




 Camilla Ezequiel da Cunha Belo<sup>1</sup>  
 Lívia Cardoso Gomes Rosa<sup>1,2</sup>  
 Jorginete de Jesus Damiano<sup>3</sup>  
 Evelyne Lobato<sup>3</sup>  
 Luciene Burlandy<sup>4</sup>  
 Luciana Maria Cerqueira Castro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo. São Gonçalo, RJ, Brasil

<sup>3</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Nutrição Social, Instituto de Nutrição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Nutrição. Niterói, RJ, Brasil.

Este manuscrito é oriundo do Trabalho de Conclusão de Curso de Camilla Ezequiel da Cunha Belo, com o título: Desafios do enfrentamento da obesidade sob o olhar dos profissionais de Atenção Primária à Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

**Correspondência**  
Camilla Ezequiel da Cunha Belo  
[camilla-cunha@hotmail.com](mailto:camilla-cunha@hotmail.com)

## Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde

*Organization of care for people with overweight and obesity in the state of Rio de Janeiro: the view of Primary Health Care professionals*

### Resumo

**Introdução.** A obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis têm sido responsáveis por 63% das mortes no mundo e demandam um sistema de saúde organizado para o cuidado a essas pessoas. **Objetivo.** Este estudo tem como objetivo analisar a organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade em municípios do Estado do Rio de Janeiro na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Métodos.** Participaram 265 profissionais de 26 municípios que realizaram um curso de formação nesta temática. Os profissionais foram indicados por gestores e realizaram inscrição via questionário eletrônico, com informações relativas ao seu perfil pessoal e profissional e à organização do cuidado às pessoas com obesidade, com perguntas objetivas e discursivas. As questões abertas foram analisadas por exploração, categorização e interpretação do material. **Resultados.** Foram identificadas fragilidades em termos de estratégias, instrumentos, sistemas e processos que são fundamentais para a organização do cuidado na perspectiva da atenção integral à saúde, dentre elas a escassez de recursos financeiros, equipe insuficiente, mudança de gestão, rotatividade de profissionais e a (in)compreensão do papel de cada profissional para o cuidado da obesidade. **Considerações finais.** Os achados ratificam a necessidade de investir em estratégias e ações para qualificar a oferta de serviços de saúde e o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade.

**Palavras-chave:** Obesidade. Cuidado. Integralidade em saúde. Atenção Primária à Saúde.

### Abstract

**Introduction.** Obesity and other chronic non-communicable diseases have been responsible for 63% of deaths worldwide and require an organized health system for the care of these people. **Objective.** This study aims to analyze the organization of care for overweight and obese people in municipalities in the State of Rio de Janeiro from the view of primary health care professionals. **Methods.** 265 professionals from 26 municipalities, who

took a training course on this subject, participated. The professionals were nominated by managers; they registered via electronic questionnaire containing information related to their personal and professional profile and to the organization of care for obese people. The questions were objective and discursive. The open questions were analyzed by exploration, categorization, and interpretation of the material. **Results.** Weaknesses were identified in terms of strategies, instruments, systems, and processes, which are fundamental for the organization of care with the view to a comprehensive health care, among them the scarcity of financial resources, insufficient staff, change in management, turnover of professionals and the (in)comprehension of the role of each professional in the care of obesity.

**Final considerations.** The findings confirm the need to invest in strategies and actions to qualify the offer of health services and the care for overweight and obese people.

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

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo a obesidade, respondem por 63% das mortes globais, sendo assim um dos problemas prioritários de saúde pública. No Brasil, representam 72% das causas de mortes e atingem de forma mais acentuada os segmentos com menor renda e escolaridade.<sup>1</sup>

Dados do estudo Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) de 2021, indicam que, no conjunto da população adulta ( $\geq 18$  anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, a frequência de excesso de peso foi de 57,2%, sendo maior entre os homens (59,9%) do que entre as mulheres (55,0%). Em relação à obesidade, a frequência foi de 22,4%, semelhante entre as mulheres (22,6%) e os homens (22,0%).<sup>2</sup> A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, confirma o aumento do excesso de peso e obesidade em adultos no país, atingindo 60,3% e 25,9%, respectivamente.<sup>3</sup> Esse cenário demanda políticas públicas integradas e abordagens multidisciplinares e intersetoriais que incidam nos diferentes fatores condicionantes da obesidade.

O governo brasileiro vem desenvolvendo programas, estratégias e ações de promoção, prevenção e tratamento das DCNT e da obesidade, com destaque para: o Plano de Enfrentamento das DCNT;<sup>4</sup> a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade;<sup>5</sup> e os Guias Alimentares, para a população adulta<sup>6</sup> e para as crianças menores de 2 anos<sup>7</sup> – instrumentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) com informações sobre a promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS), incluindo o Protocolo de Uso do *Guia Alimentar para a População Brasileira* na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.<sup>8</sup> Esse conjunto de iniciativas induz políticas públicas, programas e ações para apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional dos brasileiros.

No Estado do Rio de Janeiro, destaca-se o Plano Estadual de Enfrentamento das DCNT,<sup>9</sup> que visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco. Mesmo com esse conjunto de políticas, trata-se de um cenário de difícil reversão e que demanda associar o cuidado individual com ações que modifiquem o ambiente obesogênico.<sup>10</sup> Isso implica consolidar um sistema de saúde organizado e superar a constante fragmentação dos pontos de atenção que dificulta a comunicação e a oferta de um cuidado contínuo, equitativo e de qualidade.<sup>11</sup> No âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), AS LINHAS DE CUIDADO (LC) são estratégias para a organização dos serviços, pois viabilizam a integração da rede e a construção de fluxos entre usuários e serviços, contribuindo para responder às necessidades de saúde da população.<sup>12</sup> Para qualificar o cuidado dos indivíduos com sobrepeso e obesidade, o Ministério da Saúde instituiu a Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade (LCSO), que redefine as diretrizes e atribuições dos pontos de atenção para a organização de ações de promoção, prevenção e tratamento.<sup>13,14</sup>

Na visão de profissionais de saúde, a implementação de práticas de cuidado nutricional para as pessoas com obesidade no contexto da RAS ainda é um desafio, devido a fatores como: escassez de tempo para realizar o aconselhamento voltado à promoção de hábitos de vida saudáveis; presença de outros agravos à saúde, baixa adesão dos usuários ao tratamento e acesso insuficiente a material instrucional, dentre outros.<sup>15</sup>

O cuidado às pessoas com obesidade demanda equipes multidisciplinares e, devido ao caráter multifatorial da doença, exige ações que ultrapassem o setor saúde.<sup>16</sup> Porém, é neste setor que recaem os problemas e que o cuidado se concretiza, o que torna fundamental compreender como se dá a organização das ações de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito local, bem como as dificuldades e potencialidades do setor saúde. Portanto, o objetivo do estudo foi analisar a organização do cuidado às

peças com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) de municípios do ERJ sob olhar de profissionais de saúde inseridos em um curso de formação sobre o tema.

## MÉTODOS

O estudo integra o projeto “Ações de controle e enfrentamento da obesidade no estado do Rio de Janeiro – pesquisa, formação, monitoramento e difusão”, coordenado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e identificado como Projeto de Enfrentamento da Obesidade (PEO-ERJ), que recebeu financiamento do CNPq, chamada nº 26/2018. O projeto objetiva subsidiar a implementação de ações para o controle e o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade em municípios do ERJ, a partir de três eixos de ação: Pesquisa e Desenvolvimento; Avaliação, Monitoramento e Difusão; e Formação. Para este último eixo, o edital recomendava a priorização à formação de gestores municipais e trabalhadores de saúde que atuem nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Assim, foram ofertados dois cursos para a qualificação das ações de cuidado às pessoas com obesidade, visando contribuir para a organização da LCSO nos municípios. Um dos cursos foi direcionado aos gestores da APS e o outro, aos profissionais de saúde.

Para o curso de profissionais, selecionou-se pelo menos um município de cada uma das nove regiões administrativas do ERJ que atendessem a pelo menos um dos seguintes critérios de inclusão: possuir, em 2018, equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); ter recebido, nos anos de 2017 e/ou 2018, recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), do programa Crescer Saudável, da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e do Programa Academia da Saúde; e/ou contar com Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) ativa em 2018. Foram convidados, também, municípios com parcerias com as universidades que compõem a equipe do PEO-ERJ. Para a distribuição de vagas, considerou-se o número de NASF acrescido de vagas gerais, com exceção do município do Rio de Janeiro, onde foram disponibilizadas apenas vagas para NASF, devido ao alto número destes na rede de atenção à saúde. O município que não possuía NASF recebeu pelo menos seis vagas, totalizando a oferta de 709 vagas.

Foram 34 municípios previamente selecionados e mais dois solicitaram a participação após apresentação do projeto em eventos da Secretaria Estadual de Saúde e no Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Ao todo, 27 municípios assinaram a anuência em participar do PEO-ERJ. A partir de então, os gestores municipais foram orientados a indicar os profissionais da APS para participar do curso, compondo um total de 501 profissionais.

Após a indicação, os profissionais foram contatados por e-mail e solicitados a preencher um questionário eletrônico – *Google Forms*, semiestruturado e autoaplicável – com o intuito de conhecer a RAS dos municípios, além de colaborar para a realização de ajustes no conteúdo do curso de formação. O questionário foi dividido em três módulos. No Módulo 1, as questões buscaram compreender o perfil pessoal e profissional (profissão, cargo, tempo de atuação na APS e tipo de vínculo).

No Módulo 2, foram mapeadas as ações de prevenção e cuidado da obesidade, incluindo as ações de PAAS, e identificadas as situações que favorecem ou dificultam o desenvolvimento dessas ações, além do conhecimento sobre materiais educativos, equipamentos sociais disponíveis no território e questões relacionadas à organização do serviço e ao acompanhamento nutricional. Neste módulo, todas as questões possuíam, dentre as opções preestabelecidas de resposta, também um campo em aberto, além de três questões discursivas que demandaram a categorização das respostas, referentes: a) aos fatores que favorecem o desenvolvimento de ações de cuidado para o sobrepeso/obesidade; b) à descrição do fluxo de cuidado às pessoas com sobrepeso/obesidade; e c) às ações de PAAS realizadas com outros setores.

No Módulo 3, foi realizado um levantamento de expectativas em relação ao curso. O presente estudo refere-se aos resultados dos Módulos 1 e 2. O questionário foi respondido por 422 profissionais de saúde dos 27 municípios participantes do curso de formação. Contudo, apenas 265 (62,8%) profissionais, de 26 municípios, de oito das nove

regiões administrativas, assinaram o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), possibilitando a utilização dos dados.

Os dados referentes às questões objetivas foram organizados em planilha *Excel* e analisados utilizando-se percentuais de frequência simples. A análise dos dados das questões discursivas foi realizada por meio de categorização temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE/UERJ (CAAE 10514819.8.0000.5259 e parecer nº 3.288.424) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE 10514819.8.3001.5279 e parecer nº 3.686.093).

## RESULTADOS

### Perfil dos participantes

Os profissionais estavam distribuídos em oito regiões administrativas de saúde, e a Região Centro-Sul foi a que mais respondeu à pesquisa em relação às vagas disponíveis para a região (86,1%), seguida da região Norte (63,2%), Baixada Litorânea (56,7%), Metropolitana II (47,1%), Médio Paraíba (45,5%), Serrana (44,4%), Baía da Ilha Grande (40%) e Metropolitana I (23,9%).

A maioria dos respondentes se declarou branco (60,8%) e do sexo feminino (90,9%), e se encontrava na faixa etária até 39 anos (59,5%). Dentre as categorias profissionais, a maior participação foi de nutricionistas (47,5%) e enfermeiros (24,2%); 60,4% dos participantes possuíam formação em nível de especialização (Tabela 1).

Em relação ao cargo e função desempenhados, 20,4% dos participantes sinalizaram vinculação ao NASF; 16,6% ocupavam cargos de coordenação ou gestão local (gerente de unidade de saúde); e 58,9%, a função correspondente a sua categoria profissional na APS.

Os participantes apresentaram tempo de atuação de menos de cinco anos no cargo atual (50,6%) e de mais de cinco anos na APS (55,9%). Quanto ao vínculo empregatício, 40,8% dos profissionais são servidores públicos, 26,8% possuem contratos temporários diretos e 22,3% apresentam contratos por Organização Social de Saúde.

**Tabela 1.** Perfil acadêmico, profissional e vínculo empregatício dos profissionais. Rio de Janeiro-RJ, 2019.

Perfil acadêmico e profissional	(n)	(%)
<i>Sexo</i>		
Feminino	241	90,9
Masculino	24	9,1
<i>Idade</i>		
30 a 39 anos	116	43,7
40 a 49 anos	68	25,6
Até 29 anos	42	15,8
Acima de 50 anos	39	14,7
<i>Raça/cor</i>		
Branca	161	60,8
Parda	76	28,7
Preta	26	9,8
Indígena	2	0,8

**Tabela 1.** Perfil acadêmico, profissional e vínculo empregatício dos profissionais. Rio de Janeiro-RJ, 2019. (Cont.)

Perfil acadêmico e profissional	(n)	(%)
<i>Formação Profissional</i>		
Nutricionista	126	47,5
Enfermeiro	64	24,2
Psicólogo	17	6,4
Médico	15	5,7
Educador Físico	13	4,9
Fisioterapeuta	13	4,9
Outros*	17	6,4
<i>Titulação Acadêmica</i>		
Especialização	160	60,4
Graduação	78	29,4
Mestrado	21	7,9
Doutorado	4	1,5
Pós-Doutorado	2	0,8
<i>Cargo ou função atual</i>		
Correspondente a sua categoria profissional***	156	58,9
NASF**	54	20,4
Coordenações, Assessorias, Apoiador, Supervisor e Gerentes	43	16,3
Residente****	12	4,5
<i>Tempo de serviço no cargo atual</i>		
Menos de 2 anos	62	23,4
2 a <5 anos	72	27,2
de 5 a 8 anos	68	25,7
Mais de 8 anos	63	23,8
<i>Tempo de atuação na APS</i>		
Menos de 2 anos	47	17,7
de 2 a <5 anos	70	26,4
de 5 a 8 anos	67	25,3
mais de 8 anos	81	30,6
<i>Tipo de Vínculo com a SMS</i>		
Servidor público	108	40,8
Contrato temporário e outros contratos de pessoa jurídica e sem vínculo ou carteira assinada	71	26,6
Contrato por Organização Social (OS) e celetista ou cooperativas	59	22,3
Outros *****	15	5,6
Total	265	100,0

(\*) Advogada, Assistente Social, Fonoaudióloga, Sanitarista, Dentista e Terapeuta Ocupacional.

(\*\*) Assistente Social, Educador Físico, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Médico Endócrino, Nutricionista, Psicólogo, Sanitarista, Supervisor, Terapeuta ocupacional.

(\*\*\*) Enfermeiro, Médico, Psicólogo, Fisioterapeuta, Educador Físico, Assistente Social, Agente de saúde, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional.

(\*\*\*\*) Residentes: Dentista, Educador Físico, Enfermeiro, Nutricionista e Psicólogo.

(\*\*\*\*\*) Bolsistas, residentes, médicos do Programa Mais Médicos e profissionais contratados por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA).

## Instrumentos de apoio logístico: prontuários e fluxos de encaminhamento

Na Tabela 2, observa-se que 54,7% dos respondentes ainda utilizam prontuário físico para o registro dos atendimentos e 66,1% fazem uso do prontuário e-SUS AB. Ao serem perguntados sobre os tipos de informações registradas no acompanhamento nutricional e alimentar dos usuários atendidos, 94% dos profissionais sinalizaram o peso e a estatura como principais dados registrados, principalmente por nutricionistas e enfermeiros. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi sinalizado por 79,2% dos profissionais, enquanto o consumo alimentar por 53,6% deles.

**Tabela 2.** Tipos de prontuários e informações registradas sobre acompanhamento nutricional e alimentar na APS. Rio de Janeiro-RJ, 2019.

Tipo de prontuário	(n)	(%)
Prontuário e-SUS Atenção Básica	85	32,1
Prontuário físico	73	27,6
Prontuário físico, Prontuário e-SUS Atenção Básica	56	21,1
Prontuário eletrônico próprio	25	9,4
Prontuário eletrônico próprio, Prontuário e-SUS Atenção Básica	10	3,8
Prontuário físico, Prontuário eletrônico próprio	7	2,6
Prontuário físico, Prontuário eletrônico próprio, Prontuário e-SUS Atenção Básica	7	2,6
Prontuário físico e outros (SISVAN e e-gestor)	2	0,8
Informações de acompanhamento nutricional registradas*		
Peso/Altura	249	94,0
Índice de Massa Corporal (IMC)	210	79,2
Aleitamento Materno	159	60,0
Orientação Nutricional	154	58,1
Consumo Alimentar	142	53,6
Não sei informar	17	6,4

\*Esta pergunta permitia mais de uma resposta.

Quanto à existência de um fluxo organizado para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade no município, no componente fechado da pergunta, 43,4% dos profissionais confirmaram essa organização e 34% não souberam informar. No componente aberto, que previu respostas discursivas, os depoentes destacaram questões que não se referem necessariamente ao fluxo de cuidado, e sim ao processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais da APS, como a realização de atendimentos individuais/em grupo, ou atuação de profissionais do NASF e do nutricionista.

Em relação aos mecanismos de regulação/encaminhamento para atendimento em outros equipamentos da RAS do município, 67,5% dos profissionais relataram contar com algum sistema de regulação e 65,7% registram formulários de referência e contrarreferência.

## Ações para a prevenção e controle do sobrepeso e obesidade

Ao serem questionados sobre as ações de prevenção da obesidade no âmbito da equipe, 94,0% dos profissionais mencionaram a realização de consultas individuais, 68,3% destacaram ações intersetoriais no espaço escolar e 61,9% realizaram ações específicas para incentivo à prática de atividade física.



Entre os equipamentos/programas que implementam ações de cuidado ao sobrepeso/obesidade, 53,6% dos participantes citaram os Ambulatórios de Especialidades; 46,8%, o Programa Academia da Saúde; 34,7%, o Programa Nacional de Alimentação Escolar; e 14,7% não souberam informar (Tabela 3).

**Tabela 3.** Atividades, equipamentos e programas utilizados para prevenção e controle do sobrepeso/obesidade. Rio de Janeiro-RJ, 2019.

Atividades Desenvolvidas*	(n)	(%)
Consultas Individuais	249	94,0
Ações Intersetoriais de Saúde e Educação no ambiente escolar (PSE)	181	68,3
Ações específicas para incentivo à prática de atividade física	164	61,9
Atividades coletivas programadas com os grupos e seus familiares	163	61,5
Apoio matricial: estudos de caso, projetos terapêuticos singulares, reunião de equipe, atendimento domiciliar	135	50,9
Consultas compartilhadas	126	47,5
Ação de educação permanente para os profissionais	95	35,8
Ações específicas para elaboração e execução de oficinas culinárias	50	18,9
Não sei informar	9	3,4
Outros	2	0,8
Equipamentos e programas que participam do cuidado das pessoas com sobrepeso/ obesidade*		
Ambulatório de especialidade	142	53,6
Academia da Saúde	124	46,8
Programa Nacional de Alimentação Escolar	92	34,7
Polos esportivos	56	21,1
Não sei informar	39	14,7
Associação de moradores	21	7,9
Instituições religiosas	20	7,5
Entidades filantrópicas	10	3,8
Nenhum	10	3,8
Outro: NASF; academia popular; CATAN; grupos	9	3,4

\* Esta pergunta permitia mais de uma resposta.

Quanto aos materiais utilizados para apoio técnico à atuação no cuidado às pessoas com sobrepeso/obesidade, os mais citados foram o *Guia alimentar para a população brasileira* e os *Cadernos de Atenção Básica*, ambos publicados pelo MS (Tabela 4).

**Tabela 4.** Frequência de materiais educativos utilizados como apoio técnico no cuidado do sobrepeso e obesidade. Rio de Janeiro-RJ, 2019. (Cont.)

Materiais Educativos	(n)	(%)
Cadernos de Atenção Básica	168	63,4
Guia alimentar para a população brasileira	167	63,0
Guia alimentar para crianças menores de dois anos	116	43,8
Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica	70	26,4
Material elaborado pelo próprio município/estado	68	25,7
Não sei informar	38	14,3



**Tabela 4.** Frequência de materiais educativos utilizados como apoio técnico no cuidado do sobrepeso e obesidade. Rio de Janeiro-RJ, 2019.

Materiais Educativos	(n)	(%)
Marco de referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica	37	14,0
Portarias de organização da linha de cuidado para o tratamento da obesidade	37	14,0
Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas	36	13,6
Manual Instrutivo da Organização da Linha de Cuidado da obesidade regional	22	8,3
Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios	21	7,9
Nenhum específico	19	7,2
Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde	19	7,2
Outros	8	3,0

\* Esta questão permitia mais de uma resposta

No que se refere aos fatores que favorecem o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade no município, os profissionais apontaram questões relacionadas à existência de ações e grupos de apoio para orientação e sensibilização, equipe multiprofissional e matriciamento, incentivo à atividade física, atendimento individual, apoio da gestão e expansão/cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Ressalta-se que 7,9% (21) dos profissionais responderam não haver nenhuma ação relacionada à temática ou não souberam informar.

Já entre os fatores que podem dificultar o desenvolvimento dessas ações, os mais citados foram a escassez de recursos financeiros, a falta de informação e equipe insuficiente (57,7%, 54% e 51,7%, respectivamente). Também foram identificadas questões relacionadas a escassez de recursos financeiros; falta de informação; mudança de gestão e/ou rotatividade de profissionais e equipe insuficiente (Tabela 5).

**Tabela 5.** Fatores que dificultam o desenvolvimento das ações de enfrentamento do Sobrepeso/Obesidade. Rio de Janeiro-RJ, 2019.

Fatores dificultadores*	(n)	(%)
Escassez de recursos financeiros	153	57,7
Falta de informação	143	54,0
Mudança de gestão e/ou rotatividade de profissionais	139	52,5
Equipe insuficiente	137	51,7
Espaço físico, equipamento e mobiliário inadequado	127	47,9
Invisibilidade da doença	102	38,5
Falta de mobilidade urbana para adesão às ações	92	34,7
Reduzido interesse político	85	32,1
Não identifico	16	6,0
Outros	9	3,4

Quanto à interlocução com outros setores para o desenvolvimento de ações de PAAS, 31,3% dos participantes responderam que costumam realizá-la em seu território e 49,1% não souberam informar. Em resposta às perguntas abertas que compuseram o instrumento de coleta de dados, os profissionais indicaram que realizam atendimentos individuais e coletivos; atividades nas escolas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE); estratégias de promoção, proteção e apoio à amamentação e à alimentação complementar; atividades de educação permanente, rodas de conversa, entre outros.

## DISCUSSÃO

### Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade: sobre profissionais e serviços

A pesquisa apontou maior percentual de mulheres entre os profissionais que se inscreveram para o curso, o que encontra respaldo na literatura que indica uma tendência de feminização da força de trabalho na APS, com propensão menor entre médicos, de cor branca e pós-graduados.<sup>17,18</sup>

A categoria profissional mais frequente foi a de nutricionista. Como os profissionais que participaram do curso foram indicados pelos gestores, é provável que eles considerem que a obesidade é uma questão de responsabilidade apenas, ou prioritariamente, do nutricionista, e que demanda cuidado “uniprofissional”. Ainda que o nutricionista seja protagonista e qualificador das ações relacionadas a alimentação e nutrição,<sup>19</sup> a interdisciplinaridade é essencial para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, por sua complexidade e multidimensionalidade.<sup>13, 18-20</sup> O trabalho interdisciplinar indica a “possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na experiência do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos”.<sup>21</sup> Embora a participação dos profissionais do NASF no curso tivesse sido recomendada, uma pequena parcela do grupo tinha essa inserção. A implementação do NASF no apoio à ESF permitiu a expansão e diversificação de profissionais e enfatizou a lógica do apoio matricial,<sup>22</sup> onde se insere o nutricionista como categoria expressiva no ERJ, sendo a quarta categoria profissional mais frequente.<sup>23</sup>

Em 2017, novos movimentos para a indução financeira para gestão das ações da APS foram alçados. Na republicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o NASF passou a ser chamado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Dentre as várias mudanças, destacam-se aquelas observadas nas modalidades e na composição das equipes, que não apresentam critérios ou exigências preestabelecidas para sua organização e isentam o gestor de utilizar a tipologia de equipe NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, o que, sem financiamento específico e critérios de indução para formação dessas equipes, pode levar a processos decisórios que não considerem os profissionais do NASF prioritários.<sup>24,25</sup> Assim, discussões sobre a nova PNAB mostraram possíveis riscos e retrocessos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da APS no Brasil e reforçam um Estado cada vez mais voltado para o setor privado.<sup>26</sup>

O tempo de atuação dos profissionais na APS é outra característica a ser analisada. Para Campos & Malik,<sup>27</sup> a permanência dos profissionais de saúde na ESF, em especial de médicos e enfermeiros, é fator crucial para a efetividade da APS, pois o modelo se fundamenta no vínculo entre os profissionais da equipe e os usuários. Consequentemente, contribui para a eficiência na aplicação das ações de saúde e para a participação do usuário no seu cuidado.<sup>28</sup> O tempo de atuação pode estar relacionado à rotatividade, associada à baixa política salarial, precárias condições de trabalho, exigência de carga horária integral, baixas condições de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais e ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela ESF.<sup>29</sup>

A análise da organização do cuidado envolve desde os instrumentos de apoio logístico até as ações de promoção, prevenção e tratamento da obesidade. A maioria dos profissionais aponta que faz uso do prontuário eletrônico e-SUS AB, embora se observe o uso de prontuários físicos ou a associação entre tipos diferentes de prontuários para o registro dos atendimentos. O uso de prontuários unificados e eletrônicos para o manejo das condições de saúde do usuário, especialmente nas condições crônicas, é essencial para a coordenação de cuidado e facilita a programação, o monitoramento e o fluxo de regulação. O

aprimoramento do e-SUS é crucial para qualificar a atuação na ESF, potencializar um planejamento mais efetivo e oportuno<sup>30</sup> e permitir maior volume de transferência de informações para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que é uma ferramenta importante para a gestão das ações de cuidado de alimentação e nutrição.<sup>31</sup> No entanto, a VAN precisa avançar, tanto na coleta quanto no registro e análise das informações.<sup>32</sup>

No presente estudo, a maioria dos profissionais relata a existência de sistemas de regulação que são fundamentais para a organização do cuidado<sup>33,34</sup> e consolidação da LCSO, uma vez que sua inexistência ocasiona, com mais frequência e intensidade, a autorregulação pelo usuário, para que possa garantir o acesso ao cuidado em saúde.

As ações e os serviços devem ser organizados de forma integrada, de modo que a LCSO seja estruturada a partir da descrição dos fluxos assistenciais e da regionalização dos serviços.<sup>35</sup> A construção de uma LC demanda compreender e reconhecer as ações na RAS, tomando por base a longitudinalidade do cuidado e a importância de cada ponto de atenção, para além das práticas que ocorrem na APS, considerando que esse conjunto de ações pode promover impactos positivos sobre a saúde e o bem-estar das pessoas envolvidas. Segundo Malta & Merhy,<sup>36</sup> a construção e a existência de uma LC pressupõem ações no nível da macro e micropolítica, que englobam, dentre outras, aquelas relacionadas à organização da rede de serviços; da vigilância e da informação em saúde e a identificação de grupos de risco no campo da organização macro. Na perspectiva da micropolítica, aponta para a atuação da equipe na coordenação do cuidado, a vinculação e a responsabilização do cuidador. Sob esse aspecto, os autores sugerem que a LC deve estar centrada no usuário, o que reforça o uso de tecnologias leves, projeto terapêutico adequado, ampliação do acesso aos serviços, além das intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.

Em relação ao fluxo para o cuidado, os relatos dos profissionais nos remetem a uma organização peculiar de cada serviço/unidade de saúde, não exprimindo a ideia de um fluxo articulado em rede que pudesse envolver outros pontos de atenção presentes na malha de serviços do município/região.

Vale ressaltar que as propostas de construção de LC se destacam por considerar novas concepções sobre cuidado e os condicionantes do processo saúde e doença, demandando uma redefinição das relações entre profissionais e usuários, e dos saberes e práticas para atender, de fato, as necessidades de saúde dos indivíduos.<sup>10</sup>

### **Ações desenvolvidas para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade nos municípios do Estado do Rio de Janeiro: potencialidades e desafios**

Os profissionais tendem a priorizar consultas individuais, ainda que relatem a realização de grupos operativos, ações nas escolas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) e práticas de atividade física. Brito et al.<sup>37</sup> encontraram resultados semelhantes e sugerem que as ações ainda se baseiam no modelo curativista, o que, dentre outras causas, pode ser explicado por questões relacionadas à organização do acesso, à sobrecarga de trabalho das equipes, à necessidade de formação e à valorização dessas atividades. Vale ressaltar que, na perspectiva do cuidado integral, tanto as ações individuais quanto coletivas pressupõem ações de promoção, prevenção e tratamento, que se complementam em resposta às necessidades.<sup>38</sup>

As ações nas escolas, em geral, são bastante citadas pelos profissionais da ESF, por contribuírem para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade. Apesar da potência dessas ações, Ramos et al.<sup>20</sup> apontam,

entre os desafios do PSE, a limitação de cobertura apenas aos escolares e o escopo das ações restrito a temáticas pontuais.

As Academias da Saúde também foram citadas como ações de promoção da saúde e podem fortalecer parcerias entre as coordenações e áreas técnicas. No entanto, demandam melhor estrutura, recursos próprios e uma equipe multiprofissional, que consiga se organizar de forma integrada.<sup>39</sup>

Outro desafio para os profissionais de saúde é se manterem atualizados com a constante produção de evidências e informações. Embora parte dos profissionais conheça os *Cadernos de Atenção Básica* e os guias alimentares, há um desconhecimento de documentos norteadores para o cuidado da obesidade, também publicados pelo MS, reiterando achados de outros estudos.<sup>40,41</sup> Isso reforça a necessidade de facilitar o acesso dos profissionais a esses materiais nas unidades de saúde e ampliar os processos de educação permanente em saúde.

Dificuldades na efetivação do cuidado multiprofissional e o reconhecimento da falta de preparo para lidar com a complexidade da obesidade também foram referidos por Burlandy et al.<sup>10</sup> Dentre as estratégias sugeridas pelos autores, é fundamental resgatar nos processos de formação e diálogo com os profissionais alguns princípios e diretrizes já sinalizados nos documentos governamentais que orientam o cuidado, dentre eles a corresponsabilização, a valorização de ganhos adicionais, além da perda de peso e a atuação multiprofissional. Essa abordagem vai ao encontro da proposta do curso de formação em questão neste estudo.

Na lógica da RAS, é importante considerar como o conjunto de ações e serviços de saúde está organizado para atender às necessidades de saúde da população. A implantação da LCSO pode fortalecer e qualificar a atenção à saúde, garantindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde em tempo oportuno e ofertar o cuidado de acordo com as necessidades individuais e com os protocolos propostos. Para isso, é necessário fortalecer a RAS com infraestrutura, financiamento, qualificação de trabalhadores e reforço da equipe multiprofissional.

## CONCLUSÕES

O estudo identificou fragilidades em termos de estratégias, instrumentos, sistemas e processos que são fundamentais para a organização do cuidado na perspectiva da atenção integral à saúde. A atuação em equipes multiprofissionais como estratégia de cuidado adequada à multidimensionalidade da obesidade ainda precisa ser fortalecida e os instrumentos de registro e sistemas de informação, que são fundamentais para o processo de planejamento em saúde, precisam ser consolidados. A (in)compreensão do papel de cada profissional das equipes da ESF e da APS para o cuidado da obesidade sugere que a atuação interprofissional e intersetorial demanda uma qualificação profissional para ampliação desse cuidado para além do atendimento individual ou prescritivo.

No âmbito dos instrumentos e sistemas, que repercutem nos processos de trabalho e no cuidado, foram identificadas fragilidades no uso do prontuário eletrônico unificado, com potencial impacto no SISVAN. Ainda que a maioria dos profissionais mencione a existência de mecanismos de referência e contrarreferência, seus relatos não indicam que esteja claramente definido um fluxo de ações descritas para cada nodo da RAS, que também é um elemento importante para a organização dos processos de cuidado. Alguns fatores apontados pelos profissionais como desafios para a realização das ações estão diretamente relacionados com a dimensão do contexto institucional e de gestão, especialmente: a escassez de recursos

financeiros; equipes insuficientes; e mudanças de gestores e rotatividade de profissionais, considerando também os distintos vínculos empregatícios.

Apesar dessas fragilidades, inclusive na consolidação dos fluxos à luz da LCSO, os municípios vêm desenvolvendo ações de prevenção e controle da obesidade, estabelecendo mecanismos de referência e contrarreferência, que são essenciais para a organização do cuidado, e promovendo algum tipo de articulação com outros setores, para além da saúde, especialmente por meio das ações desenvolvidas nas escolas. Considerando a complexidade da obesidade e seu caráter multifatorial, a organização do cuidado demanda fortalecer as ações de matriciamento e a educação permanente em saúde como estratégias que contribuam, inclusive, para induzir novas experiências de cuidado e de articulação entre diferentes profissionais e setores.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os profissionais que participaram do estudo foram indicados pelos municípios selecionados de forma não aleatória, de acordo com os critérios para participação nos cursos ofertados pelo projeto. Desta forma, não é possível fazer inferências por região de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Andrade SSC de A, Oliveira TP, Moura L de, Prado RR do, Souza M de FM de. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev bras epidemiol.* 2019;22:e190030.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *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.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (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.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
5. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. Brasília, DF: CAISAN, 2014.
6. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. 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.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Universidade de Brasília. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

9. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção à Saúde, Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Estado do Rio de Janeiro, 2013-2022. Rio de Janeiro, 2012.
10. 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*. 2020;36(3):e00093419.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde; 2001. [citado 15 de dezembro de 2021, Acesso em: 31 out. 2022.]. Disponível em: <http://repositorio.asces.edu.br/jspui/handle/123456789/1314>.
12. Viana AL d'Ávila, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho AD, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. junho de 2018;23(6):1791–8.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 424, 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 19 mar. 2013b. Seção 1, p.55/56.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 19 mar. 2013b. Seção 1, p. 59/63.
15. Lopes MS, Freitas PP de, Carvalho MCR de, Ferreira NL, Menezes MC de, Lopes ACS. Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(suppl 1):e00051620.16.
16. Borges SAC, Porto PN. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde debate*. junho de 2014; 38:338–46.
17. Marsiglia RMG. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saude soc*. dezembro de 2011;20(4):900–11.
18. Carvalho ALB, de Ouverney ALM, Carvalho MGO de, Machado NM da S. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. *Ciênc saúde coletiva*. janeiro de 2020;25(1):211–22.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
20. Ramos DB das N, Burlandy L, Dias PC, Henriques P, Castro LMC, Teixeira MRM, et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00116519.
21. Araújo MB de S, Rocha P de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc saúde coletiva*. abril de 2007;12(2):455–64.
22. Amparo-Santos L, França SLG, Reis ABC (org.). Obesidade(s): diferentes olhares e múltiplas expressões. Salvador: Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Universidade do Estado da Bahia; Ministério da Saúde, 2020.
23. Castro ALB de, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*. junho de 2012;22(2):477–506.23.
24. Secretaria de Saúde. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Panorama das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mzc5NTA%2C>. Acesso em: 15 nov. 2021.
25. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB [Internet]. Cebes. [citado 15 de dezembro de 2021]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>. Acesso em: 31 out. 2022.
26. Giovannella L, Franco CM, Almeida PF de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc saúde coletiva*. abril de 2020;25(4):1475–82.



27. Campos CV de A, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. abril de 2008;42(2):347–68.
28. Schimith MD, Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20:1487–94.
29. Seidl H, Vieira S de P, Fausto MCR, Lima R de CD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. outubro de 2014; 38:94–108.
30. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. setembro de 2018; 42:208–23.
31. REDENUTRI. Saiba mais sobre a prática da Vigilância Alimentar e Nutricional. 14 de julho de 2016. [citado em 15 de dezembro]. Disponível em: [http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-read\\_article.php?articleId=1636](http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=1636). Acesso em: 31 out. 2022.
32. 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*. setembro de 2020;44(126):678–93.
33. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2016; 24:49–54.
34. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LM de AC, Ferreira IP, Bastos DA de S, et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2020; 54:25.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
36. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2010; 14:593–606.
37. Brito GEG de, Mendes A da CG, Neto PM dos S, Farias DN de. Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do nordeste do Brasil. *Revista de APS*. [Internet]. 2016 [citado 15 de dezembro de 2021];19(3). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15770>. Acesso em: 31 out. 2022.
38. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001; 39-64.
39. Cavalcante EFL. Planejamento e coordenação de ações de alimentação e nutrição: enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no município do Rio de Janeiro [PhD Thesis]. 2017.
40. Figueiredo ATT de, Tavares FC de LP, Silveira PRRM, Costa EC, Oliveira AA de, Lira PIC de. Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Atenção à Saúde* [Internet]. 23 de julho de 2020.
41. Araújo FK, Mourão GMJ, Costa MCB, Alberto NSLMC, Pereira RG, Ramos CV. Atenção nutricional para obesidade em unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 2019; 13 (79):385-93..

#### **Colaboradores**

Belo CEC, Castro LMC e Rosa LCG, contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento e interpretação dos dados e na elaboração do manuscrito. Lobato E, Damião J e Burlandy L contribuíram significativamente na elaboração do rascunho e na revisão crítica do conteúdo

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.



---

Recebido: 12 de julho de 2022

Aceito: 10 de novembro de 2022