

 Erika Cardoso dos Reis¹
 Ana Laura Brandão²
 Juliana Pereira Casemiro³

¹ Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Nutrição. Ouro Preto, MG, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência
Erika Cardoso dos Reis
erika.careis@gmail.com

Práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e processos de trabalho

Care practices directed to people with obesity in Primary Health Care in Rio de Janeiro: an analysis of the structure and work processes

Resumo

Introdução: A obesidade destaca-se mundialmente como problema de saúde pública, e o relevante o papel da Atenção Primária em Saúde (APS) no cuidado das pessoas com obesidade tem sido reconhecido. **Objetivo:** O presente artigo tem por objetivo analisar e comparar os processos de trabalho e a disponibilidade de estrutura na APS para as práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade no estado e município do Rio de Janeiro. **Métodos:** Realizou-se estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, a partir de dados do PMAQ-AB, ciclos 1 e 2. **Resultados:** A cidade e o estado do Rio de Janeiro apresentam estrutura compatível para a realização das práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade, tendo a cidade aproximadamente 100,0% de disponibilidade na maioria das variáveis. Com relação aos processos de trabalho, identificou-se que em 2013 realizavam avaliação nutricional apenas 20,4% e 25,1% e programavam agenda segundo classificação de risco para obesidade 34,7% e 65,4%, no estado e município, respectivamente. **Conclusões:** As estruturas disponíveis na cidade e estado do Rio contribuem para a realização das práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade, mas o processo de trabalho tem aspecto mais frágil, componente que foi mais bem avaliado na cidade do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Obesidade. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Integralidade em Saúde.

Abstract

Introduction: Obesity stands out worldwide as a public health problem and the relevant role of Primary Health Care (PHC) in the care of people with obesity has been recognized. **Objective:** This article intends to analyze and compare the work processes and the availability of structure in PHC for care practices directed to people with obesity in Rio de Janeiro state and municipality. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out, using data from the PMAQ-AB, cycles 1 and 2. **Results:** Rio de Janeiro city and state have a compatible structure for carrying out care practices directed to people with obesity; the city has approximately 100.0% availability in most variables. Regarding work processes, it was identified that in 2013, only 20.4% and 25.1% underwent nutritional assessment and scheduled agenda according to the risk classification for obesity, 34.7% and 65.4%, in the state and municipality, respectively. **Conclusions:** The structure available in Rio city and state

contributes to the execution of care practices directed to people with obesity, however the work process has a more fragile aspect, and this component was better evaluated in Rio de Janeiro city.

Keywords: Obesity. Primary Health Care. Health Evaluation. Integrality in Health.

.

.

INTRODUÇÃO

A obesidade tem ganhado destaque na agenda das políticas públicas internacionais, devido às proporções e prevalência crescente no mundo inteiro, sendo atualmente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia global. Transformou-se em objeto declarado da saúde pública no início da década de 1990, quando a OMS passou a reforçar os aspectos sociais e ambientais envolvidos na expansão da obesidade e a necessidade de hábitos e alimentação saudáveis.¹

Estima-se que em todo o mundo mais de dois bilhões de pessoas apresentem excesso de peso corporal.² No Brasil, a obesidade vem crescendo de forma vertiginosa em ambos os sexos e nas diferentes classes sociais de forma mais expressiva nas camadas com menor rendimento.³

Dados do Ministério da Saúde (MS) de 2019 apontam que no conjunto das 27 capitais brasileiras, a frequência de excesso de peso foi de 55,4%, e de obesidade chegou a 20,3%. Para a cidade do Rio de Janeiro, a frequência foi de 57,1% e 21,7%, respectivamente.⁴ Além dos impactos na saúde, há o peso econômico do tratamento da obesidade, assim como das doenças crônicas relacionadas a ela. Segundo Oliveira,⁵ o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta anualmente US\$ 269,6 milhões (R\$ 488 milhões) com o tratamento de doenças associadas à obesidade e US\$ 64,2 milhões (R\$ 116 milhões) com o tratamento das doenças relacionadas à obesidade grave.

Nos últimos dez anos, o MS vem se empenhando no enfrentamento da obesidade, implementando políticas para o combate a essa condição⁶⁻¹¹ e elaborando diretrizes para a organização do cuidado da obesidade em torno da criação das linhas de cuidado.^{12,13}

A Linha de Cuidado (LC) é uma forma de organização da atenção, dos serviços e ações de saúde que buscam incorporar as melhores evidências disponíveis sobre protocolos, diretrizes terapêuticas e a prática clínica multidisciplinar¹⁴ que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por sua vez, sua implementação depende dos gestores e profissionais de saúde envolvidos, sobretudo na pactuação de fluxos de referência e contrarreferência, a fim de facilitar o acesso do usuário com excesso de peso e obesidade às unidades e serviços no SUS.¹³

No Brasil, os documentos oficiais que orientam a implementação da LC preconizam a coordenação pela Atenção Primária à Saúde (APS), que apresentou expansão crescente nos últimos anos, em especial pelo crescimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e alcançou, em outubro de 2020, 76,19% da população coberta no Brasil, 60,21% no estado do Rio de Janeiro e 47,92% no município do Rio de Janeiro.¹⁵ Dada essa capilaridade e sua centralidade na coordenação do cuidado, representa um ponto estratégico da RAS no cuidado aos indivíduos com sobrepeso e obesidade.

O estado do Rio de Janeiro apresenta um histórico peculiar na área da saúde, sobretudo por ter sido capital da República, apresentando um grande quantitativo de instituições nacionais de saúde e por sua configuração política gerada pela fusão entre o estado da Guanabara ao antigo estado,¹⁶ o que conferiu um processo singular na municipalização dos serviços de saúde.

A análise dos modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na APS no estado do Rio de Janeiro, bem como em outras unidades da federação, aponta limites de ações pautadas no modelo biomédico, afirmando a necessidade e urgência de reorganizar os serviços de saúde e qualificar o cuidado a esses indivíduos.⁹ Neste caminho, a relevância da APS para as ações de cuidado relacionadas à obesidade tem sido destacada, ainda que aprimoramentos sejam indispensáveis para sua efetiva atuação.¹⁷

Constituiu-se assim, no município, uma rede que agrega uma herança de hospitais (estaduais e federais) e serviços de alta complexidade a um conjunto de serviços de APS e unidades mistas, criados de forma mais recente para responder às múltiplas e variadas necessidades e vulnerabilidades.

Na cidade do Rio de Janeiro, a trajetória da APS é marcada por profundas mudanças ocorridas a partir de 2009, com a reforma dos cuidados em APS.¹⁸ Com relação ao cuidado das pessoas com obesidade, destaca-se a implementação pioneira de três Centros de Referência em Obesidade (CROs) articulados à APS antes mesmo das portarias que estabelecem as diretrizes da LC do Sobrepeso e Obesidade no SUS.^{7,8} Essas unidades, que foram implantadas em 2011, e em 2020 tiveram suas atividades interrompidas, eram compostas por uma equipe multiprofissional (nutricionista, médico, enfermeiro, educador físico e psicólogo). A implantação dos CROs, ao mesmo tempo que indicou um avanço na construção da LC em obesidade, apresentou alguns entraves porque na prática cumpria o papel da oferta do tratamento clínico multiprofissional preconizado, mas sua efetividade ainda era limitada, devido à falta de articulação em rede com os demais níveis de assistência à saúde.¹⁹

Os cuidados relativos à alimentação e nutrição, aspecto fundamental para a LC em obesidade,²⁰ abrangem ações nos diferentes pontos da RAS e incluem: diagnóstico e Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS); Educação Alimentar e Nutricional (EAN); orientação alimentar e prescrição dietética; além de fornecimento de alimentos para fins especiais, alimentação em nível hospitalar e suporte nutricional.²¹ No que diz respeito ao cuidado das pessoas com obesidade, a APS, além das ações citadas, tem como atribuições o apoio ao autocuidado, o acolhimento adequado e assistência terapêutica multiprofissional aos usuários após cirurgia.^{12,21}

Nesse contexto, este artigo tem como objetivo analisar e comparar os processos de trabalho e a disponibilidade de estrutura na APS para as práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade no estado e município do Rio de Janeiro.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, a partir de dados secundários do componente da avaliação externa disponíveis do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram consideradas informações dos ciclos 1 e 2 do programa, realizados nos períodos de 2011/2012 e 2013/2014, respectivamente. Esses dados são de livre acesso e estão disponibilizados na página eletrônica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS).

O PMAQ-AB foi criado em 2011 pelo MS e teve como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica por meio da instituição de processos contínuos e progressivos que ampliem a capacidade das três esferas de governo em ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente.²² Incluiu o levantamento de informações através de visita da equipe de avaliação externa e certificação, por meio do uso de padrões específicos para avaliação.²³

O instrumento utilizado para a realização da avaliação externa é composto por módulos, e no presente artigo foram analisados os dados do Módulo I, que avalia a estrutura através de observação da Unidade Básica de Saúde (UBS), e Módulo II, que descreve os processos de trabalho através de entrevistas com os profissionais das equipes de APS e de verificação de documentos na UBS.

Este artigo organiza-se sob a perspectiva de Donabedian,²⁴ que propôs um esquema sistêmico de análise que considera a tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se às condições relativamente estáveis dos serviços de saúde, entre elas, os instrumentos, recursos materiais e humanos e o contexto físico e organizacional no qual são realizadas as ações de saúde. Dessa forma, as características da estrutura contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado e influenciam seus consequentes resultados.

Tendo como base o que preconiza a legislação,^{7,8} foram selecionadas dentre as variáveis disponíveis no PMAQ-AB aquelas afeitas às práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade. No que se refere à estrutura, foram analisadas as variáveis relacionadas à presença do nutricionista, equipamentos e insumos

disponíveis para a realização das práticas de cuidado que podem estar envolvidas nas ações direcionadas às pessoas com obesidade: quantidade de nutricionista existentes na unidade que compõem a equipe ampliada; quantidade em condições de uso de aparelho de pressão adulto; balança antropométrica de 150,0 Kg; balança antropométrica de 200,0 Kg; balança infantil; régua antropométrica; glicosímetro; fita métrica e disponibilidade de tiras reagentes de medida de glicemia capilar. A opção por avaliar a presença do nutricionista se deu porque, tradicionalmente, é o profissional a que se atribui a responsabilidade de atuação junto a esses sujeitos.

Em relação aos processos de trabalho, foram examinadas as variáveis que descrevem as atividades concernentes às práticas de cuidado ou que favoreçam a realização destas, com potencial para melhorar da saúde das pessoas com obesidade, tais como: oferta de ações para pessoas com obesidade; oferta de ações educativas e de promoção da saúde com o objetivo de apoiar o autocuidado para doenças crônicas; incentivo e desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas; realização de avaliação antropométrica, avaliação nutricional; realização - no contexto do Programa Saúde na Escola - de ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável.

Também foram analisadas as variáveis sobre o cuidado específico das pessoas com obesidade, disponibilizadas apenas no ciclo 2, a saber: organização da agenda para oferta de ações direcionadas às pessoas com obesidade; registro das pessoas com obesidade do território; programação e oferta de consultas para as pessoas com obesidade; programação da agenda da equipe de acordo com o risco classificado para as pessoas com obesidade; registro dos usuários com obesidade de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção; registro da mensuração do peso e altura dos usuários em diferentes fases da vida: registro dos dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros; organização das consultas de acompanhamento dos usuários com IMC maior 30 Kg/m², convite para participação em atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física, e articulação com a equipe de apoio matricial (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e outros) para apoiar o acompanhamento desse usuário na UBS.

As etapas deste estudo consistiram em uma busca inicial nos instrumentos do PMAQ- AB para a seleção das variáveis dos ciclos 1 e 2 relacionadas às práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade; depois foi elaborada análise descritiva, por meio de frequência simples, identificando a disponibilidade e a qualidade dos dados. Assim, foi realizada a primeira tabulação, com aplicação de critérios de exclusão: (1) variáveis com erro no banco e (2) variáveis com respostas de 30% ou mais de “Não sabe/não respondeu”, entendendo que esta última é proveniente de uma formulação ou compreensão inadequada da pergunta.

A análise dos dados foi realizada no Microsoft Excel® versão 2016 e no *software* SPSS 22.0, e permitiu realizar a comparação entre os dois ciclos (2011/2012 e 2013/2014), identificando avanços e retrocessos no período analisado em relação à estrutura e aos processos de trabalho com foco nas práticas de cuidado na APS.

RESULTADOS

No 1º ciclo do PMAQ- AB, na cidade do Rio de Janeiro, foram avaliadas 179 equipes de saúde no módulo I e 324 equipes no módulo II; e no estado, 1.830 e 1.047, respectivamente. No 2º ciclo, houve um aumento na quantidade de equipes e foram avaliadas 613 na cidade do Rio e 1.881 no estado (tabela 1).

No ciclo 1, houve adesão limitada ao PMAQ-AB por parte dos municípios, podendo participar até 50,0% das equipes de saúde da família. No ciclo 2, não houve limite para o número de equipes; logo, foi possível recontratar todas as equipes do ciclo 1 e incluir de novas equipes, com a adesão voluntária da gestão municipal, por isso se justifica o aumento da adesão de um ciclo para o outro.

Tabela 1. Participação das equipes nos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB no estado e município do Rio de Janeiro, 2011 e 2013.

| Local | Ciclo 1 (2011) | | Ciclo 2 (2013) | |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Módulo I (n) | Módulo II (n) | Módulo I (n) | Módulo II (n) |
| Estado do Rio de Janeiro | 1830 | 1047 | 1189 | 1881 |
| Rio de Janeiro | 179 | 324 | 172 | 613 |

A avaliação da estrutura disponível nas UBS que pode contribuir para a práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade está apresentada na tabela 2, que reúne informações sobre equipamentos e insumos relacionados ao manejo cotidiano da obesidade e das comorbidades mais comumente a ela associadas, bem como a presença de nutricionista.

A presença de nutricionista na equipe ampliada no estado e capital do Rio de Janeiro, respectivamente, foi relatada em 15,2% e 35,8% das equipes em 2011, e em 2013 por 72,7% e 44,8% das equipes, o que demonstra um crescimento importante na cidade e no estado.

De maneira geral, todos os equipamentos e insumos estavam disponíveis em quantidades maiores no ano de 2013. O aparelho de pressão foi o instrumento mais disponível, quando comparado aos demais analisados neste estudo.

A balança antropométrica, equipamento mais utilizado no monitoramento do estado nutricional da população, estava mais presente na versão que limita a mensuração do peso até 150,0 Kg em 2011, tanto no estado quanto no município; e em 2013, a balança de 200,0 Kg estava em maiores proporções, elemento importante para o cuidado de usuários com obesidade.

O glicosímetro, fita métrica e tiras de reagente de medida de glicemia capilar apresentam maior quantidade na cidade do Rio de Janeiro quando comparado ao estado, tanto em 2011 quanto em 2013.

Tabela 2. Presença de nutricionista, equipamentos e insumos relacionados às práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade no estado e município do Rio de Janeiro, segundo variáveis selecionadas dos ciclos 1 e 2 do PMAQ- AB, 2011 e 2013.

| Variáveis | Ciclo 1 (2011) | | Ciclo 2 (2013) | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| | Estado do Rio de Janeiro n (%) | Rio de Janeiro n (%) | Estado do Rio de Janeiro n (%) | Rio de Janeiro n (%) |
| <i>Quantidade de nutricionistas existentes na unidade que compõem a equipe ampliada</i> | n:1.793 | n: 148 | n: 1.189 | n: 116 |
| Nenhum | 1520 (84,8) | 95 (64,2) | 324 (27,2) | 64 (55,2) |
| 1 profissional | 237 (13,2) | 35 (23,6) | 264 (22,2) | 48 (41,4) |
| 2 ou mais | 36 (2,0) | 18 (12,2) | 601 (50,5) | 4 (3,4) |

Tabela 2. Presença de nutricionista, equipamentos e insumos relacionados às práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade no estado e município do Rio de Janeiro, segundo variáveis selecionadas dos ciclos 1 e 2 do PMAQ- AB, 2011 e 2013. (Cont.)

| Variáveis | Ciclo 1 (2011) | | Ciclo 2 (2013) | |
|--|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| | Estado do Rio de Janeiro | Rio de Janeiro | Estado do Rio de Janeiro | Rio de Janeiro |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| <i>Aparelho de pressão adulto (quant. em condições de uso)</i> | n: 1.830 | n: 179 | n: 1189 | n: 172 |
| Nenhum | 64 (3,5) | 2 (1,1) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 1 | 502 (27,4) | 1 (0,6) | 230 (19,3) | 0 (0,0) |
| 2 ou mais | 1264 (69,1) | 176 (98,3) | 959 (80,7) | 172 (100,0) |
| <i>Balança antropométrica de 150 kg (quant. em condições de uso)</i> | n: 1.827 | n: 177 | n: 1.189 | n: 122 |
| Nenhuma | 295 (16,1) | 49 (27,7) | 14 (1,2) | 3 (2,5) |
| 1 | 1123 (61,5) | 11 (6,2) | 640 (53,8) | 15 (12,3) |
| 2 ou mais | 409 (22,4) | 117 (66,1) | 535 (45,0) | 104 (85,2) |
| <i>Balança antropométrica de 200kg (quant. em condições de uso)</i> | n: 1.828 | n: 178 | n: 346 | n: 122 |
| Nenhuma | 1520 (83,1) | 102 (57,3) | 2 (0,6) | 2 (1,7) |
| 1 | 210 (11,5) | 15 (8,4) | 200 (57,8) | 15 (12,7) |
| 2 ou mais | 98 (5,4) | 61 (34,3) | 144 (41,6) | 101 (85,6) |
| <i>Balança infantil (quant. em condições de uso)</i> | n: 1.828 | n: 177 | n: 1.125 | n: 172 |
| Nenhuma | 202 (11,0) | 4 (2,3) | 11 (1,0) | 0 (0,0) |
| 1 | 1286 (70,4) | 23 (13,0) | 808 (71,8) | 11 (6,4) |
| 2 ou mais | 340 (18,6) | 150 (84,7) | 306 (27,2) | 161 (93,6) |
| <i>Régua antropométrica (quant. em condições de uso)</i> | n: 1.825 | n: 175 | n: 1.097 | n: 172 |
| Nenhuma | 293 (16,1) | 19 (10,9) | 9 (0,8) | 0 (0,0) |
| 1 | 1084 (59,4) | 22 (12,5) | 674 (61,5) | 9 (5,2) |
| 2 ou mais | 448 (24,5) | 134 (76,6) | 414 (37,7) | 163 (94,8) |
| <i>Glicosímetro (quant. em condições de uso)</i> | n: 1.822 | n: 171 | n: 1051 | n: 171 |
| Nenhum | 296 (16,2) | 4 (2,4) | 1 (0,1) | 0 (0,0) |
| 1 | 1063 (58,3) | 32 (18,7) | 529 (50,3) | 11 (6,4) |
| 2 ou mais | 463 (25,4) | 135 (78,9) | 521 (49,6) | 160 (93,6) |
| <i>Fita métrica (quant. em condições de uso)</i> | n: 1.829 | n: 178 | n: 1.189 | n: 172 |
| Sempre disponíveis | 1651 (90,3) | 155 (87,1) | 1119 (94,1) | 167 (97,1) |
| Às vezes disponíveis | 41 (2,2) | 12 (6,7) | 22 (1,9) | 5 (2,9) |
| Nunca disponíveis | 137 (7,5) | 11 (6,2) | 48 (4,0) | 0 (0,0) |
| <i>Tiras reagentes de medida de glicemia capilar</i> | n: 1.829 | n: 178 | n: 1.189 | n: 172 |
| Sempre disponíveis | 1289 (70,4) | 168 (94,4) | 908 (76,3) | 167 (97,1) |
| Às vezes disponíveis | 292 (16,0) | 7 (3,9) | 127 (10,7) | 5 (2,9) |
| Nunca disponíveis | 248 (13,6) | 3 (1,7) | 154 (13,0) | 0 (0,0) |

*n = unidades de saúde

A tabela 3, a seguir, descreve os processos de trabalho realizados pelos profissionais da APS. Como pode ser observado, os dados de 2011 mostram que aproximadamente 50,0% das equipes na cidade e estado do Rio de Janeiro não ofertavam ações para pessoas com obesidade, e embora essa proporção tenha sido reduzida em 2013, ainda permanecia elevada (42,3% no estado e 32,0% no município).

A proporção de realização de ações educativas e promoção da saúde para alimentação saudável foi maior na cidade do Rio de Janeiro do que no estado nos dois anos analisados, mas esta apresentou redução no 2º ciclo, quando comparado ao 1º. A oferta deste mesmo tipo de ação para as doenças crônicas de forma geral (sem foco específico na obesidade) apresentou evolução positiva de um ano para o outro.

A atividade física foi mais incentivada e desenvolvida na UBS e/ou no território pelas equipes, quando comparada às demais práticas corporais, tanto na cidade como no estado do Rio de Janeiro.

A avaliação antropométrica aumentou no estado, mas reduziu-se entre as equipes da cidade do Rio de Janeiro. Já a avaliação nutricional apresentou resultado ainda pior, com redução nos dois períodos analisados e com mais de 70,0% das equipes em 2013 (no estado e cidade do Rio de Janeiro) relatando não realizar este tipo de avaliação.

Com relação a articulação intersetorial e ações no espaço escolar, uma elevada proporção de equipes afirmou realizar ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, aumentando no ano de 2013. As práticas corporais e atividade física no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE) foram bastante presentes, com melhora nos períodos analisados e com mais de 64,0% das equipes ofertando estas atividades em 2013 na cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 3. Frequência das equipes que desenvolveram práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade no estado e município do Rio de Janeiro, segundo variáveis selecionadas dos ciclos 1 e 2 do PMAQ- AB, 2011 e 2013

| Variáveis | Ciclo 1 (2011) | | Ciclo 2 (2013) | |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------|
| | Estado do Rio de Janeiro | do Rio de Janeiro | Estado do Rio de Janeiro | Rio de Janeiro |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Oferta ações para grupos específicos: | | | | |
| <i>Pessoas com obesidade</i> | n: 989 | n: 318 | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 484 (48,9) | 165 (51,9) | 1085 (57,7) | 417 (68,0) |
| Não | 505 (51,1) | 153 (48,1) | 796 (42,3) | 196 (32,0) |
| Oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas: | | | | |
| <i>Para alimentação saudável</i> | n: 1047 | n: 324 | n: 1783 | n: 605 |
| Sim | 786 (75,1) | 281 (86,7) | 1173 (65,8) | 460 (76,0) |
| Não | 261 (24,9) | 43 (13,3) | 610 (34,2) | 145 (24,0) |
| <i>Para grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas</i> | n: 1.047 | n: 324 | n: 1.783 | n: 605 |
| Sim | 627 (59,9) | 244 (75,3) | 1285 (72,1) | 501 (82,8) |
| Não | 420 (40,1) | 80 (24,7) | 498 (27,9) | 104 (17,2) |
| Incentivo e desenvolvimento na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: | | | | |
| <i>Práticas corporais</i> | n: 1.018 | n: 322 | n: 1.783 | n: 605 |
| Sim | 424 (41,7) | 165 (51,2) | 761 (42,7) | 334 (55,2) |
| Não | 594 (58,3) | 157 (48,5) | 1022 (57,3) | 271 (44,8) |
| <i>Atividades físicas</i> | n: 1018 | n: 322 | n: 1783 | n: 605 |
| Sim | 703 (69,1) | 283 (87,9) | 1176 (66,0) | 545 (90,1) |
| Não | 315 (30,9) | 39 (12,1) | 607 (34,0) | 60 (9,9) |

Tabela 3. Frequência das equipes que desenvolveram práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade no estado e município do Rio de Janeiro, segundo variáveis selecionadas dos ciclos 1 e 2 do PMAQ- AB, 2011 e 2013. (Cont.)

| Variáveis | Ciclo 1 (2011) | | Ciclo 2 (2013) | |
|--|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| | Estado do Rio de Janeiro n (%) | do Rio de Janeiro n (%) | Estado do Rio de Janeiro n (%) | Rio de Janeiro n (%) |
| Atividades de avaliação clínica que a equipe realiza: | | | | |
| <i>Avaliação antropométrica</i> | n: 822 | n: 269 | n: 1.411 | n: 502 |
| Sim | 328 (39,9) | 151 (56,1) | 748 (53,0) | 266 (53,0) |
| Não | 494 (60,1) | 118 (43,9) | 663 (47,0) | 236 (47,0) |
| <i>Avaliação nutricional</i> | n: 822 | n: 269 | n: 1.411 | n: 502 |
| Sim | 259 (31,5) | 103 (38,3) | 288 (20,4) | 126 (25,1) |
| Não | 563 (68,5) | 166 (51,2) | 1123 (79,6) | 376 (74,9) |
| Programa Saúde na Escola | | | | |
| <i>Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis)</i> | n: 822 | n: 269 | n: 1.411 | n: 502 |
| Sim | 599 (72,2) | 215 (79,9) | 1080 (76,5) | 442 (88,0) |
| Não | 223 (27,1) | 54 (20,1) | 331 (23,5) | 60 (12,0) |
| <i>Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas</i> | n: 822 | n: 269 | n: 1.411 | n: 502 |
| Sim | 368 (44,8) | 144 (53,5) | 668 (47,3) | 323 (64,3) |
| Não | 454 (55,2) | 125 (46,5) | 743 (52,7) | 179 (35,7) |

*n = equipes de saúde da família

Os dados do 2º ciclo do PMAQ-AB de 2013 permitiram analisar a realização de atividades específicas voltadas para a obesidade (tabela 4). Em todas as questões analisadas, a cidade do Rio de Janeiro apresentou proporções melhores que a do estado do Rio de Janeiro, mas ainda assim foi possível perceber uma grande quantidade de equipes que não realiza ações voltadas para esses usuários, que têm questões específicas a serem tratadas e devem ser olhadas com mais cuidado pelas equipes.

Na cidade do Rio de Janeiro, 63,1% das equipes mantêm o registro das pessoas com obesidade do seu território, e no estado, 37,3% registram. A oferta de consultas para esse público e a programação da agenda para usuários com obesidade separados de outros grupos foram executadas por 68,0% e 65,4%, respectivamente, representando maiores proporções na capital.

Sobre a conduta realizada com os usuários identificados com obesidade, na cidade do Rio de Janeiro a maior proporção das equipes convida o usuário para participar de atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física (83,8%) e encaminha para um serviço especializado (82,1%). No estado do Rio de Janeiro, o encaminhamento para um serviço especializado foi o mais relatado dentre todas as ações realizadas, assim como a organização de consultas de acompanhamento desse usuário na própria UBS (62,3%).

Tabela 4. Frequência das equipes que desenvolveram práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade no estado e município do Rio de Janeiro, segundo variáveis selecionadas do ciclo 2 do PMAQ- AB, 2013

| Variáveis | Ciclo 2 (2013) | |
|--|--------------------------|----------------|
| | Estado do Rio de Janeiro | Rio de Janeiro |
| | n (%) | n (%) |
| <i>Organização da agenda: Para quais grupos a equipe oferta ações? Pessoas com obesidade</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 1.085 (57,7) | 443 (72,3) |
| Não | 796 (42,3) | 170 (27,7) |
| <i>A equipe possui o registro do seu território das pessoas com obesidade</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 701 (37,3) | 387 (63,1) |
| Não | 1.180 (62,7) | 226 (36,9) |
| <i>A equipe programa oferta de consultas para quais situações específicas: Obesidade</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 838 (44,6) | 417 (68,0) |
| Não | 1.043 (55,4) | 196 (32,0) |
| <i>A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado, para quais situações: Obesidade</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 653 (34,7) | 401 (65,4) |
| Não | 1.228 (65,3) | 212 (34,6) |
| <i>A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção: Obesidade</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 755 (40,1) | 389 (63,5) |
| Não | 1.126 (59,9) | 224 (36,5) |
| A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários: | | |
| <i>Das crianças menores de 2 anos de idade</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 1.826 (97,1) | 612 (99,8) |
| Não | 55 (2,9) | 1 (0,2) |
| <i>Das crianças menores de 10 anos</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 1.596 (84,8) | 527 (86,0) |
| Não | 285 (15,2) | 86 (14,0) |
| <i>Das gestantes</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 1.792 (95,3) | 610 (99,5) |
| Não | 89 (4,7) | 3 (0,5) |
| <i>Das adultos com hipertensão e diabetes</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 1.718 (91,3) | 597 (97,4) |
| Não | 163 (8,7) | 16 (2,6) |
| <i>Das usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 1.281 (68,1) | 438 (71,5) |
| Não | 600 (31,9) | 175 (28,5) |
| <i>A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 1.842 (97,9) | 611 (99,7) |
| Não | 39 (2,1) | 2 (0,3) |

Tabela 4. Frequência das equipes que desenvolveram práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade no estado e município do Rio de Janeiro, segundo variáveis selecionadas do ciclo 2 do PMAQ- AB, 2013. (Cont.)

| Variáveis | Ciclo 2 (2013) | |
|---|--------------------------|----------------|
| | Estado do Rio de Janeiro | Rio de Janeiro |
| | n (%) | n (%) |
| Após a identificação de usuário adulto com obesidade (IMC maior 30 kg/m²), quais condutas a equipe realiza? | | |
| <i>Organiza consultas de acompanhamento deste usuário na UBS</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 1.171 (62,3) | 494 (80,6) |
| Não | 710 (37,7) | 119 (19,4) |
| <i>Convida usuário para participação em atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física</i> | n: 1.881 | n: 613 |
| Sim | 112 (59,1) | 514 (83,8) |
| Não | 769 (40,9) | 99 (16,2) |
| <i>Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS</i> | n: 18.81 | n: 613 |
| Sim | 1.063 (56,5) | 418 (68,2) |
| Não | 818 (43,5) | 195 (31,8) |
| <i>Encaminha para serviço especializado</i> | n: 1881 | n: 613 |
| Sim | 1.555 (82,7) | 503 (82,1) |
| Não | 326 (17,3) | 110 (17,9) |

*n = equipes de saúde da família

DISCUSSÃO

Ampliar a disponibilidade de estrutura e adequar processos de trabalho na APS exercem influência no cuidado ofertado aos usuários com obesidade no SUS. No que se refere ao estado e capital do Rio de Janeiro, os dados do PMAQ-AB apontam que insumos e equipamentos relacionados ao manejo cotidiano da obesidade tiveram sua disponibilidade aumentada quando foram comparados os ciclos 1 e 2. Destaca-se que, na capital, a disponibilidade chegou a 100,0% em quase todos os itens no ciclo 2. Com relação à estrutura, identificou-se aumento da quantidade de nutricionistas no período, tanto para o estado como para a capital, ficando longe, contudo, de alcançar os 100,0%. Com relação aos processos de trabalho, observa-se um cenário desafiador para a efetivação da LC em obesidade e a garantia da integralidade do cuidado, ainda que na observação entre os dois ciclos tenha ocorrido melhora em alguns componentes.

Os investimentos na consolidação e expansão da APS no Brasil até o ano de 2015 impactaram de forma positiva a estruturação^{25,26} das práticas de cuidado. O MS, nos últimos 15 anos, tem se dedicado a normatizar a questão da estrutura física, equipamentos e insumos necessários para o desenvolvimento das ações no âmbito da APS no território nacional, com a publicação de diversos documentos, como o Manual de Estrutura Física das UBS, em 2008;²⁷ o Plano Nacional de Implantação de UBS para ESF, em 2009;²⁸ e o Programa de Requalificação das UBS, em 2011.²⁹

Destaca-se ainda que programas de âmbito nacional podem ter contribuído para a garantia de estrutura das UBS, tais como: Programa Bolsa Família (PBF), por conta do acompanhamento de suas condicionalidades;³⁰ e o

Hiperdia, destinado ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* atendidos.^{31,32}

Em relação ao município do Rio de Janeiro, em 2009 iniciou-se a chamada reforma da APS, que não só apresentou grande ampliação de cobertura populacional atendida, como aumentou sua resolutividade, através da implantação de uma série de ferramentas, que contribuiriam para melhor organização e gestão dos processos de trabalho no âmbito da APS, a saber: carteira básica de serviços; carteira dos usuários; construção dos Observatórios de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS-RIO); instituição de comissão de regulação local; incorporação da cultura avaliativa e planejamento no âmbito da APS; melhorias na gestão da informação.³³

Ainda que a oferta de estrutura seja alta tanto para estado quanto para o município, a balança de 200,0 Kg, que é um importante instrumento para avaliação nutricional, incluindo as pessoas com superobesidade, é o item menos disponível nas UBS. Esse cenário prejudica a implementação de uma LC em obesidade efetiva e integral, uma vez que mobiliário e equipamentos adequados estão previstos em documentos oficiais que discutem o cuidado das pessoas com obesidade.^{7,8,12,13} O uso de balanças que não suportam o peso das pessoas com obesidade pode impactar no acolhimento e gerar constrangimento para esses usuários, trazendo dificuldades para além daquelas já vividas cotidianamente,³⁴ além de dificultar o adequado diagnóstico nutricional.

A variável que apresentou a menor disponibilidade foi a presença do nutricionista, e considerando que este profissional é importante nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e assistência nutricional,³⁵⁻³⁷ essas ações podem ser comprometidas na cidade do Rio de Janeiro. Contudo, destaca-se que a complexidade exigida pelo cuidado às pessoas com obesidade demanda atuação multiprofissional e interdisciplinar capaz de mobilizar modificações substanciais nos processos de trabalho.

A fragilidade no que se refere aos processos de trabalho relacionados ao cuidado direcionadas às pessoas com obesidade é percebida nos resultados relacionados à VAN e na realização e registro de intervenções específicas para pessoas com obesidade. A VAN inclui o registro de dados antropométricos, assim como a realização do diagnóstico nutricional, o processo de registro das informações e encaminhamentos realizados.³⁸ Entretanto, na prática observa-se, na comparação dos ciclos, redução das avaliações antropométrica e nutricional por parte das equipes, assim como no estudo de Nascimento et al.,³⁹ que identificou que os dados de VAN têm ficado restritos aos produzidos pelo acompanhamento das condicionalidades do PBF. Outros estudos ratificam que a mensuração do peso e altura tem sido maior nas crianças, gestantes e usuários com hipertensão e diabetes, público que está relacionado a outros importantes programas do MS, o que pode indicar que usuários que não estão nesses grupos citados possuem menos acesso ao monitoramento do estado nutricional.^{39,40}

Para que seja efetiva, a VAN precisa se tornar parte integrante do processo de trabalho das equipes,³⁸ pois sua debilidade ou inconsistência pode comprometer a longitudinalidade e coordenação do cuidado das pessoas com obesidade. Pesquisa realizada por Medrado et al.⁴¹ a partir de dados do PMAQ- AB, no estado do Rio de Janeiro, destacou a necessidade de reforçar o papel da vigilância em saúde como elemento de qualificação da gestão e organização dos processos de trabalho.

Além disso, foi baixo o registro das informações de atividades direcionadas para o cuidado das pessoas com obesidade, ou seja, das intervenções e encaminhamentos gerados a partir da identificação e diagnóstico da obesidade. Tanto a organização de consulta quanto o acionamento da equipe matricial foram maiores no município do que no estado, demarcando diferente capacidade no que se refere à rotina de cuidado e de construção de agenda para as pessoas com obesidade.

No que tange ao registro de informações, cabe salientar que na cidade do Rio de Janeiro o uso dos prontuários eletrônicos pelas unidades de saúde da APS avançou muito nos últimos anos,¹⁸ e talvez tenha sido responsável pelo resultado mais elevado na cidade, quando comparado ao estado.

A oferta de ações direcionadas às pessoas com obesidade também apresentou algumas debilidades, relacionadas principalmente à baixa quantidade de equipes que informaram a realização. Essa fragilidade pode estar relacionada às formas de organização da agenda e estratificação de risco dos usuários.^{42,43}

Identificou-se que 40% e 60% das equipes na cidade e estado, respectivamente, não registram o encaminhamento desses usuários para outros níveis de atenção à saúde, ainda que tal ação seja preconizada pelo manual instrutivo do MS para a "Organização regional da LC do sobrepeso e da obesidade na RAS das pessoas com doenças crônicas",¹³ comprometendo assim a coordenação e a garantia da integralidade do cuidado.

A realização de práticas de cuidado nutricional em articulação com a equipe de apoio matricial para o acompanhamento do usuário com obesidade na UBS foi a ação menos realizada pelas equipes, contrariando o que é orientado pelo manual instrutivo, que descreve que o manejo e tratamento dos usuários que apresentam obesidade nos graus I e II (IMC $\geq 30,0$ kg/m² e $\leq 40,0$ kg/m²) envolvem as ações descritas para o grupo com excesso de peso pela APS, incluindo a prescrição dietética; terapia comportamental - quando necessário, após avaliação junto à equipe de apoio matricial e farmacoterapia.^{12,13}

No município do Rio de Janeiro, o baixo acompanhamento do usuário com obesidade na APS pode ter sido comprometido pela incompreensão do papel de um serviço como o CRO, que muitas vezes ficou caracterizado como a unidade responsável pelo cuidado das pessoas com obesidade, impedindo que a APS reconhecesse seu protagonismo e suas responsabilidades no cuidado da obesidade.¹⁹

A oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionada às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foi realizada pela maioria das equipes e confirma os resultados encontrados no estudo feito por Medina et al.,⁴⁴ que analisou variáveis do PMAQ-AB no Brasil e na Região Sudeste, onde mais de 71,7% e 65,1%, respectivamente, das equipes referiram executar tais ações, e também no estudo de Medrado et al.,⁴¹ segundo o qual 82,5% afirmaram realizar atividade comunitária ou de grupo. Salienta-se a importância dessas ações, uma vez que elas contribuem para a integralidade do cuidado das pessoas com obesidade.

Quanto à realização de práticas corporais e atividades físicas, os resultados podem estar relacionados à implementação do Programa Academia da Saúde, que é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros implementado pelo MS em 2011.^{45,46} Mais uma vez, os dados da cidade do Rio de Janeiro apresentam proporções superiores aos do estado, o que pode ser associado ao Programa Academia Carioca, que desde 2009 é um espaço mobilizador de promoção da saúde, por meio de ação comunitária e multissetorial centrada na inserção da prática de atividade física regular nas UBS.⁴⁷

As atividades relacionadas ao PSE obtiveram elevados percentuais de realização. No entanto, deve-se destacar que os dados contidos no PMAQ-AB não permitem analisar as estratégias utilizadas no planejamento e execução das ações, o que possibilitaria uma avaliação mais adequada. Diversos estudos mostram que essas ações não se traduzem em um trabalho intersectorial, mas compreendem a realização de atividades específicas e pontuais pela equipe de saúde no ambiente escolar, onde não há compartilhamento de decisões e ações integradas.^{48,49}

Este estudo apresenta algumas limitações. Para além daquelas já conhecidas, com a utilização de dados secundários, destacam-se a não disponibilidade, no banco de dados, das mesmas variáveis para os dois ciclos analisados e o viés de seleção relacionado com a adesão voluntária das equipes ao PMAQ-AB. Destaca-se ainda, como uma limitação, o fato de os dados abordarem a VAN apenas no que tange aos processos de trabalho

relacionados ao estado nutricional, não havendo possibilidade de inferência sobre a dimensão das práticas alimentares.

Já em relação às atividades coletivas de educação e promoção da saúde, estas incorporam apenas os aspectos de realização das atividades, não permitindo compreender aspectos relevantes à sua avaliação, tais como temas, estratégias, locais de atuação e tipos de parcerias comunitárias e/ou intersetoriais estabelecidas.

De maneira geral, a análise dos processos de trabalho demonstra a importância das ações de educação permanente dos profissionais inseridos no âmbito da APS,^{20,50} além da discussão da formação dos futuros profissionais como uma importante estratégia a ser fomentada e fortalecida para melhoria dos processos de trabalho relacionados ao cuidado da pessoa com obesidade.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que a cidade Rio de Janeiro apresenta resultados melhores em relação ao conjunto de municípios do estado na comparação entre os ciclos 1 e 2, tanto no que se refere à estrutura quanto ao processo de trabalho. Destaca-se que, como uma metrópole, o Rio de Janeiro apresenta limitações relacionadas tanto à complexidade da rede de atenção à saúde, quanto a vulnerabilidades sociais dos territórios, embora tenha a vantagem de ter vivenciado um período de expansão e ampliação de investimentos na APS entre 2009 e 2016.

Acredita-se que a discussão acerca da estrutura e dos processos de trabalho relacionados às práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade desenvolvidas na APS possam contribuir para seu fortalecimento, como também para repensar a organização da rede de atenção à saúde, com a proposição de melhorias e avanços, sobretudo no que tange à organização da linha de cuidado.

É necessário reorganizar os processos de trabalho relacionados ao cuidado na APS, deslocando o eixo centrado no profissional de saúde para outro que valorize o trabalho em equipe e qualifique ainda mais a relação entre trabalhador e usuário. Nesse sentido, o acolhimento é uma possibilidade de mudança na produção do cuidado, partindo também da premissa de que é preciso atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso na APS e nos demais níveis de atenção, visando à integralidade.

Os resultados do presente estudo podem orientar e subsidiar novas pesquisas e estudos avaliativos, a fim de direcionar o planejamento dos gestores para a organização dos serviços e ações de alimentação e nutrição, em especial o cuidado das pessoas com obesidade.

Por fim, cabe reforçar o papel central que os processos de avaliação – com especial destaque às contribuições do PMAQ-AB – podem desempenhar junto às equipes de APS, uma vez que seja reforçado seu potencial formativo, reflexivo e de qualificação do processo decisório, promovendo possibilidades efetivas de planejamento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series [Internet]. 00PY - 2000 de 2000;(894):253–253. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/rep-183023>
2. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. A sindemia global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas - Relatório da Comissão The Lancet. Verão traduzida ao português. The Lancet [Internet]. 23 de fevereiro de 2019 [citado 28 de maio de 2020];393(10173):791–846. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32822-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32822-8/abstract)

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil; 2010.130p.
4. Brasil. Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde. 2020 [citado 14 de maio de 2020]; Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>
5. Oliveira ML, Santos LMP, da Silva EN. Direct healthcare cost of obesity in brazil: an application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. PLoS One. 2015;10(4):e0121160.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 252/GM/ MS, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 20/02/2013; 20 fev 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; 19 mar 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade; 19 mar 2013.
9. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, Souza SR de, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado 28 de maio de 2020];36(3):e00093419. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305007&tlng=pt
10. Casemiro JP, Brandão AL, Silva CVC da. O cuidado como política pública no enfrentamento da obesidade: Avanços e desafios. In: Obesidade: saúde e sociedade. 1o ed Curitiba: CRV; 2019. p. 134. (Saúde e Sociedade; vol. 1).
11. Dias PC, Henriques P, Anjos LA dos, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cadernos de Saúde Pública; 2017. p.33.
12. Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica [Internet]. 2014;(38):211-211. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=7859>
13. 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Ministério da Saúde; 2014;
14. Thomas Rotter, Leigh Kinsman, Andreas Machotta, Fei-Li Zhao, Trudy van der Weijden, Ulrich Ronellenfisch, et al. Clinical pathways for primary care: effects on professional practice, patient outcomes, and costs. The Cochrane Collaboration. agosto de 2013;1-14.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. e-Gestor Atenção Básica [Internet].

- 2020 [citado 4 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
16. Kuschnir R, Chorny A, Lira AML e, Sonoda G, Fonseca TMP. Regionalização no estado do Rio de Janeiro o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 215-40.
 17. Moura ALS de P, Recine E. Nutritionists and the comprehensive care of overweight individuals in primary care. Rev Nutr [Internet]. 2019 [citado 28 de maio de 2020];32:e190008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732019000100530&tIng=en
 18. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. maio de 2016 [citado 2 de junho de 2020];21(5):1327-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=pt&tIng=pt
 19. Reis EC dos. Avaliação do componente ambulatorial especializado da linha de cuidado para obesidade grave na cidade do Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
 20. Brandão AL, Reis EC dos, Silva CVC da, Seixas CM, Casemiro JP. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. Saúde debate [Internet]. setembro de 2020 [citado 5 de dezembro de 2020];44(126):678-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300678&tIng=pt
 21. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2013;1. reimpr.(1a):84.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de melhoria do acesso e da qualidade: documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF;2012. p.55.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Diário Oficial da União;19 jul 2011.
 24. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA [Internet]. 23 de setembro de 1988 [citado 28 de maio de 2020];260(12):1743. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1988.03410120089033>
 25. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, Seidl H, Bousquat A, Almeida PF de, et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Saúde debate. setembro de 2018;42(spe1):12-4.
 26. Almeida PF de, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Revista Panamericana de Salud Pública. fevereiro de 2011;29(2):84-95.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, 2. ed., Brasília;2008.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Brasília, DF. Diário Oficial da União. [Internet]. 2009. Disponível em:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2226_18_09_2009_rep.html
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. Brasília; 2011.
 30. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Caderno do IGD-M. Manual do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único (Municípios e Distrito Federal). Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Departamento de Operação. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. [Internet]. 2018 [citado 29 de maio de 2020]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Guias_Manuais/ManualIGD.pdf
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2013.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília; 2013.
 33. Campos CEA, Cohn A, Brandão AL. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. Ciênc saúde coletiva [Internet]. maio de 2016 [citado 28 de maio de 2020];21(5):1351-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501351&lng=pt&tlng=pt
 34. Scherer PT. O peso que não é medido pela balança: as repercussões da obesidade no cotidiano dos sujeitos. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Serviço Social, PUCRS. [Porto Alegre]; 2012.
 35. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER da, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. Ciênc saúde coletiva [Internet]. dezembro de 2012 [citado 13 de agosto de 2020];17(12):3289-300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200014&lng=pt&tlng=pt
 36. Mais LA, Domene SMÁ, Barbosa MB, Taddei JA de AC. Formação de hábitos alimentares e promoção da saúde e nutrição: o papel do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Revista APS. 2015;abr/jun(18(2):248-55.
 37. Mattos PF, Neves A dos S. A importância da atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde. Revista Práxis. 2009;(2):11-5.
 38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. junho de 2015;54-54. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
 39. Nascimento FA do, Silva SA da, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. Cad Saúde Pública [Internet]. 18 de dezembro de 2017 [citado 3 de junho de 2020];33(12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205010&lng=pt&tlng=pt

40. Damé PKV, Pedroso MR de O, Marinho CL, Gonçalves VM, Duncan BB, Fisher PD, et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. nov. 2011 [citado 3 de junho de 2020];27(11):2155-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100009&lng=pt&tlng=pt
41. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. dezembro de 2015 [citado 8 de julho de 2020];39(107):1033-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401033&lng=pt&tlng=pt
42. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude soc* [Internet]. março de 2015 [citado 4 de janeiro de 2021];24(1):165-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=pt&tlng=pt
43. Silva RLDT, Barreto M da S, Arruda GO de, Marcon SS. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. fevereiro de 2016 [citado 4 de janeiro de 2021];69(1):79-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100079&lng=pt&tlng=pt
44. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Luz LAD, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [citado 28 de maio de 2020];38(special). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S006>
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.681, de 7 de novembro de 2013 Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 08/11/2013; 2013.
46. Brasil. Portaria no 3.582, de 6 de novembro de 2018 Dispõe sobre a aplicação de recursos aprovados pela Lei 13.658, de 7 de maio de 2018 que abriu crédito especial, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo Federal, cabendo ao Ministério da Saúde, crédito orçamentário na ação 20YL, com a finalidade de permitir a Estruturação de Academias da Saúde. *Diário Oficial da União*; 12 nov. 2018.
47. Rio de Janeiro. Lei no 5244, de 17 de janeiro de 2011. Institui o sistema de academias da terceira idade e academia carioca da saúde e envelhecimento saudável no âmbito do município e dá outras providências; 2011.
48. Farias ICV de, Franco de Sá RMP, Figueiredo N, Menezes Filho A. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev bras educ med* [Internet]. junho de 2016 [citado 3 de junho de 2020];40(2):261-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=pt&tlng=pt
49. Sousa MC de, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. junho de 2017 [citado 3 de junho de 2020];22(6):1781-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601781&lng=pt&tlng=pt.

50. Lopes MS, Freitas PP, Carvalho MCR, Ferreira NL, Campos SF, Menezes MC, et al. Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. Family Practice [Internet]. 31 de outubro de 2020 [citado 28 de dezembro de 2020]; 117. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/advance-article/doi/10.1093/fampra/cmaa117/5944228>

Colaboradores

Reis EC, Brandão AN e Casemiro JP participaram de todas as etapas, desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 27 de outubro de 2020

Aceito: 11 de março de 2021