁTICA: A obesidade caracteriza-se como fenômeno social, pandêmico, multicausal, compreendido como doença ou fator de risco para outros agravos, constituindo-se como desafio à saúde pública. Assim, intervenções neste campo têm sido implementadas para buscar prevenção e/ou controle de aumento da obesidade nas populações, bem como o cuidado às pessoas que convivem com excesso de peso. No Brasil, em 2013 é instituída a Linha de Cuidado ao Sobrepeso e Obesidade (LCSO), como estratégia de organização da atenção, a partir das redes temáticas. **OBJETIVO:** Investigar o escopo, plausibilidade teórica e implantação de intervenções públicas de saúde voltadas à condição de sobrepeso e obesidade. **METODOLOGIA:** Para análise da produção acadêmica, foi realizada revisão de escopo da literatura, nas bases de dados *MEDLINE/ PubMed*, *Web of Science* e *LILACS*. Os estudos selecionados foram organizados segundo as suas características e analisadas a partir das Estratégias de saúde pública aplicáveis à obesidade, baseadas em Poulain (2013). No segundo momento foi conduzida a avaliação da teoria da Linha de Cuidado ao sobrepeso e obesidade no Brasil, por meio de análise lógica direta. Foram elaborados o modelo lógico da intervenção e o modelo teórico do cuidado a condição de sobrepeso e obesidade na APS, posteriormente comparados, a fim de reconhecer pontos potenciais e fragilidades da intervenção, bem como a força da relação causal entre a ação e seus efeitos. Tendo como referência o modelo lógico elaborado, foi também conduzida avaliação do grau de implantação das ações de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, na atenção primária à saúde, em 160 municípios baianos, distribuídos em nove macrorregiões de saúde. Foi utilizada uma matriz avaliativa, cuja pontuação variou de 0 a 100, distribuídos em quatro categorias: Não Implantado (0 a $\leq 25,0$), Implantação Incipiente (25,0 a $\leq 50,0$), Intermediária (50 a $\leq 75,0$), avançada (75,0 a 100). O grau de implantação foi associado a indicadores geográficos, sociais e de saúde. **RESULTADOS:** A avaliação de escopo permitiu identificar 15 tipos de intervenções voltadas à prevenção e tratamento da obesidade, com maior frequência das ações desenvolvidas no ambiente escolar. Observou-se o foco em estratégias que utilizam a linha do ambiente, através de medidas legislativas regulatórias, com vistas ao enquadramento de condutas e as focadas nos indivíduos e populações de risco através de ações educativas para promoção em saúde. No Brasil, a avaliação teórica da LCSO evidenciou a necessidade de objetivos melhor definidos, meios de ação mais estruturados, financiamento adequado, sensibilização de gestores, profissionais e comunidade sobre o tema, bem como objetivos voltados às práticas de trabalho, para o alcance da integralidade proposta. Maior ênfase precisa ser dada às ações voltadas à gestação, parto e desenvolvimento inicial na infância, ligadas à obesidade. A avaliação revelou implantação incipiente para a maioria dos municípios (n=64, 40,0%) e em cinco, das nove macrorregiões de saúde da Bahia. Nas subcategorias de análise, a promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e obesidade apresentou melhor implantação e a de redução do estigma e qualificação do cuidado, as menores pontuações. **CONCLUSÃO:** Apesar de sua elevada prevalência, a condição de sobrepeso e obesidade e suas respectivas ações de cuidado na APS, ainda não é prioridade pública. A ideia comportamental de orientação através da educação em saúde para um estilo de vida saudável prevalece nas políticas públicas, indicando um movimento de responsabilização dos sujeitos. É imperativo aprofundar o debate das estruturas sociais de determinação da obesidade, junto às ações de mudança nos sistemas de representações sobre o corpo obeso, sem negligenciar o cuidado. Ademais, faz-se necessário investimentos em recursos financeiros, físicos e humanos, especialmente sobre os processos de trabalho e educação permanente dos profissionais, para qualificação da atenção prestada.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Estudo de avaliação. Política Pública de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

PUBLIC HEALTH INTERVENTIONS FOCUSED ON OBESITY: Scope review, theory evaluation and implementation in municipalities in Bahia.

PROBLEMATIC: Obesity is characterized as a social, pandemic, multi-causal phenomenon, understood as a disease or risk factor for other diseases, constituting a challenge to public health. Thus, public health interventions have been implemented to seek prevention and/or control of the increase in obesity in populations, as well as care for people who live with excess weight. In Brazil, 2013, the Care Line for Overweight and Obesity was instituted as a strategy for organizing care, based on thematic networks.

OBJECTIVE: To investigate the scope, theoretical plausibility and implementation of public health interventions addressed to the condition of overweight and obesity.

METHODOLOGY: For the analysis of academic production, a review of the scope of the literature was carried out in the MEDLINE/PubMed, Web of Science and LILACS databases. The selected studies were organized according to their characteristics and analyzed based on the Public Health Strategies applicable to obesity in Brazil, based on Poulain (2013). In the second moment, the assessment of the Line of Care theory for overweight and obesity was carried out, through direct logical analysis. The logical model of the intervention and the theoretical model of care for the condition of overweight and obesity in PHC were prepared, subsequently compared, in order to recognize potential points and weaknesses of the intervention, as well as the strength of the causal link between the action and its effects. Using the elaborated logical model as a reference, was also conducted an evaluation was carried out of the degree of implementation of care actions for people with overweight and obesity, in primary health care, in 160 municipalities in Bahia, distributed in nine health macro-regions. An evaluative matrix was used, with scores ranging from 0 to 100, into four categories: Not Implanted (0 to ≤ 25.0), Incipient Implantation (25.0 to ≤ 50.0), Intermediate Implantation (50 to ≤ 75.0), Advanced Implantation (75.0 to 100). The degree of implementation was associated with geographic, social and health indicators.

RESULTS: The scope assessment identified 15 types of interventions aimed at preventing and treating obesity, with greater frequency of actions developed in the school environment. There was a focus on strategies that use the line of the environment, through regulatory legislative measures, with a view to framing conducts and those focused on individuals and populations at risk through educational actions for health promotion. In Brazil, the theoretical evaluation of the line of care for overweight and obesity highlighted the need for better defined objectives, more structured means of action, adequate funding, awareness of managers, professionals and the community on the subject, as well as objectives aimed at work practices, to achieve the proposed completeness. Greater emphasis needs to be given to actions aimed at pregnancy, childbirth and early childhood development, related to obesity. The assessment of the degree of implementation revealed incipient implementation for most municipalities (n=64; 40.0%), in five of the nine health in Bahia macro-regions. In the subcategories of analysis, health promotion and prevention of overweight and obesity showed the better implantation, while stigma reduction and care qualification had the lowest scores.

CONCLUSION: Despite its high prevalence, the condition of overweight and obesity and their respective care actions in PHC is still not a public priority. The behavioral idea of guidance through health education for a healthy lifestyle prevails in public policies, indicating a movement of accountability of the individuals. It is imperative to deepen the debate on the social structures that determine obesity, together with actions to change the systems of representations of the obese body, without neglecting care. Furthermore, it is necessary to invest in financial, physical and human resources, especially in work processes and permanent education, to qualify the care provided.

Keywords: Overweight; Obesity; Evaluation Study. Health Public Policy. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Teia causal da obesidade. _____	24
Figura 2. Estratégias de saúde públicas aplicáveis à obesidade, baseadas em Poulain (2013). _____	25
Figura 3. Fluxograma da seleção de estudos para a revisão (MEDLINE/PubMed, na <i>Web of Science</i> , LILACS, 2021). _____	35
Figura 4. Ações e linhas estratégicas aplicáveis à prevenção da obesidade Poulain (2013). _____	36
Figura 5. Distribuição do número de intervenções públicas para a obesidade, segundo : ações estratégicas de intervenção, 2021 (n=41). _____	43
Figura 6. Distribuição do número de intervenções públicas para a obesidade, segundo : linhas estratégicas de intervenção, 2021 (n=41). _____	44
Figura 7. Distribuição das políticas públicas para a obesidade, segundo ações e linhas estratégicas das intervenções, 2021 (baseado em Poulain, 2013). _____	45
Figura 8. Modelo teórico do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde, em 2023 _____	73
Figura 9. Modelo lógico da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, componente atenção primária a saúde, 2023. _____	81

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1. Características gerais das produções científicas de intervenções públicas voltadas à obesidade nas bases de dados PubMed/Medline, Web of Science e LILACS, 2008-08/2021. _____	38
Tabela 2. Número de municípios investigados, segundo as macrorregiões de Saúde e porte populacional, Bahia, 2023. _____	100
Quadro 1. Dimensões, indicadores e pontuação utilizada na avaliação do grau de implantação de ações e serviços de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito da atenção primária à saúde, Bahia, 2023. _____	103
Tabela 3. Perfil das unidades e profissionais respondentes. Bahia, 2023. _____	104
Tabela 4. Grau de implantação nos municípios investigados, segundo as macrorregiões de saúde. Bahia, 2023. _____	105
Tabela 5 Grau de implantação, segundo categorias de análise. Bahia, 2023. _____	108
Tabela 6. Associação entre Graus de implantação e variáveis selecionadas. Bahia, 2023. _____	109
Tabela 7. Presença de itens da categoria Vigilância Alimentar e Nutricional, segundo porte populacional, Bahia, 2023. _____	124
Tabela 8. Presença de itens da categoria Promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e obesidade, segundo porte populacional, Bahia, 2023. _____	125
Tabela 9. Presença de itens da categoria redução do estigma e qualificação do cuidado, segundo porte populacional, Bahia, 2023. _____	125
Tabela 10. Presença de itens da categoria assistência as pessoas com sobrepeso e obesidade, segundo porte populacional, Bahia, 2023. _____	126

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CC - Circunferência da Cintura
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
DANT - Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
DHAA – Direito Humano a Alimentação Adequada
EAN – Educação Alimentar e Nutricional
EIPCO - Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FJP - Fundação João Pinheiro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC – Índice de Massa Corporal
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LC – Linha de Cuidado
LCSO – Linha de cuidado ao sobrepeso e obesidade
LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE - National Library of Medicine
MESH - Medical Subject Headings
MT – Modelo Transteórico
NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NRS - Núcleo Regional de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PAAS - Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PICS - Práticas Integrativas e complementares na Saúde
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SO – Sobrepeso e obesidade
TCC – Terapia Cognitivo Comportamental
UBS - Unidade básica de Saúde
USF - Unidade de Saúde da Família
VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	15
OBJETIVOS	17
Objetivo Geral	17
Objetivos específicos	17
REFERENCIAL TEÓRICO	17
Os múltiplos aspectos da obesidade	17
Modelo causal e ações/estratégias para prevenção da obesidade	23
Avaliação de intervenções em saúde	27
REFERÊNCIAS	28
ARTIGO 1 - ANÁLISE DAS LINHAS ESTRATÉGICAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OBESIDADE: revisão de escopo	31
RESUMO	31
INTRODUÇÃO	32
ASPECTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS	34
Critérios de elegibilidade	34
Coleta dos Dados	34
Análise dos Dados	35
RESULTADOS	37
Caracterização da produção sobre políticas públicas para obesidade	37
Análise das intervenções públicas de saúde segundo ações e linhas estratégicas	42
DISCUSSÃO	46
CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	51
ARTIGO 2 - LINHA DE CUIDADO AO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: AVALIAÇÃO DA TEORIA DA INTERVENÇÃO	58
RESUMO	58
INTRODUÇÃO	59
ASPECTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS	61

MODELO TEÓRICO DO CUIDADO AS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE _____	63
Integralidade e Linhas de cuidado _____	63
Cuidado as pessoas com obesidade na atenção primária a saúde _____	68
MODELO LÓGICO DA LINHA DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE _____	74
DA TEORIA A ESTRATÉGIA FORMULADA _____	82
DISCUSSÃO _____	83
CONCLUSÃO _____	85
REFERÊNCIAS _____	87
ARTIGO 3 - GRAU DE IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Estudo em Municípios baianos _____	93
RESUMO _____	93
INTRODUÇÃO _____	94
ASPECTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS _____	97
Seleção dos municípios e coleta de dados _____	98
Análise dos dados _____	100
RESULTADOS _____	104
DISCUSSÃO _____	110
CONCLUSÃO _____	115
REFERÊNCIAS _____	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE _____	122
MATERIAL SUPLEMENTAR _____	124
ANEXO 1 _____	128

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado em saúde pública apresenta os resultados da investigação sobre intervenções públicas de saúde para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade. Considerado problema de saúde pública, a condição de obesidade traz repercussões aos indivíduos, famílias, com maiores custos ao sistema de saúde. Levando em conta estes elementos, coube pensar, como diferentes governos têm se organizado para lidar com o aumento exponencial do sobrepeso e obesidade nas populações, bem como explorar as estratégias adotadas pelo governo brasileiro, em especial na atenção primária à saúde, pontuado como ponto preferencial de atenção à saúde. Inicialmente, é apresentado o referencial teórico que envolve a compreensão da obesidade enquanto problema social, tendo Jean Pierre Poulain como autor de referência no livro “Sociologia da Obesidade” de 2013. Em seguida, é apresentada referências sobre a avaliação em saúde.

A tese está organizada em três artigos, interligados entre si, mas distintos em seus objetivos. O primeiro, é uma revisão de escopo da literatura, cujo objetivo foi explorar as diversas intervenções públicas voltadas ao tema da obesidade, envolvendo a promoção da saúde, prevenção e tratamento. Como instrumento de análise foi utilizado o modelo de intervenções em políticas públicas, adotado por Poulain (2013), que considera a determinação multicausal da obesidade. Os resultados desta revisão permitiram reconhecer o campo de possibilidades das ações públicas.

O segundo artigo, volta-se ao cenário brasileiro e apresenta os resultados da avaliação da plausibilidade teórica da principal intervenção formulada no Brasil, em 2013, a Linha de Cuidado ao Sobrepeso e Obesidade, estratégia adotada pelo governo federal para cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, na rede de atenção à saúde no sistema único. Tem como foco de abordagem a atenção primária à saúde (APS), para o qual foi elaborado o modelo lógico da intervenção e modelo teórico lógico. O modelo da intervenção foi o subsídio para a análise do grau de implantação, desenvolvido no artigo seguinte.

O terceiro artigo, avaliou o grau de implantação das ações de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, em municípios baianos, tendo como referencial normativo a linha de cuidado ao sobrepeso e obesidade. Utilizou-se como referencial a proposta teórico metodológica adotada por Viera-da-Silva (2014). De tal modo, as análises aqui empreendidas, partem do macro e alcançam resultados regionais, permitindo reconhecer avanços e limites do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, em municípios baianos. Ademais, durante o percurso foi aceito para a publicação, parte do material empírico apresentado (ANEXO 1).

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada como um agravo multifatorial, não-transmissível, complexa, definida pela adiposidade excessiva que pode prejudicar a saúde. Sua prevalência é comumente avaliada pelo índice de massa corporal (IMC), o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2), com diferentes parâmetros nos diversos ciclos de vida. Nos adultos, um IMC superior a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ é definido como sobrepeso e um IMC acima de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ como obesidade (WHO, 2021a).

A ocorrência da obesidade tem sido relacionada ao estilo de vida ocidental moderno, com modificações nas práticas de trabalho e lazer, no consumo alimentar, modificações dos papéis sociais e de gênero, de genética, biologia, acesso aos cuidados de saúde, saúde mental, fatores socioculturais, economia, meio ambiente e interesses comerciais (WHO, 2021a). Compreendida como sindemia, relaciona-se aos sistemas alimentares¹ regional e global, com a fome e a insegurança alimentar, e com as alterações climáticas, resultantes de produções alimentares pouco sustentáveis, acesso desigual, e dietas pouco saudáveis, afetando especialmente os mais pobres (SWINBURN et al., 2019; HLPE, 2017).

Avalia-se que os custos da obesidade e das doenças relacionadas estão aumentando, chegando a US\$ 990 bilhões por ano em todo o mundo, mais de 13% de todas as despesas com saúde. Relaciona-se ainda, à ocorrência de diferentes enfermidades incluindo as cardíacas e cerebrovasculares, a diabetes não-insulino dependente, a hipertensão arterial sistêmica e certos tipos de câncer, doença da vesícula biliar, dislipidemia, osteoartrite e gota e doenças pulmonares, incluindo apneia do sono, podendo estar relacionado a problemas de saúde mental e doença grave de Covid-19 (WHO, 2021a).

O sobrepeso atinge aproximadamente 1.9 bilhões de adultos e a obesidade 0.6 bilhões mundialmente e sua ocorrência não está restrita às sociedades industrializadas, com o aumento observado também em países em desenvolvimento. Essa realidade estende-se ainda a todas as faixas etárias e continuará aumentando durante a próxima década (WHO, 2021a; 2021b).

No Brasil, a pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas (2021) identificou que a frequência de excesso de peso foi de 57,2% e de obesidade foi de 22,4% entre adultos. Os resultados revelam ainda diferenças entre homens (59,9%) e mulheres

¹ Sistema alimentar é compreendido como o conjunto de elementos (ambiente, pessoas, insumos, processos, infraestrutura, instituições e organizações da sociedade civil, dentre outros) e atividades que se interrelacionam na produção, processamento, distribuição, preparação e consumo de alimentos, o que inclui as características e os resultados dos sistemas socioeconômicos e ambientais dessas atividades (BURIGO e PORTO, 2021, p. 4414).

(55,0%) no que tange ao sobrepeso e que as duas condições aumentam conforme aumenta a idade, mas reduziu conforme maior tempo de escolaridade (VIGITEL, 2022). Em adolescentes (15 a 17 anos) a pesquisa nacional de saúde de 2019 identificou que prevalência de excesso peso foi de 19,4%, sendo mais elevada entre as do sexo feminino (22,9%) do que entre os do sexo masculino (16,0%) (IBGE, 2020). O estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (2019) evidenciou que entre menores de 5 anos, a prevalência de peso elevado para idade foi de 5,0% no Brasil (UFRJ, 2022). Estudo realizado nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil expressaram diferenças na determinação da obesidade, com uma tendência que se modifica para o aumento da obesidade nos indivíduos com extrato de renda mais baixo desde o período de 1989/1996 (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003).

De tal modo, compreende-se que a obesidade enquanto problema social e de saúde coletiva, que sinaliza iniquidades em saúde e de seguridade social. De um lado, os sistemas e ambientes alimentares², somados às condições de vida dos sujeitos influem com determinantes da obesidade ao limitar as possibilidades de escolha e o acesso. De outro lado, as pessoas com excesso de peso vivenciam discriminação e estigmatização, que interferem em seu percurso de vida, a exemplo da trajetória escolar e profissional, acesso a bens e serviços (POULAIN, 2013).

Nesse sentido, o campo acadêmico, político e social tem buscado estratégias para compreender e lidar com o aumento crescente da obesidade em nível mundial e nos países. No Brasil, sob o guia da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no setor saúde têm sido propostas algumas estratégias, especialmente através da atenção primária à saúde. Entre estas, está a linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade como proposta de estruturação da atenção à saúde a partir da rede de serviços, no Sistema Único de Saúde (SUS). Instituída em 2013 através da portaria nº424 propõe organização das ações e serviços para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, por meio de cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011; 2013a).

Ao considerar estes elementos e a necessidade de maiores estudos sobre tais estratégias, esta tese buscou responder que intervenções públicas têm sido realizadas em diferentes países para prevenção e tratamento ao sobrepeso e obesidade? No país a proposta da linha de cuidado está organizada de maneira a atingir os objetivos propostos, há plausibilidade teórica? Qual o grau de implantação desta proposta de cuidado nas ações da APS em municípios no estado da Bahia? Desse modo, espera-se contribuir no debate a respeito da temática e das estratégias governamentais por meio de políticas públicas.

² Ambiente alimentar é a interface do consumidor com o sistema alimentar que abrange a disponibilidade, acessibilidade, conveniência e desejo dos alimentos (Tradução livre) (DOWNS et al., 2020).

OBJETIVOS

Geral

Investigar o escopo, plausibilidade teórica e implantação de intervenções públicas de saúde voltadas à condição de sobrepeso e obesidade.

Específicos

- 1) Caracterizar a produção acadêmica e analisar linhas estratégicas sobre as principais políticas públicas voltadas à prevenção e controle da obesidade em diferentes países.
- 2) Avaliar a consistência teórica do programa - linha de cuidado ao sobrepeso e obesidade no componente da atenção primária à saúde no Brasil, em relação às evidências científicas já acumuladas.
- 3) Avaliar o grau de implantação de ações e serviços de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito da atenção primária à saúde (APS), em municípios baianos.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Os múltiplos aspectos da obesidade

A obesidade vem apresentando crescimento exponencial em todo o mundo, assumindo proporções epidêmicas, constituindo-se como resultado do modo de vida do homem moderno, ou mais apropriadamente, do modelo ocidental de vida, como consequência das transformações no processo laboral e no consumo alimentar (BATISTA FILHO e BATISTA, 2010) e como um grave problema social no mundo e no país (SANTOS e SCHERER, 2011).

É caracterizada como agravo multifatorial que resulta em um desbalanço energético positivo que leva a um acúmulo excessivo de gordura (OMS, 2014). Entendida também como risco à ocorrência de diferentes enfermidades incluindo doenças cardiovasculares, diabetes e suas condições associadas, distúrbios musculoesqueléticos, a alguns tipos de câncer, e torna-se mais grave à medida que o índice de massa corporal (IMC) aumenta (WHO, 2021). Sua prevalência é comumente avaliada pelo IMC definido como peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Um IMC superior a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ é definido como sobrepeso e um IMC acima de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ como obesidade (WHO, 2003).

Estima-se que globalmente, existam mais de 1,9 bilhão de adultos com sobrepeso, destes, mais de 650 milhões eram obesos e sua ocorrência não está restrita às sociedades

industrializadas e esse aumento tem acontecido também em países em desenvolvimento (WHO, 2003; 2021). No Brasil, diferentes documentos do governo seguem a definição da OMS e a concebem simultaneamente como doença e fator de risco para outras doenças, como condição crônica multifatorial complexa e, ainda, como manifestação da insegurança alimentar e nutricional (DIAS et al., 2017).

Pinheiro et al. (2004) elencaram três hipóteses para compreender o aumento da obesidade. Primeiro, a possibilidade de susceptibilidade genética em populações mais pobres, relacionado a um suposto “genótipo econômico” de guarda calórica, como estratégia de sobrevivência diante da escassez de alimentos, mas prejudiciais quando exposto a aporte de calorias excessivas. Segundo, relaciona-se ao declínio do dispêndio energético nos indivíduos seja no ambiente de trabalho ou no de lazer associado a mudanças na dieta, com menor consumo de fibras e excessivo consumo de carboidratos simples e gorduras; e terceira, ao fato de a obesidade resultar de um quadro precoce de desnutrição energético-proteica, sendo uma consequência desta.³ Sua ocorrência é complexa e multideterminada, envolvendo fatores genéticos, biológicos, de acesso a cuidados de saúde, saúde mental, dieta, fatores socioculturais, economia, meio ambiente, interesses comerciais, entre outros (WHO, 2021a).

Uma análise na perspectiva sociológica compreende a obesidade como fenômeno complexo, resultado das desigualdades da sociedade capitalista, como apresentado por Santos e Scherer (2011). Poulain (2013) considera a obesidade enquanto problema social, por atingir as populações de maneira diferenciada (diferentes grupos) considerando os diferentes extratos sociais, em uma dupla cadeia de causalidades interdependentes.

Primeiro, a obesidade é determinada pelo status sócio econômico. Utilizando dados da população francesa, o autor destaca que a prevalência da obesidade é maior em populações de baixa renda, ao considerar os fatores que envolvem os modos de vida (estilos de alimentação e atividade física) que variam conforme posição social e nível de escolaridade, que o autor chama de “sensibilidade de cognição” no acesso às informações de saúde, bem como fatores sociais como maior estresse, menor renda, exclusão social, dificuldade de acesso a bens e serviços, entre outros. Numa perspectiva fenomenológica, cita Grignon (1980) e Corbeau (2002) ao tratar da diferenciação social do gosto em uma preferência das classes populares pelo “energético” e “poderoso”, como uma espécie de “revanche social” dos grupos que conviveram com a fome.

³ Neste sentido, o mecanismo de desenvolvimento da obesidade seria desencadeado a partir da desnutrição, seja a desnutrição materna, que repercutiria na formação genética e no peso ao nascer das crianças, ou de “uma modificação na regulação do sistema nervoso central no sentido de facilitar prioritariamente o acúmulo de gordura corporal (PINHEIRO et al., 2004, p.528; SANTANA et al., 2020).

Nesse sentido, aproxima-se das teorias sobre o gosto de Pierre Bourdieu, que reconhece o *habitus* de classe como a construção social e histórica de disposições para apreciação e inserção no mundo social, incluindo estilo e modos de vida como os gostos alimentares e preferências dele associado (BOURDIEU, 2017).

A segunda cadeia de causalidade considera o sistema de valores associados à corpulência como determinante parcial do status socioeconômico. O autor argumenta que pessoas com obesidade sofrem preconceito e discriminação, a exemplo de julgamentos como pessoas mais desleixadas, menos produtivas, menos capacitadas, que acabam por condicionar as possibilidades e trajetórias de tais sujeitos, gerando assim, um ciclo de reprodução da exclusão. Para o autor a estigmatização “é o resultado do sistema de valorização cultural de certas formas de corpulência e dos processos de definição das normas sociais relativas ao corpo, que designam como desviantes os indivíduos que deles se afastam” (POULAIN, 2013, p. 47). Baseado no conceito de Goffman, Poulain (2013) propôs a ideia de “estatuto principal” (*Master Status*) para expressar o fenômeno de redução de um indivíduo ao alvo característico da estigmatização. Movimento que também tende a transformar a vítima em culpado. De tal modo, fazem da obesidade um reflexo das características morais do indivíduo, com repercussões em suas trajetórias escolar, profissional, social, acesso a emprego, comprometendo sua ascensão, em um ciclo que se auto alimenta. Nesse sentido, a obesidade é compreendida pelo autor como um “fator de risco social” e tem-se assim um ciclo reprodutivo (POULAIN, 2013, p. 47).

Dados da população brasileira coadunam com a análise proposta por Poulain. Anjos (2006) ao analisar um conjunto de indicadores nacionais sobre a obesidade identificou que entre as mulheres, o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade só ocorreu entre as mais pobres, com renda inferior a meio salário mínimo por pessoa. Entre os homens, identificou-se que entre os anos de 1975 e 1997 a prevalência de sobrepeso aumentou cinco vezes para aqueles que não tinham frequentado a escola formal e metade deste valor para os que cursaram universidade. Os dados apontam ainda que, entre as mulheres das regiões mais ricas do país (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) com maior rendimento e maior escolaridade, o aumento da obesidade parou ou diminuiu (ANJOS, 2006). Dados mais recentes, da pesquisa Nacional de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico de 2020, identificaram que a frequência de obesidade diminuiu intensamente com o aumento da escolaridade (VIGITEL, 2021).

Desde sua emergência como problema de saúde, a obesidade passou por diferentes compreensões sobre sua causalidade e as estratégias de intervenção que buscavam lidar com a questão. O debate centrava-se de início essencialmente na ideia do balanço energético, e por

consequência suas soluções se apresentaram em intervenções que buscavam reduzir o consumo calórico e aumentar o gasto energético, assumindo a obesidade como responsabilidade do sujeito pelo seu “equilíbrio”. Diante da ausência de resultados que representassem avanços reais na redução da obesidade e do seu aumento exponencial em diferentes partes do mundo, com repercussões na gestão pública, o debate sobre a condição de obesidade cresceu, bem como a compreensão sobre seus determinantes.

Mesmo avanço, no entanto, não é observado nas políticas públicas voltadas à redução do avanço da obesidade na população. Gracia-Arnaiz (2017), aponta tal questão como um paradoxo, estabelecido pelo contraponto dos avanços colocados pela ciência, as estratégias políticas até então implementadas e a condição de obesidade que continua a aumentar. Além disso, as políticas desenvolvidas para combatê-la tiveram que lidar com uma miríade de causas e efeitos que são difíceis de interconectar, resultando em políticas que propõem medidas que são complexas na teoria e de alcance limitado na prática. Carvalho e Martins (2004) endossam tal debate ao registrarem que se faz necessário ultrapassar a dicotomia desnutrição/obesidade comum a área da saúde, bem como da definição de obesidade como um balanço energético, de orientação determinista. O crescimento da obesidade em diferentes países exige uma compreensão que ultrapasse a lógica de consumo e gasto e impõe uma reflexão, além dessa orientação.

Entre outros autores, além da perspectiva social, ganha força a compreensão ambiental dos determinantes da condição de obesidade, que exploram as interrelações com o ambiente na construção da complexidade da alimentação humana, seus elementos culturais, sociais, étnicos, entre outros. Os ambientes alimentares da atualidade exploram as vulnerabilidades (biológicas, psicológicas, sociais e econômicas) das pessoas, que influenciam suas preferências e demandas por alimentos de baixa qualidade nutricional⁴, favorecendo espaços pouco saudáveis. A inclusão da obesidade enquanto fenômeno complexo surge então, na busca de uma compreensão ampliada do que representa a obesidade nas sociedades modernas, bem como do desafio posto ao lidar com tal questão e todos seus fatores relacionados (CARVALHO e MARTINS, 2004; LOPES et al., 2010).

Em 2019, o relatório “*The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report*”, elaborado por uma comissão de estudiosos da revista *The Lancet*, passa a se referir a obesidade como condição de pandemia, que junto as pandemias

⁴ Por baixa qualidade nutricional entende-se o consumo de produtos processados e ultraprocessados, com o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias vazias, gorduras, açúcares e sal, bem como considera as formas não sustentáveis de produção e comercialização de alimentos (BRASIL, 2014; COSTA et al.; 2021).

de desnutrição e alterações climáticas, compõem uma sindemia global. A sindemia caracteriza-se pela agregação de duas ou mais condições epidêmicas concomitantes, com impulsionadores comuns, no caso a desnutrição, obesidade e as mudanças climáticas. Essa interpretação da obesidade parte da lógica de que o modelo desenvolvimentista vivenciado por diferentes sociedades no mundo veio acompanhado de importantes alterações climáticas, resultante dos danos ao meio ambiente, com perda da biodiversidade, bem como com importante desigualdade social (SWINBURN et al., 2019).

Tais modificações ambientais repercutem nas formas de produção e disponibilidade de alimentos, que podem limitar a oferta de produtos naturais, a exemplos de condições como a seca, inundações, queimadas, entre outras. De outro modo, as formas de produção de alimentos atuais tendem a acentuar os danos ao meio ambiente, com o uso indevido dos recursos naturais.

A lógica subjacente à sindemia relaciona-se ao fato de que as alterações climáticas apresentam e apresentarão efeitos sobre a saúde humana, incluindo a insegurança alimentar, obesidade e fome de populações vulneráveis, submetidas a condições climáticas diversas, que repercutem nas falhas nas colheitas, redução na produção de alimentos, eventos climáticos extremos que produzem secas e inundações, aumento de busca por alimentos industrializados, bem como de outras doenças infecciosas e agitação civil (SWINBURN et al., 2019).

Ainda segundo o relatório, além da alimentação e agricultura, o transporte, o projeto urbano e uso da terra são sistemas que também interligam as sindemias globais. O problema da obesidade foi reformulado ao considerar seu aumento em diferentes partes do mundo, as estratégias políticas ao longo de três décadas que não se traduziram em mudanças mensuráveis significativas, considerada pelos autores como inércia política, bem como a carga econômica causada pela condição de obesidade nas populações (SWINBURN et al., 2019).

Além do desafio global e populacional, o corpo gordo ainda estabelece barreiras ao indivíduo com obesidade, submetido a julgamentos sociais, referendados pelo discurso médico, que dispõe de legitimidade para classificar o ser saudável e não saudável. Bourdieu nos ajuda a compreender tal questão ao apresentar que as diferenças se tornam signo de distinção, quando se aplica o princípio da visão e divisão, se ela é estabelecida por alguém capaz de estabelecer a diferença de forma legítima, como violência simbólica do campo médico e do Estado. Nesse sentido, a violência simbólica de classificação acontece através da estética dominante (BOURDIEU, 1996).

Poulain potencializa este debate ao registrar a insistência do campo médico em manter uma linha restritiva de intervenção para condição de obesidade, apesar do “grande fracasso” para o tratamento da obesidade até então empreendidas, o que ele chama prova da “modéstia

científica”, ou seja, reconhecer os limites do campo científico em encontrar soluções para todos os problemas (POULAIN, 2013, p. 249). São tantas restrições impostas ao tratamento da obesidade, que o autor questiona, baseado em Kassier e Angell (1998) se o tratamento para esta condição não poderia ser pior que a própria obesidade. Nesse sentido, defende também a abordagem ambientalista, ao pontuar que a abordagem individualista é um erro estratégico. Poulain (2013) propõe uma lógica de intervenção no ambiente social no qual “o problema” foi criado, tendo como referencial o debate levantado por Renaud e Bouchard (2000).

Para Yates-Doerr (1990) o corpo é tido como mercadoria na sociedade capitalista, o que situa tais indivíduos como elementos “não desejados” por seus desvios na perspectiva produtiva e de geração de valores. Poderia situá-los enquanto corpos “não produtivos” ou “menos produtivos” ao capital. O excesso de peso, nesse contexto, configura-se como um mau uso dos recursos - uma falha que impede as possibilidades para o trabalho produtivo. Tal compreensão associa-se o ciclo de exclusão e estigmatização apresentada por Poulain (2013), que traz como exemplos os candidatos à vaga de trabalho, que são vistos pelos empregadores como indivíduos com baixo autocontrole, péssima capacidade de enquadramento, baixa higiene pessoal, menor produtividade e menos ambição.

Articulam-se assim, a disciplina e a regulamentação. Desse modo, ao considerar o corpo obeso enquanto desviante, não produtivo, falho, incide-se sobre estes indivíduos a responsabilização pela condição apresentada, compreensão que reduz a complexa determinação social envolvida na obesidade nas sociedades modernas. Uma vez interiorizada a questão da auto responsabilização, as soluções se reduzem ao que é imediatamente controlado por si mesmo: consumo e atividade física. Assim, sem desconsiderar a compreensão do campo médico que situa a obesidade enquanto um problema de saúde, este estudo toma como pressuposto a compreensão ampliada da condição de obesidade enquanto fenômeno complexo, multicausal (social, cultural, metabólico, psicológico, ecológico) sindêmico, promovido por mudanças sócio ambientais, que criam ambientes propícios ao desenvolvimento da condição de obesidade, sobre os quais deve-se intervir por meio de estratégias que lidem sobre o conjunto de determinantes, no meio em que os sujeitos estão inseridos.

Os debates recentes, evidenciados pela agenda 2030, dos objetivos de desenvolvimento sustentável (OMS), têm incluído a influência dos sistemas alimentares na ocorrência de pandemias e sindemias, incluindo a de obesidade, alterações climáticas, desnutrição e fome. Entende-se que os sistemas agroalimentares pouco sustentáveis atuam como promotores de adoecimento e desigualdades sociais e de saúde. Tal temática, tem conduzido também o debate sobre a ocorrência da obesidade, salientando a necessidade de sistemas alimentares mais

saudáveis, sustentáveis e equitativos. Para tanto, devem cumprir sua função de garantir a segurança alimentar e nutricional⁵ e de manutenção das bases econômicas, sociais e ambientais para as gerações futuras (BURIGO e PORTO, 2021).

O ambiente alimentar integra o sistema alimentar e pode determinar o campo de possibilidades dos sujeitos, promovendo ou não uma alimentação adequada e saudável. A dieta e os fatores individuais dos povos são influenciadas por camadas externas de múltiplas determinações, envolvendo setores do ambiente sociocultural, político e dos ecossistemas (DOWNS et al., 2020).

Modelo causal e ações/estratégias para prevenção da obesidade

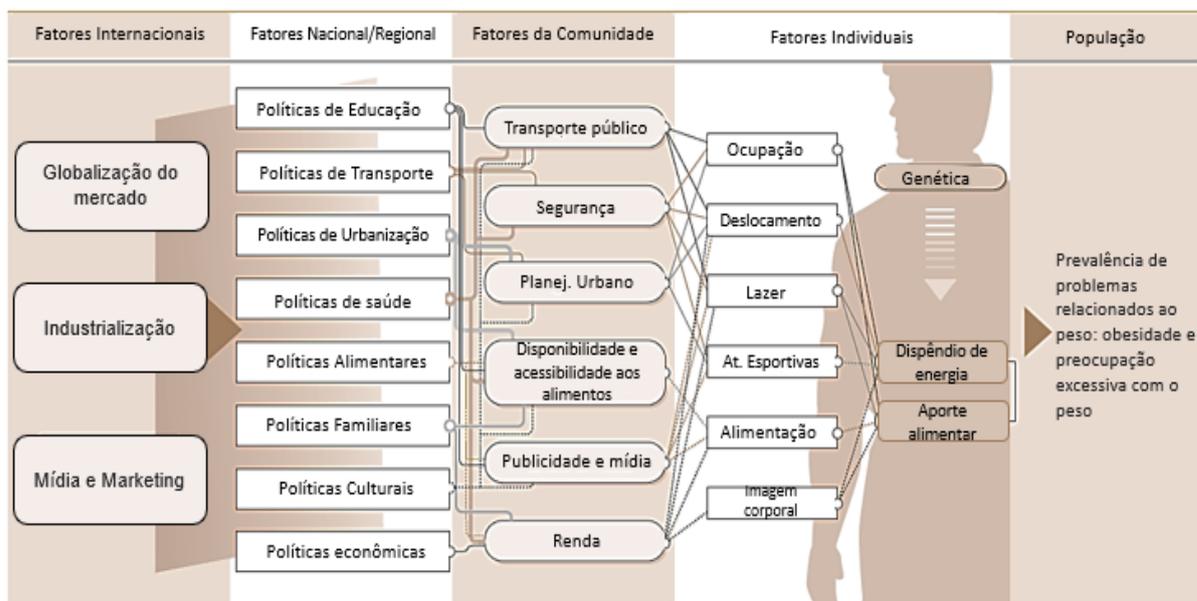
Poulain (2013) toma como base um modelo causal sobre a obesidade, elaborado por Ritenbaugh et al. (1999) e adaptado pelo grupo de trabalho provincial sobre a problemática do peso em Quebec (2005). Este modelo distingue cinco grandes níveis. Os fatores internacionais (globalização de mercados, industrialização, mídia e marketing); fatores nacionais/regionais (políticas públicas nos diferentes setores); fatores comunitários (transporte, segurança, urbanização, disponibilidade e acesso aos alimentos, publicidade e mídia, renda); Fatores individuais (ocupação, deslocamento, lazer, atividades esportivas, alimentos e imagem corporal, que se relacionam com a genética e metabolismo entre oferta e gasto energético); e por fim a população (prevalência de problemas relacionados ao peso e preocupação excessiva com o peso) (Figura 1).

Segundo Poulain (2013)⁶, esta organização causal permite notar as interações em seus diferentes determinantes, e distinguindo três eixos de ação: o setor agroalimentar, o do ambiente construído e o sociocultural. Essa distribuição permite orientar a construção de ações, sob as quais é possível intervir segundo quatro ações/estratégias principais e cinco linhas de atuação (Figura 2).

Figura 1. Teia causal da obesidade, segundo Poulain (2013).

⁵ A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Art. 3º, LOSAN, 2006).

⁶ No texto o autor retoma parte das ideias desenvolvidas no aviso nº 54, do Conselho Nacional de Alimentação francesa, intitulado “Avis sur la prévention de l'obésité infantile”, 2005.



Fonte: Tradução nossa. Original: Traduzido e adaptado por Ritenbaugh C, Kumanvika S, Morabia A, Jeffery R e Antipatis V, IOTF 1999. Conselho Nacional de Alimentação Francesa, 2005.

As ações estratégicas são **(1) Promoção da saúde de cima para baixo**: assim chamada, por serem propostos por gestores aos cidadãos, na tentativa de influenciar nos hábitos dos indivíduos e suas famílias, através da educação para saúde, trazendo informações sobre riscos e de como adquirir um estilo de vida saudável, geralmente baseados na alimentação e atividade física. Baseia-se na comunicação institucional e na redação de guias para a população geral ou específica; **(2) A educação para saúde em grupos**, cujo objetivo é modificar os comportamentos individuais através da estratégia da dinâmica de grupos. Utiliza a ideia de socialização para mudar comportamentos individuais; **(3) Conselhos individualizados para a saúde**, que se baseia no uso de agentes, profissionais de saúde na oferta de um cuidado e acompanhamento das mudanças individuais e; **(4) Legislação para saúde**, que procura agir sobre a ação dos indivíduos, de maneira indireta, por meio de parâmetros do mercado econômico, através da modificação de preços, como forma de estimular ou reduzir o consumo de certo grupo de alimentos. Pode acontecer através do aumento da taxação de produtos considerados não saudáveis e tais recursos podem retornar ao estado para investimentos em saúde. A segunda estratégia atua no financiamento da produção ou comercialização de produtos considerados não indutores da obesidade. E uma terceira linha seria a combinação de ambas as estratégias.

Figura 2. Estratégias de saúde públicas aplicáveis à obesidade, baseada em Poulain (2013).



Fonte: Poulain, 2013, p. 265.

A segunda classificação tem como base as linhas estratégicas de uma política de prevenção da obesidade, articuladas no âmbito de uma política geral, sendo: **(1) A linha estratégica administrativa**, que funciona pelo topo e envolve agentes que assumem a responsabilidade a respeito do risco da obesidade e através de atos administrativas e científicas desenvolvem ações dirigidas a intervenção; **(2) Linha estratégica centrada nos indivíduos ou populações consideradas de risco**, que faz uso de mensagens que orientem sobre os comportamentos mais saudáveis e envolvem a participação de outros atores e setores, a exemplo da educação, do esporte; **(3) A linha estratégica baseada nos atores e nas redes**, que combina conselhos individualizados com a mobilização do ambiente social dos indivíduos em risco. Ele incita, apoia e valoriza redes comunitárias e formais de saúde, buscando criar condições para novas socializações de grupos e profissionais como impulsores de mudança de hábitos; **(4) A linha estratégica centrada no ambiente**, visa o enquadramento de condutas, atuando no ambiente, utilizando recursos legislativos (regulação, modificações nos espaços urbanos, escolares) estabelecendo interdições totais ou parciais e; **(5) Linha estratégica centrada nos sistemas de representações**, de maneira transversal as anteriores e busca intervir sobre fatores que afetam o relacionamento com a corpulência e com os modelos alimentares e envolvem evitar o discurso de prevenção da obesidade que reforcem condutas estigmatizadoras e de valorização da cultura e aspectos positivos dos modelos alimentares, com foco na saúde (POULAIN, 2013).

Desse modo, para o autor, trata-se de um modelo ecológico de determinação da obesidade, cuja representação social passa a ser inserida. Desse modo, é possível pensar caminhos e campos de ação para uma política de prevenção da obesidade.

Avaliação de intervenções em saúde

O campo da avaliação em saúde tem-se constituído enquanto importante ferramenta de resposta na busca da compreensão da complexa relação entre uma situação problema e as estratégias e meios utilizadas para lidar com tal questão, considerando os inúmeros determinantes deste processo (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; CHAMPAGNE et al., 2011; GUBA e LINCOLN, 2011; POTVIN et al., 2013).

A intervenção é compreendida por Champagne et al. (2011) enquanto ação, direcionada a corrigir uma situação problemática, ao modificar o curso previsível do fenômeno. O sistema da ação envolve então “uma estrutura, atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, uma ou várias finalidades, e um ambiente” (2011, p. 45). Nesse conceito, o programa situa-se enquanto tipo de intervenção, entre as quais apresentam-se também as técnicas, medicamentos ou tratamentos, protocolos de cuidados, organizações e políticas.

Ainda segundo os autores, a intervenção caracteriza-se enquanto simples, quando voltados a problemas convergentes (obtem respostas que convergem para uma solução única e aceita) ou complexos, que envolve uma multiplicidade de finalidades contraditórias, caráter difuso das relações de autoridade, número importante de atividades, imprecisão horizontal temporal, abertura sobre o contexto, dependências da forma em relação ao contexto, multiplicidade de níveis de análise, complexidade das relações causais, existência de paradoxos, possibilidade de haver um mesmo resultado a partir de diversos agenciamentos de recursos (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 49).

A condição epidemiológica da obesidade é problema complexo, multicausal, socialmente situado, e que, por conseguinte as políticas, intervenções e programas desenvolvidas e implementados para lidar com tal questão, também assumem o caráter de intervenção complexa (CHAMPAGNE et al., 2011), através de ações e serviços que circulam desde a promoção, a prevenção e ao tratamento em saúde (TEIXEIRA, 2006). De tal maneira, recomenda-se que estas passem por processos avaliativos, que permitam reconhecer seus alcances e limites.

Champagne et al. (2011) propõem um conceito ampliado de avaliação, que segundo os autores envolvem elementos consensuais presentes em diferentes interpretações anteriores, sendo:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre esta intervenção e sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo que os diferentes atores envolvidos, cujo campo de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011, p. 44).

Dentre os vários modelos avaliativos, a análise lógica, conforme propõe Brousselle e Champagne (2011) “é um tipo de avaliação que nos permite testar a plausibilidade da teoria de um programa utilizando conhecimento científico disponível” (p.70). Diferente do modelo lógico (CHAMPAGNE *et al.*, 2011), a análise lógica busca compreender se o como a intervenção é projetada permite alcançar os resultados esperados, seu nexos causal, através da identificação de pontos fortes e fracos da intervenção, considerando conhecimento científico disponível (BROUSSELLE e CHAMPAGNE, 2011).

Baseado em Davidson (2010), Brousselle e Champagne (2011), distinguem dois tipos de análise lógica, a análise lógica direta e a inversa. Aqui faremos uso da análise lógica direta, que possibilita identificar se o desenho da intervenção se adequa aos efeitos pretendidos, bem como permite reconhecer elementos que podem aprimorar a intervenção, a partir do conhecimento científico. Segundo os autores, é principalmente uma avaliação formativa (p.70).

Nesse sentido, a análise lógica é considerada uma avaliação importante antes de iniciar outros processos avaliativos. De maneira similar, a implantação é uma etapa das políticas, programas e intervenções, cujo o processo também não acontece de forma linear, por envolver um conjunto de elementos relacionados ao contexto sócio-político em que estão inseridas, cabível de avaliação, cujo foco deve relacionar-se com os objetivos e questão avaliativa.

Para Vieira-da-Silva (2014, p. 86) a avaliação da implantação objetiva identificar quanto uma intervenção, política ou programa está sendo implantada, considerando sua formulação, ou seja, como se apresenta sua operacionalização. Consoante com Pinell (2010), a autora compreende que há uma complexidade de fatores que influem sobre a gestão das instituições de saúde (atores, recursos, instituições, governo), que reforçam a importância da avaliação da implantação. Para Champagne *et al.* (2011), a análise da implantação permite delimitar melhor os fatores relacionados à implantação de uma intervenção, como forma de ultrapassar o modelo “caixa-preta”, com foco apenas nos resultados.

Pana avaliação do grau de implantação, é necessário reconhecer os principais componentes do plano de intervenção, de maneira a reconhecer se a implantação corresponde a sua adequada operacionalização (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

REFERÊNCIAS

- ANJOS, L. A. Agravos à saúde e epidemiologia da obesidade. IN: ANJOS, L. A. **Obesidade e Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2006, p. 29-40.
- BATISTA FILHO, M. and BATISTA, L. V. Transição alimentar/ nutricional ou mutação antropológica? *Cienc. Cult.* v. 62, n.4, pp.26-30, 2010.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, v.19, Sup. 1, p.S181-S191, 2003.
- BURIGO, A. C.; PORTO, M. F. Agenda 2030, saúde e sistemas alimentares em tempos de pandemia: da vulnerabilização à transformação necessária. *Ciênc saúde coletiva*. V. 26, n.10, p. :4411-442, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.13482021>
- BOURDIEU, P., (1996). **Razões Práticas. Sobre a teoria da ação**. Campinas-SP: Papyrus. (ed original, 1994), pp 13 -194.
- BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. Tradução: Daniela Kern, Guilherme J. F. Teixeira. 2ª Ed. Revisada, Porto Alegre, RS: ZOUK, 2017.
- BRASIL. PORTARIA Nº 2.715, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011 Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*. Sessão 1, nº221, pag. 89. Brasília, DF, 18 nov. 2011.
- BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. *Diário Oficial da União - Seção 1 - 18/9/2006*, Página 1.
- BRASIL. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da União: Seção 1*, Brasília, DF, p. 23, 20 mar. 2013(a).
- BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: *Ministério da Saúde*, 2014. 156 p.: il.
- BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F. Program theory evaluation: Logic analysis, *Evaluation and Program Planning*, V.: 34, n: 1, Pages 69-78, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evalproplan.2010.04.001>.
- CARVALHO, M. C. & MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.4, p.:1003-1012, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400021>
- CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A-P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J-L. Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. IN: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A-P.; HARTZ, Z. (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. Tradução Michell Colin. Rio de Janeiro, ed. FIOCRUZ, 2011, p. 41-60.
- CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Modelizar as intervenções. IN: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A-P.; HARTZ, Z. (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. Tradução Michell Colin. Rio de Janeiro, ed. FIOCRUZ, 2011, p. 61-74.

CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION (CNA). Avis sur la prévention de l'obésité infantile Conseil national de l'alimentation. Avis n° 54 Ministère de l'agriculture et de la pêche Ministère de la santé et des solidarités Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie. Avis n°54 adopté à l'unanimité le 15 décembre 2005.

COSTA, D. V. P. et al. Diferenças no consumo alimentar nas áreas urbanas e rurais do Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, suppl 2 pp. 3805-3813, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.26752019>

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.33, v.7, p.:1-12, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>.

DOWNS, S. M., AHMED, S., FANZO, J., & HERFORTH, A. Food Environment Typology: Advancing an Expanded Definition, Framework, and Methodological Approach for Improved Characterization of Wild, Cultivated, and Built Food Environments toward Sustainable Diets. *Foods (Basel, Switzerland)*. V.9, n.4, p. 1-32, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/foods9040532>.

GARCIA-ARNAIZ, M. Taking measures in times of crisis: The political economy of obesity prevention in Spain. *Food Policy*, v. 68, p.: 65-76, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2017.01.001>

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP. Ed. UNICAMP, 2011, P. 59-90.

HLPE. 2017. La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i7846es/i7846es.pdf>

IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 66p.

LOPES, P. C. S.; PRADO, S. R. L. A.; COLOMBO, P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. *Rev. bras. enferm.* v.63, n.1, p.73-78, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100012>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. 3 de outubro de 2014. 37p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/images/stories/UTFGCV/planofactionchildobesity-por.pdf?ua=1>
Acessado em: 25 de junho de 2019

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr.*, Campinas, n. 17, v.4, p.:523-533, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012>

POULAIN, JEAN-PIERRE. **Sociologia da obesidade**. São Paulo, Ed. SENAC, 2013.

POTVIN, L. GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes a natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. IN: BOSI, M. L. M.;

MERCADO, F. J (org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde – enfoques emergentes**. Petropolis, RJ, Ed. VOZES, 3º ed., 2013, p. 65-86.

SANTANA, J. M.; ASSIS, A. M. O.; ALVES, W. P. O.; SANTOS, D. B. Association between gestational weight gain and birth weight: NISAMI Cohort. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v.20, n.2, p. 421-430, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200005>

SWINBURN, B. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The lancet*, v. 393, n. 10173, p.: 791-846, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção a saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLAA, J. **Modelo de atenção à saúde – promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador, EDUFBA, 2006, p. 19-58.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022. (96 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac.

VIERA-DA-SILVA, L, M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. IN: HARTZ, Z. M. A.; VIERA-DA-SILVA, L, M. (org.) **Avaliação em Saúde**. Salvador, EDUFBA. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005, p.15-40.

VIERA-DA-SILVA, L, M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

YATES-DOERR, EMILY. The Weight of Obesity: Hunger and Global Health in PosWar Guatemala. Oakland: University of Califórnia Press, 2015. Cap 05.

SANTOS, A. M.; SCHERER, P. T. Reflexões acerca das políticas públicas no enfrentamento a obesidade no Brasil. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v.17, n.1, p.219-236, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/marid/Downloads/692-Texto%20do%20artigo-2571-1-10-20121207.pdf>

VIGITEL Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal entre 2006 e 2021: estado nutricional e consumo alimentar [recurso eletrônico] / ministério da saúde, secretaria de vigilância em saúde, departamento de análise em saúde e vigilância de doenças não transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 75 p. : il.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. 2003. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_0besity.pdf Acessada em: 02.02.2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Discussion Paper. Draft Recommendations For The Prevention And Management Of Obesity Over The Life Course, Including Potential Targets. Version dated 19 August 2021. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24&download=true

_____, UNICEF, INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT/THE WORLD BANK. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2021 edition of the joint child malnutrition estimates. Geneva: *World Health Organization*; 2021.

Artigo 1

ANÁLISE DAS LINHAS ESTRATÉGICAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OBESIDADE: revisão de escopo

RESUMO

Problemática: A obesidade se caracteriza como fenômeno social multicausal, pandêmica, compreendido como doença ou fator de risco para outros agravos crônicos não transmissíveis, constituindo-se como desafio à saúde pública em diferentes países. Assim, intervenções em saúde pública têm sido utilizadas para buscar prevenção e/ou controle de aumento da obesidade nas populações.

Objetivo: Caracterizar a produção acadêmica e analisar linhas estratégicas sobre as principais políticas públicas voltadas à prevenção e controle da obesidade em diferentes países.

Metodologia: Utilizou-se como método a revisão de escopo realizada nas bases de dados MEDLINE/ PubMed, Web of Science e LILACS. Os estudos selecionados foram organizados segundo as suas características (ano, autores, periódico, local, objetivos, tipo de estudo, participantes, intervenção) e a análise qualitativa foi baseada na categorização proposta Jean-Pierre Poulain na perspectiva da Sociologia da Obesidade (2013).

Resultados: Foram selecionados 41 estudos e identificadas 15 tipos de intervenções voltadas à prevenção e tratamento da obesidade, com maior frequência das ações desenvolvidas no ambiente escolar, das cidades, orientadas à mudança de comportamento, com ação direta ou indireta dos governos. Observou-se o foco em estratégias que utilizam a linha do ambiente, através de medidas legislativas regulatórias, com vistas ao enquadramento de condutas e as focadas nos indivíduos e populações de risco através de ações educativas para promoção em saúde, baseada na divulgação de informações como meio para mudança de comportamentos. Menor enfoque foi dado ao cuidado/tratamento individual e ações participativas junto à comunidade.

Conclusão: O desenho das estratégias de saúde pública de controle da obesidade proposto por Poulain mostrou-se modelo válido de avaliação das intervenções. A ideia comportamental de orientação através da educação em saúde para um estilo de vida saudável prevalece nas políticas públicas, indicando um movimento de responsabilização dos sujeitos. É necessário aprofundar o debate das estruturas sociais de determinação da obesidade e as estratégias para sua prevenção e redução como a regulação alimentar e da publicidade, espaços públicos para atividade física, escola saudável, transporte ativo e políticas sociais equitativas, junto às ações de mudança nos sistemas de representações sobre o corpo obeso, sem negligenciar o cuidado.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Políticas Públicas de Saúde. Prevenção Primária. Assistência Integral à Saúde. Revisão.

PUBLIC POLICY INTERVENTIONS FOR PREVENTING AND TREATING OBESITY: scoping review

ABSTRACT

Problematic: Obesity is characterized as a multi-causal social problem and pandemic, understood as a disease and/or risk factor for other non-transmissible chronic diseases, thus

representing a public health challenge in different countries. Hence, public health interventions have been used to seek to prevent and/or control increased obesity among populations.

Objective: To characterize the academic production and analyze the strategic lines of the main public policies focused on preventing and controlling obesity in different countries.

Methods: We used the scoping review method in the MEDLINE/PubMed, Web of Science, and LILACS databases. The studies chosen were organized according to their characteristics and the qualitative analysis was based on the categorization proposed by the author Poulain.

Results: We chose 41 studies and identified 15 types of interventions focused on obesity, in which there was a greater frequency of actions developed in the school and city environments and geared toward behavioral change, with direct or indirect government action. We observed a focus on strategies that use the environmental line through regulatory and legislative measures and those geared toward the individual through health promotion, based on the dissemination of information as a means for behavioral change. A smaller focus is given to individual care/treatment and participative actions in the community.

Conclusion: The design of public health strategies applicable to obesity proposed by Poulain features as a valid model for evaluating interventions. The behavioral idea of guidance through health education toward a healthy lifestyle prevails in public policies, indicating a movement toward subject accountability. It is necessary to deepen the debate on the social structures that determine obesity, and strategies for its prevention and reduction, such as food and advertising regulation, public spaces for physical activity, healthy schools, active transport and equitable social policies which limit possibilities of choice, aligned with cultural change regarding its occurrence, with care strategies based on scientific evidence and that accommodate the subjects.

Keywords: Overweight. Obesity. Health Public Policy. Primary Prevention. Comprehensive Health Care. Review.

INTRODUÇÃO

A obesidade caracteriza-se como fenômeno complexo, multicausal, relacionado ao modo de vida moderno e como grave problema social no mundo, com dimensões pandêmicas (POULAIN, 2013; BURIGO e PORTO, 2021; SWINBURN et al., 2019; CHOOI et al., 2019). A literatura científica revela diversos elementos associados à ocorrência da obesidade como fatores ecológicos, genéticos e metabólicos, culturais, psíquicos, sociais, bem como enquanto sindemia global, junto às epidemias de desnutrição e alterações climáticas (SWINBURN, et al., 2019; VARQUEZ-DURAN et al., 2020; ROBINSON et al., 2021).

No campo da saúde, a obesidade é definida como fator de risco e relaciona-se à ocorrência de distintas enfermidades incluindo as cardiovasculares e cerebrovasculares, os distúrbios musculoesqueléticos, a diabetes não-insulino dependente, a hipertensão arterial sistêmica e alguns tipos de cânceres e como doença crônica, que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo em um nível que compromete a saúde dos indivíduos (AFSHIN *et al.*, 2017;

WHO, 2021). Sua prevalência é comumente avaliada pelo Índice de Massa Corporal (IMC) definido como peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2) superior a 30 kg/m^2 (WHO, 2003).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a prevalência mundial de obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016 e estimava-se que em 2016 cerca de 13% da população adulta mundial (11% dos homens e 15% das mulheres) estavam obesos. O mesmo avanço pode ser observado em crianças. Estimativas conjuntas sobre a má nutrição em crianças do Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF/OMS/Grupo Banco Mundial para o ano de 2020, identificou que há 38,9 milhões de crianças menores de 5 anos com excesso de peso em todo o mundo, com um aumento exponencial nos últimos anos, de aproximadamente 6 milhões, desde o ano 2000. O sobrepeso, pode aumentar o risco de obesidade infantil e está associado a ocorrência de doenças não transmissíveis relacionadas à dieta na vida adulta (UNICEF/WHO/World Bank Group, 2021). A epidemia de obesidade não está restrita às sociedades industrializadas e esse aumento tem acontecido também em países em desenvolvimento (WHO, 2021).

Uma análise na perspectiva sociológica compreende a obesidade como fenômeno complexo, influenciado por um conjunto de fatores no sistema alimentar global (BURIGO e PORTO, 2021). Jean-Pierre Poulain (2013) destaca que as influências dos determinantes sociais podem ocorrer em duas cadeias de causalidade interdependentes nas pessoas com obesidade – de um lado as dinâmicas de vida em que os sujeitos estão inseridos podem ser considerados como determinante, através das condições de vulnerabilidade social a que estas pessoas vivem (baixa renda, menor escolaridade, baixa empregabilidade, entre outros), que repercutem sobre suas opções de consumo, com alimentos mais calóricos e mais acessíveis economicamente, no acesso a bens e serviços e na prática de atividade física; e de outro modo, a corpulência e a obesidade podem ser vistas como influenciadora da posição e dinâmicas sociais, ao considerar que a discriminação e estigmatização afetam o percurso escolar, acesso ao emprego, trajetória profissional e acabam por influenciar na posição do indivíduo, constituindo um ciclo de exclusão social.

Neste sentido, assume-se a perspectiva da politização sobre o fenômeno da obesidade através do Estado, que envolve a mobilização de recursos através de políticas públicas, considerando a partilha das responsabilidades sobre sua ocorrência (POULAIN, 2013). Diante da complexidade do fenômeno e da incerteza sobre a melhor estratégia para lidar com o aumento exponencial da condição de obesidade em diferentes países, pesquisadores vêm analisando intervenções, com vistas a identificação das melhores práticas para prevenção,

cuidado ou tratamento aos indivíduos que vivem com obesidade. Neste sentido, objetiva-se caracterizar a produção científica sobre o tema e analisar linhas estratégicas sobre as principais políticas públicas voltadas à prevenção e controle da obesidade em diferentes países.

ASPECTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS

Realizou-se uma revisão de escopo com análise qualitativa sobre políticas públicas para a obesidade, buscando respostas sobre as estratégias desenvolvidas no campo da saúde pública voltadas à condição de obesidade. O estudo foi baseado nas recomendações PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (TRICCO et al., 2018).

Critérios de elegibilidade

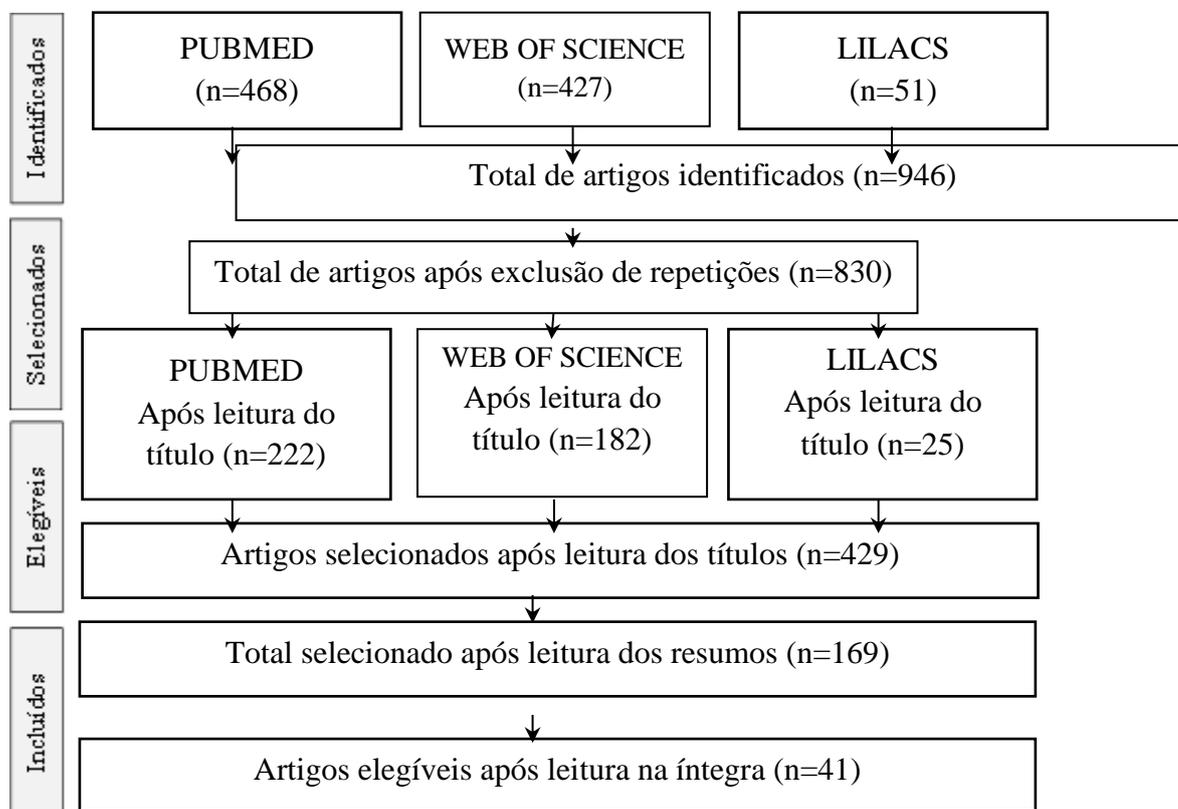
Foram incluídos estudos originais cujo objeto central estava relacionado às intervenções reais em políticas públicas para condição de obesidade. Entendeu-se política como definido por Paim e Teixeira (2003, p.74) “a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) frente às condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes [...]”. Os considerados elegíveis incluíam os estudos originais com uso de métodos qualitativos ou quantitativos; estudos voltados a grupos específicos ou ao público em geral; estudos locais, nacionais ou de análise global. Foram incluídos artigos em qualquer língua disponível. Foram considerados inelegíveis os estudos de revisão; estudos cujo foco não correspondeu às ações de prevenção e controle da obesidade em políticas públicas ou não disponíveis.

Coleta dos dados

A pesquisa foi realizada nas bases de dados da *National Library of Medicine MEDLINE/ PubMed*, na *Web of Science* e no *Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde LILACS*. Com uso da combinação das palavras-chave “*Obesity AND public policy*” adaptados para cada uma das bases de dados (indexadores), utilizando os termos MESH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), entre os anos de 2008-agosto/2021, em dois momentos de busca. A busca 1 foi realizada 23 de setembro de 2018 e atualizada em 19 de agosto de 2021, por dois pesquisadores. A justificativa desse recorte temporal levou em conta o período de uma década, para seleção ampla das intervenções, com posterior atualização. A análise deu-se em uma amostra de 41 estudos selecionados após

critérios de inclusão, somando-se as buscas 1 e 2. A síntese da estratégia de busca está descrita abaixo (Figura 3).

Figura 3. Fluxograma da seleção de estudos para a revisão (MEDLINE/PubMed, na Web of Science, LILACS, 2021).



Fonte: elaboração própria.

Análise dos dados

Os textos foram selecionados pelos títulos e em seguida pelos resumos e por fim pela leitura completa, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, com o auxílio da plataforma digital EndNote Online. Os estudos selecionados foram então organizados e sistematizados em uma tabela do programa Microsoft Office Excel versão 16, com descrição dos tópicos analisados: ano, autores, periódico, local, objetivos, tipo de estudo, participantes, intervenção, resultados, conclusões, linha estratégica de uma política de prevenção da obesidade e atuação em níveis de fatores causais da obesidade, baseado em Jean-Pierre Poulain (2013).

O modelo causal sobre a obesidade, elaborado por Ritenbaugh et al. (1999) e adaptado pelo grupo de trabalho provincial sobre a problemática do peso em Quebec (2005) utilizado por Poulain (2013) distingue cinco grandes níveis na determinação da obesidade, que envolve

estruturas de macro determinação como os fatores internacionais (globalização de mercados, industrialização, mídia e marketing); que por sua vez, irão influir nos fatores nacionais/regionais (políticas públicas nos diferentes setores); fatores comunitários (transporte, segurança, urbanização, disponibilidade e acesso aos alimentos, publicidade e mídia, renda); até alcançar os fatores individuais (ocupação, deslocamento, lazer, atividades esportivas, alimentos e imagem corporal, que se relacionam com a genética e metabolismo entre oferta e gasto energético); e a população (prevalência de problemas relacionados ao peso e preocupação excessiva com o peso).

A partir deste modelo causal, organizado por campos, como alimentação, atividade física e o campo sociocultural, propõe quatro ações estratégicas para uma política de prevenção da obesidade. Um sistema de classificação baseado inicialmente nos fatores determinantes/causais da obesidade, sobre os quais se age segundo quatro ações estratégicas principais (Figura 4).

Figura 4. Ações e linhas estratégicas aplicáveis à prevenção da obesidade (POULAIN, 2013).

	AÇÕES ESTRATÉGICAS	LINHAS ESTRATÉGICAS
1	Promoção da saúde de cima para baixo Propostas dos gestores aos cidadãos, na tentativa de influenciar nos hábitos dos indivíduos e suas famílias, através da educação para saúde, principalmente via comunicação institucional.	A linha estratégica administrativa Funciona pelo topo e envolve agentes que assumem a responsabilidade a respeito do risco da obesidade e através de atos administrativas.
2	A educação para saúde em grupos O objetivo é modificar os comportamentos individuais através da estratégia da dinâmica de grupos. Utiliza a ideia de socialização para mudar comportamentos individuais.	Linha estratégica centrada nos indivíduos ou populações consideradas de risco Faz uso de mensagens que orientem sobre os comportamentos mais saudáveis e envolvem a participação de outros atores e setores, a exemplo da educação, do esporte.
3	Conselhos individualizados para a saúde Baseia-se no uso de agentes, profissionais de saúde na oferta de um cuidado e acompanhamento das mudanças individuais.	Linha estratégica baseada nos atores e nas redes Combina conselhos individualizados com a mobilização do ambiente social dos indivíduos em risco. Busca criar condições para novas socializações de grupos profissionais como impulsores de mudança de hábitos.
4	Legislação para saúde Procura agir sobre a ação dos indivíduos, de maneira indireta, por meio de parâmetros do mercado econômico, através da modificação de preços, como forma de estimular ou reduzir o consumo de certo grupo de alimentos.	Linha estratégica centrada no ambiente Visa o enquadramento de condutas, atuando no ambiente, utilizando recursos legislativos (regulação, modificações nos espaços urbanos, escolares) estabelecendo interdições totais ou parciais.
5	Linha estratégica centrada nos sistemas de representações De maneira transversal as anteriores e busca intervir sobre fatores que afetam o relacionamento com a corpulência e com os modelos alimentares, com foco na saúde.	

Fonte: Adaptado de Poulain, 2013.

RESULTADOS

Caracterização da produção sobre políticas públicas para obesidade

O maior número de trabalhos foi publicado entre os anos de 2012-2013 (n=8) e 2016-2017 (n=8), com uma distribuição regular ao longo do período investigado. Quinze países (incluindo municípios e distritos) foram focos da avaliação sobre suas intervenções, que se concentraram na América do Norte, representando 41% dos trabalhos selecionados, com maioria nos Estados Unidos (n=12), seguido do Canadá (n=5) (Tabela 1).

Por tratar-se de pesquisas de intervenções em políticas públicas, as metodologias versaram sobre a avaliação das propostas, implantação e avaliação de seus resultados, com uso variado de abordagens, em sua maioria qualitativa (n=20). Foram identificadas quinze intervenções, que incluem desde iniciativas ambientais de estímulo ao transporte ativo (n=3), regulação da publicidade e comercialização de alimentos (n=3) até ações direcionadas ao acompanhamento individual (n=1), com predominância das realizadas no ambiente escolar (n=13).

As intervenções desenvolvidas no âmbito escolar incluíram ações para promoção da saúde entre discentes e profissionais, através de estímulo à atividade física e a alimentação saudável. As alterações na alimentação no ambiente escolar para prevenção e controle da obesidade visavam a modificação nos cardápios escolares, como no estado de Washington, cuja Lei de Crianças Saudáveis, Livres de Fome de 2010 exigiu dos distritos escolares participantes que fizessem mudanças nas faixas calóricas para as refeições, com teores de sódio e gordura trans limitados e aumento da quantidade de frutas, verduras e grãos integrais (CORNISH et al., 2016); Padrões mínimos de nutrição obrigatórios para alimentos e bebidas vendidos aos estudantes no Canadá (MASSE et al., 2013) e recomendações de cumprimento da regulamentação nutricional no estado do Texas (BARROSO et al., 2009).

No distrito de South Bronx, em Nova York, o departamento de saúde financiou um projeto que recomendava a implementação da campanha de leite com baixo teor de gordura “1% ou menos” nas escolas (GOLUB et al., 2011). Ainda foi identificada estratégia que inclui, entre outras ações, a rotulagem frontal de advertência sobre produtos não saudáveis, para apoio às escolhas alimentares no ambiente escolar no Chile (ALANIZ-SALINAS e CASTILLO-MONTES, 2020).

Tabela 1. Características gerais das produções científicas de intervenções públicas voltadas à obesidade nas bases de dados PubMed/Medline, Web of Science e LILACS, 2008-08/2021.

Variáveis	n	%
Ano da publicação		
2008 – 2009	9	21.9
2012– 2015	13	31.7
2016 – 2019	13	31.7
2020 – 2021	6	14.6
Países estudados		
Austrália	5	12.2
Brasil	3	7.3
Canadá	5	12.2
Chile	2	4.9
Colômbia	1	2.4
França	1	2.4
Alemanha	1	2.4
México	1	2.4
Holanda	1	2.4
Portugal	1	2.4
Espanha	2	4.9
Reino Unido	3	7.3
USA	12	29.3
Uruguai	1	2.4
Multicêntrico	2	4.9
Método da pesquisa		
Qualitativo	20	48.8
Quantitativo	17	41.5
Misto	4	9.8
Intervenções estudadas		
Ações para facilitar o acesso a alimentos saudáveis	1	2.4
Guias e documentos orientadores	3	7.3
Igualdade de tratamento e ação anti discriminatória	1	2.4
Imposto sobre bebidas açucaradas	6	14.6
Iniciativas comunitárias para prevenção da obesidade	1	2.4
Linha de cuidado na rede assistencial de saúde	1	2.4
Modificações nas rotulagens nutricionais	2	4.9
Política de estímulo à amamentação	1	2.4
Políticas de promoção do transporte ativo	3	7.3
Programas de perda de peso	1	2.4
Proibição de serviços tipo <i>fast-food</i> e <i>drive-through</i>	1	2.4
Promoção da saúde e prevenção da obesidade no ambiente escolar	13	31.7
Propostas de ações intersetoriais gerais para prevenção da obesidade	4	9.8
Regulação da publicidade infantil de alimentos	3	7.3
Total de Estudos/Intervenções	41	100

Fonte: Elaboração própria

Outro caminho, comumente utilizado nas escolas envolviam a qualidade nutricional de alimentos comercializados. Na Colômbia, foram definidos um conjunto de padrões e obrigações previstos em lei sobre os produtos alimentícios vendidos nas lojas escolares das instituições públicas, com vistas a prevenir e combater a obesidade nestes espaços (LÓPEZ et al., 2017). Outras ações incluíam a mudança nos produtos comercializados nas máquinas de venda de alimentos e bebidas através da Lei de Reautorização da Nutrição Infantil, no Condado de Washtenaw (HAN-MARKEY et al., 2012), até a eliminação de acesso a máquinas de venda automática para alunos do ensino fundamental em Arkansas (PHILLIPS et al., 2011) e sua proibição total em escolas secundárias na França, independentemente dos itens à venda (CAPACCI et al., 2018).

No que tange ao estímulo à atividade física, identificou-se como estratégias a inclusão de sua prática no currículo escolar, e as recomendações incluíam a promoção da saúde e atividade física no ambiente escolar, como no Chile (SALINAS e VIO DEL, 2011), intervenções mais diretas para a realização de pelo menos 20 minutos, em Ontário ou 30 minutos no estado do Texas e na província de British Columbia, Canadá, de atividade física diária (ROBERTSON-WILSON e LÉVESQUE, 2009; BARROSO et al., 2009; MASSÊ et al., 2013). Na Holanda e em Arkansas foi realizada uma proposta combinada em diversas frentes, como de atividade esportiva escolar, sistema de acompanhamento de alunos, exercícios presenciais, aulas destinadas a aumentar a consciência e a autoeficácia, um serviço de informação parental e uma Semana de Atividade, comitês consultivos, entre outros (JURG et al., 2008; PHILLIPS et al., 2011), bem como de implementação de políticas de bem-estar escolares, que incluíssem alimentação e atividade física (LONGLEY et al., 2009).

A segunda intervenção mais analisada envolve a atuação mediada pelo Estado (n=6), com a taxação ou controle da quantidade de ingredientes e/ou produtos considerados não saudáveis, especialmente as bebidas açucaradas, adoçadas e dietéticas. Essa prática, tem como propósito exercer uma influência indireta sobre a população, que diante do aumento de preços passaria a consumir menos tais produtos. Outra linha é a influência do Estado e de entidades médicas e de saúde para influenciar a indústria alimentícia na produção de alimentos com menor quantidade de açúcares, com acordos diversos. Na Filadélfia foi observado redução no consumo de bebidas açucaradas após taxação, mas sem diferença significativa entre regiões que não dispunham de legislação (ZHONG, 2020). Dados da pesquisa de modelagem sobre a taxação em Portugal, concluiu que a estratégia atingiu o seu objetivo ao diminuir as vendas destas bebidas, estimada em 6,6 milhões de litros por ano (redução de 21% no volume) e incentivar a reformulação para níveis mais baixos de teor de açúcar pela indústria, cuja densidade energética média diminuiu

3,1 kcal por 100 ml nas bebidas açucaradas. Os pesquisadores estimam que a estratégia terá um efeito positivo na redução da incidência de obesidade a médio prazo e evitará cerca de 40–78 novos casos de obesidade todos os anos no país, com influências a longo prazo (GOIANA-DASILVA, 2020).

No Reino Unido, o plano de ação para redução da obesidade infantil, tinha entre as estratégias a taxação sobre refrigerantes e a reformulação visando uma redução de 20% no teor de açúcar das nove principais categorias de alimentos que contribuem para este nutriente na dieta das crianças. Moore et al. (2020) investigaram então os teores de açúcar e macronutrientes de 893 produtos de iogurte vendidos em 2019, em comparação a 2016, e identificaram que seu teor médio foi reduzido em 13% neste período. No mesmo país, Buckton (2019) identificou no debate das partes interessadas - indústria de alimentos e defensores da saúde pública – que a coalizão de opiniões mudou ao longo do tempo, influenciados por evidências sobre os danos à saúde do consumo excessivo de açúcar e anúncios de políticas, sendo a estratégias de responsabilidade social corporativa um importante mecanismo de adesão das indústrias a redução de açúcar nas bebidas, como meio para mitigar o nível de controvérsia decorrente das atividades empresariais.

Cawley et al. (2016) identificaram que, em média, menos da metade do imposto cobrado em nível municipal nos Estados Unidos foi repassado aos consumidores na forma de preços mais altos (43,1%). Em investigação sobre a eficácia da tributação de refrigerantes, Jou e Techakehakij (2012) concluíram que diante da combinação de três fatores, altas taxas de obesidade, altos níveis de consumo e uma taxa de impostos baseada em preços de varejo com média de pouco mais de 4%, tornam a maior tributação dos refrigerantes uma política com alto potencial para proporcionar benefícios à saúde.

Outras ações envolviam o controle sobre os estímulos considerados promotores da obesidade, como da publicidade infantil durante a programação televisiva, especialmente em horários de programação infantil (n=3), na Alemanha, Espanha e em províncias Canadenses (ROBERTS et al., 2012; DAVÓ-BLANES et al., 2013; KENT et al., 2011). Almeja-se controlar o estímulo exercido pela indústria alimentícia na construção dos hábitos alimentares na infância, através de regulamentos obrigatórios e/ou voluntários. Os estudos destacam a dificuldade e necessidade de maior monitoramento da publicidade, considerando que as violações às recomendações permanecem altas na programação infantil, que poderiam ser reduzidas com penalidades definidas em lei. A disputa com os *lobbys* da indústria alimentícia é grande e alguns países preferem adotar acordos voluntários entre governos e indústria a assumir uma política de controle (KENT et al., 2011). Outra linha de intervenção identificada

relaciona-se a proibição de serviços tipo *fast-food* e *drive-thru* (n=1), como forma de controlar sua densidade nos espaços das cidades e desestimular o consumo de alimentos rápidos (NYKIFORUK et al., 2018).

Ademais, as intervenções buscavam atuar no ambiente como forma de promover a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, com maior gasto de energia e consumo de alimentos saudáveis, a exemplo de guias orientadores à população (n=3) (DAVIES et al., 2017; NYKIFORUK et al., 2018). HARTLEV (2014) analisou também o conteúdo destes documentos na Europa, para identificar se foi feito o uso da estigmatização como uma ferramenta para desencadear mudanças no estilo de vida. No ambientes das cidades, foram identificadas políticas de transporte público e ativo, com incentivo ao uso de bicicletas como meios de deslocamento, e promoção de espaços de recreação e esportes nas cidades (n=3) (SUMINSKI et al.; 2014; ; BROWN et al., 2017; LÓPEZ, 2017) além de ações para facilitar o acesso a alimentos saudáveis, a exemplo de carrinhos para venda de frutas e estímulo a feiras e comércios locais (n=1) (SILBERFARB et al., 2014); modificações nas rotulagens nutricionais que facilitem a identificação de produtos e nutrientes considerados prejudiciais, como uso de classificação por cores e destaque nas embalagens para ingredientes não saudáveis (n=2) (ALANIZ-SALINAS et al., 2020; ARES et al., 2020).

Na perspectiva mais gerencial, destacam-se experiências de implantação de ações intersetoriais para prevenção à obesidade, que articularam atividades em diversas áreas (educação, saúde, infraestrutura, economia, etc) e através de intervenções públicas, a partir de um objetivo comum de reduzir o quadro de obesidade na população, com articulação governamental e não governamental (n=4) (CLELAND et al., 2013; NEWMAN et al., 2014; KELLY et al., 2016; GRACIA-ARNAIZ, 2017); políticas de estímulo e garantia aos direitos ligados a amamentação (KIRK et al., 2012;); a legislação para maior inclusão das pessoas com obesidade, que promovam a igualdade de tratamento e evitem comportamentos discriminatórios (n=1) (HILBERT et al., 2017), bem como iniciativas comunitárias para prevenção da obesidade (n=1), que envolvem vários cenários (por exemplo, saúde, educação, setores comunitários e comerciais, como organizações comunitárias, escolas, locais de trabalho ou clínicas) e em vários níveis socioecológicos (de políticas individuais, interpessoais, organizacionais, comunitárias e públicas), e caracterizam-se por ocorrerem em espaços ou com grupos comunitários existentes, cujo objetivo envolva a promoção da alimentação saudável e/ou atividade física, de maneira contínua (WHELAN et al., 2015).

Foram encontrados poucos estudos de políticas públicas voltadas ao cuidado/tratamento das pessoas com obesidade. Ainda que as ações voltadas à população geral não excluem tais

peessoas, ao mesmo tempo não garantem uma oferta de cuidado estruturada. No Reino Unido foi conduzida uma iniciativa piloto de um programa de controle do peso, que buscou organizar a atenção às pessoas com obesidade na rotina da atenção primária à saúde, tendo como alicerce as práticas baseadas em evidências. Na percepção de profissionais e pacientes, foram fatores facilitadores para o envolvimento contínuo no programa ter uma compreensão clara dos objetivos e expectativas da proposta, enfatizar estratégias para prevenir o comportamento de recaída⁷ em pacientes, o monitoramento dos resultados e a criação de um ambiente de apoio à mudança para o envolvimento contínuo dos pacientes (MCQUIGG et al., 2008). Por fim, observou-se ainda a proposta de organização de linha de cuidado na rede de serviços do sistema público de saúde brasileiro, cujo proposta envolve a organização da assistência, considerando as demandas do sujeito e seu caminhar nos pontos de atenção à saúde e seus desafios (RAMOS et al., 2020).

Análise das intervenções públicas de saúde segundo ações e linhas estratégicas

“Trata-se de uma luta contra obesidade e não contra os obesos”. (Poulain, 2013, p.264)

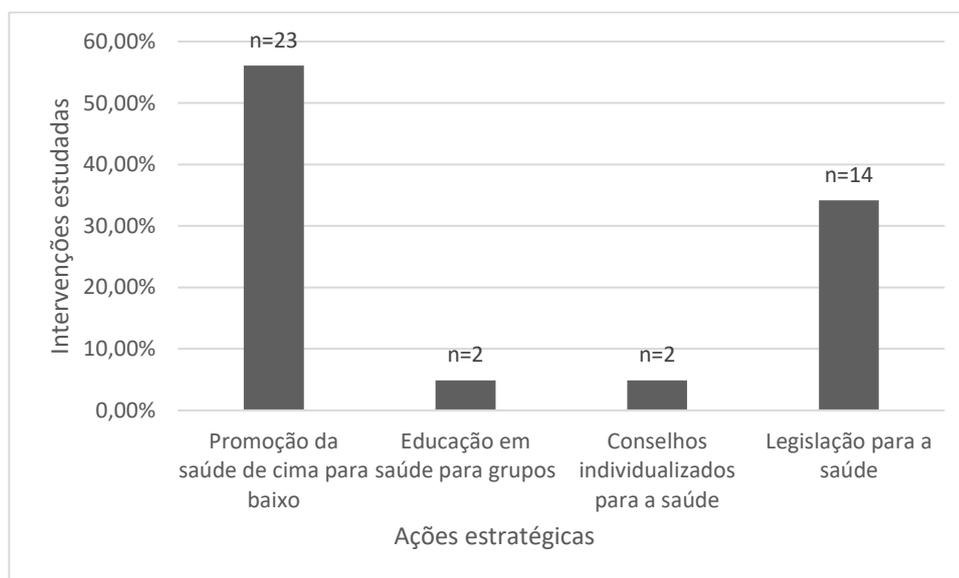
Poulain (2013) considera dois modelos de determinação social da obesidade (baseado em Rienbaugh *et al.*, 1999 e adaptado pelo GTPPP). O primeiro busca modificar o estilo de vida através de seus determinantes comunitários a exemplo da escolaridade, renda, ambiente social e cultural, disponibilidade de alimentos, acesso ao serviço, transporte público e segurança, agindo direta ou indiretamente sobre tais fatores, distinguindo cinco grandes níveis de determinação: fatores internacionais, nacionais e regionais, comunitário, individual e da população. A segunda, parte das representações sociais sobre obesidade e o estigma a ela atribuído, com consequências no cotidiano das pessoas e em suas trajetórias de vida. Tal modelo reconhece um conjunto de motores de ação e linhas estratégicas capazes de serem organizadas em um plano de prevenção e cuidado.

Ao considerar os diferentes níveis de determinação da obesidade, que orientam quatro ações estratégicas principais, foi possível identificar que as intervenções estudadas se concentram na promoção da saúde de cima para baixo, ou seja, produzidas pelos gestores e orientadas à população (n=22), seguida por legislação em saúde (n=14), com destaque para as ações de aumento na taxação de impostos sobre bebidas açucaradas (Figura 5). As duas

⁷ No sentido de ter participado do grupo anteriormente, sem sucesso na perda de peso e/ou não adesão as estratégias propostas pelo grupo (MCQUIGG et al., 2008)

estratégias buscam influenciar direta ou indiretamente a conduta dos indivíduos e comunidades, seja através de comunicação institucional para a educação em saúde ou através de legislação sobre o mercado econômico, controle de preços, com um destaque exponencial para o primeiro. Ambas, segundo Poulain (2013) são consideradas ações dirigidas de cima para baixo, produzidas e publicadas pelo Estado e direcionadas à sociedade, de caráter mais autoritário. Buscam atuar sobre o estilo de vida da população, mas com foco nas ações de cunho educativo, sobre os determinantes sociais estruturais. Tal modelo, baseia-se na ideia que a mudança comportamental se relaciona a percepção de uma ameaça à saúde (risco), que seria convertido em ação para um estilo de vida saudável, mas desconsidera pressões materiais e da sociabilidade dos atores.

Figura 5. Distribuição do número de intervenções públicas para a obesidade, segundo as ações estratégicas de intervenção, 2021 (n=41).

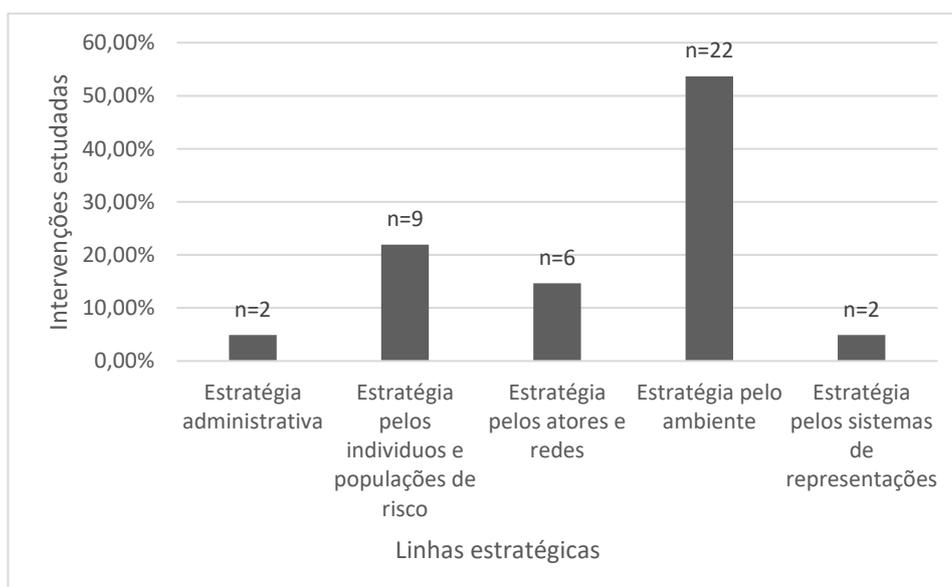


Fonte: Elaboração própria

Os conselhos individualizados para saúde (n=2) e a educação em saúde pelos grupos (n=2) foram menos utilizados. Ambas, apresentam como foco o tratamento às pessoas com obesidade, primeiro através de um atendimento individualizado pelos profissionais de saúde; o segundo baseia-se na tentativa de modificar comportamentos através da dinâmica de grupos, considerando a ideia de que o comportamento do grupo pode influenciar comportamentos individuais através da socialização e apoio comunitário, comuns em outras ações no campo da saúde. No quesito intersetorialidade observou-se intervenções sobre políticas de saúde, educação, transporte público e urbanização, que buscavam atuar nos hábitos da população sobre o deslocamento, lazer, consumo e atividade física.

No segundo modelo de classificação das linhas estratégicas, Poulain (2013) destaca que estas podem ser articuladas no âmbito de uma política geral. Neste estudo, as intervenções se concentram sobremaneira na linha estratégica situada no ambiente (n=22) que envolve o enquadramento de condutas dos sujeitos ou grupos a partir de medidas legislativas, estabelecendo interdições totais ou parciais sobre produtos e serviços a exemplo das máquinas de venda de alimentos nas escolas, impostos sobre bebidas, controle de cardápios e publicidade (Figura 6). Nesta abordagem, o Estado considera que o público não é plenamente responsável por suas escolhas e que estas podem ser moldadas, chamados por alguns autores de “estratégia sem esforço”, ao passo que busca intervir na indução sobre escolhas individuais, através da regulação de mercados e enquadramento das ações de grupos.

Figura 6. Distribuição do número de intervenções públicas para a obesidade, segundo as linhas estratégicas de intervenção, 2021 (n=41).



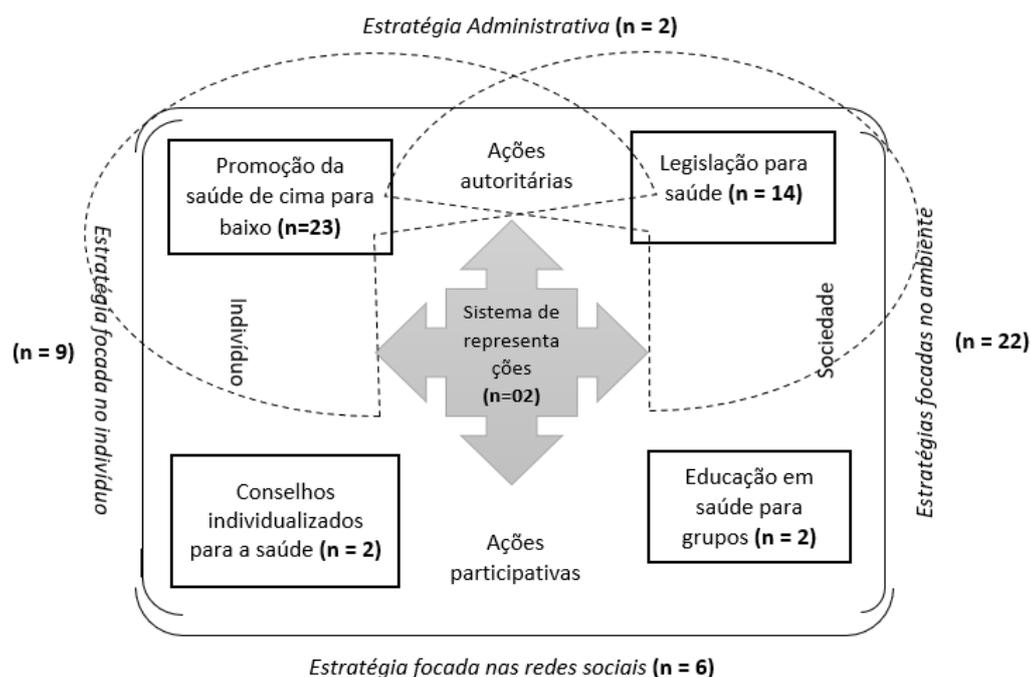
Fonte: Elaboração própria

A estratégia pelos indivíduos e populações de risco, a segunda mais identificada (n=9) envolveu principalmente a promoção da saúde a grupos, através de mensagens que buscam orientar quanto a comportamentos mais saudáveis aos sujeitos com obesidade e a população em geral. Para tanto, mobiliza atores sociais de diversas áreas, a exemplo da educação, saúde e esporte que podem reproduzir e validar o discurso e responsabilizar-se pelos sujeitos em seus espaços de atuação.

As estratégias pelos atores e redes sociais (n=6) combinam orientações individualizadas com a mobilização do ambiente social em que o sujeito está inserido (comunidade, escola, ambientes institucionais e outros espaços) através de uma rede de atores locais, articulando

estruturas comunitárias e interinstitucionais. As mais encontradas envolveram a mobilização através dos ambientes escolares, entre estudantes, pais, comunidade e docentes, como forma de mobilização à hábitos de vida saudáveis por meio de estímulos dos grupos nos espaços de socialização, como impulsores do processo de prevenção. Síntese na Figura 7.

Figura 7. Distribuição das políticas públicas para a obesidade, segundo ações e linhas estratégicas das intervenções, 2021 (baseado em Poulain, 2013).



Fonte: Elaboração própria, baseado em Poulain, 2013.

Ações pela estratégia administrativa (n=2) foram menos frequentes. Ao contrário das ações cujo foco são a orientação educativa para a população, estas atuam pelo topo, pela gestão, mas na mobilização de atores acadêmicos e políticos, para sistematização dos conhecimentos disponíveis que possam orientar as propostas dos gestores, tomadores de decisão e suas ações. Poulain (2013) também reforça a necessidade de atuar nos sistemas de representações sociais sobre a obesidade, de caráter discriminatório, comumente validado por agentes do Estado e do campo médico, como maneira de ressignificar a atenção prestada aos sujeitos que convivem com excesso de peso. No entanto, foram reduzidos os estudos que tratavam das estratégias centradas nos sistemas de representação (n=1) que afetam a relação com a corpulência e sobre modelos de beleza e saúde que balizam o estigma sobre as pessoas gordas.

DISCUSSÃO

Encontrou-se nesta pesquisa o maior número de estudos realizados nos Estados Unidos da América, país que controla a produção científica no campo médico e historicamente nas investigações sobre obesidade, influenciando em seu reconhecimento como doença e com uma das maiores prevalências desse agravo (POULAIN, 2013; ASFHIN et al., 2017). Além disso, as modificações alimentares e de trabalho, que se relacionam a obesidade tenderam a avançar primeiro em países mais desenvolvidos e com exposição a pressões alimentares mais comercializados, ainda que no século XXI tenha se expandido em lugares com cultura alimentar supostamente forte e países em desenvolvimento (LANG e RAYNER, 2007).

Os resultados evidenciaram uma variedade de ações voltadas ao controle do sobrepeso e da obesidade nos estudos pesquisados, com diversidade de enfoques, grupos e modelos de ação. No entanto, salienta-se que cada país assume uma ou outra abordagem, variando conforme entendimento sobre a obesidade, interesse e recursos de cada governo. Lang e Rayner (2007) consideram essa pulverização de ações como uma “cacofonia política”⁸, em que os governos encontram dificuldade de traduzir as evidências em ação. Poulain (2013) considera que, diante da insegurança científica, o político intervém para assumir as decisões, a partir do princípio de precaução e dos níveis de leitura política sobre obesidade, que então determinam o esquema de argumentação – alguns acentuaram a responsabilidade dos sujeitos e outros consideram a obesidade resultado de desigualdades sociais e econômicas. Nas intervenções aqui analisadas, destacam-se as primeiras, verificadas através das linhas estratégicas utilizadas.

As intervenções de promoção da saúde foram bem relatadas nos estudos, com notório destaque sobre as desenvolvidas no espaço escolar. A relação da educação com a saúde encontra nas escolas o ambiente considerado propício na construção de um estilo de vida saudável, cuja responsabilidade sobre as ações é compartilhada com agentes além do campo da saúde. Práticas saudáveis nas fases iniciais de desenvolvimento podem ter repercussões positivas na saúde na vida adulta, melhorar o desempenho escolar e, o desenvolvimento social dos países (CASEMIRO et al., 2014; WHO, 2020). Nesse sentido, desde 2006 a *World Health Organization* (WHO) e parceiros lançaram a Iniciativa de Escolas Amigas da Nutrição, que objetivava garantir programas integrados nas escolas que tratassem dos problemas de saúde

⁸ Cacofonia política, na compreensão dos autores diz respeito à complexidade da teia causal relacionada a ocorrência da obesidade, ligadas ao conjunto de diferentes análises e soluções políticas que foram desenvolvidas e oferecidas pelos governos para sua prevenção e tratamento e o desafio sobre sua governança. A questão é acentuada pela necessidade da evidência científica ou a falta dela, para orientar os formuladores de políticas com orientações coerentes sobre as ações que sintam que possam ser cumpridas (LANG E RAYNER, 2007).

relacionados à nutrição. Com o estímulo internacional, em 2016-2017, 89% dos países relataram a implementação de programas de saúde e nutrição escolar, de maior ou menor abrangência (WHO, 2020).

No entanto, sua implementação suscita alguns debates, que envolvem as práticas de *bullying* e estigmatização entre os escolares, culpabilização de pais e responsáveis, além gerar opiniões contraditórias entre gestores, professores e pais, ao considerar a definição de papéis e responsabilidades no planejamento e execução dos programas de saúde. Os professores e gestores não se sentem preparados adequadamente para ações que ultrapassam seu âmbito de atuação, pontuam o acúmulo de funções entre as atividades pedagógicas e as demandas de saúde apontadas pelos programas, como também registra outros estudos (CASEMIRO et al., 2014; THÉODORE et al., 2018; HILDEBRAND et al., 2019).

A taxação de bebidas açucaradas, a segunda mais encontrada, tem recebido estímulo no campo das políticas públicas, considerando os resultados positivos sobre a redução da obesidade observada em alguns países (CAWLEY et al., 2017; BUCKTON et al., 2019; GOIANIA-DA-SILVA, 2020; MOORE et al., 2020). De fato, é reconhecida a influência da condição social no acesso e consumo de alimentos, moldados por fatores microambientais (emprego, renda, sexo, etc.) e os macroambientais (aumento da oferta de alimentos, diminuição do preço dos produtos, regulação das empresas de alimentos, etc.), especialmente em países mais pobres. Com renda e acesso comprometidos, as famílias tendem a buscar produtos de menor valor monetário, que comumente são mais pobres nutricionalmente (MATHIEU-BOLH, 2020; GARCIA-ANAIZ et al., 2021, PESTONI, et al., 2021).

A intervenção via taxação de produtos é inspirada nas experiências políticas contra o uso de cigarros a base de tabaco, no entanto, vale salientar que a política antifumo envolve outras medidas de intervenção, além do aumento na taxação. Ainda, há divergência de opiniões entre gestores, consumidores e outros grupos sobre até que ponto o Estado deve intervir nas escolhas individuais do sujeito na aquisição de produtos (VALLGARDA, 2015; VÉLIZ et al., 2019). O debate considera por um lado, que cada indivíduo deve fazer suas próprias escolhas e se posiciona contra o chamado “paternalismo” do Estado, de outro, sobre até que ponto as restrições às liberdades individuais podem ser justificadas por um aumento contrabalanceado da justiça social e saúde (BUCHANAN, 2015; SCULLY et al., 2017).

Um tema a ser aprofundado, que tem sua base na própria compreensão da determinação da obesidade, mas que apresenta variações importantes a depender do modelo de Estado adotado e suas possibilidades. No entanto, além do aumento no preço dos produtos considerados promotores da obesidade é necessário pensar também o acesso aos alimentos

promotores de saúde, de maneira a não intensificar as dificuldades vivenciadas pelas famílias, bem como lidar com a disputa das representações de grupos da indústria alimentícia, que direciona recursos para fazer *lobby* contra as reformas políticas que possam causar impacto negativo em seus interesses comerciais (SCULLY et al., 2017).

As intervenções voltadas ao incentivo da prática de atividade física e de alimentação saudável utilizaram principalmente a estratégia da informação em saúde. Parece haver um entendimento de que ao acessar os conteúdos sobre os benefícios de uma vida saudável os indivíduos “farão esta escolha” e assumirão a perda de peso, resolvendo o problema da obesidade (LANG e RAYNER, 2007). Esta compreensão, de agir sobre a obesidade a partir das ações comportamentais, comumente recaem na responsabilização individual e de autodisciplina, sem considerar, no entanto, o ambiente alimentar desigual de geração de saúde e doença (JIMENEZ, 2020).

Desconsidera que as influências sociais promotoras da obesidade são distribuídas de maneira desigual, além de sobrecarregar o indivíduo com esforços de manutenção de um peso “normal”, em um cenário de ausência de oportunidades de se manter ativo e de acesso a uma alimentação adequada. Junto a isso, o medo da inadequação ao modelo de saúde e beleza atua como controle social informal, responsabilizando os indivíduos por problemas socialmente gerados em uma espécie de “meritocracia do corpo saudável”. Ademais, as mudanças comportamentais individuais têm baixo custo e não confronta os *lobbys* geradores do chamado ambiente obesogênico, pelo contrário, até estimula o “mercado do saudável” o retroalimentando (KUMANYIKA, 2019; JIMENEZ, 2020).

A obesidade desafia a sociedade como fenômeno social complexo. Ao passo que é vivido pelas pessoas como uma doença, associa-se ao imaginário estigmatizado do corpo anormal e não saudável construído por valores socioculturais validados, até certo ponto, por discursos médico científicos e pelo próprio Estado, quando focaliza as ações apenas na mudança comportamental (POAULAIN, 2013; SALAS et al., 2017; JIMENEZ, 2020). O estigma persistente na cultura popular se reproduz, desse modo, no campo do político e das políticas e, por conseguinte, nos cuidados em saúde (GARVEY et al., 2016; BROWN, 2018).

Recai sobre o sujeito a responsabilidade de ajuste do peso, sentida nas poucas possibilidades de políticas públicas direcionadas ao tratamento e cuidado às pessoas com obesidade encontradas nesta pesquisa. A atenção primária à saúde tem sido incipiente como estratégia de cuidado, apesar dos achados que indicam resultados positivos do acompanhamento neste nível de atenção, na redução em parâmetros antropométricos, mesmo com diferentes tipos de intervenções nutricionais (CANUTO et al., 2021). Fitzpatrick e Victor (2017) identificaram

uma gestão abaixo do esperado do cuidado às pessoas com obesidade na atenção primária nos Estados Unidos no período de 2008 a 2013, com redução na realização de diagnóstico em visitas e de seu registro em prontuários e da provisão ou encaminhamento para aconselhamento de controle de peso.

Kaplan et al. (2017), analisaram as percepções, atitudes e comportamentos relacionados à corpulência entre pessoas com obesidade e identificaram que as principais razões citadas para não procurar o serviço médico envolviam a ideia de que o cuidado com o peso era responsabilidade do próprio sujeito e que o mesmo já sabia o que fazer para perder o peso. A forte crença da auto responsabilidade, diante de um cenário de baixa oferta de opções de cuidado eficazes pode contribuir para que não busquem cuidados médicos. Araújo et al. (2018) sugerem que além do diagnóstico da obesidade, dever-se-ia observar as formas de ser e existir dos indivíduos, sem negligenciar os cuidados de saúde.

Ao analisar as políticas públicas para a obesidade através do modelo de intervenção proposto por Poulain (2013) foi possível identificar que as ações se direcionam em sua maioria ao coletivo, através de intervenções no ambiente, visando modelar condutas sem, no entanto, intervir sobre determinantes mais estruturais. Para Poulain, muitas vezes as estratégias tornam-se artificiais ao promoverem a mudança de comportamento, sem modificar a qualidade do ambiente social que a produz. Tulatz (2018) considera que o sujeito deve ser visto como ativo no tratamento e prevenção da obesidade, embora heterogêneo e defende a ideia de responsabilidade política que implica na ação para mudar os processos sociais dos quais as injustiças resultam. Kumanyika (2019) defende a ideia da inclusão do debate sobre a equidade em saúde, para pensar os meios à prevenção da obesidade, ao considerar as desigualdades geradoras desse processo de saúde.

Quando o alvo da abordagem foi o indivíduo, a estratégia mais utilizada envolveu a promoção da saúde, por meio de informações orientadas à mudança comportamental em direção a um estilo de vida saudável. Poulain (2013) considera que o fracasso da ciência médica em apresentar o caminho para o tratamento da obesidade serviu como justificativa para modificar e deslocar o foco da ação, do tratamento para a prevenção, como forma de atuar preventivamente sobre os não obesos e controlar seu avanço. Não se trata de discordar da importância dos fatores ambientais promotores da obesidade, ao contrário, mas de considerar o limite da ciência médica em encontrar alternativas à questão, conduzindo a lógica preventiva. De fato, as estratégias em políticas públicas orientadas ao acompanhamento individualizado ou em grupo voltado ao cuidado/tratamento pelos serviços de saúde foram pouco registradas,

menos ainda às ações participativas junto à comunidade, que se dão através de ambientes comunitários ou por grupos nela inseridos.

Nesse sentido, a despeito dos avanços importantes alcançados na compreensão do fenômeno da obesidade e nas ações de promoção da saúde com enfoque ambiental, faz-se necessário articular estratégias estruturais que considerem as desigualdades sociais na determinação da obesidade, bem como as intervenções de cuidado mais efetivas e menos discriminatórias, com ampliação também das alternativas para cuidado dos indivíduos que apresentam obesidade, especialmente na atenção primária à saúde, pouco identificado neste estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu sistematizar um conjunto de evidências sobre as intervenções em políticas públicas desenvolvidas em diferentes países para enfrentamento da condição de obesidade, e apresenta resultados que possibilitam reflexões sobre a incorporação articulada de diferentes estratégias para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

Há um gama de intervenções direcionadas à obesidade, ainda fragmentadas. A ideia de orientação comportamental através da educação em saúde voltadas às mudanças no estilo de vida, prática de atividade física e alimentação prevalecem nas políticas públicas, um perfil que tende a responsabilizar os sujeitos pela sua condição corporal e desconsiderar o meio que a produz e que determina possibilidades de acesso a esses bens e serviços. A estigmatização da pessoa com obesidade, apesar de reconhecida como importante limitadora de processos sociais, é um tema pouco investigado na perspectiva de políticas públicas, que pode indicar a incipiência do próprio debate sobre sua ocorrência e estratégias de prevenção. Observa-se predominância no campo acadêmico de pesquisas clínicas, com enfoque individual, não explorado no presente estudo, cujo foco foi a análise de intervenções públicas.

Em síntese, ao analisar o conjunto das intervenções identificadas, verifica-se que há o foco em estratégias que utilizam a linha do ambiente, através de medidas legislativas regulatórias, que visam atuar no comportamento coletivo, principalmente sobre a influência no consumo de alimentos. Ao passo, que a linha estratégica pelo indivíduo, sujeito considerado em risco, visava essencialmente a promoção em saúde, baseada na divulgação de informações como meio para mudança de comportamentos. Em contraste, as estratégias centradas no indivíduo com obesidade, para acompanhamento específico ou em grupo, voltado ao

cuidado/tratamento pelos serviços de saúde foram pouco registradas, bem como às ações participativas junto à comunidade.

O estudo, por seu caráter descritivo e exploratório, apresenta limitações ao não analisar a efetividade das políticas adotadas, que devem ser conduzidas em estudos posteriores, bem como se limitou a investigar as políticas públicas em artigos publicados, não explorando os projetos políticos dos países. É necessário considerar ainda elementos para uma mudança cultural sobre a ocorrência da obesidade e de estratégias de cuidado baseadas em evidência e um sistema de saúde que acolha os sujeitos. O espaço da atenção primária à saúde, ainda pouco observado nas ações voltadas à obesidade, precisa ser melhor explorado.

O desenho das estratégias de saúde pública aplicáveis à obesidade proposto por Poulain (2013) configura-se em um modelo válido de avaliação das intervenções. Longe de buscar uma solução única para um problema social tão complexo, trata-se de um conjunto de possibilidades. O ponto de partida é implementar políticas que facilitem as tomadas de decisão saudáveis, reduzam a culpabilidade de indivíduos que sofrem de obesidade e que permitam que o sujeito assuma a responsabilidade conjunta de gerenciá-la, sem estigmatização. É preciso considerar a lógica de responsabilização compartilhada, guiada pelo Estado, junto às mudanças nos determinantes sociais estruturais que condicionam as possibilidades de escolha.

REFERÊNCIAS

- AFSHIN A., et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England Journal of Medicine*. V.377, p.:13-27, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>.
- ALANIZ-SALINAS N., CASTILLO-MONTES M. Evaluation of the front-of-package warning labels of the Chilean Food Law by adults responsible for schoolchildren in the districts of La Serena and Coquimbo. *Rev. chil. nutr.* V. 47, n.5, p.:738-749, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182020000500738>.
- ARAÚJO F. M., GONZÁLEZ A. D., SILVA L. C., GARANHANI M. L. Obesidade: Possibilidades De Existir E Práticas De Cuidado. *Saúde E Sociedade*. V.28, v.2, p.: 249-60, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170152>.
- ARES, G. et al. Food Industry Arguments against Front-of-package Nutrition Labels in Uruguay. *Revista Panamericana De Salud Pública*. V.44, n:E20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.20>.
- BARROSO, C. S., et al. Senate Bill 42: Implementation and Impact on Physical Activity in Middle Schools. *J Adolesc Health*. V.45(3 Suppl), p.: S82-90, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.017>

- BORTOLINI, G. A. et al. Food Guides: A Strategy to Reduce the Consumption of Ultra-processed Foods and Prevent Obesity *Guías Alimentarias. Revista Panamericana De Salud Pública*. V. 43, p.:E59, 2019. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.59>.
- BROWN, R. C. H. Resisting Moralisation in Health Promotion. *Ethical Theory and Moral Practice*. V.21, n.4, p.: 997-1011, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10677-018-9941-3>.
- BUCHANAN D. R. Promoting Justice and Autonomy in Public Policies to Reduce the Health Consequences of Obesity. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. V.25, n.4, p.:395-417, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1353/ken.2015.0023>.
- BUCKTON C. H., et al. A discourse network analysis of UK newspaper coverage of the “sugar tax” debate before and after the announcement of the Soft Drinks Industry Levy. *BMC Public Health*. V.19, p.:490, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6799-9>.
- BURIGO, A. C.; PORTO, M. F. Agenda 2030, saúde e sistemas alimentares em tempos de pandemia: da vulnerabilização à transformação necessária. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]., v. 26, n. 10, pp. 4411-4424, 2021. DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.13482021>.
- CANUTO, R., GARCEZ A., DE SOUZA R. V., KAC G., OLINTO M. T. A. Nutritional intervention strategies for the management of overweight and obesity in primary health care: A systematic review with meta-analysis. *Obes Rev*. V.22, n.3, p.:e13143, 2021. DOI:<https://doi.org/10.1111/obr.13143>.
- CAPACCI S., MAZZOCCHI M., SHANKAR B. Breaking habits: the Effect of the French Vending Machine Ban on School Snacking and Sugar Intakes. *Journal of Policy Analysis and Management*. V.37, n.1, p.:88-111, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/pam.22032>.
- CASEMIRO J. P., FONSECA A. B. C., SECCO F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*. V.19, n.3, p.:829-840, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013>.
- CAWLEY J., FRISVOLD D. E. The Pass-Through of Taxes on Sugar-Sweetened Beverages to Retail Prices: The Case of Berkeley, California. *Journal of Policy Analysis and Management*. V.36, n.2 p.:303-326, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/pam.21960>.
- CHOOI, Y. C., DING C, AND MAGKOS F. The Epidemiology of Obesity. *Metabolism, Clinical and Experimental*. V. 92, P.:6-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>.
- CLELAND, V.; MCNEILLY, B.; CRAWFORD, D.; BALL, K. Obesity prevention programs and policies: Practitioner and policy-maker perceptions of feasibility and effectiveness. *Obesity*. V.21, n.9, p: E448-55, 2013. DOI:<https://doi.org/10.1002/oby.20172>.
- CORNISH, D.; ASKELSON, N.; GOLEMBIEWSKI, E. Reforms Looked Really Good on Paper: Rural Food Service Responses to the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010. *J Sch Health*. V.86, n.2, p.:113-20, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/josh.12356>.
- DAVIES, V. F.; MOUBARAC, J. C.; MEDEIROS, K. J.; JAIME, P.C. Applying a food processing-based classification system to a food guide: a qualitative analysis of the Brazilian

experience. *Public Health Nutr.* V.21, n.1, p.:218-229, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980017001999>.

DAVÓ-BLANES, M. C., et al. The impact of marketing practices and its regulation policies on childhood obesity. Opinions of stakeholders in Spain. *Appetite.* V.62, p.:216-24, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.11.030>.

FITZPATRICK S. L., VICTOR J. S. Adult Obesity Management in Primary Care, 2008–2013. *Preventive Medicine.* V.99, p.:128-33, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.020>.

GARVEY, W. T., et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines For medical Care of Patients with Obesity. *Endocrine Practice.* 2016; 22(Supplement 3): 1-203. DOI: <https://doi.org/10.4158/EP161365.GL>.

GOIANA-DA-SILVA, F. et al. Projected Impact of the Portuguese Sugar-sweetened Beverage tax on Obesity Incidence across Different Age Groups: A modelling Study. *PLoS Medicine.* V.17, n.3, p.:E1003036, 2020. DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003036>.

GOLUB, M. et al. Got Low-Fat Milk? How a Community-Based Coalition Changed School Milk Policy in New York City. *Fam Community Health.* v.34, n.1, p.:S44-53, 2011. DOI :<https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e318202a7dd>.

GRACIA-ARNAIZ, M. Eating Issues in a Time of Crisis: Re-thinking the New Food Trends and Challenges in Spain. *Trends in Food Science & Technology.* V.116, p.: 1179-185, 2021. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.tifs.2021.06.003>.

GROUPE DE TRAVAIL PROVINCIAL SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (GTPPP). Les problèmes reliés au poids au Québec: un appel à la mobilisation. Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) Editions, 2004.

HAN-MARKEY, T. L. et al. A public school district's vending machine policy and changes over a 4-year period: Implementation of a national wellness policy. *Public Health.* V. 126, n.4, p.:335-7, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.01.007>.

HARTLEV, M. Stigmatisation as a Public Health Tool against Obesity — A Health and Human Rights Perspective. *Eur J Health Law.* V.21, n.4, p.:365-86, 2014. DOI:<https://doi.org/10.1163/15718093-12341327>.

HILBERT, A., et al. Public Support for Weight-Related Antidiscrimination Laws and Policies. *Obes Facts.* V.10, n.2, p.:101-111, 2017. DOI:<https://doi.org/10.1159/000456012>.

HILDEBRAND, D. A.; BETTS, N. M.; GATES, G. E. Parents' Perceptions of Childhood Obesity and Support of the School Wellness Policy. *J Nutr Educ Behav.* V.51, n.4, p.:498-504, 2019. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2018.12.009>.

JIMENEZ, M. L. J. Gordofobia. Injustiça epistemológica sobre corpos gordos. *Epistemologias do Sul.* V.4, n.1, p.:144-161, 2020. Disponível em:<https://revistas.unila.edu.br/epistemologiasdosul/article/view/2643>.

JOU, J.; TECHAKEHAKIJ, W. International application of sugar-sweetened beverage (SSB) taxation in obesity reduction: Factors that may influence policy effectiveness in country-

specific contexts. *Health Policy*. V.107, n.1, p.:83-90, 2012.
DOI:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.05.011>.

JURG, M. E.; MEIJ, J. S. D.; WAL, M. F. V.; KOELEN, M. A. Using health promotion outcomes in formative evaluation studies to predict success factors in interventions: an application to an intervention for promoting physical activity in Dutch children (JUMP-in). *Health Promot Int*. v.23, n.3, p.:231-9, 2008. DOI:<https://doi.org/10.1093/heapro/dan008>.

KAPLAN, L. M. et al. Perceptions of Barriers to Effective Obesity Care: Results from the National ACTION Study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*. v.26, n.1, p.:61-69, 2018.
DOI:<https://doi.org/10.1002/oby.22054>.

KELLY, P. M.; DAVIES, A.; GREIG, A. J.; LEE, K. K. Obesity Prevention in a City State: Lessons from New York City during the Bloomberg Administration. *Front Public Health*. V.30, n.4:60, p.:1-16, 2016. DOI:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00060>.

KENT, M. P.; DUBOIS, L.; WANLESS, A. Food marketing on children's television in two different policy environments. *Int J Pediatr Obes*. V.6, n.2-2, p.:e433-41, 2011.
DOI:<https://doi.org/10.3109/17477166.2010.526222>.

KIRK, S. F.; SIM, S. M.; HEMMENS, E.; PRICE, S. L. Lessons learned from the implementation of a provincial breastfeeding policy in Nova Scotia, Canada and the implications for childhood obesity prevention. *Int J Environ Res Public Health*. V.9, n.4, p.:1308-18, 2012. DOI:<https://doi.org/10.3390/ijerph9041308>.

KUMANYIKA, S. K. A Framework for Increasing Equity Impact in Obesity Prevention. *American Journal of Public Health*. V.109, n.10, p:1350-357, 2019.
DOI:<https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305221>.

LANG, T.; RAYNER, G. Overcoming Policy Cacophony on Obesity: An Ecological Public Health Framework for Policymakers. *Obesity Reviews*. V. 8, n.S1, p.: 165-81, 2007.
DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00338.x>.

LONGLEY, C. H.; SNEED, J. Effects of federal legislation on wellness policy formation in school districts in the United States. *J Am Diet Assoc*. v.109, n.1, p.:95-101, 2009.
DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.011>.

LÓPEZ, R. P. Vínculos entre la bicicleta utilitaria, recreativa y deportiva: análisis del impacto de los programas "Ecobici" y "Muévete en Bici" de la Ciudad de México (2006-2012). *Revista Transporte y Territorio*. V.16, p.:220-234, 2017.
DOI:<https://doi.org/10.34096/rtt.i16.3611>.

LOPEZ-DAZA, G. E.; TORRES, P. K.; GOMEZ-GARCIA, C. F. La alimentación escolar en las instituciones educativas públicas de Colombia. análisis normativo y de la política pública alimentaria. *Prolegómenos*. V.20, n.40, p.:97-112, 2017.
DOI:<https://doi.org/10.18359/prole.3043>.

MÂSSE, L.C.; NAIMAN, D.; NAYLOR, P. J. From policy to practice: implementation of physical activity and food policies in schools. *Int J Behav Nutr Phys Act*. V.3, n.10, p.:71, 2013. DOI:<https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-71>.

- MATHIEU-BOLH, N.; WENDNER, R. We Are What We Eat: Obesity, Income, and Social Comparisons. *European Economic Review*. V.128, p.:103495, 2020. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2020.103495>.
- MCQUIGG, M. et al. Engaging patients, clinicians and health funders in weight management: the Counterweight Programme. *Fam Pract*. V.25, Suppl 1, p.:i79-86, 2008. DOI:<https://doi.org/10.1093/fampra/cmn081>.
- MOORE, J. B.; EIMÉAR, H. S.; NEIL, H. Sugar Reduction in Yogurt Products Sold in the UK between 2016 and 2019. *Nutrients*. V.12, n.1, p.: 171, 2020. DOI:<https://doi.org/10.3390/nu12010171>.
- NEWMAN, L.; LUDFORD, I.; WILLIAMS, C.; HERRIOT, M. Applying Health in All Policies to obesity in South Australia. *Health Promot Int*. v.31, p.:44-58, 2016. DOI:<https://doi.org/10.1093/heapro/dau064>.
- NYKIFORUK, C. I. J. et al. Adoption and diffusion of zoning bylaws banning fast food drive-through services across Canadian municipalities. *BMC Public Health*. V.18, n.1, p:137, 2018. DOI:<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5061-1>.
- PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*. V.40(N Esp), p.:73-8, 2006. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>.
- PESTONI, G.; HABIB, L.; REBER, E. Ultraprocessed Food Consumption Is Strongly and Dose-Dependently Associated with Excess Body Weight in Swiss Women. *Obesity (Silver Spring, Md.)* v.29, n.3, p.:601-09, 2021. DOI:<https://doi.org/10.1002/oby.23091>.
- PHILLIPS, M. M.; RYAN, K.; RACZYNSKI, J.M. Public policy versus individual rights in childhood obesity interventions: perspectives from the Arkansas experience with Act 1220 of 2003. *Prev Chronic Dis*. V.8, n.5, p.:A96, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21843426/>.
- POULAIN, J-P. *Sociologia da obesidade*. Tradução: Prada, C. São Paulo, Brasil: SENAC; 2013.
- RAMOS. D. B. N. et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. *Cadernos de Saúde Pública*. V.36, n.6, p.:e00116519, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116519>.
- ROBERTS, M.; PETTIGREW, S.; CHAPMAN, K.; MILLER, C.; QUESTER, P. Compliance with children's television food advertising regulations in Australia. *BMC Public Health*. V.12, p.:846, 2012. DOI:<https://doi.org/10.1007/BF03405521/10.1186/1471-2458-12-846>.
- ROBERTSON-WILSON J. E., LEVESQUE L. Ontario's daily physical activity policy for elementary schools: is everything in place for success? *Can J Public Health*. V.100, n.2, p.:125-9, 2009. DOI:<https://doi.org/10.1007/BF03405521>.
- ROBINSON N., et al. The Biological and Social Determinants of Childhood Obesity: Comparison of 2 Cohorts 50 Years Apart. *J Pediatr*. V.228, p.:138-146.e5, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.09.031>.

- SALAS, X. R.; FORHAN, M.; CAULFIELD, T.; SHARMA, A. M.; RAINE, K. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Health*. V.108, n.5-6, p.:e598-e608, 2017. DOI:<https://doi.org/10.17269/CJPH.108.6044>.
- SALINAS, J. C., VIO DEL, F. R. Programas de salud y nutrición sin política de estado: el caso de la promoción de salud escolar en Chile. *Rev. chil. nutr.* V.38, n.2, p.:100-116, 2011. DOI:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182011000200001>.
- SCULLY, M. et al. Competing with big business: A randomised experiment testing the effects of messages to promote alcohol and sugary drink control policy. *BMC public health*. V.17, n.1, p.: 945, 2017. DOI:<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4972-6>.
- SILBERFARB, L.O.; SAVRE, S.; GEBER, G. An approach to assessing multicity implementation of healthful food access policy, systems, and environmental changes. *Prev Chronic Dis*. V.24, n:E64, 2014. DOI:<https://doi.org/10.5888/pcd11.130233>.
- SUMINSKI, R. R., et al. Bicycling policy indirectly associated with overweight/obesity. *Am J Prev Med*. V.47, n.6, p.:715-21, 2014. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.07.048>.
- SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The lancet*. V.393, p.:791-846, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).
- THÉODORE, F.L., et al. Lessons learned and insights from the implementation of a food and physical activity policy to prevent obesity in Mexican schools: An analysis of nationally representative survey results. *PLoS One*. V.13, n.6, p.:e0198585, 2018. DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198585>.
- TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. V.169, p.:467-473, 2018. DOI:<https://doi.org/10.7326/M18-0850>.
- TULATZ, K. Obesity, Political Responsibility, and the Politics of Needs. *Medicine, Health Care, and Philosophy*. V.22, n.2, p.: 305-15, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9877-3>.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), WORLD HEALTH ORGANIZATION, INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION and DEVELOPMENT/THE WORLD BANK. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2021 edition of the joint child malnutrition estimates. Geneva: *World Health Organization*; 2021.
- VALLGÅRDA, S. English obesity policies: To govern and not to govern. *Health Policy*. V. 119, p.:743-748, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.015>.
- VÁZQUEZ-DURAN, M., et al. Social Determinants for Overweight and Obesity in a Highly Marginalized Population from Comitán, Chiapas, Mexico. *Salud Pública De México*. V.62, n.5, p.:477-86, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21149/10691>.
- VÉLIZ, C.; MASLEN, H.; ESSMAN, M.; TAILLIE, L. S.; SAVULESCU J. Sugar, Taxes, & Choice. *Hastings Cent Rep*. V.49, n.6, p.:22-31, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1002/hast.1067>.

WHELAN, J. et al. A map of community-based obesity prevention initiatives in Australia following obesity funding 2009-2013. *Aust N Z J Public Health*. V.39, p.:168-71, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12296>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. 2003. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes_obesity.pdf Acessada em: 02.02.2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nutrition action in schools: a review of evidence related to the Nutrition-Friendly Schools Initiative. Geneva: WHO; 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Available at: *Obesity and overweight* (who.int), Accessed on July 22, 2021.

ZHONG, Y. et al. Sugar-Sweetened and Diet Beverage Consumption in Philadelphia One Year after the Beverage Tax. *Int J Environ. Res Public Health*. V.17, n.4, p.:1336, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041336>.

Artigo 2

LINHA DE CUIDADO AO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: AVALIAÇÃO DA TEORIA DA INTERVENÇÃO

RESUMO

Problemática: A situação de excesso de peso e obesidade configura-se como um problema de saúde pública em diferentes países. Nesse sentido, em 2013 foi instituída a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO), proposta adotada pelo governo brasileiro com o objetivo de qualificar o cuidado prestado às pessoas nessa condição.

Objetivo: Avaliar a consistência teórica do programa - linha de cuidado ao sobrepeso e obesidade - no componente da atenção primária à saúde no Brasil, em relação às evidências científicas já acumuladas.

Metodologia: a teoria do programa foi avaliada utilizando a estratégia de análise lógica direta, através da construção do modelo lógico, a partir de revisão documental e do modelo teórico da intervenção, a partir da revisão da literatura. Foi então conduzida a comparação entre os modelos, a fim de reconhecer pontos potenciais e fragilidades da intervenção, bem como a força da relação causal entre a ação e seus efeitos.

Resultados: O estudo revelou plausibilidade teórica entre as evidências sobre o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde e a linha de cuidado ao sobrepeso e obesidade, na maior parte de seus componentes. No entanto, a intervenção carece de objetivos melhor definidos, meios de ação, financiamento adequado, sensibilização de gestores, profissionais e comunidade sobre o tema, bem como objetivos voltados às práticas de trabalho, com tanto destaque que é dado às demais atividades, para o alcance da integralidade proposta. Apesar da literatura, pouca ênfase tem sido dada às ações voltadas à gestação, parto e desenvolvimento inicial na infância, com efeitos já conhecidos ao longo da vida.

Conclusão: A linha de cuidado ao sobrepeso e obesidade apresentou plausibilidade teórica. Trata-se de intervenção que integra saberes de diferentes campos de conhecimento, que coadunam com a complexidade que é a ocorrência da obesidade nas sociedades. No entanto, ainda demanda de melhores investimentos para mobilização do tema na agenda pública.

Palavras-Chave: Sobrepeso. Obesidade. Integralidade em saúde. Avaliação Comparativa. Planos e Programas de Saúde. Saúde Pública. Atenção primária à saúde.

LINE OF CARE FOR OVERWEIGHT AND OBESITY IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL: EVALUATION OF THE INTERVENTION THEORY

ABSTRACT

Problematic: The situation of weight excess and obesity is set as a public health problem in different countries. This way, in 2013 was instituted the Overweight and Obesity Care Line (LCSO), a proposal adopted by the Brazilian government with the goal of qualifying the care provided for the people in this condition.

Objective: Was evaluated the theoretical consistency of the program — the Overweight and Obesity Care Line — on the primary health care component, in relation to the scientific evidence already accumulated.

Methodology: the program's theory was evaluated by using the direct logical analysis strategy, through the construction of the logical model from documental review, and theoretical model of intervention from the review of the literature. So was driven a comparison between models, to identify the potential points of frailties of the intervention, as well as the strength of the causal relation between the action and its effects.

Results: The study revealed theoretical plausibility between the evidence on care for overweight and obese people in primary health care and the line of care for overweight and obesity, in most of its components. However, the intervention lacks better defined objectives, means of action, adequate funding, awareness of managers, professionals and the community on the subject, as well as objectives aimed at work practices, with so much emphasis given to other activities, for the scope of the proposed completeness. Despite the literature, little emphasis has been given to actions aimed at pregnancy, childbirth and early childhood development, with effects that are already known throughout life.

Conclusion: The line of care for overweight and obesity presented theoretical plausibility. It is an intervention that integrates knowledge from different fields of knowledge, which are in line with the complexity that is the occurrence of obesity in societies. However, there is still a demand for better investments to mobilize the issue on the public agenda.

Keywords: Overweight. Obesity. Integrality in Health. Benchmarking. Health Programs and Plans. Public Health. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O crescimento do sobrepeso e obesidade tem sido realidade em diferentes países, alcançando os chamados países em desenvolvimento, caracterizando uma pandemia global. Dados da Pesquisa nacional de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico na população brasileira (2021) identificou que nas 27 capitais a frequência de adultos com índice de massa corporal (IMC) maior que 25kg/m^2 foi de 57,2% e maior que 30kg/m^2 de 22,4% de obesidade, com aumento nos últimos anos (VIGITEL, 2021).

No país, diferentes documentos governamentais compreendem a obesidade simultaneamente como doença e como fator de risco para outros agravos, caracterizada enquanto condição crônica multifatorial complexa e, ainda, como manifestação da insegurança alimentar e nutricional (DIAS et al., 2017). Dentre as estratégias políticas para controle do sobrepeso e obesidade (SO), em 2013 o governo brasileiro adotou a proposição da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS) e propôs a implantação através de linhas de cuidado específicas. Nesse sentido, no mesmo ano, através da

portaria nº 424 foi instituída as diretrizes para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária. O documento propõe que se estabeleça um pacto entre os diversos atores da gestão, dos estabelecimentos e serviços da rede, organizando fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS.

As linhas definem a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, e podem utilizar de vários tipos de estratificação (clínica, de risco, entre outras) para definir estas ações. A atenção básica à saúde é apresentada como ordenadora e coordenadora do cuidado na rede de cuidados (BRASIL, 2013a).

O conceito de linha de cuidado tem sua origem nas produções dos autores Luís Cecílio e Emerson Merhy, em trabalhos na Universidade de Campinas, com foco inicial na organização de processos de trabalho em ambiente hospitalar com reorientação do modelo tecno assistencial, as chamadas linhas de produção do cuidado (PINTO, 2009). Para os autores, a linha de cuidado pressupõe um processo sistêmico, articulando micro e macro relações, de maneira a reduzir ações e custos desnecessários, articulando o cuidado e aumentando a resolutividade em seu campo de necessidades. “Para equacionar o caminhar na LC, ordena-se tanto o processo de trabalho em saúde, quanto demandas de organização do sistema de saúde e suas interfaces” (MALTA e MERHY, 2010, p.595).

Desde sua implantação, alguns autores vêm buscando compreender os efeitos das intervenções propostas pela Linha de Cuidado ao Sobrepeso e Obesidade (LCSO) em diferentes contextos. Alberto et al. (2022) identificaram, a partir de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Piauí, que a disponibilidade de estrutura e as ações dos profissionais foram consideradas satisfatórias, por dispor de 70% ou mais dos itens propostos na análise. Maximiano (2017) analisou a percepção de gestores e profissionais de saúde envolvidos na LCSO em um município paulista de médio porte e identificou divergência de interpretações entre os grupos, bem como foi dada ênfase sobre as questões de promoção da saúde, diferente da atenção dada a organização da atenção insuficiente às pessoas com SO.

Na mesma perspectiva, Lima et al. (2022) investigaram o cuidado disponível para crianças e adolescentes no SUS em Sergipe, segundo diretrizes do Ministério da Saúde para LCSO em uma pesquisa qualitativa e identificaram que a rede de atenção inclui ações de diagnóstico e promoção da saúde em equipamentos intersetoriais, mas de maneira descontinuada, bem como a inexistência de fluxos e barreiras na acessibilidade às especialidades. Silva (2020) analisou a implementação da LCSO em um município do Rio Grande do Sul, estado que dispõe de LCSO própria. A autora identificou que o documento da

ação era desconhecido pelos entrevistados, apesar de estes identificarem algumas ações propostas. Como dificuldades foram citados o acesso ao profissional nutricionista e a necessidade de qualificação dos profissionais para o fortalecimento da LCSO.

Em municípios do Rio de Janeiro, foram encontradas dificuldades relatadas por profissionais e gestores para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, incluindo a adesão, despreparo da equipe, atuação multiprofissional, entre outros (BURLANDY et al., 2020). De maneira similar, Ramos et al. (2020) analisaram as ações de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade e identificaram importantes fragilidades nas estratégias, instrumentos, sistemas e processos.

Nesse sentido, com vistas a compreender melhor sobre a organização desta intervenção no Brasil, este estudo avaliou a plausibilidade teórica do programa - linha de cuidado ao sobrepeso e obesidade - no componente da atenção primária à saúde, a partir de seus modelos lógico e teórico, de modo a compreender se os objetivos e ações coadunam para chegar-se aos resultados e efeitos esperados.

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A linha de cuidado para prevenção e tratamento ao sobrepeso e obesidade é constituída dos componentes Atenção Primária à Saúde (APS); Atenção Especializada (Subcomponente atenção ambulatorial e subcomponente atenção hospitalar); e o componente Sistema de Apoio e Sistema Logístico (BRASIL, 2013a). Foi realizada a análise teórica do componente de atenção básica à saúde da LCSO através do método de análise lógica direta, conforme propõe Brousselle e Champagne (2011). Para Chen (2005 apud Champagne et al, 2011, p. 65) a teoria do programa é a representação sistemática das hipóteses subjacentes à intervenção. Este tipo de análise permite reconhecer se a intervenção é projetada de forma a atingir os resultados esperados, considerando o conhecimento científico disponível. O modelo conceitual da intervenção, é aquele que segundo Brousselle e Champagne (2011) reúne informações sobre a melhor maneira de conduzir as coisas, a partir de revisão da literatura ou consulta a *experts*.

Para tanto, foi elaborado o modelo lógico, caracterizado como a representação da cadeia causal da intervenção, incluindo os componentes objetivos, atividades, resultados proximais, distais e efeito esperado, conduzido a partir da revisão documental. Os documentos base listados abaixo foram lidos e incorporados ao modelo:

- Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011);

- Portaria nº 424 e nº425 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a LCSO e que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, respectivamente (BRASIL, 2013a, 2013b);
- Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013c);
- Manual Instrutivo: Organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2014a);
- Caderno de atenção básica nº 38 que trata das estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade (BRASIL, 2006; 2014b)
- Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios (EIPCO) (BRASIL, 2014c);
- Portaria nº 483/2014 que a redefine e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014d);
- Portaria nº 1.389 de 2014, que altera artigos da Portaria nº 425 (BRASIL, 2014e);
- Portaria nº 62 de 2017, que altera as Portarias nº 424 e 425/GM/MS de 2013 (BRASIL, 2017);
- O material teórico para suporte ao manejo da obesidade no SUS (BRASIL, 2021a) e;
- Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS, publicado no mesmo ano (BRASIL, 2021b).
- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant) (BRASIL, 2021c)

Em seguida foi elaborado o modelo conceitual. Para tanto, foi realizada revisão da literatura sobre os temas relacionados a Integralidade e Linhas de Cuidado na RAS, Cuidado ao sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde. Para análise das evidências utilizou-se a base de dados *Cochrane Library*, que dispõe de sínteses de revisão, nos dois melhores níveis de evidência para a tomada de decisão em saúde cuja certeza de evidência é avaliada através sistema GRADE – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*, como forma de avaliação da qualidade da evidência e da força da recomendação (PUGA e ATALLAH, 2020; SCHÜNEMANN et al., 2022).

No GRADE, a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alto/forte, quando há confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado; moderado, em que há confiança moderada no efeito, mas trabalhos futuros poderão modificar a confiança; baixo/fraca, no qual a confiança no efeito é limitada; e muito baixo/negativa, quando observa-se importante grau de incerteza nos achados. É preciso considerar ainda o delineamento dos

estudos. O grau de recomendação é classificado em forte ou condicional e fraco, levando em conta potenciais vantagens (efeitos benéficos na melhoria na qualidade de vida, aumento da sobrevida e redução dos custos) e desvantagens (os riscos de efeitos adversos, a carga psicológica para o paciente e seus familiares e os custos para a sociedade). Para gestores, uma recomendação forte indica que, na maioria dos casos, esta deve ser adotada no campo das políticas públicas, enquanto que para uma recomendação fraca, recomenda-se o debate substancial, com as partes envolvidas (BRASIL, 2014f; ROEVER et al., 2020).

A expressão “baseada em evidências” se aplica à utilização criteriosa e precisa de pesquisas na tentativa de ampliar o conhecimento (*expertise*) científico, oriundos de pesquisas que utilizam metodologias específicas, com vistas a diminuir incertezas no processo clínico (diagnóstico/terapêutica/prognóstico), mediante permanente consulta às informações produzidas (e validadas) a serem aplicadas na tomada de decisão clínica (ROEVER et al., 2020; FARIA, OLIVEIRA-LIMA e ALMEIDA-FILHO, 2021). A *Cochrane Collaboration* tem abrangência mundial e é fonte de informação clínica validada cientificamente. Os descritores usados foram “*primary care AND obesity*”, combinados. A busca livre também foi realizada.

Então procedeu-se a análise da teoria, a partir da comparação entre os modelos lógico e teórico, a fim de reconhecer pontos potenciais e fragilidades da intervenção, bem como a força da relação causal em direção aos efeitos.

MODELO TEÓRICO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTEGRALIDADE E LINHAS DE CUIDADO

Alguns autores, a exemplo de Mattos (2006) e Paim (2006) já realizaram importantes reflexões sobre a compreensão da integralidade, que sem uma definição precisa foi assumindo configurações a partir de movimentos com características distintas. O termo deriva da chamada “medicina integral” que propunha perceber o sujeito como um todo único, em oposição a medicina fragmentária, que enfoca aspectos de partes específicas, não capaz de atender as demandas dos pacientes, relacionada à dimensão das práticas profissionais (MATTOS, 2006). Paim (2006) compreende que este modelo, seria aquele capaz de articular os cinco níveis de prevenção, baseado na história natural da doença de Leavell & Clark (1976).

Entre os anos de 1940 e 1950 passa a vincular-se as ideias da chamada “medicina preventiva”, que leva em consideração as ações de prevenção e promoção, cuja responsabilidade era atribuída às agências estatais de saúde pública, enquanto as demais ações

assistenciais da medicina ficavam a cargo dos serviços privados, o chamado ‘dilema preventivista’ pautado por Sérgio Arouca, distanciando gestão e serviços de saúde (PAIM, 2006). O crescente movimento sanitário brasileiro efetuou uma crítica à medicina preventiva, considerada insuficiente teórica e politicamente, sendo necessário pensar novos conceitos e traduzi-los em ações, a exemplo da integralidade que apresentava desafios teóricos, políticos, culturais, metodológicos e técnico-operacionais (PAIM, 2006). Segundo Mattos (2006) essa compreensão tirou o foco da prática médica e passou a fazer uma leitura mais sociológica do fenômeno da “racionalidade médica” moderna e científica, que apresentava limitações ao alcance da integralidade, se afastando das questões ligadas à conduta médica. A integralidade passa a incluir o rol dos debates ao longo do movimento da reforma sanitária articulado à defesa do direito à saúde e da redemocratização do país, mas naquele momento, como um conceito ainda “preche de sentido” (MATTOS, 2006).

Como resultado, passa a incluir o texto constitucional em seu inciso II do Art. 198 o princípio de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, como diretriz do sistema de saúde (BRASIL, 1988). A atenção integral proposta no texto constitucional é compreendida como um modelo de assistência caracterizado pela organização de ações preventivas, assistenciais e curativas, contra o modelo basicamente curativista prevalente, com referência à história natural da doença (MATTOS, 2006; PAIM, 2006). Na lei que regula o sistema de saúde, soma-se ao conceito a ideia de organização das ações e serviços no SUS, como princípio e diretriz, articulando os níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), junto às práticas preventivas e curativas (BRASIL, 1990).

Para Mattos (2006), a integralidade caracteriza-se antes de tudo, como uma imagem objetivo do sistema, em busca de uma organização das instituições e práticas, que coadunam com um ideal de sociedade mais igualitária. Mattos (2006), considera três grandes conjuntos de sentidos, sendo: o relacionado aos atributos e valores das práticas em saúde; o vinculado ao modo de organização dos serviços de saúde e o modo de estruturar algumas políticas de saúde.

Em síntese, a compreensão apresentada por Mattos considera que:

Integralidade é um termo polissêmico. Na maioria de seus usos, ele designa um aspecto desejável nas práticas de saúde, nas formas de organizar os serviços de saúde ou mesmo nas respostas governamentais dadas a certos problemas de saúde. A polissemia resulta exatamente da aplicação de um termo a diversas situações concretas. Ou seja, é exatamente diante de uma situação concreta que diversos sujeitos reconhecem os sinais da integralidade ou de sua negação (MATTOS, 2004, p.91).

Para Paim (2006), considerando as bases da reforma sanitária brasileira há, pelo menos, quatro sentidos atribuídos à integralidade; de articulação entre as ações de promoção e os níveis de prevenção à saúde; voltada à prática profissional, na visão do ‘sujeito integral’ nas suas dimensões biológicas, sociais e psicológicas; como a organização da atenção e sua continuidade nos níveis de atenção do sistema e; como conjunto de políticas públicas relacionadas a um projeto de mudança, mediante ação intersetorial.

A ideia de integralidade/atenção integral passa a incluir o debate sobre repensar as práticas de saúde e da organização do trabalho, do sistema e da gestão. Nessa perspectiva, a APS, articulada a ideia de redes de atenção e às políticas de gestão mais democráticas e integradoras passaram a ser estratégias de efetivação da integralidade, num movimento de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, fortemente caracterizado como hospitalocêntrico, centralizado e vertical (MATTOS, 2006). Em resposta, seria necessária uma organização horizontal das ações, gestão, serviços e programas, considerando as necessidades de saúde percebidas ou não dos indivíduos e populações.

Tal compreensão ganha força especialmente com as chamadas transições dos perfis epidemiológico, nutricional e demográfico vivenciado pela população brasileira, especialmente a partir dos anos de 1990, com destaque ao crescimento dos agravos crônicos e não transmissíveis, que reforçaram a necessidade de reformulação das práticas em saúde e da organização do sistema. A APS como estratégia de mudança do modelo de atenção passa a ser compreendida como espaço estratégico para efetivação da integralidade no SUS. Para tanto, deve ser resolutiva e se articular com os demais elementos e pontos da rede de atenção (VENÂNCIO et al., 2016; CARNUT, 2017).

Além disso, a integralidade passa a ser incorporada às configurações de políticas voltadas para questões específicas, problemas de saúde de importante relevância social e sua organização para responder às demandas de saúde, também chamada de “assistência integral”. Tem como características não reduzir o objeto da intervenção em si mesmo, estarem descontextualizados do meio em que vivem os sujeitos para os quais as políticas se direcionam, sem recortá-los ou objetificá-los, que por conseguinte, aumentam o horizonte de questões a serem incluídas na política. Deve considerar ainda, quanto destas ações abarca elementos de prevenção e assistência nas práticas, abordando diversas dimensões do problema (MATTOS, 2006).

Nesse sentido, a perspectiva da integralidade nas políticas direcionada aos agravos à saúde tem como desafio articular o controle, a erradicação ou a mudança na magnitude da doença, à perspectiva de direito dos sujeitos ao acesso a serviços assistenciais e suas

necessidades de bem estar e qualidade de vida ao conviver com a doença, ampliando os objetivos das intervenções, geralmente centrados apenas na redução da magnitude da comorbidade. Envolve articular as demandas de quem convive com a doença no momento e as possibilidades futuras de mudança do perfil (MATTOS, 2006; KALICHMAN e AYRES, 2016). Para Mattos (2006, p.58), “pode-se dizer que as políticas de enfrentamento de certas doenças, que são elaboradas tendo como referência a noção da integralidade inclui tanto ações preventivas como assistenciais”.

Propostas como a política de humanização e as chamadas rede de atenção e linhas de cuidado à saúde, tem sido apontada como estratégias utilizadas no SUS para implementação da integralidade, tendo a APS como gestora do cuidado integral da saúde de seus usuários e responsável pela coordenação nos pontos de atenção, através das equipes de trabalho (KALICHMAN e AYRES, 2016). Tais propostas se articulam a um projeto de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, através do repensar a gestão, as políticas, as práticas e a organização no sistema de saúde, que deve estar sempre aberto ao diálogo política/gestão/assistência/usuários/comunidade.

Sob essa lógica, as Linhas Cuidado, nas redes de atenção configuram-se como estratégia de atenção, que considera necessidades específicas em saúde e a organização da assistência, por intermédio APS e incorpora proposições da clínica ampliada e do cuidado, na busca pela integralidade. Outros referenciais como da medicina baseada em evidência, protocolos clínicos também são incorporados, além da lógica de organização regional das ações, baseadas nas necessidades locais de saúde e em relações mais horizontais (KALICHMAN e AYRES, 2016). Franco e Magalhães Jr (2004) propõem um modelo de LC, usuário-centrado, que deve iniciar pela organização do processo de trabalho na rede básica e se estender a todas as outras ações e pontos de atenção necessárias ao cuidado. Nesse sentido, a questão do processo de trabalho do modelo vigente é um desafio.

As linhas devem romper com modelos fragmentados de atenção ou com modelos baseados em mero fluxo, para uma perspectiva ampliada da Linha do Cuidado Integral em Saúde. Deve-se identificar os atores relacionados aos recursos necessários à efetivação da linha, para composição de um comitê gestor, com função de organizar, pactuar e fazer funcionar os fluxos assistenciais. A LC inclui, deste modo, o percurso dos sujeitos diante de suas necessidades e as relações oriundas deste processo (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004; SILVA *et al.*, 2016).

Compreendendo a necessidade de uma pactuação de base e dos recursos necessários à organização e implementação das LC, esta passa a ser desenhada também no campo da gestão,

através da vigilância em saúde, planejamento, avaliação, monitoramento, regulação e legislação, recursos, tecnologias e participação, capazes de impactarem o processo saúde-doença, porém partindo do lugar do singular no ato do cuidado, em referência o conceito de integralidade na sua tradução, por entre as ligas e conexões (CECCIM e FERLA, 2006; MALTA e MERHY, 2010). Malta e Merhy (2010) fazem destaque as macro e micropolíticas envolvidas neste processo, cuja atuação permitiria melhores resultados às necessidades dos usuários. É essência das LC a leitura sistêmica e deve equacionar o caminhar do sujeito, através de processos de trabalho e da organização da atenção, com ações resolutivas das equipes de saúde (CECCIM e FERLA, 2006; MALTA e MERHY, 2010).

Considerado o contexto de descentralização político administrativa e as dificuldades oriundas desse modelo, o apoio integrado foi proposto como estratégia para fortalecer a gestão do SUS. Trata-se de um recurso metodológico, que pode atuar na interação e relações que se dão entre gestores, trabalhadores, serviço e usuários direcionados a um objetivo comum, de incentivo à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho, através da cogestão, postura analítica, interativa e operacional, com mediação de conflitos, articulação para projetos e cumprimento dos objetivos e compromissos assumidos pelos atores. Parte do pressuposto de que a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder dos trabalhadores e de usuários das organizações, que são também, por esse influenciados. As equipes de apoio seriam formadas por apoiadores generalistas, e os apoiadores temáticos, que dispunham de conhecimento especializado, vinculados às redes temáticas prioritárias (CAMPOS et al., 2014; MACHADO et al., 2018).

Para Ceccim e Ferla (2006, p. 180) “a produção de linhas de cuidado traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção – integral – das respostas possíveis às vivências individuais do processo saúde-doença”. Em diálogo, tem-se uma trama de fatores imbricados, na qual a integralidade pressupõe a organização de serviços, práticas, gestão e participação social, na construção de um modelo de saúde emancipatória e como imagem objetivo a uma sociedade mais justa e menos desigual. Para tanto, a RAS foi a estratégia assumida para organização do sistema, regionalizada, cuja a linha de cuidado seria o fio condutor para projetos singulares, de organização da atenção e resolutividade assistencial, dentro da rede.

CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é reconhecida como estratégia promissora para o controle da tripla carga de doenças, sendo o espaço preferencial para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção da obesidade, seu cuidado e tratamento, por meio de atenção integral ao usuário com excesso de peso e suas comorbidades (JAIME et al., 2011). A busca na literatura por estudos de revisões e ensaios clínicos sobre o cuidado às pessoas com obesidade na APS, permitiram identificar um conjunto de ações.

Quando se trata de obesidade, as abordagens mais comuns envolvem as modificações na dieta e na prática de exercícios físicos. Nesse sentido, revisões de estudos que utilizaram ensaios clínicos identificaram que, comparado a nenhum tratamento, o exercício resultou em pequenas perdas de peso, com melhores resultados quando do aumento da intensidade do exercício (- 1,5 kg; IC 95% -2,3 a -0,7) e promoveu diferenças significativas em outras medidas de resultados, como lipídios séricos, pressão arterial e glicemia de jejum. Quando combinado com a dieta, resultou em uma maior redução de peso do que a dieta sozinha (- 1,0 kg; intervalo de confiança de 95% (IC) -1,3 a -0,7) (SHAW et al., 2006). Resultados similares foram identificados em mulheres após o parto, cujo os resultados foram significativos na perda de peso entre as que participaram de uma dieta (DM -1,70 kg; IC 95% -2,08 a -1,32) ou programa de dieta mais exercícios (DM -1,93 kg; 95% IC -2,96 a -0,89), em comparação às do grupo de cuidados habituais (AMORIM ADEGBOY e LINNE, 2013).

Para o público infanto-juvenil (0-17 anos) foi identificado, com certeza moderada, que entre crianças de 0-5 anos a dieta combinada com intervenções de atividade física reduziu o índice de Massa Corporal (IMC) (diferença média (DM) -0,07 kg/m², 95% (IC) -0,14 a -0,01) em comparação com o controle e com efeitos não observados quando avaliadas isoladamente. Já na faixa etária de 6 a 12 anos, com certeza moderada, as intervenções de atividade física reduziram o IMC (MD -0,10 kg/m², 95% CI -0,14 a -0,05), mas com pouco ou nenhum efeito no Z-score de IMC (MD -0,02, IC 95% -0,06 a 0,02), e que as intervenções apenas na dieta, tiveram pouco impacto tanto no Z-score de IMC (MD -0,03, IC 95% -0,06 a 0,01) ou IMC (-0,02 kg/m², IC 95% -0,11 a 0,06), com alta certeza. Por fim, nas idades entre 13 a 18 anos não registraram evidências com certeza moderada ou alta (BROWN et al., 2019).

Ainda sobre o público infantil, revisão sistemática com a população brasileira sobre sobrepeso e obesidade identificou que fatores como o ganho de peso gestacional, o IMC pré-gestacional e o diabetes mellitus foram os principais preditores do excesso de peso ao nascer em crianças, sendo a qualidade e frequência do acompanhamento das mães e de seus filhos

pelos órgãos de saúde fator fundamental para um estado nutricional adequado no período gestacional e no pós-parto (CZARNOBAY et al., 2019).

Outra investigação identificou que nos primeiros dois anos de vida a amamentação comparada com a não amamentação e a duração do aleitamento materno de 6 versus 4 meses foi associada a um efeito preventivo sobre o sobrepeso/obesidade na vida adulta. Ao contrário, a alimentação com fórmula está associada à alteração da composição corporal na infância; a alta ingestão de proteínas durante a alimentação complementar e de bebidas açucaradas aumentam o risco de sobrepeso ou obesidade posterior. Foi identificado também a necessidade da abordagem multicomponente e a combinação de aumento da atividade física e diminuição do tempo sedentário para a prevenção da obesidade, bem como que os comportamentos alimentares dos pais, refeições familiares regulares e uma intervenção parental estão associadas a resultados positivos de saúde e prevenção do excesso de peso (VERDUCI et al., 2021).

Para avaliar os efeitos da dieta, atividade física e intervenções comportamentais no tratamento de adolescentes com sobrepeso ou obesidade de 12 a 17 anos, Al-Khudairy et al. (2017) selecionaram ensaios clínicos randomizados. Identificaram que intervenções comportamentais reduziram o peso corporal em -3,67 kg (IC 95% -5,21 a -2,13) com evidência de qualidade moderada, principalmente quando comparados a controles sem tratamento ou lista de espera. O efeito nas medidas de peso persistiu em ensaios com 18 a 24 meses de acompanhamento (IMC MD -1,49 kg/m² (IC 95% -2,56 a -0,41). Não houve diferenças de subgrupo entre intervenções com e sem envolvimento dos pais ou por tipo de intervenção ou ambiente (cuidados de saúde, comunidade, escola) ou modo de realização (individual versus grupo) (AL-KHUDAIRY et al., 2017).

Quanto ao tratamento da obesidade grave em crianças e adolescentes, revisão sobre diretrizes de prática clínica e declarações de posição e consenso abordando o manejo dietético, identificou que intervenções no estilo de vida visando a manutenção ou perda de peso são recomendadas como tratamento de primeira linha para a obesidade pediátrica; a perda de peso é indicada para o manejo da obesidade com comorbidade relacionada e obesidade grave. A restrição calórica é recomendada para alcançar a perda de peso nestes casos, no entanto, as orientações sobre como conduzir a abordagem dietética ainda são escassas (ALMAN et al., 2021).

Sobre o cuidado nutricional, Wiechert e Holzapfel (2022) em revisão narrativa identificaram diferentes abordagens baseadas em evidências para tratar sobrepeso e obesidade, que incluem restrição calórica; composição dos micronutrientes na dieta (dieta *low carb* e dieta *low fat*); jejum intermitente; nutrição personalizada baseada em genes e em microbiotas; e

programas de perda de peso. Todas as intervenções só apresentaram resultados positivos diante um balanço energético negativo. As recomendações dietéticas baseadas em genes ou microbiotas ainda carecem de evidências científicas conclusivas. Com as mudanças no estilo de vida, uma perda de peso moderada após um ano é possível e o automonitoramento da dieta e da atividade física fornece uma técnica eficaz de mudança de comportamento para o controle de peso no tratamento da obesidade comportamental.

No que trata do público adulto e idoso, Marques et al. (2021) realizaram revisão sistemática das intervenções desenvolvidas na APS para o tratamento da obesidade. Ao todo, foram identificadas 56 publicações. Destas, 19 estudos combinaram dois ou mais tipos de intervenção, 16 apenas sessões presenciais em grupo e 12 individuais presenciais, 9 com uso de componentes tecnológicos (como ligações telefônicas, aplicativos e sites), 13 com prescrição dietética e 1 com uso de medicamentos para perda de peso.

A maioria das intervenções foram conduzidas em países ricos e consideradas eficazes para redução do índice de massa corporal (n=18), perda de peso (n=37) e mudança de circunferência da cintura (n=13). As atividades voltaram-se a modificações na dieta, do estilo de vida e para prática de exercício físico e de maneira específica havia as direcionadas às pessoas com obesidade e depressão. Foram utilizadas técnicas comportamentais; suporte para perda de peso através do telefone e *sites*, e-mail, aplicativo em *smartphones*, sistema interativo de resposta de voz, sistema de mensagens e discos de vídeo; consultas individuais com especialista em atividade física, nutricionista ou médico; apoio dos trabalhadores comunitários de saúde para criar e trabalhar em planos de ação personalizados; terapia medicamentosa; estratégia pedômetro; protocolo interdisciplinar; suplemento alimentar; apoio social de amigos e familiares e a prevenção da recaída (MARQUES et al., 2021).

Resultado semelhante foi observado em revisão sistemática sobre o manejo da obesidade na clínica geral, na Nova Zelândia. Foram identificadas nove intervenções que produziram perda de peso estatisticamente significativa, duas com mudanças na dieta, duas que adicionaram também apoio social e a outra exercícios; uma com exercícios e mudanças comportamentais, três com a abordagem Maori⁹ combinada com exercícios e uma delas incluindo também mudanças comportamentais e educação alimentar. Mudanças na dieta foi a

⁹ “A percepção maori da saúde realça o bem-estar espiritual que actua reciprocamente com o bem-estar físico, mental, social e cultural do homem e o seu meio ambiente” (Broughton, 1989, p. 20). Abordagem Maori para a saúde é uma proposta construída sobre o potencial indígena, que é ambientalmente centrado e é a síntese de caminhos ancestrais e interpretações Maori contemporâneas, conhecidas como o Quadro de Saúde Atua Matua Maori. (Dr. Ihi Heke *apud* e-disciplinas USP, 2020).

única intervenção que isolada produziu resultados estatisticamente significantes (NORMAN et al., 2021).

Menezes et al. (2020) em revisão sobre os efeitos das intervenções nutricionais destinadas ao gerenciamento da obesidade na atenção primária e secundária à saúde identificaram melhores resultados de perda de peso, quando combinadas restrições calóricas com intervenções fornecidas por nutricionistas ou psicólogos. No que tange aos programas baseados na *web* para a perda de peso, revisão sistemática e meta-análise com oito estudos não indicaram eficácia destes programas na perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade (JAHANGIRY e FARHANGI, 2021).

Reis et al. (2018) descreveram e avaliaram a qualidade de 21 diretrizes clínicas para o tratamento da obesidade em adultos, produzidos por diferentes países, a partir do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II). As diretrizes de melhor pontuação recomendam de maneira uniforme o acompanhamento psicológico baseado na terapia cognitivo-comportamental. São recomendações amplamente recomendadas a redução da ingestão de alimentos e gorduras em 500-1.000 calorias/dia e a prática de atividade física (variando de um mínimo de 150 minutos por semana a 300 minutos/semana). Para quadros de obesidade nos quais outras abordagens de tratamento falharam, as recomendações na maioria das diretrizes restringem o uso de fármacos à pacientes com IMC superior a 30kg/m^2 , com indicação de inibidor da lipase gástrica e pancreática e a cirurgia bariátrica é recomendada para $\text{IMC} > 40\text{kg/m}^2$.

Van de Pas et al. (2022) estudaram 160 crianças e adolescentes acompanhadas em um centro especializado em obesidade, cujo público e suas famílias recebem uma intervenção personalizada no estilo de vida por uma equipe multidisciplinar. Os autores analisaram a mudança no escore Z do IMC como desfecho primário, e a mudança nos parâmetros de saúde cardiometabólica como desfecho secundário, após um ano e dois anos de intervenção. Identificaram que a intervenção apresentou efeito positivo mantido nos parâmetros de saúde nas crianças com obesidade grave, menos pronunciado em adolescentes com obesidade grave. Nos adolescentes, embora um pequeno subgrupo tenha alcançado perda de peso clinicamente significativa, a maioria dos adolescentes não responderam ao tratamento, indicando a necessidade de ações complementares, com opções de tratamento médico ou cirúrgico. Reforçam a necessidade de tratamento para obesidade grave em idade precoce.

Como estratégia para aumento o consumo de frutas, vegetais ou ambos entre crianças de cinco anos ou menos, identificou-se com evidência moderada que intervenções multicomponentes (por exemplo, educação de professores e pais, mudanças na política pré-

escolar) versus nenhuma intervenção tem um pequeno efeito no consumo infantil de frutas e vegetais (SMD 0,32, IC 95% 0,09 a 0,55; 9 ensaios, 2.961 participantes; evidência de qualidade moderada; acompanhamento médio pós-intervenção = 5,4 semanas), equivalente a um aumento de 0,34 xícaras de frutas e legumes por dia (HODDER, 2020).

Em estudo sobre intervenções de grupo para a perda de peso, utilizou dois grupos randomizados. O controle que foi tratado com prática clínica e um grupo de intervenção, no qual os sujeitos participam de atividade grupal sobre hábitos de vida saudáveis semanalmente, durante seis semanas e com seguimento de 6 e 12 meses (IGOBE *program*). Aos 12 meses os participantes do grupo obtiveram melhores resultados, com maior perda de peso (-7,1% do peso inicial), redução da massa gorda, principalmente da gordura visceral e da circunferência da cintura, quando comparados ao grupo de controle. Para a intervenção, a desistência foi de 43,4% e para o controle de 44,6% (PORCA et al., 2021).

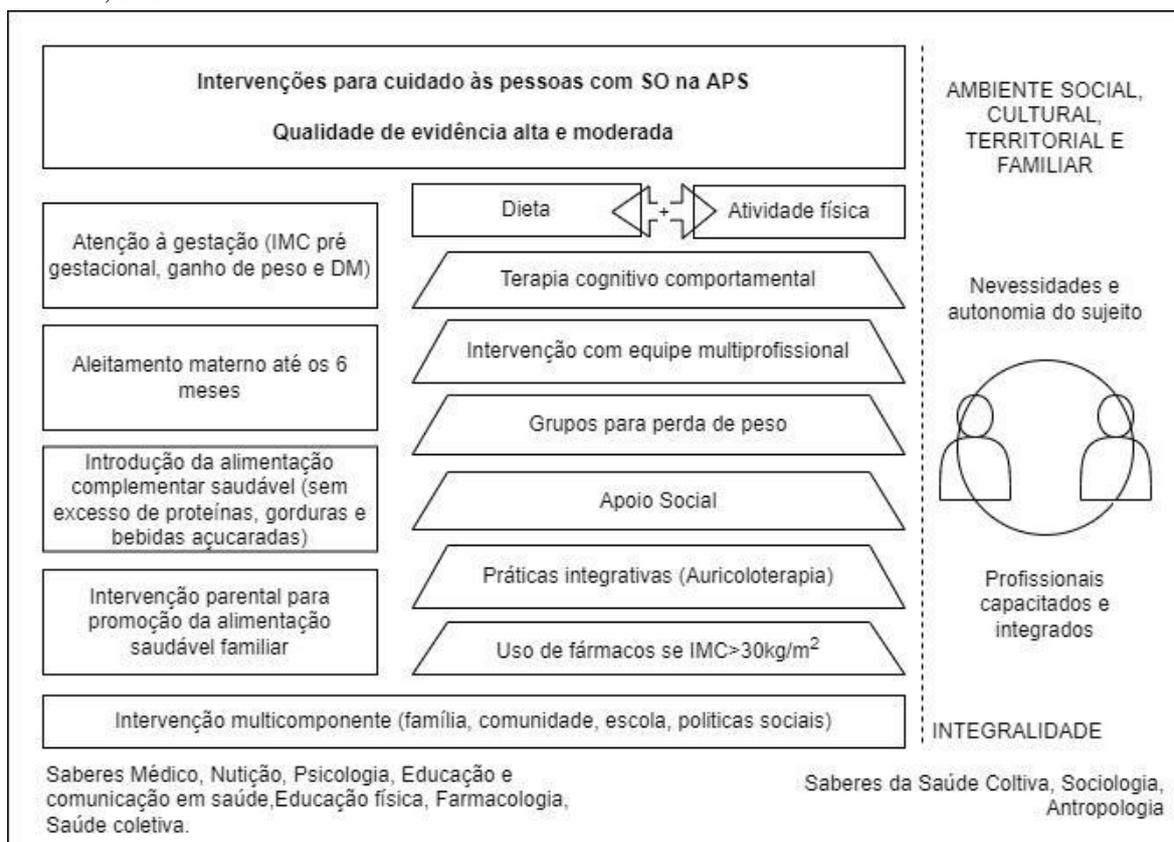
O elemento cultural moral também foi identificado em estudo que avaliou as frequências percebidas sobre aconselhamento a pacientes com obesidade por profissionais médicos com excesso de peso, atuantes na APS na Arábia Saudita. Número significativo de profissionais ($p=0,014$) considerou que era menos provável que um paciente recebesse conselhos sobre perda de peso de um médico com excesso de peso, bem como considerava mais eficaz se orientação fosse realizada por profissional em peso adequado (ALNASIRI e ALRUWAILI, 2021).

No que tange às práticas integrativas, Santos et al. (2022) em revisão de estudos com metodologia de ensaio clínico ou revisão sistemática, concluíram que é possível afirmar, com segurança, que a auriculoterapia atua como tratamento complementar para a obesidade, com efeito positivo especialmente no peso e no índice de massa corporal.

Colquitt et al. (2014) avaliaram os efeitos da cirurgia bariátrica para sobrepeso e obesidade, incluindo o controle de comorbidades em estudos de ensaios controlados randomizados comparando intervenções cirúrgicas com tratamento não cirúrgico ou comparando diferentes procedimentos cirúrgicos. Concluíram que todos os estudos encontraram benefícios da cirurgia nas medidas de mudança de peso, em um a dois anos de acompanhamento.

Foi observado também, melhoria para alguns aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde e diabetes, independentemente do tipo de procedimento utilizado, com evidência moderada. No entanto, eventos adversos graves foram relatados em quatro estudos nos grupos de cirurgia (0% a 37%) em relação aos grupos sem cirurgia (0% a 25%). Entre 2% e 13% dos participantes necessitaram de reoperações nos cinco estudos que relataram esses dados.

Figura 8. Modelo teórico do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde, 2023.



Fonte: Elaboração própria. Legenda: IMC – Índice de Massa Corporal; DM- Diabetes Melitus.

A Figura 8 apresenta o modelo teórico do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde. A literatura a respeito das linhas de cuidado, salientam para uma imagem-objetivo voltada à garantia da integralidade, em seus diversos sentidos, articulando a promoção à saúde, prevenção e tratamento ao sobrepeso e obesidade; ações intra e intersetoriais para organização do cuidado nos diferentes serviços ofertados; que considere as necessidades dos sujeitos assistidos e seu contexto de vida e suas necessidades; e na concepção das políticas, neste caso, a linha de cuidado, organizada em toda rede. Nesse aspecto, observou-se a influência dos conhecimentos da saúde coletiva, sociologia e antropologia, que consideram os determinantes socioculturais e territoriais na inter-relação do processo saúde e doença e a oferta de cuidado.

Na assistência à saúde às pessoas com sobrepeso e obesidade, a literatura aponta a necessidade de um cuidado prévio ou preventivo, que permita uma alimentação adequada e saudável desde a gestação e nascimento, cujo aleitamento materno e a alimentação complementar saudável possam promover um desenvolvimento adequado ao longo da vida. Nesse sentido, reconhece-se a influência parental na formação de hábitos alimentares, que

precisa estar incluída no processo de atenção e cuidado. É recomendado o acompanhamento em toda a infância, com articulação entre diferentes setores. Quando ao tratamento dado às pessoas com sobrepeso e obesidade, há destaque nas intervenções dietéticas e de atividade física. Estas intervenções associadas a atenção em grupo, com uso de técnicas comportamentais, apoio social, familiar e práticas não tradicionais de cuidado permitem promover maior adesão e resultados positivos no cuidado. Quando necessário, a farmacologia se apresenta como recurso terapêutico na atenção primária à saúde, especialmente em adultos.

Nesse sentido, identificou-se a influência de diversos saberes, a exemplo da área médica, da nutrição, psicologia, educação física, farmacologia, educação e comunicação em saúde e saúde coletiva, que reforçam a necessidade da atenção multiprofissional e sob diferentes vertentes.

MODELO LÓGICO DA LINHA DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 2011 o Brasil passou a adotar o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no âmbito do SUS, para o período de 2011 a 2022 (BRASIL, 2011). Neste, a obesidade é tida como fator de risco modificável e foco de intervenção, cuja meta envolvia a redução e controle do crescimento da obesidade nos diversos ciclos de vida. Para tanto, propunha a organização de um plano Intersetorial de Controle e Prevenção da Obesidade, articulando os eixos de promoção da saúde, vigilância e cuidado integral, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) que era responsável por conduzir as políticas na área de segurança alimentar e nutricional. O MDS publicou recomendações para estados e municípios em 2014 (BRASIL, 2014c). Em ambos os documentos, a atenção básica à saúde é apontada como estruturante para organização das ações de promoção da saúde, da alimentação saudável e da atividade física, através de programas e ações. Especialmente, o plano intersetorial já coloca a necessidade de oferta da atenção integral à saúde do portador de excesso de peso/obesidade na rede de saúde, através da linha de cuidado.

O balanço realizado sobre o supracitado plano de ações estratégicas avaliou alguns indicadores, e a despeito das metas de redução, verificou-se o aumento da prevalência da obesidade em adultos de 15,1% em 2010 para 20,3% em 2019, com projeção de que a meta não seja atendida até 2022. Houve aumento no consumo de frutas e verduras de 19,5% para 22,9%, atingindo a meta em 2011 (22,0%), no entanto, este indicador apresentou piora nos últimos

anos. A prática de atividade física no tempo livre, equivalente a, pelo menos, 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana, foi a que se manteve mais estável acima da meta, saindo de 30,5% para 39%, de 2010 a 2019 (BRASIL, 2021c).

Com a aproximação do período de vigência do Plano 2011-2022, foi publicado novo documento, que propõe novos parâmetros baseados nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 2015. Seu objetivo é "promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de apoiar os serviços de saúde" (p. 10). Entre as metas relacionadas aos fatores de risco estão: reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%; deter o crescimento da obesidade em adultos; aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre e aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%; reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados e reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas (BRASIL, 2021c).

Em consonância, é publicada a Portaria nº252 de 2013 que inclui a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS, atualizada em 2014 pela Portaria nº 483 que a redefine e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. São objetivos o fomento à mudança do modelo de atenção à saúde para qualificação e oferta de cuidado integral em toda a rede, incluindo de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2014d).

Sua implantação dar-se-á por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, que devem expressar os fluxos assistenciais e definir ações e serviços de cada componente, considerando a realidade regional e as evidências científicas. Suas diretrizes envolvem a pactuação entre a comissão Intergestora bipartite (CIB), tripartite (CIT) e loco-regional; definição dos pontos de atenção e regulação à atenção especializada, com apoio diagnóstico e terapêutico, definição de responsabilidades e garantia dos recursos necessários. Devem organizar os sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços (BRASIL, 2014d).

A Atenção Básica deve ser a ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar atenção integral e contínua da população que está sob sua responsabilidade. A RAS das doenças crônicas é composta também pelos componentes de Atenção Especializada, que se divide em ambulatorial especializado, hospitalar, e de urgência e emergência; e os sistemas de Apoio, Logísticos, Regulação e Governança (BRASIL, 2014d).

Desde então, a obesidade passou a integrar o rol das doenças crônicas e a dispor também de uma linha de cuidado, instituída através da portaria nº424 de 2013 (BRASIL, 2013a). Segundo esta, são diretrizes para organização das ações e serviços para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, o diagnóstico da população assistida para identificar sujeitos com excesso de peso; estratificação de risco; organização da oferta integral de cuidados na RAS e dos pontos de atenção, com definição de responsabilidades, comunicação e garantia dos recursos e financiamento necessários, orientado pelos princípios do SUS; uso da informação para acompanhamento do cuidado, gestão de casos, monitoramento e a avaliação das ações e serviços, bem como dos principais determinantes do SO; a oferta do apoio diagnóstico e terapêutico, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas, com inclusão das práticas integrativas e complementares e da articulação intersetorial. Ademais, a formação de profissionais da saúde e sensibilização para o tema (BRASIL, 2013a). Fica a cargo das Secretarias municipais, estaduais e distrital de saúde organizar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade para garantir o cuidado integral (BRASIL, 2017).

A Linha de Cuidado para prevenção e tratamento ao sobrepeso e obesidade é constituída dos componentes Atenção Primária à Saúde; Atenção especializada (Subcomponente atenção ambulatorial e subcomponente atenção hospitalar); e o componente Sistema de apoio e sistema logístico. Estes devem estar articulados através da pactuação de planos regionais para organização da linha, em que precisa dispor sobre a oferta de cuidado em todos os pontos de atenção, bem como sistema de regulação para acesso ao componente de atenção especializada, baseados em diretrizes clínicas e evidências científicas. Cabe à APS realizar ações de promoção da saúde e prevenção do SO, através de estímulo às práticas alimentares saudáveis e a atividade física, de maneira intersetorial, respeitando hábitos e cultura locais; realizar a vigilância alimentar e nutricional (VAN), permitindo a identificação de pessoas em risco ou com excesso de peso, organizando o cuidado. Prestar acolhimento adequado e assistência terapêuticas multiprofissional a indivíduos com SO de acordo com estratificação de risco e diretrizes clínicas estabelecidos, estimulando o autocuidado e, quando esgotadas as possibilidades de assistência da APS coordenar o caminho em outros pontos de atenção, bem como manter a assistência aos usuários quando retornarem de intervenções em outros pontos da rede (BRASIL, 2013a).

Somam-se as publicações, o Caderno nº 38 “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade” entre os cadernos da APS, que objetiva subsidiar a atuação de profissionais dos serviços de Atenção Básica do SUS para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional. Apresenta as diretrizes para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade. São descritos métodos para diagnóstico nutricional e recomendações

para organização da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade. Inclui práticas de promoção, prevenção e manejo do SO, com possíveis estratégias de abordagem para mudança de comportamento com foco na promoção da alimentação saudável e atividade física, baseados em orientações sobre grupos alimentares, abordagem cognitivo comportamental, abordagem familiar, trabalho em grupos, promoção da atividade física, bem como tratamento dietoterápico, medicamentoso e cirúrgico. O documento inclui ainda orientações sobre distúrbios alimentares e dietas da moda. Todo conteúdo visa propor uma organização da Linha de cuidado para as pessoas com sobrepeso e obesidade nas diferentes faixas etárias (BRASIL, 2014b).

Em 2021 foi publicado material teórico para suporte ao manejo da obesidade no SUS, que apresenta a descrição de referenciais teóricos e ferramentas, seus aspectos positivos e desafios para utilização em diferentes pontos de atenção à Saúde. Traz como abordagens transversais os referenciais da educação alimentar e nutricional (EAN) propostos pelo Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas de 2012 e o aconselhamento em saúde. São apresentadas diferentes teorias relacionadas ao manejo da obesidade, na maioria das vezes provenientes do campo da Psicologia, como a entrevista motivacional centrada na pessoa, o modelo transteórico (MT) voltado às mudanças comportamentais, terapia cognitivo-comportamental (TCC) voltada à solução de problemas, a abordagem crítico-reflexiva com perspectiva problematizadora para as práticas de educação e o autocuidado apoiado pela equipe de saúde (BRASIL, 2021a).

São abordagens que podem ser usadas na APS, as individualizadas (atendimento domiciliar e individual compartilhado, atendimento específico e o projeto terapêutico singular); as abordagens familiares de ciclo de vida familiar, o roteiro P.R.A.T.I.C.E (*Problem, Roles, Affect, Communication, Time, Illness, Copying, Ecology*) para obtenção de informações da família, o ECOMAPA para mapeamento das relações familiares. As estratégias coletivas envolvem os grupos motivacionais, terapêuticos, operativos e oficinas, descrita com mais detalhes em documento próprio, o Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS, publicado no mesmo ano (BRASIL, 2021a).

O Instrutivo tem por objetivo apoiar as equipes e profissionais de saúde, com ênfase na abordagem coletiva, especialmente na APS. Apresenta subsídios teóricos e práticos para o planejamento e condução dos grupos de usuários com obesidade, tendo como referenciais o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas e Guia Alimentar para a População Brasileira e está baseado em evidências científicas. Faz uso das abordagens crítico-reflexiva, de mudança de comportamentos em saúde (MT e TCC), bem como o autocuidado apoiado. A integração das abordagens coletiva e individual são postas

como meios para potencializar o cuidado. Faz referência ainda ao uso de tecnologias (mensagens, ligações, etc.) como estratégia educativa (BRASIL, 2021b).

Estes documentos orientaram a elaboração do modelo lógico da LCSO, que contempla elementos relacionados ao componente I - atenção básica, da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, na rede de atenção à saúde no SUS e, portanto, trata-se da representação da cadeia causal da intervenção (Figura 9). Para funcionamento, a LCSO precisa ser planejada e pactuada entre os entes federados e da gestão regionalizada, de maneira a contemplar diversos pontos de atenção da RAS num fluxo de referência e contrarreferência. A partir dos documentos orientadores publicados pela gestão federal, os gestores locais deverão organizar e implantar em sua região a LCSO, através de documento formal de implantação da linha, constando os pactos assistenciais e de gestão. Este documento deve estar baseado no diagnóstico epidemiológico, nas necessidades da população assistida, e na análise da capacidade instalada (BRASIL, 2014a).

Deve constar na organização regionalizada os fluxos assistenciais, com a regionalização dos serviços e garantia dos recursos necessários, bem como a organização da regulação para atenção especializada, apoio logístico e indicadores de monitoramento. A LCSO deve ser pactuada em CIB ou CIR para posterior encaminhamento ao Ministério da Saúde. Os recursos para sua implantação deverão vir do Ministério da Saúde e outros oriundos do tesouro estadual e/ou municipal. Este movimento permitirá a implantação da LCSO pactuada, com a definição de fluxos, organização logística e de recursos na RAS. Esta adesão visa fortalecer e qualificar a atenção prestada às pessoas com SO.

Para solicitar a habilitação de serviços de alta complexidade para cuidado à pessoa com obesidade, este deve estar obrigatoriamente inserido na LCSO, que permitirá organizar a referência e contra referência em fluxos assistenciais definidos, com estratificação de risco. Todo este processo depende também da formação permanente e sensibilização dos profissionais envolvidos no cuidado, que serão os responsáveis pela execução das ações no dia a dia. Cabe também a gestão a incorporação de sistemas de informação para o planejamento, monitoramento e avaliação da LCSO no território. É o gestor local quem deve organizar a oferta de cuidado integral, promoção e prevenção à saúde e tratamento das pessoas com SO na RAS.

Para tanto, a LCSO deve articular os diversos pontos da rede de atenção (atenção básica e atenção especializada), com destaque às ações do componente atenção básica à saúde. Neste âmbito de atenção, deve ser dado os recursos necessários à oferta do cuidado, de maneira que os serviços estejam prontos para acolher os indivíduos por demanda programada ou espontânea. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é colocada enquanto estratégia de

acompanhamento regular das informações dos sujeitos e coletividades, como forma de realizar a busca ativa, de identificação dos sujeitos em risco, acompanhamento e registro de indicadores de monitoramento.

A recomendação é que a coleta dos dados se dê na rotina da UBS, nos programas que já são desenvolvidos, a exemplo da academia da saúde e programa saúde na escola e que com posse destas informações, seja possível definir metas individuais e coletivas e realizar o planejamento, monitoramento e avaliação, para uma oferta de cuidado organizada, através de uma gestão programada. Os sistemas de informação, apresentam-se junto a Vigilância Alimentar e Nutricional como recursos de monitoramento, identificação dos determinantes sociais do SO, planejamento e avaliação da LCSO.

A promoção da saúde se apresenta como caminho importante no apoio aos sujeitos para a adaptação a um estilo de vida mais saudável, especialmente através de ações voltadas à alimentação saudável e atividades física e corporal, desde a infância. Deve-se buscar a articulação intersetorial e fazer uso dos equipamentos sociais do território, bem como dos programas já existentes. Todas atividades devem contar com a parceria da comunidade, que deve dispor de espaços de escuta e participação. Esse movimento permitirá prevenir o avanço do sobrepeso e obesidade e deve basear-se no respeito aos hábitos culturais, sociais e religiosos. A obesidade e sua causalidade devem ser temas abordados, como estratégia de reduzir o estigma e preconceito às pessoas com sobrepeso e obesidade.

Estas estratégias permitirão o compartilhamento de saberes para a promoção da saúde e prevenção à obesidade, criando vínculos e sociabilidade entre os usuários e a equipe e articulação intersetorial. A longo prazo, estas práticas permitirão a mudança no modelo de atenção, com abordagem também na promoção e prevenção, com participação da comunidade e estímulo à autonomia para o autocuidado. Cada ação se articula às demais.

A melhoria do acolhimento é ponto nevrálgico dentro da LCSO. Ao ser acompanhado em qualquer ação ofertada pelo serviço (visita, grupos, atendimento, marcação, entre outros), o sujeito com sobrepeso e obesidade deve sentir-se acolhido, para manter a continuidade do cuidado. Deve-se garantir a estrutura necessária para atendimento, incluindo o espaço físico e equipamentos e a educação e sensibilização permanente da equipe, que permita identificar e orientar pessoas para o acompanhamento e reduzir preconceitos e práticas discriminatórias.

Todos estes pontos, devem coadunar numa assistência qualificada, com oferta de atendimentos individuais e grupais, com equipe multiprofissional, tendo como base diretrizes clínicas e protocolos assistenciais baseados em evidências. A equipe precisa estar ciente dos fluxos e ofertas necessárias e orientar a assistência para construção da autonomia e autocuidado.

Quando necessário a equipe deverá buscar apoio matricial especializado para condução dos casos, e incluir plano de metas e prescrição dietoterápica, medicamentosa e outras. As práticas integrativas e complementares devem fazer parte do rol de cuidados ofertados. A APS deve garantir ainda, a oferta exames quando necessários e/ou o encaminhamento seguro dos sujeitos, quando extrapoladas as possibilidades de cuidado na APS, em fluxo claro de referência e contra referência, bem como ofertar os cuidados pré e pós operatórios cabíveis a este âmbito de atenção em casos de indicação de tratamento cirúrgico.

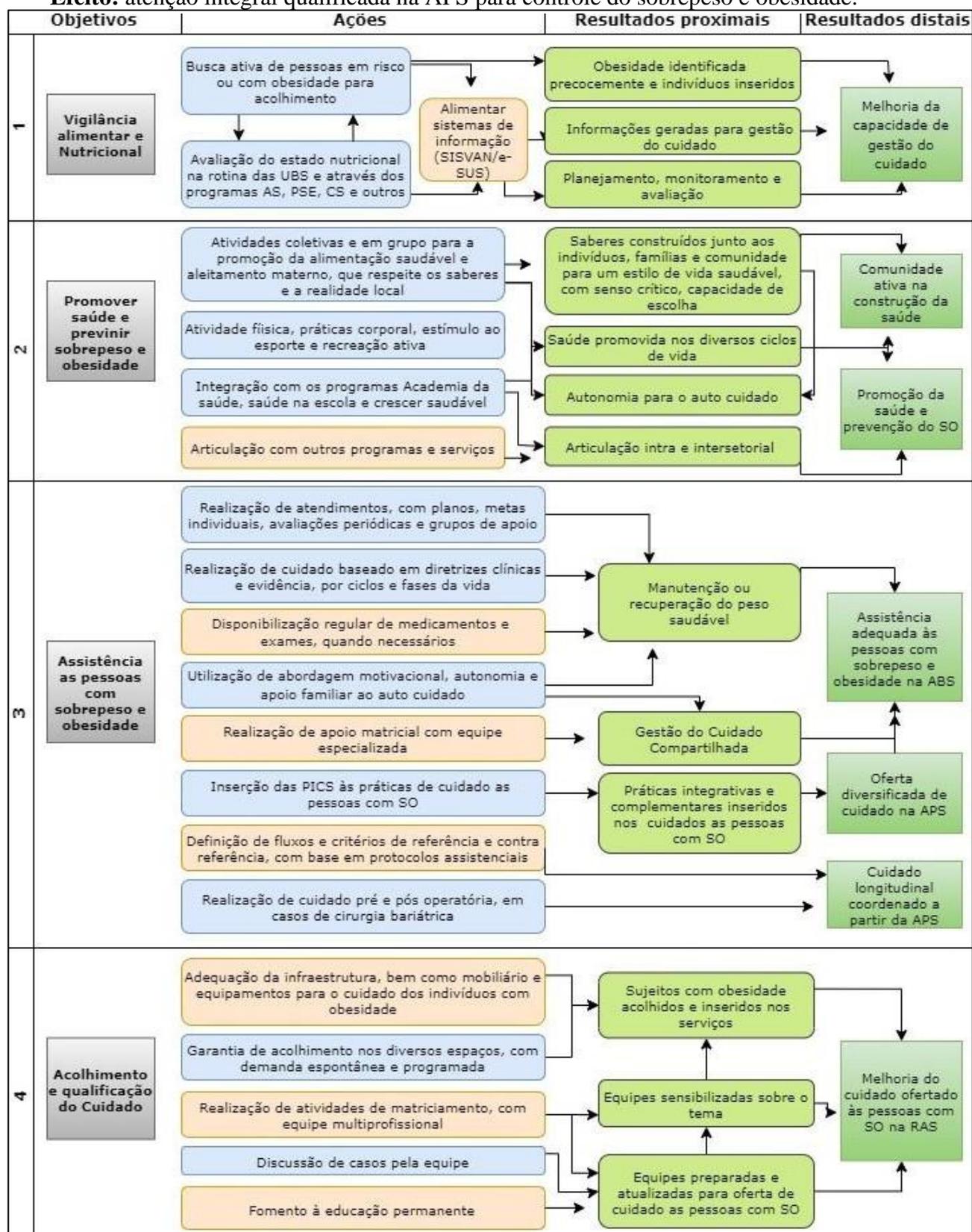
Essa estruturação bem conduzida permitirá a oferta de uma assistência qualificada, com manutenção ou recuperação do peso saudável, com criação de vínculo e garantia de cuidado longitudinal, promovendo a autonomia. Garante-se ainda, a oferta de cuidado diversificado, com diferentes abordagens, compartilhando a gestão do cuidado e organizando a rede, com mudança de práticas assistenciais e de gestão, influenciando e construindo modelos diferenciais de atenção à saúde.

Além disto, faz-se necessário formar os profissionais e sensibilizá-los ao tema, que envolve preconceito cultural e social fortemente enraizados, que relacionam a condição de excesso de peso às escolhas individuais dos sujeitos, como estratégia para redução do estigma, com melhoria do acolhimento e vínculo. Bem como atualização sobre as abordagens clínicas multiprofissionais, baseadas em evidência, possíveis de serem desenvolvidas na APS, com consequente melhoria da oferta de cuidado.

A partir de um fluxo bem definido da linha dentro da RAS é que esta poderá se estabelecer de maneira contínua, por isso a necessidade de considerar o momento de pactuação elementar à proposta. Esta, articulada às ofertas de cuidado já descritas, terão como efeito a atenção integral e qualificada para o controle do sobrepeso e obesidade.

Figura 9. Modelo lógico da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, componente atenção primária a saúde, 2023.

Efeito: atenção integral qualificada na APS para controle do sobrepeso e obesidade.



Fonte: elaboração da autora. Legenda: **Ações de Organização da atenção/ Ações de Assistência** - Programa academia da saúde; PSE – Programa Saúde na Escola; PCS – Programa Crescer Saudável; SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; eSus - Estratégia de Informatização da atenção básica; SO – Sobrepeso e obesidade; RAS – rede de atenção a saúde.

DA TEORIA À INTERVENÇÃO FORMULADA

A avaliação teórica revelou plausibilidade entre as evidências sobre as estratégias para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde e linha de cuidado, na maior parte de seus componentes. O conjunto da produção documental revisada demonstra a defesa de um modelo de cuidado usuário centrado, com abordagem ampliada, baseada em evidências, orientada à integralidade. No entanto, carecem de objetivos, investimentos financeiros, estratégias de implantação e proposta de educação permanente melhor definidas.

A resolução que organiza as diretrizes para a LCSO não apresenta um objetivo da ação, nem mesmo em seu manual operacional (BRASIL, 2013a; 2014a). De maneira mais ampla, na Resolução nº483 de 2014 que define as redes de atenção às doenças DCNT são colocados como objetivos a atenção integral, em todos os pontos de atenção, por meio de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, qualificação da atenção integral às pessoas com DCNT, fomento a mudança no modelo de atenção à saúde, concentrando-se sobre os serviços e sua organização (BRASIL, 2014d).

São observados nestes objetivos, dois sentidos conceituais da integralidade, o primeiro como articulação entre as ações de promoção e os níveis de prevenção à saúde e o segundo relacionado à ideia de organização dos serviços de saúde e sua continuidade nos pontos de atenção do sistema (PAIM, 2006; MATTOS, 2006). Não se observa aspectos da integralidade usuário-centrado ligada a compreensão do sujeito integral em suas necessidades ou relacionadas à valores e atributos das práticas em saúde, nem sobre o processo de trabalho, ainda que, nos demais documentos essas noções possam ser identificadas nos discursos.

O plano de ações estratégias para as DCNT 2022-2030 apresenta a LCSO como meio de indução à organização do processo de trabalho na Rede de Saúde coordenado pela APS sem, no entanto, tratar de caminhos possíveis para a ação. Estes caminhos são trabalhados de maneira mais detalhada em publicações complementares como instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS (2021), que explicitam referenciais teóricos baseados em evidências e diferentes abordagens que podem ser desenvolvidas na APS (BRASIL, 2021c).

No mesmo plano, a formação deve acontecer por meio da tele-educação e tele consultoria para atualização das equipes e apoio no uso de diretrizes clínicas/linhas de cuidado/protocolos, da qualificação profissional para uso de entrevista motivacional, planos de cuidados e autocuidados e de práticas corporais/mentais. Demais estratégias relacionadas ao SO incluem a promoção da alimentação adequada e saudável, a elaboração de protocolos clínicos, intervenções não farmacológicas e a prática da atividade física na APS como estratégias para o

controle do ganho de peso (BRASIL, 2021c). Desse modo, a formação volta-se às abordagens de cuidado, protocolos e condutas, sem, no entanto, definir metas objetivas de educação permanente, além de desconsiderar a necessidade de motivação da equipe, apoio institucional e de organização da atenção, elementos fundamentais ao funcionamento da linha.

Ademais, pouca ênfase tem sido dada às atividades voltadas à gestação, parto e desenvolvimento na infância na LCSO, com efeitos já conhecidos ao longo da vida. É necessário fortalecer ações de apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada articuladas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2014d), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015), segundo as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (BRASIL, 2019b); incentivar e apoiar iniciativas estaduais e municipais de amamentação exclusiva até os 6 meses; qualificar o cuidado voltado à criança com obesidade infantil, por meio da elaboração de protocolos clínicos de manejo, qualificação profissional e implementação de medidas efetivas.

Nas tecnologias de cuidado, o conjunto dos materiais produzidos pelo Ministério da Saúde em parceria com instituições de ensino têm buscado orientar a prática baseada em evidências, apresentando possibilidades de intervenções a serem desenvolvidas. Os documentos orientadores mais recentes (BRASIL, 2021a, 2021b) sobre o cuidado às pessoas com SO no sistema de saúde tem avançado em uma compreensão ampliada da ocorrência deste fenômeno, relacionada a sua múltipla determinação, reconhecendo o preconceito e o estigma como limitadores para o acesso, vínculo e continuidade do cuidado na APS.

DISCUSSÃO

A implementação de ações transversais no sistema de saúde, a exemplo das linhas de cuidado, são complexas em si e lidam com as dificuldades do próprio sistema, como a superação da hierarquização, organização em rede, relações horizontais de trabalho, demanda e oferta, acesso, objetivos comuns, motivação profissional. Nesse sentido, a LCSO ainda apresenta importantes fragilidades no cotidiano dos serviços. Inicialmente, trata-se de um modelo de cuidado adotado nacionalmente, o que dificulta a avaliação teórica. Segundo, a organização em rede e linhas de cuidado é vinculada a uma lógica no sistema nacional de mudança de um modelo de cuidado, em processo, sem que se modifique as estruturas de base que sustentam o modelo contrário, gerando diversas contradições.

A APS é posta como base nas ações desenvolvidas, sem considerar seu eixo estrutural, que são os profissionais de saúde e como estes compreendem o fenômeno. Alguns autores pontuam ainda os limites que a APS tem enfrentado como coordenadora do cuidado. Revisão

realizada por Tofani et al. (2021) identificou como argumentos negativos a compreensão social da APS como serviços básicos, como espaço de “impotência” na visão de usuários e profissionais. Essa visão, segundo a pesquisa, está relacionada ao fato da APS não apresentar condições materiais e simbólicas de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde, que podem interferir na organização e oferta dos serviços e comunicação ineficiente com outros pontos de atenção. Depara-se ainda, com a forte concorrência dos serviços de emergência como ponto de entrada preferencial dos usuários, desarticulados da rede.

Para Mendes (2010), o que limita a atuação da APS é o sistema fragmentado, que impossibilita este âmbito de atenção de exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado. É necessário fazer uso dos recursos e diminuir demandas de outros pontos de atenção e modificar a leitura atribuída a APS (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004).

O entendimento sobre a integralidade e todas as suas possíveis nuances enfatizam que o fazer profissional, as relações de trabalho, o engajamento no tema pela equipe e a organização das ações com objetivos comuns são elementos sem os quais não é possível um cuidado integral, ainda que os serviços estejam todos ofertados. Estes, garantem o acolhimento, o vínculo, a responsabilização pelo usuário, tão necessários no cuidado as pessoas com agravos crônicos, que exigem mudanças a longo prazo e reforçam a necessidade de traçar objetivos voltados às práticas de trabalho entre os profissionais de saúde, com tanto destaque que é dado às demais atividades.

Estudo em município no estado de São Paulo com profissionais e gestores identificou que as ações da linha de cuidado não foram percebidas como necessárias, a ponto de mobilizar recursos políticos e estruturais (MAXIMIANO, 2016). Outra investigação identificou que apenas 26,6% das UBS foram consideradas como tendo acesso adequado ao manejo da obesidade (presença combinada dos itens essenciais) (LOPES et al., 2021).

Considerando estes elementos, a participação e ênfase na atuação de apoiador institucional é pouco explorada, diante de um contexto em que, como pontuam Viana et al. (2018) há imaturidade sobre a compreensão e de modelos teóricos apropriados a complexidade de redes integradas. Para os autores, a RAS não é sinônimo da semântica cotidiana de ‘Redes’ de serviços, ou mesmo do ‘sistema’ e da própria regionalização. É necessário pensar em sistemas complexos “em torno de um sentido ético da organização sistêmica: a centralidade nas necessidades sociais populacionais e individuais derivadas da integralidade dos direitos humanos e sociais” (p. 1793).

Ademais, a LCSO carece de interesse político, cuja adesão e pactuação é voluntária, somada a baixa sensibilização social, cultural e epidemiológica sobre a ocorrência do sobrepeso e obesidade nas sociedades. Para Franco e Magalhães Júnior (2004), o pacto Inter federativo e

regionalizado deve envolver o elemento “desejo”, adesão, vontade política e recursos cognitivos e materiais, organizados no processo de trabalho em nível da rede básica. Trata-se de um ‘grande acordo’ assistencial técnico político, interlocução, negociação e implicação dos atores em toda a rede. Ou seja, a implantação da linha, não acontecerá de maneira espontânea.

A linha também não dispõe de recursos próprios e seu investimento está pulverizado na APS, inicialmente oriundos do Ministério da Saúde por meio dos Pisos de Atenção Básica, de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional, modificadas pelo modelo previne Brasil, instituído em 2019, pela Portaria nº 2.979, cuja obesidade não é apresentada como indicador de incentivo financeiro, na lista publicada em 2022 (BRASIL, 2019a; 2021d).

Talvez se suponha que, os profissionais e gestores, por si, sem um investimento específico ou de grande magnitude decidam por mudar suas crenças ou modus operandi de atuação, resolvendo a questão. No que tange ao tema é preciso considerar também o preconceito social atribuído à pessoa com SO, que se reproduz também nos serviços de saúde, reforçando a necessidade de traçar objetivos voltados às práticas de trabalho entre os profissionais. A sensibilização da comunidade para a redução da gordofobia, preconceito e estigmatização também são elementos que carecem de maior incorporação na proposta.

Assim, faz-se necessário a definição de objetivos mais explícitos, que inclua os diversos sentidos relacionados a integralidade, o apoio e estratégias de implantação como eixo estruturante, incentivo aos gestores, que realizarão a pactuação e adesão a linha, cujo tema precisa de destaque na agenda, e dos profissionais que necessitam estar capacitados, sensibilizados e dispostos a lidar com a temática.

CONCLUSÃO

Este estudo traçou o modelo lógico do componente de atenção primária à saúde da linha de cuidado ao sobrepeso e obesidade e o modelo teórico de cuidado às pessoas com SO, neste âmbito de atenção. A LCSO apresentou plausibilidade com a produção teórica disponível, na maior parte dos elementos, mas carece de objetivos definidos, maiores investimentos em educação permanente, apoio a gestores e profissionais e mobilização para o tema na agenda pública.

Observou-se influência de diversas áreas sobre as práticas de cuidado que envolvem o saber médico, da nutrição, da psicologia, da educação física, comunicação em saúde, saúde

coletiva e farmacologia. Especialmente no que tange aos determinantes da obesidade e o estigma associado à corpulência, há influência ainda de áreas da sociologia e antropologia. Essa diversidade de abordagens, coadunam com a questão multifatorial e complexa que é a problemática da obesidade nas sociedades e sinalizam para o desafio apresentado a atenção primária à saúde sobre os recursos necessários para lidar com a problemática em todas as suas questões.

Desse modo, a linha de cuidado é uma estratégia desafiadora, mas representa o compromisso assumido e responsabilidade das entidades nacionais envolvidas, para a busca e oferta do cuidado, orientado à integralidade. A iniciativa da linha, pensando o caminhar dos usuários e articulando elementos da integralidade, estímulo ao autocuidado, acolhimento, vigilância, vínculo, apoio familiar, diferentes estratégias de atenção é um começo essencial, em um cenário que apresenta desafios de base, mas sobre o qual se assume uma leitura de como intervir, cuja implementação revelará possibilidades e limites.

Faz-se necessário repensar os investimentos, diante das modificações sobre o financiamento na APS, centrada em pagamentos de indicadores por desempenho, cuja obesidade não está incluída. Ademais, iniciativas orientadas à mulher gestante e de atenção à criança, precisam estar inseridas, com objetivos definidos. No âmbito dos municípios, é necessário promover organização regional da linha, adequação dos espaços para facilitar o acesso e acolhimento dos usuários com obesidade, bem como do estímulo a formação permanente de profissionais, seja para as práticas de vigilância alimentar e nutricional, quanto de assistência adequada e oportuna, e também garantir a oferta necessária de serviços em saúde, que permitam a continuidade do cuidado.

Recomenda-se a realização de estudo avaliativo sobre a implantação, em seu primeiro momento, ao considerar as dificuldades comuns vivenciadas pela própria implementação de redes de atenção no SUS, de maneira a reconhecer elementos comuns a este processo de tradução das políticas em diferentes contextos. Em estando implantada, é necessário compreender melhor sobre sua cobertura, eficiência e efetividade, acesso, qualidade e percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre LCSO. Cabe destacar como limitação do presente estudo que as intervenções estruturais e ambientais ligadas a outros setores não foram incluídas.

REFERÊNCIAS

- ALBERTO, N. S. M. C. et al. Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. *Saúde em Debate* [online]. v. 46, n. 133, pp. 405-420, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213311>.
- AL-KHUDAIRY, L.; et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online), n.6, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012691>.
- ALMAN, K. L., et al. Dietetic Management of Obesity and Severe Obesity in Children and Adolescents: A Scoping Review of Guidelines. *Obesity Reviews*, vol. 22, no. 1, p. e13132-n/a, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.13132>
- ALNASIRI, A. AND ALRUWAILI, N. Influence of physicians' BMI on counseling practice for obesity in primary health care clinics in Aljouf region, Saudi Arabia. A cross-sectional study." *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 10, n. 11, p.: 4143, 2021. DOI: https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_700_21.
- AMORIM ADEGBOYE, A. R.; LINNE, Y. M. Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. v. 2013, n.7, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005627.pub3>.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059
- BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: *Ministério da Saúde*, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 23, 20 mar. 2013(a).
- BRASIL. Portaria 425, de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 59, Nº 71, abril de 2013(b).
- BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013(c). 28 p.: il.
- BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013(d).
- BRASIL. Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Manual Instrutivo. Brasília: DF, 2014(a). Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2015-07/manual-instrutivo-sobrepeso-e-obesidade.pdf. Acessado em: 19 de janeiro de 2022.

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

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios -- Brasília, DF: *CAISAN*, 2014(c). 39 p.

BRASIL. Portaria no 483, de 1 de abril de 2014. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 50, 02 abr. 2014(d).

BRASIL. Portaria nº 1389, de 3 de julho de 2014(e). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1389_03_07_2014.html. Acessada em: 12.01.2023.

BRASIL. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014(f). 72 p.: il.

BRASIL Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, n. 149, p. 37.

BRASIL. Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013 e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, n.º 06 - Seção 1, 09 jan. 2017.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*, Seção 1 ISSN 1677-7042 Nº 220, quarta-feira, 13 de novembro de 2019(a).

BRASIL. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019(b).

BRASIL. Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021(a). 152 p.: il.

BRASIL. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021(b). 150 p.: il.

BRASIL. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021(c). 118 p.: il.

BRASIL. Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021(d). 57 p.: il.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F. Program theory evaluation: Logic analysis. *Eval Program Plann.* N.34, V.1, p.:69-78, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.04.001>.

BROWN, T.; et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane database of systematic reviews*, v.7, n.7, CD001871, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub4>.

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

CAMPOS, G. W. DE S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. V. 18, suppl 1, p.: 983-995, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate* [online]. v. 41, n. 115 p. 1177-1186, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. organizadores. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. – Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484 p.

COLQUITT, J. L.; PICKETT, K.; LOVEMAN, E.; AND FRAMPTON, G. K. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*. N = 8, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003641.pub4>

CZARNOBAY S. A. et al. Predictors of excess birth weight in Brazil: a systematic review. *Jornal de Pediatria*. V.95, N. 2, p.:128-154, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.04.006>.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.33, v.7, p.:1-12, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>.

FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A.; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. v. 28, n. 1, pp. 59-78, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>>.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (org.), 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446021/mod_resource/content/1/INTEGRALIDADE_NA_ASSISTENCIA_A_SAUDE.pdf

HODDER, R. K. et al. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 9,9 CD008552. 25 Sep. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008552.pub3>

JAHANGIRY, L.; FARHANGI, M. A. Paradigma da obesidade e programas de perda de peso baseados na web: uma revisão sistemática atualizada e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. *Journal of Health, Population and Nutrition*, V.40, N.16, P.: 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41043-021-00240-3>.

- JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição* [online]. V. 24, N. 6, p.: 809-824, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002>.
- KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. V. 32, N. 8, e00183415, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.
- LIMA, V. S. et al. Linhas de cuidado: sobrepeso/obesidade de crianças e adolescentes no sistema único de saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. v. 16, n. 24, p. 51-64, 2022.
- LOPES, M. S. et al. Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, suppl 1, e00051620, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051620>.
- MACHADO, S. S. et al. Apoio Institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2018, v. 22, n. 66, p. 813-825. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0829>.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>.
- MARQUES E.S et al. Primary care–based interventions for treatment of obesity: a systematic review. *Public Health*, V. 195, p.:61-69, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.04.012>.
- MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. IN: Pinheiro, R. e MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.
- MATTOS, R. A. Integralidade como Eixo da Formação dos Profissionais de Saúde. *Rev. bras. educ. med.* [online]. V. 28, N. 02, p.: 91-92, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.2-012>.
- MAXIMIANO, T. O. Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade. [Dissertação]. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2016.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. V. 15, N. 5, p.: 2297-2305, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
- MENEZES M. C., et al. A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care, *Nutrition*, V. 75–76, e110784, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110784>.
- NORMAN K, CHEPULIS L, BURROWS L, LAWRENSON R. Adult obesity management in New Zealand general practice: a review. *J Prim Health Care*. V.13, n.3, p.:249-259, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1071/HC20135>.
- PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. EDUFBA: Salvador, BA, 2006, p. 11-48.

- PINTO, H. A. Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.33, n.1, p. 22-34, 2009. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2009.v33.n1.a185>
- PORCA, C.; RODRIGUEZ-CARNERO, G.; TEJERA, C.; ANDUJAR, P.; CASANUEVA, F. F.; CRUJEIRAS, A. B.; BELLIDO, D. Effectiveness to promote weight loss maintenance and healthy lifestyle habits of a group educational intervention program in adults with obesity: IGOBE program. *Obesity Research & Clinical Practice*. v.15, n.6, p.:570-578, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2021.10.003>.
- PUGA, M. E. DOS S., & ATALLAH, Á. N. Cochrane Library: the best evidence within everyone's reach. *Sao Paulo Med. J.*, v.138, n5, p.:355-8, 2020. DOI:<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.138527102020>.
- RAMOS, D. B. N. et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. *Cadernos de Saúde Pública*. V.36, n.6, p.:e00116519, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116519>.
- REIS, E. C., PASSOS, S. R. L. AND SANTOS, M. A. B. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 34, n. 6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050517>.
- ROEVER, L. et al. Compreendendo a avaliação da qualidade dos estudos pela Classificação de Recomendações, Avaliação, Desenvolvimento e Análises (GRADE): da evidência às recomendações. *Rev Soc Bras Clin Med*. v. 18 n. 2, p. :108-11, 2020.
- SANTOS, M. C.; RIBEIRO, J. Rothstein, Charles Dalcanale Tesser. Auriculotherapy in obesity care in primary health care: A systematic review. *Advances in Integrative Medicine*, V.9, N.1, p.:9-16, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2021.07.004>.
- SCHÜNEMANN, H. J, et al. “Strong and High Quality Evidence Synthesis Needs Cochrane: A Statement of Support by the GRADE Guidance Group.” *Journal of Clinical Epidemiology*, 2022, pp. *Journal of clinical epidemiology*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.10.001>.
- SHAW, K.; GENNAT, H.; O'ROURKE, P.; & DEL MAR, C. Exercise for overweight or obesity. *The Cochrane database of systematic reviews*, v.4, n. CD003817, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003817.pub3>
- SILVA, E. M. S. Proposta de intervenção educativa a partir da análise das dificuldades e potencialidades vivenciadas pelos profissionais atuantes na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no município de Cachoeira do Sul/RS. [Dissertação] Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2020.
- TOFANI, L. F. N. et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. V. 26, N. 10, p.: 4769-4782 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>.
- USP. Edisciplinas. A Comissão Lancet sobre Obesidade: mensagens chave. Disponível em: [Sindemia Global - Texto em português.pdf \(usp.br\)](https://www.usp.br/sindemia-global/texto-em-portugues/pdf). Acessado em: 05.01.2023
- WIECHERT M., HOLZAPFEL C. Nutrition Concepts for the Treatment of Obesity in Adults. *Nutrients*. V.14, n.1, p.:169, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu14010169>

- VENÂNCIO, S. I.; ROSA, T. E. C. e BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. V. 26, N. 1; p.:113-135, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008> .
- VIANA, A. L. D. et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. V. 23, N. 6, p.: 1791-1798, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>.
- VAN DE PAS, K. G. H.; JUDITH W. L., MARIJN L. H., BJORN WINKENS, FRANÇOIS M. H. V. D.; AND ANITA C.E. The Effect of a Multidisciplinary Lifestyle Intervention on Health Parameters in Children versus Adolescents with Severe Obesity. *Nutrients*, V.14, no. 9, p.: 1795, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu14091795>
- VERDUCI, E. et al.. Role of Dietary Factors, Food Habits, and Lifestyle in Childhood Obesity Development: A Position Paper From the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. V.72, n.5, p.: 769-783, 2021. DOI: 10.1097/MPG.0000000000003075.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulação com a reforma sanitária. Salvador: Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, Ed, EDUFBA, 2018. p. 27-39.
- VIGITEL Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 128.: il.

Artigo 3

IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: estudo em municípios baianos

RESUMO

Problemática: A obesidade é considerada um problema de saúde pública, ao considerar sua prevalência nos diversos ciclos de vida, às repercussões à saúde, a demanda sobre os serviços, de modo a preocupar as autoridades sanitárias. Em 2013 são instituídas as diretrizes para organização da prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (LCSO), no sistema único de saúde.

Objetivo: Avaliar o grau de implantação de ações e serviços de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito da atenção primária à saúde (APS), em municípios baianos.

Metodologia: Foi conduzido estudo de casos múltiplos em 160 municípios, organizados a partir das nove macrorregiões de saúde, no estado da Bahia, no ano de 2021. Foi aplicado questionário online, por meio da plataforma *Survey Monkey*, através de quatro *links* de acesso relacionados a densidade populacional. A organização da matriz de avaliação baseou-se no modelo lógico da LCSO na APS, cuja pontuação variou de 0 a 100, distribuídos em quatro categorias. A classificação final dos municípios considerou quartis de distribuição percentual em Não Implantado (0 a $\leq 25,0$), incipiente ($>25,0$ a $\leq 50,0$), intermediária ($>50,0$ a $\leq 75,0$), e avançada ($> 75,0$ a 100,0). Foi realizada associação entre a implantação e indicadores geográficos, sociais e de saúde.

Resultados: A maioria dos municípios apresentou implantação incipiente (n=64, 40.0%), com alta proporção em cinco, das nove macrorregiões de saúde. As macrorregiões Leste e Extremo Sul, apresentaram maior número de municípios com implantação avançada, (n=13, 56.6%) e (n=8, 57.1%), respectivamente. A classificação não implantada foi observada em maiores percentuais nos municípios das macrorregiões Extremo Sul (n=4; 28.6%) e Oeste (n=5, 27.8%). A promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e obesidade apresentou melhores resultados de implantação intermediária e avançada, enquanto a redução do estigma e qualificação do cuidado, as menores pontuações.

Conclusão: Foi observada a implantação incipiente das ações de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, em municípios do estado da Bahia, com maior fragilidade nas atividades de assistência, redução do estigma e qualificação do cuidado. Tais achados, salientam a necessidade de maior investimento nas ações de atenção primária voltadas às pessoas com sobrepeso e obesidade e do tema na agenda política do estado.

Palavras-Chave: Sobrepeso. Obesidade. Atenção à Saúde. Avaliação em saúde. Serviços de saúde.

IMPLANTATION OF ACTIONS AND SERVICES OF CARE FOR OVERWEIGHT AND OBESITY PEOPLE IN PRIMARY HEALTH CARE: Study in municipalities in Bahia

ABSTRACT

Problematization: The obesity it is considered a public health problem, when considering its prevalence in the different life cycles, the repercussions on health, the demand on services, to the point of worrying health authorities. In 2013, guidelines were instituted for organizing the prevention and treatment of overweight and obesity as a priority line of care in the Health Care Network for the People with Chronic Diseases (LCSO), in the unified health system.

Objective: To assess the degree of implementation of care actions and services for people with overweight and obesity, within the scope of Primary Health Care (PHC), in municipalities in Bahia.

Methodology: A study of multiple cases was carried out in 160 municipalities, organized from the nine health macro-regions in the state of Bahia, in the year 2021. An online questionnaire was applied through the Survey Monkey platform, through four access links related to population density. The organization of the evaluation matrix was based on the logical model of the LCSO in the PHC, with scores ranging from 0 to 100, divided into four categories. The final classification of municipalities considered percentage distribution quartiles as: Not Implemented (0 to ≤ 25.0), incipient (>25.0 to ≤ 50.0), intermediate (>50.0 to ≤ 75.0), and advanced (>75.0 to 100.0). An association was made between the implementation and geographic, social and health indicators.

Results: Most of the municipalities had incipient implementation (n=64, 40.0%), with a high proportion in five of the nine health macro-regions. The East and Extreme South macro-regions had the highest number of municipalities with advanced implementation, (n=13, 56.6%) and (n=8, 57.1%), respectively. The non-implemented classification was observed in higher percentages in the municipalities of the Extreme South (n=4; 28.6%) and West (n=5, 27.8%) macro-regions. Health promotion and prevention of overweight and obesity showed better results in intermediate and advanced implementation, while stigma reduction and care qualification had the lowest scores.

Conclusion: Conclusion: Incipient implementation of care actions for overweight and obese people in PHC was observed in municipalities in the state of Bahia, with greater fragility in care activities, stigma reduction and care qualification. Such findings highlight the need for greater investment in primary care actions aimed at overweight and obese people and the issue on the state's political agenda.

Keywords: Overweight. Obesity. Delivery of Health Care. Health Evaluation. Health Services.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada condição crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, redicivante, multifatorial, sindêmica e relaciona-se ainda com a ocorrência de outros agravos à saúde a exemplo das doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus tipo 2,

cânceres, saúde mental, e mais recentemente relacionada à maior hospitalização em casos de pessoas com COVID-19 (SWINBURN et al., 2019; LOBSTEIN et al., 2022; WHO/PAHO, 2022).

Dados da Organização Pan Americana e Mundial de Saúde (OPAS/OMS) informam que mais de 1 bilhão estão com obesidade no mundo, incluindo crianças e adolescentes e estima que, até 2030, a previsão é que 1 em cada 5 mulheres e 1 em cada 7 homens apresentará obesidade (WHO/PAHO, 2022). Considerando suas repercussões à saúde, sua magnitude, a demanda aos serviços e a preocupação de autoridades sanitárias, a obesidade é considerada um problema de saúde pública (REIS et al., 2020). Apesar de seu processo inicial, sua maior prevalência em 2022 é em pessoas que vivem em países de baixa e média renda, que convivem ainda com a desnutrição, em uma dupla carga de agravos (LOBSTEIN et al., 2022).

No Brasil, observa-se o aumento do sobrepeso e obesidade desde a década de 1990 sem, no entanto, ser tema de política pública. Somente nos anos 2000, após redução exponencial da desnutrição, fortalecimento da área de alimentação e nutrição e segurança alimentar e nutricional, com redução da fome, que os dados sobre excesso de peso e obesidade tiveram maior ênfase nas pesquisas nacionais, bem como a aparecer como elemento nas políticas públicas associada ao aumento das doenças crônicas (IBGE, 1997; ARRUDA e ARRUDA, 2007; BRASIL, 2009).

A Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostrou que entre 2006 a 2021, no conjunto das capitais, a frequência de adultos com excesso de peso aumentou 14,6%, alcançando 57,2% em 2021; e frequência de pessoas com obesidade aumentou 10,6% nesse período, chegando a 22,4% em 2021. A maior prevalência de sobrepeso foi observada em pessoas do sexo masculino, e de obesidade nas do sexo feminino. Pessoas de menor escolaridade (de 0 a 8 anos de estudo) apresentaram maior frequência de sobrepeso e obesidade (VIGITEL, 2022a). Em crianças menores de 5 anos, inquérito nacional realizado em 2019 identificou 5,0% das crianças com elevado peso para idade (UFRJ, 2022). Na capital baiana, o excesso de peso alcança mais da metade da população (53,2%) e a obesidade 20,5% da população em 2021 (VIGITEL, 2022b). A prevalência de obesidade no estado da Bahia é de 27,3% (SISVAN Web, 2022).

Nesse sentido, a partir dos anos 2000, iniciativas foram propostas com o objetivo de promover a alimentação saudável, prevenir o aumento do excesso de peso e de acesso ao tratamento das pessoas com obesidade, especialmente através do setor saúde, por vezes articulando com a área de educação e com o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (DIAS et al., 2017).

Em 2010, o Sistema Único de Saúde (SUS), assumiu oficialmente a proposta do modelo da Redes de Atenção como referência para organização sistema, tendo como base as Redes Integradas de Serviços de Saúde preconizadas pela Organização Pan-Americana da área e cuja abordagem utilizada por Eugênio Vilaça Mendes¹⁰ foi a principal referência (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; TOFANI et al., 2021). As políticas nacionais passam a incorporar tal compreensão e a atenção primária à saúde (APS) é colocada como ponto de atenção preferencial, ordenadora da rede, tida enquanto estratégia de requalificação da atenção à saúde, com uso dos recursos para atender as necessidades da população, de maneira integral (MENDES, 2011).

Em 2013 são publicadas as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, incluindo a obesidade (BRASIL, 2013a). Neste mesmo ano, a Portaria nº 424 passa a definir as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013b). Como parte desta intervenção, a Portaria nº 425, de 19 de março de 2013 passa a estabelecer o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (BRASIL, 2013c). Ficou a cargo das secretarias municipais e estaduais de saúde organizar, implantar a linha e garantir o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2017).

Desse modo, a ideia da linha de cuidado incorpora a proposta de organização da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no SUS. As linhas de cuidado pressupõem um processo sistêmico, através de micro e macro relações na rede, como parte da missão institucional do estabelecimento de saúde, através da organização de um fluxo assistencial do usuário, reduzindo ações e custos desnecessários, articulando o cuidado e aumentando a resolutividade em seu campo de necessidades. De tal modo, a linha é alimentada por recursos e insumos que serão utilizados pelo usuário ao longo de seu percurso de cuidado (MALTA e MERHY, 2010).

O estado da Bahia não dispõe até o momento, de um plano instituído de organização da Linha de Cuidado ao sobrepeso e obesidade (LCSO), no entanto, no plano estadual de saúde 2020-2023 há o destaque aos investimentos para suprir a lacunas assistenciais na atenção especializada e a integração das ações e serviços de saúde, a partir das linhas de cuidado. A obesidade é apresentada como fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, que dispõe de organização em rede (SESAB, 2020).

¹⁰ Estudioso e pesquisador do assunto no Brasil e em outros países, acompanha os laboratórios de inovação da APS promovidos pela Organização Pan Americana de Saúde (Opas), com envolvimento de outros parceiros (REIS, 2015).

Ademais, a literatura a respeito do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS ainda é escassa, especialmente sobre as LCSO. Análises conduzidas com dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) identificou inadequação da estrutura, de acesso ao manejo da obesidade e de organização das equipes, ainda assim, com boa satisfação dos usuários (LOPEZ et al., 2021). Também a partir de dados do PMAQ, análise conduzida em municípios do Piauí encontrou resultados satisfatórios em pelo menos 70% nos itens avaliados (equipamentos, insumos e atividades profissionais) para o funcionamento da linha de cuidado (ALBERTO et al., 2022).

Em São Paulo, pesquisa com profissionais concluiu que a organização do cuidado através da linha, não foi percebida como necessidade pelos entrevistados (MAXIMIANO et al., 2016). No Rio Grande do Sul, os resultados indicaram conhecimento superficial sobre a linha de cuidado, mesmo com linha municipal própria e a necessidade de aprofundamento da temática do sobrepeso e obesidade (SILVA, 2020a). Em Sergipe, análise sobre linha de cuidado para crianças e adolescentes identificou como positivos a oferta de serviços, diagnóstico e articulação intersetorial e como lacunas o uso da vigilância alimentar, dificuldade de responsabilização, pouca priorização do público infanto-juvenil, ações descontinuadas e dificuldade de acesso às especialidades (LIMA et al., 2022).

Em municípios do Rio de Janeiro, estudo qualitativo identificou como desafios nas práticas de cuidado as pessoas com obesidade na APS, referido pelos profissionais, a resolutividade e a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos; a atuação em equipe multiprofissional; o sentimento de despreparo para lidar com a complexidade do problema (BURLANDY et al., 2020). No mesmo estado, foram identificadas como desafios à implantação, a cobertura limitada vinculada a programas, quantitativo reduzido e rotatividade de profissionais, a inadequação dos espaços físicos e necessidade de maior articulação com centros de atendimentos especializados (RAMOS et al., 2020).

Neste sentido, este estudo avaliou o grau de implantação de ações e serviços de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito da atenção primária à saúde, em municípios no estado da Bahia.

ASPECTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS

Foi realizada a avaliação do grau de implantação de ações e serviços de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito da atenção primária à saúde, tendo como base o modelo lógico da Linha de Cuidado ao Sobrepeso e Obesidade na APS, elaborado através de revisão documental em estudo de avaliação teórica (Figura 9). Estudo de casos múltiplos, com

abordagem quantitativa, de corte transversal, tendo o município como unidade de análise. Entende-se por ações em saúde as atividades de saúde desenvolvidas pelos agentes individualmente, enquanto serviços corresponde a organização das ações, realizadas por diversos agentes, articulados ou não, voltado a um determinado problema de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Diante das diferentes perspectivas sobre avaliação de implantação, foi utilizado no presente estudo, a compreensão adotada por Vieira-da-Silva (2005; 2014), que entende a pesquisa avaliativa enquanto julgamento, baseada em uma pergunta avaliativa, com uso de recursos científicos. A pesquisa sobre o grau de implantação, busca compreender atributos relacionados ao processo de realização da proposta em seu contexto, correspondendo a adequada operacionalização de uma intervenção.

Seleção dos municípios e coleta de dados

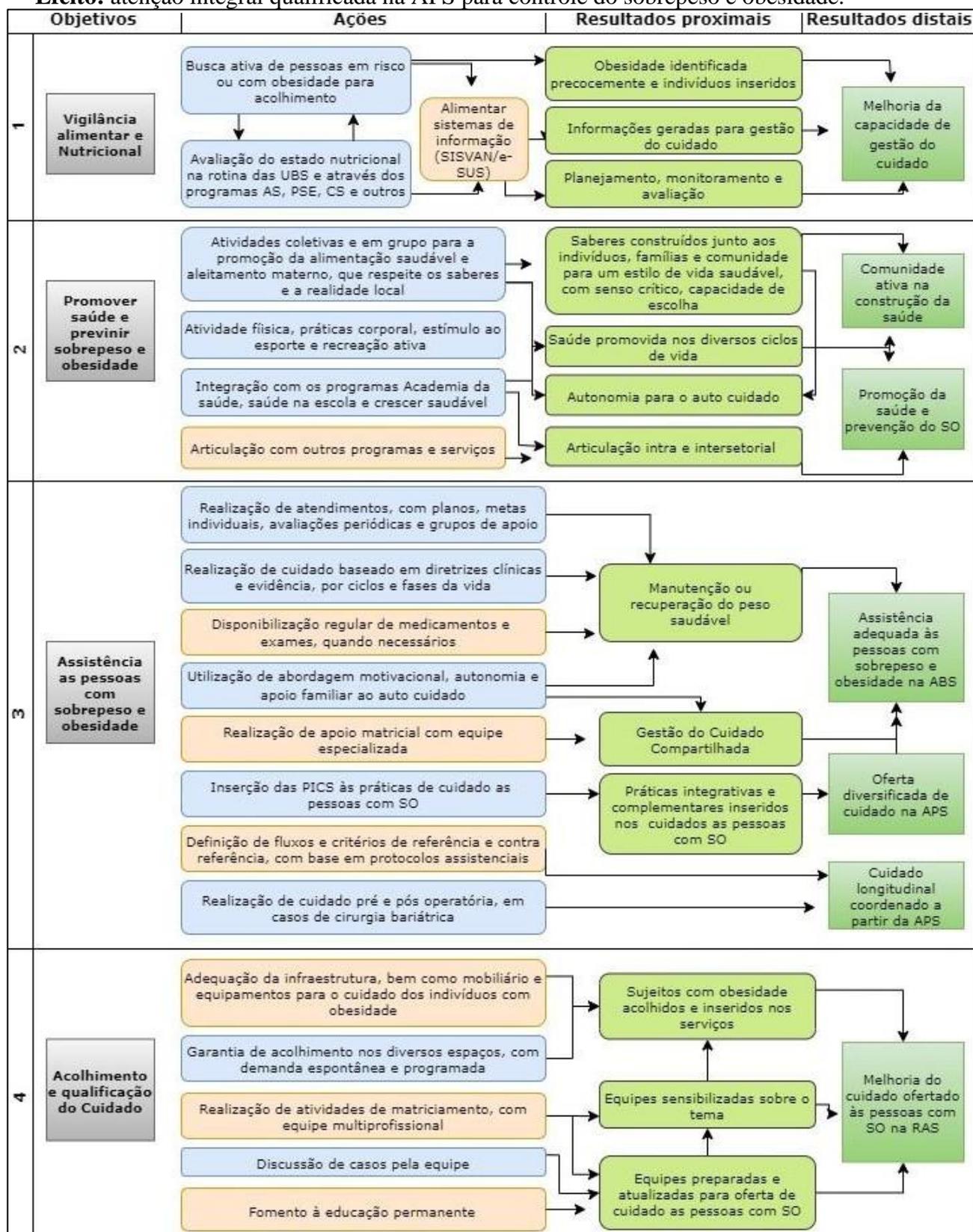
Este estudo é parte da pesquisa “Qualificação do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção básica do SUS no Estado da Bahia: integrando pesquisa, extensão e formação”, financiado pelo Edital CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018-Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS, no estado da Bahia.

Para seleção dos municípios, estes foram organizados inicialmente segundo o porte populacional em A (Capital), B (≥ 150 mil habitantes), C (≥ 30 e < 150 mil habitantes) e D (< 30 mil habitantes). Foi utilizado plano de amostragem aleatória simples, com margem de erro de 5%, com nível de confiança de 95%, cuja fórmula considerou o tamanho da amostra, com base numa população finita, com estimativa de proporções populacionais. Foram indicados 298 municípios e 959 unidades básicas de saúde. Ao fim da pesquisa, a participação voluntária foi de 383 profissionais de saúde de nível superior, que responderam sobre as ações e serviços nas unidades básicas de saúde que atuavam, em 160 municípios (53,7%).

No estado da Bahia, o Plano Diretor de Regionalização organiza o espaço geográfico do estado em nove macrorregiões de saúde, a saber: Centro-Leste, Centro-Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Sudoeste e Sul. Para cada uma destas, existem polos administrativos, chamados de Núcleos Regionais de Saúde (NRS), com área geográfica adscrita (SESAB, 2020). Assim, esta investigação foi a partir de amostra de conveniência, em um estudo de casos múltiplos (Tabela 2).

Figura 9. Modelo lógico da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, componente atenção primária a saúde, 2023.

Efeito: atenção integral qualificada na APS para controle do sobrepeso e obesidade.



Fonte: elaboração da autora. Legenda: Ações de Organização da atenção/ Ações de Assistência - Programa academia da saúde; PSE – Programa Saúde na Escola; PCS – Programa Crescer Saudável; SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; eSus - Estratégia de Informatização da atenção básica; SO – Sobrepeso e obesidade; RAS – rede de atenção a saúde.

Responderam ao questionário, profissionais de saúde, atuantes nas unidades de saúde selecionadas. Os critérios de inclusão foram ser profissionais da área de saúde, de nível superior, preferencialmente nutricionistas ou outros profissionais que atuassem cotidianamente com pessoas com sobrepeso/obesidade e com ações de saúde direcionadas a este público. Estes profissionais foram indicados por gestores locais e posteriormente contactados através de meio eletrônico e convidados a responder ao questionário.

Foi utilizado questionário online, por meio da plataforma *Survey Monkey*, através de quatro *links* de acesso, relacionados a cada densidade populacional. A organização da coleta de dados foi realizada por uma equipe de pesquisadoras vinculadas ao projeto, no período de abril a dezembro de 2021.

Tabela 2. Número de unidades de saúde e municípios investigados, segundo as macrorregiões de Saúde e porte populacional na Bahia, 2023.

Macrorregiões de Saúde	Porte Populacional				Total n (%)
	Porte A n (%)	Porte B n (%)	Porte C n (%)	Porte D n (%)	
Centro Leste	-	-	7 (4,4)	13 (8,1)	20 (12,5)
Centro Norte	-	-	4 (2,5)	7 (4,4)	11 (6,9)
Extremo Sul	-	1 (0,6)	5 (3,1)	8 (5,0)	14 (8,8)
Leste	1 (0,6)	2 (1,3)	14 (8,8)	11 (6,9)	28 (17,5)
Nordeste	-	-	7 (4,4)	8 (5,0)	15 (9,4)
Norte	-	1 (0,6)	8 (5,0)	4 (2,5)	13 (8,1)
Oeste	-	-	6 (3,8)	12 (7,5)	18 (11,3)
Sudeste	-	1 (0,6)	3 (1,9)	11 (6,9)	15 (9,4)
Sul	-	2 (1,3)	4 (2,5)	20 (12,5)	26 (16,3)
Total	1 (0,6)	7 (4,4)	58 (36,3)	94 (58,8)	160 (100,0)

Fonte: Elaboração própria.

Análise dos dados

As informações dos questionários foram sintetizadas através de banco de dados, codificados no programa de planilhas Google[®]. Para avaliação do grau de implantação foi utilizado o Modelo Lógico da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade (Figura 8), que orientou a seleção de 100 indicadores. Foram definidos 100 pontos, distribuídos de maneira arbitrária, em quatro categorias, relacionados às ações e serviços, a dizer: 1) Vigilância Alimentar e nutricional (VAN) (20 pontos); 2) Promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e obesidade (20 pontos); 3) Assistência às pessoas com sobrepeso e obesidade (50 pontos) e; 4) Acolhimento e qualificação do cuidado (10 pontos), (Quadro 1).

A categoria **Vigilância Alimentar e Nutricional** compreende o acompanhamento contínuo e identificação de tendências na população e seus fatores determinantes, a partir de diferentes fontes de informação. Especificamente, deve possibilitar a identificação precoce de casos de sobrepeso e obesidade, sujeitos em risco, a partir de diferentes espaços, diagnóstico local e oportuno, organização e acompanhamento do cuidado, gestão de casos, bem como subsidiar o planejamento da atenção nutricional, monitoramento e avaliação, na rotina dos serviços (BRASIL, 2013b, 2013d).

Promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e obesidade considera o apoio aos sujeitos para estímulo à promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física/práticas corporais, orientados à mudança de comportamento, com respeito aos hábitos culturais locais e com participação da família e comunidade e estímulo à autonomia. **A assistência às pessoas com sobrepeso e obesidade** envolve o tratamento oportuno, considerando as necessidades do sujeito. Deve estar organizado por estratificação de risco e diretrizes clínicas, assistência terapêutica adequada, baseadas em evidências, a partir das necessidades dos sujeitos. A assistência deve estar organizada e incluir serviços diversificados de cuidado, recursos necessários, bem como ordenar cuidado ao longo da rede através de referência e contrarreferência. Deve ainda basear-se no trabalho em equipe multiprofissional e relações horizontais entre usuário e profissionais (BRASIL, 2013b, 2021a, 2021b).

A categoria Acolhimento e qualificação do cuidado relacionam-se à melhoria do acolhimento e cuidado. Para tanto a formação continuada dos profissionais para sensibilização e atualização sobre o tema, sua ocorrência e abordagens de cuidado são necessários. O ambiente, espaço físico e equipamentos devem estar também organizados e adaptados às pessoas com obesidade, de maneira a não causar-lhes constrangimento ou ausência de atenção (BRASIL, 2013b).

A distribuição das pontuações conforme seu peso relativo levou em consideração a importância de cada componente para o resultado final, de atenção qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade e melhoria da saúde. A estrutura física é elemento fundamental, junto a educação permanente dos profissionais, que sensibilizados, devem conduzir ações de vigilância alimentar e nutricional, para identificação precoce, planejamento, monitoramento e avaliação de casos e ações. Estas iniciativas são meios para chegar aos sujeitos, que deverão receber a atenção qualificada e para tanto, receberam menores pontuações. Já as atividades de promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e obesidade, organização dos serviços e assistência apresentam-se como atividades fins para o alcance dos efeitos esperados, de qualificação do cuidado e melhoria da condição de saúde, e por esse motivo, receberam maior pontuação.

Para avaliação do grau de implantação foi calculado os percentuais, considerando o total de pontos de cada categoria analisada (Σ dos pontos dos indicadores da categoria/pontuação total da categoria x 100). Para o grau de implantação total, realizou-se a soma da pontuação observada dos quatro componentes, por municípios (Σ dos pontos dos indicadores). Em municípios com mais de uma unidade de saúde participante, foi efetuada a média aritmética dos pontos obtidos (Σ dos pontos de todas as unidades/n de unidades). A classificação final levou em consideração faixas definidas, segundo quartis de distribuição percentual em: não implantado (0 até $\leq 25,0$), implantação incipiente ($>25,0$ até $\leq 50,0$); implantação intermediária ($>50,0$ a $\leq 75,0$) e implantação avançada ($>75,0$ até 100). Os municípios foram organizados por macrorregiões de saúde.

No segundo momento, foram estimadas associações entre o grau de implantação e indicadores sociais e de saúde, em:

- Porte populacional (em A (Capital), B (≥ 150 mil habitantes), C (≥ 30 e <150 mil habitantes e D (< 30 mil habitantes), segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE, 2022);
- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2010, organizados em duas categorias de 0,0 a 0,599 classificado como muito baixo ou baixo e de 0,600 a 1,0, classificado com médio, alto ou muito alto, tendo como base os valores apresentados pelos municípios (PNUD/IPEA/FJP, 2022)
- Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em maior que $<70\%$ e $\geq 70\%$ (E-Gestor AB, 2022);
- Número de equipes do Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em nenhuma equipe e presença de equipe (E-Gestor AB, 2022);

Levou-se em conta o porte populacional, ao considerar a classificação inicial dos municípios e sua influência sobre investimentos e indicadores de saúde (BARROS et al., 2022). O índice de desenvolvimento humano, como indicador que articula informações de renda, educação e longevidade e articula-se as condições de saúde (FELICIANO et al., 2023) As variáveis cobertura da estratégia de saúde da família e presença de equipe NASF-AB de correlação já reconhecida com indicadores sociais (CARVALHO et al., 2019).

As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Foram utilizados os testes *qui* quadrado de Pearson, para comparar as proporções, e o teste exato de Fisher, para itens com variáveis menores de 5, com análise bivariada e nível de significância de $p < 0,050$, pré-definido.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Nutrição, da Universidade Federal da Bahia, número de registro 29122420.1.0000.5023, parecer 4.741.578.

Quadro 1. Dimensões, indicadores e pontuação atribuída na avaliação do grau de implantação de ações e serviços de cuidado às pessoas com SO, no âmbito da atenção primária à saúde. Bahia, 2023.

DIMENSÃO/SUBDIMENSÃO*	VALOR	DIMENSÃO/SUBDIMENSÃO*	VALOR
Vigilância Alimentar e Nutricional (20 pontos)			
A equipe realiza VAN	1,0	Polos do Academia de Saúde	0,5
Ações de VAN	3,5	Programa Saúde na Escola	1,0
Aferição do peso e da altura e cálculo de IMC	1,0	Monitoramento e avaliação do cuidado	6,0
Avaliação da composição corporal	0,5	Atualização do SISVAN web na unidade	1,0
Avaliação do consumo alimentar	1,0	Avaliação do estado nutricional de escolares	1,0
Diagnóstico precoce, exames	1,0	Mapas de evolução nutricional	1,0
Captação para atendimentos individuais	6,5	Monitoramento de dados antropométricos	1,0
Atividades na comunidade	0,5	Monitoramento de dados de consumo	1,0
Avaliação nutricional em Programas	1,0	Relatórios da situação nutricional	1,0
Busca ativa	0,5	A equipe discute os indicadores de VAN	1,0
Demanda espontânea	0,5	As informações apoiam a tomada de decisão	1,0
Encaminhamento de outros pontos	1,0	A equipe de possui processos de avaliação	1,0
Grupos da Unidade de Saúde ...	0,5		
Promoção da saúde e prevenção ao SO (20 pontos)			
Prevenção do SO e de promoção da saúde	5,0	Ações de PAAS comunitárias/visitas	5,0
Ações de PAAS em grupos e/ou visitas	5,0	Promoção da Atividade Física	5,0
Assistência às pessoas com SO (50 pontos)			
Oferta de atendimento individual	2,0	Atividades com grupos na unidade	2,0
Atividades realizadas no cuidado individual	13,5	Estratégias utilizadas nas atividades em grupo	6,0
Acompanhamento/suporte psicológico	1,0	Abordagem psicológica e/ou motivacionais	0,5
Atendimento nutricional	1,0	Promoção da alimentação adequada e saudável	0,5
Atendimento/acompanhamento domiciliar	1,0	Autocuidado apoiado/abordagem comportamental	0,5
Avaliação antropométrica periódica	0,5	Adoção das PICS para apoio ao tratamento	0,5
Avaliação periódica do consumo alimentar	0,5	Atividades no Polo Academia da Saúde	0,5
Cuidado compartilhado / multidisciplinar	1,5	Compartilhamento/trocas de experiência	0,5
Elaboração de Projeto Terapêutico Singular	0,5	Construção de redes de apoio social e familiar	0,5
Escuta Qualificada	1,0	Controle de peso corporal, PA e/ou glicemia	0,5
Oferta de práticas na Academia da Saúde	0,5	Valorização da cultura alimentar local	0,5
Oferta PICS	0,5	Orientação alimentar em grupo	1,0
Orientação alimentar (qualquer profissional)	1,0	Palestras temáticas/ rodas de conversa	0,5
Orientação de atividade física (qualquer profissional)	1,0	Realiza acompanhamento dos resultados	1,0
Outras orientações para promoção da saúde	1,0	Organização do cuidado no município	4,0
Pactuação de metas e resultados	1,5	Articulação com outros pontos da atenção	1,0
Tratamento medicamentoso	1,0	Discussão e/ou compartilhamento de caso	1,0
Coordenação do cuidado no município	6,0	Encaminhamento para ações em grupo	1,0
Estratificação de risco/gravidade	1,0	Encaminhamento para ações em outros setores	1,0
Fluxos e regulação estadual e municipal	1,0	Ações da equipe - pessoas indicadas a cirurgia	4,5
Gestão de caso (para os casos mais complexos)	1,0	Indicação para o serviço especializado	1,0
Listas de espera para a atenção especializada	0,5	Referência para atenção especializada	1,0
Linha de cuidado regional	0,5	Recebe contrarreferência dos outros pontos	0,5
Projeto Terapêutico Singular	0,5	Acompanha até que a cirurgia seja viabilizada	1,0
Unidade/central de Regulação	0,5	Acompanhamento após cirurgia bariátrica	1,0
Protocolos Clínicos e diretrizes terapêuticas	1,0	Mecanismos ofertados município e/ou estado	5,0
Continuidade do cuidado aos usuários com SO	4,0	Monitoramento de referência/contrarreferência	1,0
Atendimento em horários estendidos	0,5	Organização das ações em cada ponto de atenção	1,0
Busca ativa de faltosos	1,0	Pactuação dos fluxos assistenciais	1,0
Confirmação de consulta	1,0	Protocolo de encaminhamento - atenção especializada	1,0
Cronograma fixo de atendimento aos usuários	1,0	Regulação à Atenção Especializada	1,0
Participação no agendamento dos atendimentos	0,5	Sistemas de apoio para exames complementares	1,0
Acesso regular aos exames solicitados	1,0		
Acolhimento/qualificação do cuidado (10 pontos)			
Infraestrutura adequada ao cuidado	6,0	Veículo adaptado para pessoas com obesidade	0,5
Cadeiras, balança, mesa de exames, cadeira de rodas e maca de transferência adequados as pessoas com SO	3,0	Espaço adequado para atividades educativas	0,5
Aparelhos de pressão com manguito especial	0,5	Profissionais sensibilizados através de EP	1,0
Acessibilidade, barras de segurança	1,0	EP de PAAS e prevenção, diagnóstico e tratamento	2,0
Banheiros adequados	0,5	Avaliação da satisfação dos usuários	1,0

Fonte: Elaboração própria. *Todas as questões tratavam sobre pessoas com SO. Legenda: EP: Educação Permanente; PAAS: Promoção da Alimentação adequada e saudável; PA: pressão arterial; PICS - Práticas Integrativas e complementares no SUS; SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; SO - Sobrepeso e obesidade.

RESULTADOS

Dos 383 profissionais respondentes, a maioria eram do sexo feminino, com graduação em enfermagem, atuantes em unidades urbanas centrais, através de unidades de saúde da família, com vínculo de trabalho através de contratos temporários. Os profissionais situados em municípios de portes A e B atuavam em sua maioria, em unidades do tipo urbana periférica, n=31, 77,5% e n=25, 40,3%, respectivamente. Enquanto que os atuantes em municípios de porte C e D, em sua maioria, compunham equipes de unidades rurais (n=63, 41,4%) e (n=66, 51,2%), respectivamente. Não houve registros de outras modalidades de unidades de saúde (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil das unidades e profissionais respondentes. Bahia, 2023.

Porte populacional	Porte A		Porte B		Porte C		Porte D		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de unidade										
Urbana central	9	22,5	23	37,1	49	32,24	46	35,66	127	33,2
Urbana periférica	31	77,5	25	40,3	40	26,32	17	13,18	113	29,5
Rural	-	-	14	22,6	63	41,45	66	51,16	143	37,3
Sexo										
Masculino	4	10,0	7	11,3	21	13,8	10	7,7	42	11,0
Feminino	35	87,5	55	88,7	131	86,2	119	92,2	340	88,8
Não deseja informar	1	2,5	-	-	-	-	-	-	01	0,3
Formação										
Nutrição	12	30,0	20	32,3	11	7,2	44	34,1	87	22,7
Educação física	-	-	-	-	3	2,0	1	0,8	04	1,0
Medicina	4	10,0	4	6,4	2	1,3	3	2,3	13	3,4
Enfermagem	19	47,5	35	56,4	132	86,8	78	60,5	264	68,9
Odontologia	4	10,0	1	1,6	1	0,7	-	-	06	1,6
Assistência social	1	2,5	-	-	2	1,3	-	-	03	0,8
Outras	-	-	2	3,2	1	0,7	3	2,3	06	1,6
Tipo de Serviço										
UBS	10	25,0	19	30,6	46	30,3	30	23,3	105	27,4
USF	23	57,5	42	67,7	91	59,9	68	52,7	224	58,5
NASF-AB	6	15,0	-	-	10	6,6	25	19,4	41	10,7
Outras	1	2,5	1	1,6	5	3,3	6	4,6	13	3,4
Vínculo										
CLT	3	7,50	1	1,6	2	1,3	2	1,55	08	2,1
Servidor público municipal	28	70,0	46	74,2	27	17,8	16	12,4	117	30,5
Contrato temporário	6	15,0	7	11,3	64	42,1	70	54,3	147	38,4
Contrato por tempo indeterminado	1	2,50	4	6,4	32	21,0	26	20,2	63	16,4
Outros	2	5,0	4	6,4	27	17,8	15	11,6	48	12,5
TOTAL	40	100	62	100	152	100	129	100	383	100

Fonte: Elaboração própria. Legenda: CLT: carteira de trabalho assinada.

A maioria dos respondentes eram do sexo feminino, em todos os portes populacionais, com valores superiores a 85%. Participaram em maior contingente os profissionais de enfermagem (n=264, 68,9%), seguido dos nutricionistas (n=87, 22,7%). Estes atuando principalmente em Unidades de Saúde da Família (USF) (n=224, 58,5%) e em unidades básicas de saúde (UBS) (n=105; 27,4%), seguidos dos que atuam em alguma modalidade do Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (n=41, 10,7%). Os vínculos empregatícios mais comuns foram os de servidores públicos municipais, nos municípios de porte A (n=28, 70,0%) e B (n=46, 74,2%) e de contrato temporário nos de porte C (n=64, 42,1%) e D (n=70, 54,3%) (Tabela 3).

A implantação incipiente representou a maioria dos municípios (n=64, 40,0%), seguido da implantação intermediária (n=59, 36,4%), não implantado (n=19, 11,9%) e avançado (n=18, 11,2%). Das nove macrorregiões de saúde, cinco apresentaram maior percentual de municípios com implantação incipiente, sendo Norte (n=7, 53,8%), Sul (n=10, 38,5%), Nordeste (n=7, 46,7%), Oeste (n=8, 44,4%) e Sudoeste (n=7, 46,7%). As macrorregiões Leste e Extremo Sul, apresentaram maior número de municípios com implantação intermediária, (n=15, 56,6%) e (n=8, 57,1%), respectivamente. Nas macrorregiões centrais houve valores similares de municípios com implantação incipiente e intermediária, sendo a Centro Leste (n=8, 40,0%) e Centro Norte (n=4, 36,4%). A classificação geral do grau de implantação pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4. Grau de implantação nos municípios investigados, segundo as macrorregiões de saúde. Bahia, 2023.

Macrorregiões de saúde	Grau de Implantação									
	Não Implantado		Incipiente		Intermediária		Avançada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	2	15,38	7	53,85	3	23,08	1	7,69	13	8,1
Leste	1	3,57	11	39,29	15	53,57	1	3,57	28	17,5
Sul	5	19,23	10	38,46	8	30,77	3	11,54	26	16,3
Ext. Sul	4	28,57	2	14,29	8	57,14	-	-	14	8,8
Centro Leste	1	5,00	8	40,00	8	40,00	3	15,00	20	12,5
Nordeste	1	6,67	7	46,67	5	33,33	2	13,33	15	9,4
Centro Norte	-	-	4	36,36	4	36,36	3	27,27	11	6,9
Oeste	5	27,78	8	44,44	4	22,22	1	5,56	18	11,3
Sudoeste	-	-	7	46,67	4	26,67	4	26,67	15	9,4
Total	19	11,88	64	40,00	59	36,88	18	11,25	160	100

Fonte: Elaboração própria, dados da pesquisa.

A implantação avançada foi observada em menores quantidades no conjunto das unidades e para quatro macrorregiões, Norte (n=1; 7,7%), Sul (n=3; 11,5%), Extremo Sul (n=0, 00%) e Oeste (n=1, 5,6%). As macrorregiões Centro Norte (n=3, 27,3%) e Sudoeste (n=4, 26,7%) foram as que mais apresentaram municípios com implantação avançada entre as macrorregiões e não houve municípios classificados sem implantação nestas regiões. A não implantação foi observada em maiores percentuais nas macrorregiões Extremo Sul (n=4, 28,6%) e Oeste (n=5, 27,8%).

Quando organizado por categorias, a maioria dos municípios apresentaram implantação incipiente (n=45, 28,1%) para a Vigilância Alimentar e Nutricional, com exceção do Extremo Sul (n=5 35,7%), Leste (n=11, 39,3%) e Nordeste (n=5, 33,3%), que apresentaram maior percentual de municípios com implantação intermediária. A macrorregião Oeste apresentou maior número de municípios com ações de VAN não implantadas (n=6, 33,3%) e a macrorregião Centro Norte na categoria de implantação avançada (n=3, 27,3%) (Tabela 5).

Para aproximadamente metade dos municípios investigados, houve relatos de que a VAN é realizada, especialmente a coleta de dados para os sistemas de informação, com a realização das medidas de peso e altura. No entanto, os espaços possíveis de realização da VAN apresentam limitações, especialmente por meio do programa Academia da Saúde e nos grupos realizados nas unidades. Acontecem em maior frequência através do acompanhamento de saúde do programa de transferência de renda e por meio da demanda espontânea. Segundo os registros, os dados gerados são utilizados na tomada de decisão, no entanto, a maioria relatou não haver discussão sobre os resultados ou mecanismos de avaliação do processo de trabalho (material suplementar)¹¹.

A categoria promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e obesidade apresentaram os melhores resultados entre as categorias, com maior implantação geral intermediária (n=48, 30,0%) e avançada (n=45, 28,1%) e em oito macrorregiões. A macrorregião Oeste, ao contrário, apresentou maioria dos municípios com não implantação (n=9, 50,0%) (Tabela 5). As ações de prevenção ao sobrepeso e obesidade e de promoção da atividade física foram as mais registradas, em função das ações de promoção da alimentação adequada, seja em grupos na comunidade, na UBS ou em visitas domiciliares, com menores registros.

Ações de assistência às pessoas com sobrepeso e obesidade apresentaram maior implantação geral incipiente (n=67, 41,9%) e também nos municípios das macrorregiões Centro Leste (n=8, 40,0%), Centro Norte (n=5, 45,5%), Norte (n=6, 46,2%), Oeste (n=8, 44,4%) e Sul (n=15, 57,7%). A implantação intermediária destacou-se nos na maioria dos municípios da

¹¹ Tabelas detalhadas, com percentual de respostas para cada item avaliado podem ser observadas no material suplementar.

macrorregião Leste (n=13, 46,4%), Nordeste (n=8, 53,3%) e Sudoeste (n=7, 46,7%). Para a macrorregião Extremo Sul, o número de municípios com implantação incipiente e avançada, foram semelhantes (n=5, 35,7%) (Tabela 5).

Para a grande maioria dos municípios foi relatada a oferta de atendimentos individuais e orientações gerais, que podem ser dadas por qualquer categoria profissional. As consultas individuais com nutricionistas e médicos foram bem citadas. No entanto, quando se analisa a variedade de oferta dos serviços individuais, esses ficam mais limitados, a exemplo do atendimento psicológico, visitas domiciliares, práticas integrativas, elaboração de projetos terapêuticos singulares e a articulação com o programa da academia da saúde. As atividades em grupo para as pessoas com sobrepeso e obesidade foram relatadas e acontecem principalmente com acompanhamento do peso. Técnicas que incluem as PICS, academia da saúde e oficinas alimentares, reduziram a pontuação deste indicador, bem como a prática reduzida de avaliação dos resultados alcançados com as atividades em grupo.

Houve registro positivo de organização do cuidado nos municípios, com articulação entre pontos de atenção, discussão de casos entre as equipes e encaminhamento dos usuários para as ações disponíveis. As estratégias mais utilizadas na coordenação do cuidado foram a estratificação de risco, regulação e protocolos clínicos. As menos utilizadas foram gestão de linhas de espera para atenção especializada e articulação através de linha de cuidado regional. O apoio dos agentes comunitários de saúde na busca de faltosos foi estratégia bastante difundida para garantir a continuidade e o atendimento fora do horário comercial foi a menos referida.

Segundo as respostas, a disponibilidade e acesso a exames padrão e complementares ao diagnóstico da obesidade é ofertado pelos municípios. Para usuários com recomendação de procedimento cirúrgico, a maioria relatou encaminhamento e referência para outros pontos de atenção. A contrarreferência foi pouco citada, bem como o acompanhamento até que a cirurgia fosse efetivada. O acompanhamento pós bariátrico ainda não é prática difundida. Os mecanismos de estruturação do cuidado em nível municipal e estadual apresentou menos relatos na organização de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal e pactuação de fluxos, ainda que haja referência à utilização de protocolos assistenciais.

As ações para o acolhimento e qualificação do cuidado apresentaram os resultados mais negativos, com maior percentual de municípios com implantação incipiente (n=84, 52,5%) e não implantado (n=35, 21,9%). Sete das nove macrorregiões também apresentaram mais municípios com implantação incipiente, Centro Leste (n=11, 55,0%), Centro Norte (n=5, 45,5%), Extremo Sul (n=10, 71,4%), Leste (n=17, 60,70%), Nordeste (n=10, 66,7%), Norte (n=8, 61,5%), Oeste (n=11, 61,1%).

Tabela 5. Grau de implantação, segundo categorias de análise. Bahia, 2023.

Eixos	Núcleos Regionais de Saúde	C. Leste n (%)	C. Norte n (%)	Ext. Sul n (%)	Leste n (%)	Nordeste n (%)	Norte n (%)	Oeste n (%)	Sudoeste n (%)	Sul n (%)	Total n (%)
Vigilância Alimentar e Nutricional											
Não Implantado		4 (20,0)	-	4 (28,6)	3 (10,7)	4 (26,7)	3 (23,1)	6 (33,3)	-	5 (19,2)	29 (18,1)
Incipiente		7 (35,0)	5 (45,5)	4 (28,6)	10 (35,7)	4 (26,7)	6 (46,2)	7 (38,9)	8 (53,3)	10 (38,5)	61 (38,1)
Intermediária		4 (20,0)	3 (27,3)	5 (35,7)	11 (39,3)	5 (33,3)	3 (23,1)	3 (16,7)	3 (20,0)	8 (30,8)	45 (28,1)
Avançada		5 (25,0)	3 (27,3)	1 (7,1)	4 (14,3)	2 (13,3)	1 (7,7)	2 (11,1)	4 (26,7)	3 (11,5)	25 (15,6)
Promoção da saúde e prevenção do SO											
Não Implantado		4 (20,0)	2 (18,2)	4 (28,6)	2 (7,1)	5 (33,3)	1 (7,7)	9 (50,0)	2 (13,3)	7 (26,9)	36 (22,5)
Incipiente		1 (5,0)	2 (18,2)	3 (21,4)	7 (25,0)	2 (13,3)	3 (23,1)	4 (22,2)	3 (20,0)	6 (23,1)	31 (19,4)
Intermediária		9 (45,0)	2 (18,2)	3 (21,4)	12 (42,9)	5 (33,3)	3 (23,1)	4 (22,2)	3 (20,0)	7 (26,9)	48 (30,0)
Avançada		6 (30,0)	5 (45,5)	4 (28,6)	7 (25,0)	3 (20,0)	6 (46,2)	1 (5,6)	7 (46,7)	6 (23,1)	45 (28,1)
Assistência as pessoas com SO											
Não Implantado		1 (5,0)	-	4 (28,6)	3 (10,7)	2 (13,3)	2 (15,4)	4 (22,2)	-	5 (19,2)	21 (13,1)
Incipiente		8 (40,0)	5 (45,5)	5 (35,7)	11 (39,3)	4 (26,7)	6 (46,2)	8 (44,4)	5 (33,3)	15 (57,7)	67 (41,9)
Intermediária		7 (35,0)	3 (27,3)	5 (35,7)	13 (46,4)	8 (53,3)	4 (30,8)	3 (16,7)	7 (46,7)	4 (15,4)	54 (33,8)
Avançada		4 (20,0)	3 (27,3)	-	1 (3,6)	1 (6,7)	1 (7,7)	3 (16,7)	3 (20,0)	2 (7,7)	18 (11,3)
Acolhimento e qual. do cuidado											
Não Implantado		5 (25,0)	-	3 (21,4)	3 (10,7)	1 (6,7)	1 (7,7)	3 (16,7)	5 (33,3)	14 (53,8)	35 (21,9)
Incipiente		11 (55,0)	5 (45,5)	10 (71,4)	17 (60,7)	10 (66,7)	8 (61,5)	11 (61,1)	5 (33,3)	7 (26,9)	84 (52,5)
Intermediária		3 (15,0)	4 (36,4)	1 (7,1)	7 (25,0)	3 (20,0)	3 (23,1)	2 (11,1)	4 (26,7)	3 (11,5)	30 (18,8)
Avançada		1 (5,0)	2 (18,2)	-	1 (3,6)	1 (6,7)	1 (7,7)	2 (11,1)	1 (6,7)	2 (7,7)	11 (6,9)
Total de Municípios		20 (100)	11 (100)	14 (100)	28 (100)	15 (100)	13 (100)	18 (100)	15 (100)	26 (100)	160 (100)

Fonte: elaboração própria. *Maiores resultados. C. – Centro, SO – Sobrepeso e obesidade.

A macrorregião Sul, apresentou maior número de municípios sem implantação (n=14, 53,8%) e a Sudoeste medidas equivalentes entre não implantado e implantação incipiente (n=5, 33,3%). A indisponibilidade de infraestrutura das unidades adaptadas às necessidades das pessoas com sobrepeso e obesidade, reduziu a pontuação em muitos municípios. Para todos os itens houve baixos registros, especialmente macas, barras de segurança e veículos adaptados, até mesmo balanças com capacidade de até 230 kg. Grande parte dos respondentes relata ter vivenciado ações de educação permanente envolvendo a promoção da alimentação adequada e saudável e prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, no entanto, a sensibilização dos responsáveis pelo acolhimento, das questões relacionadas a alimentação e nutrição e mecanismos de avaliação da satisfação dos usuários foram menos citadas.

O grau de implantação não apresentou relação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis analisadas como o maior porte populacional, macrorregião, maior IDHM, maior cobertura da ESF e Equipes NASF-AB (Tabela 6).

Tabela 6. Associação entre Graus de implantação e variáveis selecionadas. Bahia, 2023.

Variáveis	Grau de Implantação		Total	p-valor
	Não Implantado e	Intermediária		
Macrorregião				
Centro Leste	9 (10,8%)	11 (14,3%)	20 (12,5%)	0,455
Centro Norte	4 (4,8%)	7 (9,1%)	11 (6,9%)	
Extremo Sul	6 (7,2%)	8 (10,4%)	14 (8,8%)	
Leste	12 (14,5%)	16 (20,8%)	28 (17,5%)	
Nordeste	8 (9,6%)	7 (9,1%)	15 (9,4%)	
Norte	9 (10,8%)	4 (5,2%)	13 (8,1%)	
Oeste	13 (15,7%)	5 (6,5%)	18 (11,2%)	
Sudoeste	7 (8,4%)	8 (10,4%)	15 (9,4%)	
Sul	15 (18,1%)	11 (14,3%)	26 (16,2%)	
Porte Populacional				
A e B	5 (6,0%)	3 (3,9%)	8 (5,0%)	0,721
C e D	78 (94,0%)	74 (96,1%)	152 (95,0%)	
IDHM				
Baixo e muito baixo	47 (56,6%)	42 (54,5%)	89 (55,6%)	0,791
Médio e alto	36 (43,4%)	35 (45,5%)	71 (44,4%)	
Cobertura ESF				
<70%	11 (13,3%)	8 (10,4%)	19 (11,9%)	0,576
70% a mais	72 (86,7%)	69 (89,6%)	141 (88,1%)	
Equipe NASF-AB				
Nenhuma equipe	7 (8,4%)	3 (3,9%)	10 (6,2%)	0,332
Presença de equipe	76 (91,6%)	74 (96,1%)	150 (93,8%)	

Fonte: Elaboração Própria. IDHM – índice de desenvolvimento humano municipal, ESF – Estratégia de saúde da Família, NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

DISCUSSÃO

O presente estudo apontou a implantação incipiente das ações e serviços de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito da atenção primária à saúde, em 40% dos municípios avaliados na Bahia, seguida da implantação intermediária, em 39,9% deles. As macrorregiões Extremo Sul e Oeste foram as que apresentaram maior percentual de municípios sem implantação. Entre os que apresentaram maior percentual de implantação avançada estão o Centro Norte e o Sudoeste.

Observou-se que ainda há muitas lacunas na política pública para a atenção adequada às pessoas com sobrepeso e obesidade e melhoria da saúde, especialmente nos componentes de assistência e qualificação do cuidado. No presente estudo não foi possível identificar associação entre maior porte populacional, IDHM, cobertura da estratégia de saúde da família e presença de equipe NASF-AB e implantação das ações.

Lopes et al. (2021) também encontrou inadequação da estrutura, acesso, manejo da obesidade e da organização das equipes na APS, ainda assim, com boa satisfação dos usuários. Em municípios do Rio de Janeiro foram observadas a limitação na cobertura focalizada em programas, quantitativo reduzido e rotatividade de profissionais, a inadequação dos espaços físicos e necessidade de maior articulação com centros de atendimentos especializados para o enfrentamento da obesidade (RAMOS et al., 2020). Em contraponto, municípios do Piauí apresentaram resultados satisfatórios em pelo menos 70% nos itens avaliados (equipamentos, insumos e atividades profissionais) para o funcionamento dessa linha de cuidado (ALBERTO et al., 2022). No entanto, os estudos apresentaram metodologias diferentes para o alcance dos resultados.

A Vigilância Alimentar e Nutricional ainda é uma lacuna importante, quando trata-se do uso das informações, para gestão e avaliação das intervenções. Chamou a atenção o fato de o Programa academia da saúde não ser um espaço difundido para a avaliação do estado nutricional de usuários, bem como estratégia para captação e articulação do cuidado, apontando problemas de integração e interface entre as duas iniciativas. Outros estudos também apontaram a dificuldade de planejamento articulado de ações entre a academia da saúde e outros programas e serviços da atenção primária no SUS (SÁ et al., 2016; MANTA et al., 2020).

No presente estudo, a promoção da saúde e prevenção a obesidade foi bastante citada e apresentou melhores resultados de implantação, com fragilidade nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS). A PAAS trata de um conjunto de práticas voltadas a indivíduos e coletividades, com vistas à realização de práticas alimentares saudáveis, apoiada

pelos aspectos biológicos e socioculturais, com meios sustentáveis de produção dos alimentos. Sua promoção faz parte da proposta de promoção da saúde no SUS (BRASIL, 2013d). O reconhecimento e uso da PAAS pelas equipes da APS é um desafio já conhecido. Cabe a equipe, apoiar-se nos guias alimentares para a população brasileira, e demais documentos orientadores para condução de ações na comunidade, nas ações educativas e atendimentos individuais (BRASIL, 2014; 2019; BORTOLINI et al., 2020).

No que tange a assistência às pessoas com sobrepeso e obesidade, destacaram-se as práticas habituais de cuidado, centrado em atendimentos individualizados e ações de grupo para a perda de peso. São práticas que devem integrar a atenção, mas salienta-se a limitação na oferta de ações e serviços e a necessidade de variedade de ofertas terapêuticas, a exemplo de acompanhamento multiprofissional, articulação com outros programas, atividades em grupo com objetivos além da perda de peso, PICS, entre outras.

Em municípios do Rio de Janeiro, foi mais frequente a priorização dos atendimentos individuais na atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade (RAMOS et al., 2020). Em Sergipe, profissionais da APS relataram a insuficiência de profissionais de outras categorias, para apoio ao cuidado, baixo uso da vigilância alimentar, dificuldade de responsabilização do profissional com o usuário, pouca priorização do público infanto-juvenil, ações descontinuadas e dificuldade de acesso às especialidades na atenção ofertada na linha de cuidado a sobrepeso e obesidade para crianças e adolescentes (SILVA et al., 2022; LIMA et al., 2022).

Identificou-se entre profissionais da APS no estado do Rio de Janeiro que apesar de haver uma compreensão sobre a multicausalidade da obesidade e a essencialidade de políticas públicas voltadas para afetar os ambientes obesogênicos, que há dificuldades em reconhecer os limites do próprio modelo assistencial biomédico, que repercutem sobre a adesão aos processos terapêuticos, o sentimento de despreparo e impotência para atuar com a complexidade do problema e em lidar com estas questões, sem colocar o indivíduo no lugar de culpado (BURLANDY et al., 2020). De maneira que o desafio para a superação de técnicas tradicionais de cuidado, com modelo biomédico, tecnicista e hospitalar que ainda orientam a formação em saúde, tendem a se estender às ações ofertadas às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS.

Outro elemento fundamental trata do cuidado longitudinal através da rede de atenção. Nos municípios parece haver uma organização sobre o cuidado, baseado em protocolos clínicos e fluxos, que não se estende à organização regional e estadual. De maneira que, nos casos onde há demanda de intervenções em outros pontos de atenção, há deficiência no acompanhamento do usuário e no seu retorno ao serviço. A estruturação de linhas de cuidado, como fio condutor para a formação das redes de atenção deve ultrapassar protocolos e fluxos e envolver pactuação

assistencial técnico político, interlocução, negociação e implicação dos atores em toda a rede, que devem permear as relações de cuidado, em primeiro plano (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004; SILVA et al., 2016).

Análise de municípios em nível nacional, coaduna com esses achados deste estudo, ao identificar menos da metade (39%) de registros de usuários com obesidade encaminhados a outros pontos de atenção (MACHADO et al., 2021). Nesse sentido, os agentes comunitários de saúde apresentam-se como peças chave, de conexão entre os indivíduos e o serviço, permitindo melhor acompanhamento longitudinal.

Chamou a atenção a inadequação da infraestrutura para o acolhimento aos usuários com excesso de peso. Em avaliação da condição de estrutura dos serviços, com base no Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica, estudos identificaram como satisfatórias a presença de equipamentos necessários ao cuidado nutricional e antropometria (balança adulta e pediátrica, régua antropométrica, fita, régua antropométrica e cadernetas da gestante e da criança). No entanto, os estudos não avaliaram outros itens estruturais, especialmente os adaptados às pessoas com obesidade (ALBERTO et al., 2022; MACHADO et al., 2021; RAMOS et al., 2020).

A ausência na grande maioria de itens como balança de maior capacidade, macas, cadeira de rodas, entre outros, revelam que a questão da obesidade no SUS, ainda é tema não priorizado na agenda pública, mesmo com a prevalência de excesso de peso seja superior a 50% na população baiana. Entende-se que a estrutura física dos espaços e equipamentos é condição de fácil resolução nos serviços e que facilitam o acesso e cuidado aos usuários. No entanto, negligências são observadas nos noticiários (G1-SP, 2023), que denunciam a morte de pessoas com obesidade em função do não atendimento, por ausência de uma infra-estrutura mínima de cuidado e mais que isso, tratam da violação de direitos humanos básicos, especialmente o direito à saúde, como enuncia Chehab de Carvalho Melo (2022).

O maior número de respondentes foram os profissionais de enfermagem, que têm concentrado a maior parte das ações desenvolvidas na APS, incluindo a assistência, a gestão de serviços e programas, muitas vezes burocráticas, a gestão de recursos humanos e materiais, planejamento de ações, entre outras (ASSUNÇÃO et al., 2019). No cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, essa categoria também se destaca, mas ressalta-se a dificuldade em administrar esse conjunto de atividades, sendo necessário o estímulo ao trabalho multiprofissional em saúde e compartilhamento de responsabilidades.

Em estudo sobre a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade com profissionais da APS, Burlandy et al. (2020) salientaram a necessidade de considerar seus relatos sobre as

dificuldades, sensação de impotência e despreparo para lidar com as doenças crônicas e obesidade, bem como para o trabalho em equipe multidisciplinar. Nesse sentido, o NASF-AB apresenta-se como meio ao apoio à atenção interdisciplinar na APS.

Outra questão envolve os contratos de trabalho temporários. Lopes et al. (2020) também encontraram elevado trabalho temporário em profissionais da APS em Feira de Santana, Bahia. Estes apresentavam maior probabilidade de condições inadequadas de trabalho, que dificultam a implementação da ESF, ao fragilizar a continuidade do cuidado.

Assim, colocam-se questões delicadas sobre o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, que envolve reconhecer qual o limite e responsabilidade da intervenção de profissionais da equipe de APS no cuidado, considerando que não está garantido a presença de profissionais nutricionistas, psicólogos e professores de educação física, por exemplo, ou estando disponível para suporte e acompanhamento de casos mais complexos e da possibilidade de atuação em equipe. Até que ponto, orientações genéricas serão capazes de garantir o cuidado qualificado exigido?

Ademais, observou-se neste estudo a inadequação da estrutura, equipamentos e organização dos serviços adequados ao acolhimento das pessoas com SO, também identificado em outros estados, cuja adequação estão mais presentes em centros especializados (RAMOS et al., 2020). Cabe compreender como articular estes pontos de atenção de maneira orgânica, voltadas às necessidades dos sujeitos e reconhecendo os limites e possibilidades dos diferentes serviços.

Foram observadas também desigualdades regionais no cuidado oferecido às pessoas com sobrepeso e obesidade, com melhores resultados nas macrorregiões Centro Norte e Sudoeste e menos favoráveis no Extremo Sul e Oeste. Outros estudos também encontraram desigualdade na oferta de recursos e serviços entre as macrorregiões do estado. No entanto, diferente do observado, os melhores resultados têm sido associados à macrorregião Leste, que inclui a capital e a região metropolitana (ABREU e SILVA, 2015; ALELUIA et al., 2021; GOMES LÔBO et al., 2020).

A organização das macrorregiões na Bahia, conta com Núcleos Regionais de Saúde como espaços de gestão instituídos em 2015. No entanto, o processo de regionalização no estado ainda enfrenta importantes entraves como disputas entre os municípios maiores e os menores nas discussões das redes, influências político partidárias, concentração das decisões no município sede da região, dificultando a articulação entre os municípios e ainda a desigualdade na regionalização (OLIVEIRA et al., 2021). Tais fatores podem contribuir para desigualdade no acesso dos usuários, migração para municípios de maior porte para busca de serviços e

procedimentos, muitas vezes sem regulação (GOMES LÔBO et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2021).

Mendonça et al. (2021) analisou a acessibilidade no município sede da macrorregião Oeste da Bahia e identificou barreiras de acesso à Estratégia de saúde da família, nas dimensões geográficas, de qualificação, no processo de trabalho e na organização. Outro estudo identificou que entre os anos de 1998 e 2019, houve aumento significativo nas razões de mortalidade materna nesta macrorregião, com média de 64,0 óbitos/100.000 nascidos vivos, valores acima do aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujas causas poderiam ser evitadas ou prevenidas (NOBRE e SOUZA, 2021). Teles et al. (2016) identificaram que houve maior distribuição de valor *per capita* na distribuição das transferências federais em saúde no ano de 2010, para o Extremo Sul, região que apresenta também melhor IDHM médio, indicando iniquidades na distribuição de recursos. Esta macrorregião também apresentou inclinação anual mais acentuada do gasto per capita entre 2005 e 2016 (OLIVEIRA, 2020). Tais dados podem indicar que a organização do cuidado ultrapassa investimentos financeiros, demandando investimento em outros aspectos, a exemplo da formação profissional e organização do cuidado regional.

Neste sentido, a estratégia baseada em linhas de cuidado, organizadas ao longo da rede é uma proposta promissora para o cuidado às pessoas com doenças crônicas, mas enfrenta dificuldades, como práticas tradicionais de gestão e processos de trabalho, hierarquização dos serviços, barreiras de acesso, oferta e demanda, regulação, centralização médica e hospitalar, abordagens curativistas, limites na transversalidade, intersetorialidade, regionalização e financiamento, entre outros (MENDES, 2019; BASTOS et al., 2020; TOFANI et al., 2021; SANTOS FILHO e SOUZA, 2022).

A qualificação do cuidado às pessoas com SO é fundamental, especialmente ao considerar o processo de estigma e culpabilização vivenciadas por estes sujeitos, sendo necessária a problematização do processo de trabalho, com foco na modificação de práticas, preconceitos, considerando a necessidade dos sujeitos acompanhados. Nesta investigação, também foram observados poucos registros sobre a avaliação da satisfação dos usuários com sobrepeso e obesidade atendidos na APS.

A literatura aponta o registro da sensação de impotência e despreparo de profissionais para atuar no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, bem como de se manterem atualizados, com a constante produção de evidências e informações. A educação permanente é apontada como estratégia de qualificação profissional potente, que permite a atualização, como uma proposta ético-político-pedagógica, bem como a facilitação do acesso aos profissionais

dos materiais produzidos pelo ministério da saúde (FERREIRA, 2019; SILVA, 2020a; BURLANDY et al., 2020; FIGUEIREDO et al., 2020; RAMOS et al., 2020). Ademais, é necessário pensar estratégias de sensibilização dos profissionais de saúde, de maneira a permitir o maior acolhimento, adesão aos processos terapêuticos, resolutividade e cuidado humanizado às pessoas com SO.

Salienta-se que esta pesquisa foi conduzida no período da pandemia causada pela covid-19, cujo serviços e profissionais de saúde estavam voltados a lidar com a demanda resultante desta pandemia, bem como vivenciando um período de política de desmonte do sistema único de saúde, com desfinanciamento e foco em procedimentos, falta de priorização política real da APS, escassez de profissionais qualificados, a falta de informação de qualidade para tomada de decisão clínica e gerencial (HARZHEIM et al., 2020, MASSUDA, 2020). Todo este cenário, contribuiu para a saturação do sistema e sobrecarga profissional, que dificultou a manutenção dos atendimentos/acompanhamentos comumente conduzidos, surgindo e agravando as comorbidades clínicas, sendo ainda assim, estes serviços e nível de atenção fundamentais para o cuidado a estes agravos (SAVASSI et al., 2020; BELASS et al., 2022). Este contexto pode ter influenciado também sobre os resultados aqui observados, ainda que as questões não apresentassem caráter temporal.

CONCLUSÃO

Este estudo aferiu o grau de implantação de ações e serviços de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, na APS, em municípios baianos. Verificou-se que a implantação incipiente foi a mais observada nos municípios investigados, indicando a necessidade de maior inclusão do tema na agenda política no estado. Assim, há de se investir em educação permanente, estrutura, organização e implementação das linhas regionais, baseada em uma organização horizontal, com equidade regional, e que considere os sujeitos com SO e suas necessidades. Para tanto, é fundamental a inclusão desses sujeitos em processos decisórios e participativos ativos, em seu cuidado.

Por tratar-se de amostra de conveniência, este estudo não permitiu generalizar o grau de implantação no estado da Bahia, mas permitiu reconhecer a realidade em diferentes municípios, nas nove macrorregiões de saúde. A coleta de dados por meio do relato de profissionais de saúde, apresenta limitações, ao tratar da perspectiva de apenas um dos agentes envolvidos no processo de atenção à saúde, sem triangulação de dados. Além disso, pode-se supor um viés de resposta já que não houve 100% de resposta no preenchimento do questionário da amostra

inicial. Entre os não respondentes, a situação de implantação pode ser mais grave. Ainda registra-se que a pesquisa foi conduzida no período da pandemia causada pela covid-19, que influenciou sobre mudanças de rotinas de trabalho, ainda que as questões não apresentassem caráter temporal.

Recomenda-se a realização de novos estudos de caso, que permitam maior compreensão dos fatores contextuais relacionados às ações e serviços voltados às pessoas com SO, especialmente na assistência, a partir dos diversos agentes e métodos de pesquisa. A metodologia adotada mostrou-se sensível à avaliação do grau de implantação das ações de cuidado às pessoas com SO na APS, podendo ser utilizada e adaptada em outros estudos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, G. R. F.; SILVA, S. A. L. S. Distribuição geográfica e acesso ao mamógrafo no estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.39, n.1, p.88-104, 2015. DOI: 10.5327/Z0100-0233-2015390100009.
- ALBERTO, N. S. M. C.; BARROS, D. C.; VITORINO, S. A. S.; CARDOSO, O. O. Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. *Saúde Em Debate*, v.46, n.133, p. 405-420, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213311>
- ALELUIA, I. S. S. et al. Repasses financeiros para serviços de fisioterapia ambulatorial no SUS em macrorregiões de saúde da Bahia. *Saúde em Redes*. v. 7 n. 3, p.1-14, 2021. Doi: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p243-257>
- ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 7, n. 3, p. 319-326, Sept. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300011>.
- ASSUNÇÃO, M. N.; AMARO, M. O. F.; CARVALHO, C. A.; SIMAN, A. G. Percepção de enfermeiros sobre seu papel gerencial, competências e desafios no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS*. v.22, n.4, p. 881 - 894. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16012>.
- BARROS, R. D.; AQUINO, R.; SOUZA, L. E. P. F. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 27, n. 11 p. 4289-4301, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.02272022>.
- BASTOS, L. B. R., et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Revista De Saúde Pública*, v.54, n.25, p. 1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>.
- BELLAS, H. C. et al. Desempenho resiliente da longitudinalidade da atenção primária durante a pandemia da Covid-19: um estudo transversal em territórios vulneráveis do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*. v. 46, n. spe8, p. 75-88, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E806>.

BORTOLINI, G. A. et al. Food Guides: A Strategy to Reduce the Consumption of Ultra-processed Foods and Prevent Obesity Guías Alimentarias. *Revista Panamericana De Salud Pública*. V. 43, p.:E59, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

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). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Obtido em: 10/05/2022.

BRASIL. 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. 28 p.: il.

BRASIL. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 23, 20 mar. 2013(b).

BRASIL. Portaria nº 425 de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 59, Nº 71, abril de 2013(c).

BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013(d).

BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p. : il.

BRASIL. Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013 e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, n.º 06 - Seção 1, 09 Jan. 2017.

BRASIL. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 265 p. : Il

BRASIL. Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021(a). 152 p.: il.

BRASIL. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021(b). 150 p.: il.

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

CARVALHO, F. C. D.; VASCONCELOS, T. B.; ARRUDA, G. M. M. S.; & MACENA, R. H. M. Modificações nos indicadores sociais da Região Nordeste após a implementação da

Atenção Primária. *Trabalho, Educação E Saúde*, v.17, n.2, p.e0018925, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00189>

CHEHAB DE CARVALHO MELO, M. T. "GORDOCÍDIO": uma análise da política sistêmica de morte de pessoas gordas no Brasil. v. 7 n. 1 (2022): VII Congresso Internacional de Direitos Humanos de Coimbra / Simpósio Temático On66. Disponível em: <https://trabalhoscidhcoimbra.com/ojs/index.php/anaiscidhcoimbra/article/view/1726>. Acesso em: 22/02/2023.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.33, v.7, p.:1-12, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>.

E-GESTOR AB - Informação e Gestão da Atenção Básica, 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 03/02/2023.

FELICIANO, S. C. DA C.; VILLELA, P. B.; OLIVEIRA G. M. M. Associação entre a Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil entre 1980 e 2019. *Arq. Bras. Cardiol.* V.120, n.4, p. e20211009, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20211009>

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. A.; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Em Debate*, v.43, n.120, p.223-239, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (org.), 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446021/mod_resource/content/1/INTEGRALIDADE_NA_ASSISTENCIA_A_SAUDE.pdf

G1- São Paulo. **Jovem de 25 anos morre na porta de hospital estadual de SP após ter atendimento negado por falta de maca para pessoas obesas.**

Disponível:<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/01/06/jovem-de-25-anos-morre-na-porta-de-hospital-estadual-de-sp-apos-ter-atendimento-negado-por-falta-de-maca-para-pessoas-obesas.ghtml>. Acesso: 23/02/2023.

GOMES-LÔBO, M.; OLIVEIRA DE ANDRADE, C. L.; ALVES, C. Avaliação da cobertura da triagem auditiva neonatal nas macrorregiões de saúde do estado da Bahia entre os anos de 2011 a 2018. *Revista De Ciências Médicas E Biológicas*, v.19, n.4, p.565–571, 2020. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v19i4.42670>

HARZHEIM, E.; SANTOS, C. M. J.; D'AVILA, O. P.; WOLLMANN, L.; PINTO, L. F. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Rev. bras. med. fam. comunidade*; v.15, n.42, p.: 2354-2354, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2354/1528>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Pesquisa de orçamentos familiares 1995-1996. Rio de Janeiro, IBGE, 1997. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv7924.pdf>. Acesso em: 28.07.2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Cidades [Internet]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso: 10/01/2023.

LIMA, V. S. et al. Linhas de cuidado: sobrepeso/obesidade de crianças e adolescentes no sistema único de saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. v. 16, n. 24, p. 51-64, 2022.

LOBSTEIN, T. et al. World Obesity Atlas 2022. *World Obesity Federation*. Ludgate House, 107-111 Fleet Street, London, EC4A 2AB.

LOPES, E. S. J.; ARAÚJO, T. M.; MACHADO, C. J. Indicadores de precarização do trabalho nas equipes de saúde da família. IN: BARBOSA, F. C. **Cuidados com a saúde: princípios fundamentais**. Piracanjuba-GO, Ed. Conhecimento Livre, 2020. Doi: <https://doi.org/10.37423/200500925>

MACHADO, P. M. O., LACERDA, J. T., COLUSSI, C. F., & CALVO, M. C. M. Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, v.30, n.2, e2020635, p. 1-12, 2021 . DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200015>.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>.

MANTA S. W., et al. Planejamento em saúde sobre práticas corporais e atividade física no Programa Academia da Saúde. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, v. 25, p. 1–6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0168>

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 2020. DOI: • <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>

MAXIMIANO, T. O. Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade. Botucatu, Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. V. 15, N. 5, p.: 2297-2305, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. CONASS, Brasília, DF, 2019.

MENDONÇA, M. M.; ALELUIA, Í. R. S.; SOUSA, M. L. T.; PEREIRA, M. Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.26, n.5, p.1625-1636, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04722021>

NOBRE, A. O. G.; SOUZA, E. S. Mortalidade materna na macrorregião de saúde Oeste da Bahia entre o período de 1998 a 2019. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, p. e10396, 1 fev. 2021.

OLIVEIRA, V. B. et al. O processo de regionalização da saúde em um estado do Nordeste brasileiro. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 45, n. 3, p. 108-128, 2021. DOI: [10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3376](https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3376)

OLIVEIRA, L. V. S. C. Perfil de gasto público em saúde e sua influência sobre a curva da mortalidade infantil: uma análise dos municípios baianos. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2020.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; FJP - Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano, 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>. Acesso: 28.01.2023.

RAMOS, D. B. N. et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. *Cadernos de Saúde Pública*. V.36, n.6, p.:e00116519, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116519>

REIS, J. G. PREFÁCIO. IN: MENDES, E. V. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

REIS, A. B. C. et al. O fenômeno da obesidade como um problema de saúde pública. IN: AMPARO-SANTOS, L.; FRANÇA, S. L. G.; REIS, A. B. C. (Organizadoras). 2 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. 101 p.: il.

SÁ, G. B. A. R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.6, p.1849-1859, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>

SANTOS FILHO, S. B.; SOUZA, K. V. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 775-780, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS BEDETTI, A.; JOI DE ABREU, A. B.; COSTA, A. C.; PERDIGÃO, R. M. da C. .; FERREIRA, T. P. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. *JMPHC*, v. 12, p. 1–13, 2020. DOI: 10.14295/jmphc.v12.1006.

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2020-2023 Revista Baiana de Saúde Pública. - v. 44, supl.1, jan./mar. 2020.

SILVA, E. M. S. Proposta de intervenção educativa a partir da análise das dificuldades e potencialidades vivenciadas pelos profissionais atuantes na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no município de Cachoeira do Sul/RS. [Dissertação] Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2020.

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 21, n. 3 p. 843-852, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>.

SILVA, N. J.; FAGUNDES, A. A.; SILVA, D. G.; LIMA, V. S. Percepção de gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado da obesidade infanto-juvenil no Sistema Único de Saúde. *Physis*, v. 32. n,3, p.1-19, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320318>

SISVAN-Web. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: Relatórios públicos/Estado Nutricional/Municípios/2022. Disponível em:
<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index> Acesso: 14.02.2023

SWINBURN, B. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The lancet*, v. 393, n. 10173, p.: 791-846, 2019. Doi:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. *Saúde E Sociedade*, v. 25, n.3, p. 786-799, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016152020>

TOFANI, L. F. N., et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.26, n.10, p.4769-4782, 2021. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022. (96 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac.

VIERA-DA-SILVA, L, M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. IN: HARTZ, Z. M. A.; VIERA-DA-SILVA, L, M. (org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador, EDUFBA. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005, p.15-40.

VIERA-DA-SILVA, L, M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p.86-91.

VIGITEL Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 128. : il

VIGITEL Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal entre 2006 e 2021: estado nutricional e consumo alimentar [recurso eletrônico] / ministério da saúde, secretaria de vigilância em saúde, departamento de análise em saúde e vigilância de doenças não transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 75 p. : il.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Dia Mundial da Obesidade 2022: acelerar ação para acabar com a obesidade. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/noticias/4-3-2022-dia-mundial-da-obesidade-2022-acelerar-acao-para-acabar-com-obesidade>. Accessed on jan 13, 2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Em síntese, os resultados desta pesquisa permitiram reconhecer que as intervenções públicas voltadas ao sobrepeso e obesidade no âmbito global apresentam ampla variedade de propostas, incluindo ações voltadas ao ambiente das cidades como transporte público ativo, iniciativas comunitárias, ações intersetoriais, mecanismos para facilitar o acesso a alimentos saudáveis, de estímulo a amamentação, igualdade de tratamento e não discriminação, além de guias orientadores voltados para mudanças comportamentais no estilo de vida. Destacaram-se ainda as intervenções públicas de regulação pelo Estado, como os impostos sobre bebidas açucaradas, propostas de modificações das rotulagens notacionais, proibição de serviços de comida rápida (*fast-food e drive-through*) e regulação da publicidade infantil de alimentos. Na perspectiva de políticas de assistência à saúde, ações como linha de cuidado na rede de atenção e programas para a perda de peso foram identificadas. Por fim os de maior destaque foram os conduzidos nos ambientes escolares, considerado espaço privilegiado na formação e acesso a crianças e adolescentes.

O modelo de ações e linhas estratégicas para intervenções públicas voltadas ao sobrepeso e obesidade apresentada por Polain (2013) mostrou-se relevante para avaliação das estratégias identificadas e permitiu reconhecer que há predominância de ações que utilizam a linha estratégica de intervenção pelo ambiente e por meio de indivíduos e populações de risco, principalmente através de ações de promoção da saúde, promovidas por governos para a população ou através da legislação para a saúde. Nesse sentido, observou-se um movimento de estratégias baseada na divulgação de informações e intervenção legislativa como meio para mudança de comportamentos. Conselhos individualizados e em grupos para a saúde foram menos relatados no campo das políticas governamentais gerais e podem estar relacionados à estratégia de busca adotada.

Em âmbito nacional, a avaliação da plausibilidade teórica da Linha de Cuidado ao sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde mostrou-se consistente teoricamente, na maior parte de seus componentes. Carece, no entanto, de melhores investimentos para a mobilização na agenda de gestores estaduais e municipais, de objetivos e estratégias de ação melhor definidas, para não ficar pulverizada em meio às ações já realizadas na APS ou reduzir-se a fluxos e protocolos. Observou-se ainda que pouca ênfase tem sido dada às ações voltadas à gestação, parto e desenvolvimento inicial na infância, destacado em outras estratégias.

No estado da Bahia, o estudo de casos múltiplos sobre as ações de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS identificou que a maioria dos municípios apresentou implantação incipiente, com variações entre as macrorregiões de saúde. As categorias vigilância alimentar e nutricional, assistência às pessoas com sobrepeso e obesidade e de ações para redução do estigma e qualificação do cuidado também repetiram esse resultado, com maior proporção de municípios com implantação incipiente. As ações de promoção da saúde e prevenção foram melhor avaliadas, com implantação intermediária e avançada. Destaca-se a necessidade de maior investimento da temática pelo estado da Bahia, que ainda não dispõe de linha cuidado, cujos resultados podem permitir compreensão sobre as fragilidades e potencialidades regionais.

Esta investigação apresenta limitações, especialmente por não alcançar uma amostra representativa de municípios no estado. No entanto, seus resultados permitem avançar no debate sobre as estratégias políticas para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, sua prevenção e a necessidade de ampliar o escopo das intervenções sobre os determinantes estruturais promotoras de desigualdade, que tem como resultado o aumento da obesidade e todas as consequências a ela associadas.

MATERIAL SUPLEMENTAR ARTIGO 3

Tabela 7. Presença de itens da categoria Vigilância Alimentar e Nutricional, segundo porte populacional, Bahia, 2023.

ITENS AVALIADOS Categoria VAN	PORTE POPULACIONAL				TOTAL DE UNIDADES n (%)
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)	
A equipe realiza VAN	16 (40,0)	41 (66,1)	62 (40,8)	52 (40,3)	171 (44,6)
Ações de VAN					
Aferição do peso e da altura e cálculo de IMC	38 (95,0)	57 (91,9)	134 (88,2)	113 (87,6)	342 (89,3)
Avaliação da composição corporal	25 (62,5)	26 (41,9)	70 (46,1)	72 (55,8)	193 (50,4)
Avaliação do consumo alimentar	31 (77,5)	43 (69,4)	96 (63,2)	89 (69,0)	259 (67,6)
Diagnóstico precoce, exames clínicos e laboratoriais	31 (77,5)	51 (82,3)	119 (78,3)	100 (77,5)	301 (78,6)
Captação para atendimentos individuais					
Atividades de Promoção da Saúde na comunidade	16 (40,0)	35 (56,5)	82 (53,9)	71 (55,0)	204 (53,3)
Avaliação nutricional dos participantes de Programas	24 (60,0)	42 (67,7)	84 (55,3)	78 (60,5)	228 (59,5)
Busca ativa	9 (22,5)	29 (46,8)	74 (48,7)	73 (56,6)	185 (48,3)
Demanda espontânea	31 (77,5)	51 (82,3)	92 (60,5)	93 (72,1)	267 (69,7)
Encaminhamento de outros pontos de atenção	19 (47,5)	43 (69,4)	78 (51,3)	75 (58,1)	215 (56,1)
Encaminhamento por outros setores públicos	17 (42,5)	32 (51,6)	79 (52,0)	77 (59,7)	205 (53,5)
Grupos da Unidade de Saúde	12 (30,0)	21 (33,9)	62 (40,8)	55 (42,6)	150 (39,2)
Polos do Academia de Saúde	2 (5,0)	14 (22,6)	49 (32,2)	35 (27,1)	100 (26,1)
Programa Saúde na Escola	26 (65,0)	30 (48,4)	82 (53,9)	80 (62,0)	218 (56,9)
Monitoramento e avaliação do cuidado					
Atualização do SISVAN <i>web</i> na unidade	12 (30,0)	27 (43,5)	43 (28,3)	43 (33,3)	125 (32,6)
Avaliação do estado nutricional de escolares	14 (35,0)	29 (46,8)	53 (34,9)	41 (31,8)	137 (35,8)
Mapas de evolução nutricional	4 (10,0)	9 (14,5)	27 (17,8)	26 (20,2)	66 (17,2)
Monitoramento de dados antropométricos	15 (37,5)	37 (59,7)	56 (36,8)	52 (40,3)	160 (41,8)
Monitoramento de dados de consumo alimentar	12 (30,0)	29 (46,8)	45 (29,6)	47 (36,4)	133 (34,7)
Relatórios da situação nutricional dos usuários	2 (5,0)	18 (29,0)	31 (20,4)	33 (25,6)	84 (21,9)
A equipe discute internamente os indicadores de VAN	5 (12,5)	15 (24,2)	45 (29,6)	41 (31,8)	106 (27,7)
As informações servem para apoiar a tomada de decisão	25 (62,5)	48 (77,4)	120 (78,9)	102 (79,1)	295 (77,0)
A equipe de possui processos coletivos de avaliação	3 (7,5)	9 (14,5)	37 (24,3)	37 (28,7)	86 (22,5)
Total de unidades	40 (100,0)	62 (100,0)	152 (100,0)	129 (100,0)	383 (100,0)

Fonte: elaboração própria. Legenda: IMC – Índice de Massa Corporal, SISVAN – Sistema de vigilância Alimentar e Nutricional.

Legenda de cores **vermelho** (0 a ≤25%), **amarelo** (>25 a ≤50%), **azul** (>50 até ≤75%) e **verde** (>75 a 100).

Tabela 8. Presença de itens da categoria Promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e obesidade, segundo porte populacional, Bahia, 2023.

ITENS AVALIADOS Categoria Promoção da saúde e prevenção ao SO	PORTE POPULACIONAL				TOTAL DE UNIDADES n (%)
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)	
Ações de Prevenção do SO e de promoção da saúde	21 (52,5)	40 (64,5)	90 (59,2)	76 (58,9)	227 (59,3)
Ações de PAAS em grupos e/ou nas visitas domiciliares	18 (45,0)	27 (43,5)	73 (48,0)	68 (52,7)	186 (48,6)
Ações de PAAS comunitárias/visitas domiciliares	16 (40,0)	30 (48,4)	82 (53,9)	76 (58,9)	204 (53,3)
Ações de Promoção da Atividade Física	24 (60,0)	46 (74,2)	115 (75,7)	89 (69,0)	274 (71,5)
Total de Unidades	40 (100,0)	62 (100,0)	152 (100,0)	129 (100,0)	383 (100,0)

Tabela 9. Presença de itens da categoria redução do acolhimento e qualificação do cuidado, segundo porte populacional, Bahia, 2023.

ITENS AVALIADOS Acolhimento e qualificação do cuidado	PORTE POPULACIONAL				TOTAL DE UNIDADES n (%)
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)	
Infraestrutura das unidades					
Cadeiras/bancos	8 (20,0)	16 (25,8)	57 (37,5)	50 (38,8)	131 (34,2)
Balança com capacidade máxima de 230 kg	10 (25,0)	21 (33,9)	65 (42,8)	51 (39,5)	147 (38,4)
Mesa de exame	10 (25,0)	21 (33,9)	73 (48,0)	41 (31,8)	145 (37,9)
Cadeira de rodas	14 (35,0)	16 (25,8)	59 (38,8)	56 (43,4)	145 (37,9)
Aparelhos de pressão com manguito especial	25 (62,5)	28 (45,2)	66 (43,4)	56 (43,4)	175 (45,7)
Maca de transferência	2 (25,0)	2 (3,2)	22 (14,5)	25 (19,4)	51 (13,3)
Acessibilidade que permita o livre trânsito dos usuários	21 (52,5)	37 (59,7)	100 (65,8)	93 (72,1)	251 (65,5)
Barras de segurança	8 (20,0)	9 (14,5)	28 (18,4)	37 (28,7)	82 (21,4)
Banheiros adequados	12 (30,0)	22 (35,5)	78 (51,3)	69 (53,5)	181 (47,3)
Veículo adaptado	2 (25,0)	2 (3,2)	28 (18,4)	17 (13,2)	49 (12,8)
Espaço adequado para desenvolvimento de atividades educativas em grupo	17 (42,5)	30 (48,4)	72 (47,4)	69 (53,5)	188 (49,1)
Espaço adequado para práticas corporais/atividade física e/ou práticas integrativas complementares de saúde	8 (20,0)	17 (27,4)	48 (31,6)	42 (32,6)	115 (30,0)
Profissionais sensibilizados através de EP	8 (20,0)	12 (19,4)	42 (27,6)	34 (26,4)	96 (25,1)
EP de PAAS e prevenção, diagnóstico e tratamento	29 (72,5)	40 (64,5)	99 (65,1)	86 (66,7)	254 (66,3)
Avaliação da satisfação dos usuários	7 (17,5)	11 (17,7)	36 (23,7)	24 (18,6)	78 (20,4)
Total de Unidades	40 (100,0)	62 (100,0)	152 (100,0)	129 (100,0)	383 (100,0)

Fonte: elaboração própria. Legenda: EP – Educação Permanente, PAAS – Promoção da alimentação adequada e saudável, SO – sobrepeso e obesidade.

Legenda de cores **vermelho** (0 a ≤25%), **amarelo** (>25 a ≤50%), **azul** (>50 até ≤75%) e **verde** (>75 a 100).

Tabela 10. Presença de itens da categoria **Assistência as pessoas com sobrepeso e obesidade**, segundo porte populacional, Bahia, 2023.

ITENS AVALIADOS Categoria Assistência as pessoas com sobrepeso e obesidade	PORTE POPULACIONAL				TOTAL DE UNIDADES n (%)
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)	
Oferta de atendimento individual	33 (82,5)	53 (85,5)	101 (66,4)	97 (75,2)	284 (74,2)
Atividades realizadas no cuidado individual					
Acompanhamento/suporte psicológico	15 (37,5)	26 (41,9)	83 (54,6)	73 (56,6)	197 (51,4)
Atendimento nutricional	17 (42,5)	35 (56,5)	84 (55,3)	85 (65,9)	221 (57,7)
Atendimento/accompanhamento domiciliar	18 (45,0)	41 (66,1)	81 (53,3)	67 (51,9)	207 (54,0)
Avaliação antropométrica periódica	23 (57,5)	42 (67,7)	84 (55,3)	78 (60,5)	227 (59,3)
Avaliação periódica do consumo alimentar	19 (47,5)	34 (54,8)	64 (42,1)	56 (43,4)	173 (45,2)
Cuidado compartilhado / multidisciplinar	25 (62,5)	40 (64,5)	83 (54,6)	76 (58,9)	224 (58,5)
Elaboração de Projeto Terapêutico Singular	8 (20,0)	22 (35,5)	37 (24,3)	30 (23,3)	97 (25,3)
Escuta Qualificada	27 (67,5)	47 (75,8)	87 (57,2)	71 (55,0)	232 (60,6)
Oferta de práticas na Academia da Saúde	2 (5,0)	21 (33,9)	51 (33,6)	40 (31,0)	114 (29,8)
Oferta PICS	8 (20,0)	9 (14,5)	29 (19,1)	22 (17,1)	68 (17,8)
Orientação alimentar (qualquer profissional)	31 (77,5)	49 (79,0)	97 (63,8)	90 (69,8)	267 (69,7)
Orientação de atividade física (qualquer profissional)	30 (75,0)	50 (80,6)	98 (64,5)	87 (67,4)	265 (69,2)
Outras orientações para promoção da saúde	32 (80,0)	51 (82,3)	100 (65,8)	92 (71,3)	275 (71,8)
Pactuação de metas e resultados	22 (55,0)	41 (66,1)	82 (53,9)	60 (46,5)	205 (53,5)
Tratamento medicamentoso	12 (30,0)	26 (41,9)	53 (34,9)	34 (26,4)	125 (32,6)
Atividades com grupos na unidade	7 (17,5)	19 (30,6)	51 (33,6)	48 (37,2)	125 (32,6)
Estratégias utilizadas nas atividades em grupo					
Abordagem psicológica e/ou motivacionais	6 (15,0)	13 (21,0)	43 (28,3)	39 (30,2)	101 (26,4)
Promoção da alimentação adequada e saudável	7 (17,5)	18 (29,0)	48 (31,6)	44 (34,1)	117 (30,5)
Autocuidado apoiado/abordagem comportamental	4 (10,0)	12 (19,4)	40 (26,3)	34 (26,4)	90 (23,5)
Adoção das PICS para apoio ao tratamento	4 (10,0)	9 (14,5)	26 (17,1)	23 (17,8)	62 (16,2)
Atividades no Polo Academia da Saúde	3 (7,5)	10 (16,1)	36 (23,7)	27 (20,9)	76 (19,8)
Compartilhamento/trocas de experiência	5 (12,5)	13 (21,0)	38 (25,0)	33 (25,6)	89 (23,2)
Construção de redes de apoio social e familiar	6 (15,0)	10 (16,1)	35 (23,0)	30 (23,3)	81 (21,1)
Controle de peso corporal, PA e/ou glicemia	7 (17,5)	18 (29,0)	48 (31,6)	48 (37,2)	121 (31,6)
Valorização da cultura alimentar local	3 (7,5)	6 (9,7)	18 (11,8)	20 (15,5)	47 (12,3)
Orientação alimentar em grupo	7 (17,5)	18 (29,0)	43 (28,3)	42 (32,6)	110 (28,7)
Palestras temáticas/ rodas de conversa na unidade	6 (15,0)	17 (27,4)	44 (28,9)	42 (32,6)	109 (28,5)
Realiza acompanhamento dos resultados	5 (12,5)	13 (21,0)	33 (21,7)	37 (28,7)	88 (23,0)
Organização do cuidado no município					
Articulação com outros pontos da atenção	20 (50,0)	36 (58,1)	97 (63,8)	76 (58,9)	229 (59,8)
Discussão e/ou compartilhamento de caso	22 (55,0)	46 (74,2)	118 (77,6)	92 (71,3)	278 (72,6)
Encaminhamento para ações em grupo	19 (47,5)	31 (50,0)	93 (61,2)	86 (66,7)	229 (59,8)
Encaminhamento para ações em outros setores	20 (50,0)	33 (53,2)	83 (54,6)	66 (51,2)	202 (52,7)

Continua

Continuação Tabela 10

ITENS AVALIADOS Categoria Assistência as pessoas com sobrepeso e obesidade	PORTE POPULACIONAL				TOTAL DE UNIDADES n (%)
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)	
Organização do cuidado no município					
Estratificação de risco/gravidade	25 (62,5)	40 (64,5)	106 (69,7)	90 (69,8)	261 (68,1)
Fluxos e regulação estadual e municipal	22 (55,0)	23 (37,1)	80 (52,6)	57 (44,2)	182 (47,5)
Gestão de caso (para os casos mais complexos)	18 (45,0)	20 (32,3)	66 (43,4)	54 (41,9)	158 (41,3)
Listas de espera para a atenção especializada	9 (22,5)	17 (27,4)	38 (25,0)	27 (20,9)	91 (23,8)
Linha de cuidado regional	7 (17,5)	9 (14,5)	21 (13,8)	18 (14,0)	55 (14,4)
Projeto Terapêutico Singular	13 (32,5)	24 (38,7)	47 (30,9)	51 (39,5)	135 (35,2)
Unidade/central de Regulação	19 (47,5)	33 (53,2)	92 (60,5)	56 (43,4)	200 (52,2)
Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas	26 (65,0)	34 (54,8)	100(65,8)	84 (65,1)	244 (63,7)
Continuidade do cuidado aos usuários com SO					
Atendimento em horários estendidos	4 (10,0)	16 (25,8)	53 (34,9)	43 (33,3)	116 30,3)
Busca ativa de faltosos	15 (37,5)	30 (48,4)	86 (56,6)	78 (60,5)	209 (54,6)
Confirmação de consulta	20 (50,0)	35 (56,5)	118 (77,6)	104 (80,6)	277 (72,3)
Cronograma fixo de atendimento aos usuários	7 (17,5)	35 (56,5)	90 (59,2)	71 (55,0)	203 (53,0)
Participação sobre agendamento dos atendimentos	15 (37,5)	32 (51,6)	74 (48,7)	62 (48,1)	183 (47,8)
Acesso regular aos exames solicitados	25 (62,5)	51 (82,3)	130 (85,5)	100 (77,5)	306 (79,9)
Sistemas de apoio para exames complementares	16 (40,0)	30 (48,4)	105 (69,1)	78 (60,5)	229 (59,8)
Ações da equipe - pessoas indicadas a cirurgia					
Indicação para o serviço especializado	31 (77,5)	40 (64,5)	106 (69,7)	79 (61,2)	256 (66,8)
Referência para atenção especializada	26 (65,0)	39 (62,9)	98 (64,5)	65 (50,4)	228 (59,5)
Recebe contrarreferência dos outros pontos	7 (17,5)	13 (21,0)	39 (25,7)	25 (19,4)	84 (21,9)
Acompanha até que a cirurgia seja viabilizada	15 (37,5)	29 (46,8)	61 (40,1)	42 (32,6)	147 (38,4)
Acompanhamento após cirurgia bariátrica	16 (40,0)	31 (50,0)	71 (46,7)	57 (44,2)	175 (45,7)
Mecanismos existentes em seu município e/ ou estado					
Monitoramento de referência/contrarreferência	5 (12,5)	15 (24,2)	52 (34,2)	29 (22,5)	101 (26,4)
Organização das ações em cada ponto de atenção	9 (22,5)	15 (24,2)	54 (35,5)	56 (43,4)	134 (35,0)
Pactuação dos fluxos assistenciais	13 (32,5)	15 (24,2)	52 (34,2)	40 (31,0)	120 (31,3)
Protocolo de encaminhamento - atenção especializada	17 (42,5)	21 (33,9)	82 (53,9)	66 (51,2)	186 (48,6)
Regulação à Atenção Especializada	21 (52,5)	30 (48,4)	98 (64,5)	64 (49,6)	213 (55,6)
Total de Unidades	40 (100,0)	62 (100,0)	152 (100,0)	129 (100,0)	383 (100,0)

Fonte: elaboração própria. Legenda: EP – Educação Permanente, PAAS – Promoção da alimentação adequada e saudável, SO – sobrepeso e obesidade.

Legenda de cores **vermelho** (0 a ≤25%), **amarelo** (>25 a ≤50%), **azul** (>50 até ≤75%) e **verde** (>75 a 100).

Anexo 1 – Capa de publicação do artigo 1

Scoping Review

Public policy interventions for preventing and treating obesity: scoping reviewLana M.S. Souza , Sônia C.L. Chaves , Jerusa M. Santana , and Marcos Pereira 

Context: Obesity is a multicausal social problem and a pandemic, and it presents a public health challenge in many countries. Hence, public health interventions have been used in an endeavour to prevent and/or control increased obesity among populations. **Objective:** This review study aimed to provide an overview of the academic literature and to analyze the strategies involved in the main public policies focused on preventing and controlling obesity in a number of countries. **Data Sources:** MEDLINE/PubMed, Web of Science, and LILACS databases were searched. **Data Extraction:** Original studies were included for which the core objective was related to real-life public policy interventions for obesity. **Data Analysis:** The studies were organized according to their characteristics, and the qualitative analysis was based on the categorization proposed by the author Poulain. The review included 41 studies and identified 15 types of interventions focused on obesity; the largest proportion of actions were developed in school and city environments and were geared toward behavioral change, supported by direct or indirect government action. It was observed that many strategies focused on environmental line through regulatory and legislative measures, and health promotion geared toward the individual was based on the dissemination of information as a means for behavioral change. A smaller focus was given to individual care and treatment, and participative actions in the community. **Conclusion:** The design of public health strategies applicable to obesity as proposed by Poulain provides a valid model for evaluating interventions. The behavioral approach involving guidance through health education toward a healthy lifestyle prevails in public policies, indicating a movement toward accountability of individuals. However, it is necessary to deepen the debate on the social structures that determine obesity (and which limit possibilities of choice), aligned with cultural change regarding its occurrence, and to employ care strategies based on scientific evidence and which focus on the needs of the subjects.

Affiliation: L.M.S. Souza is with the Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Canela, Salvador, Brazil. S.C.L. Chaves is with the Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil. J.M. Santana is with the Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Brazil. M. Pereira is with the Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil.

Correspondence: L.M.S. Souza, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Canela, Salvador 40110-040, Brazil. E-mail: lanamercia@gmail.com

Key words: health strategies, obesity, public policies.

© The Author(s) 2023. Published by Oxford University Press on behalf of the International Life Sciences Institute. All rights reserved. For permissions, please e-mail: journal.permissions@oup.com.

<https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad028>
Nutrition Reviews® Vol. 00(0): 1–12

Downloaded from <https://academic.oup.com/nutrit/advance-article-abstract/doi/10.1093/nutrit/nuad028/6811339> by guest on 04 May 2023

Referência: SOUZA, L. M. S.; CHAVES, S. C. L.; SANTANA, J. M.; PEREIRA, M. Public policy interventions for preventing and treating obesity: scoping review, *Nutrition Reviews*, , v. 00, n.0, p.:1–12, nuad028, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad028>.