

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



PERSPECTIVAS E DESAFIOS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NO SUS: RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NO MANEJO DA OBESIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

NAVEGADOR SUS

Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10

Brasília — DF
2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

**PERSPECTIVAS E DESAFIOS NO CUIDADO
ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NO SUS:
RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO
NO MANEJO DA OBESIDADE NAS REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE**

NAVEGADORSUS

Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10



Brasília – DF

2014

2014 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 1000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2
Lotes 5/6, bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Fone: (61) 3315-9031
E-mail: dab@saude.gov.br
Site: dab.saude.gov.br

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Unidade Técnica de Saúde Familiar, Gênero e Curso de Vida
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
CEP: 70800-400 – Brasília/DF
Site: www.paho.org/bra/apsredes

Coordenação Técnica Geral:

Patrícia Constante Jaime – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Colaboração:

Alana Gisele Galeano – Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Campo Grande
Aline Cristine Souza Lopes – Universidade Federal de Minas Gerais
Ana Carolina Feldenheimer da Silva – Organização Pan-Americana da Saúde
Ana Luisa Souza de Paiva – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Bruna Pitasi Arguelhes – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Carla Maria Vieira – Universidade Metodista de Piracicaba
Gabriela Maria Reis Gonçalves – Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde
Galzuinda Maria Figueiredo Reis – Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde
Gisele Ane Bortolini – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Ilana Nogueira Bezerra – Universidade de Fortaleza
Janine Giuberti Coutinho – Organização Pan-Americana da Saúde
Juraci Almeida Cesar – Universidade Federal do Rio Grande e Universidade Federal de Pelotas
Karla Ramos Lisboa – Organização Pan-Americana da Saúde
Lorena Toledo de Araújo Melo – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Mara Lucia dos Santos Costa – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Maria Zélia Soares Lins – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Mônica Rocha Gonçalves – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Nathália Luiza Ferreira – Universidade Federal de Minas Gerais
Patrícia Nelly Alves Meira Menezes – Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Recife
Quênia dos Santos – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Romeika Monteiro Nóbrega – Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de João Pessoa
Rosely Schieri – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790/3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Khamila Silva

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

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

116 p. : il. – (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10)

ISBN 978-85-334-2202-5

1. Obesidade. 2. Atenção Básica. 3. Saúde Pública. I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título. III. Série.

CDU 616.39

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0628

Títulos para indexação:

Em inglês: Perspectives and challenges in the healthcare for people with obesity in the Brazilian Health System (SUS/Brazil): Outcomes of the Laboratory of Innovation in Obesity Management in Health Care Networks

Em espanhol: Perspectivas y desafíos en el cuidado a las personas con obesidad en el Sistema Único de Salud (SUS/Brazil): Resultados del Laboratorio de Innovación en el Manejo de la Obesidad en las Redes de Atención a la Salud

LISTA DE TABELAS, FIGURA E QUADROS

Tabela 1 – Prevalência (%) de excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m ²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²) entre adultos maiores de 18 anos, segundo sexo e capitais brasileiras – VIGITEL, 2013	11
Tabela 2 – Número de experiências enviadas por estados brasileiros	59
Figura 1 – Esquema gráfico de modelos de Rede de Atenção à Saúde	34
Quadro 1 – Modelos de atenção à saúde	35
Quadro 2 – Proposta dos laboratórios de inovação	53
Quadro 3 – Participantes do Grupo de Trabalho	55
Quadro 4 – Descrição das experiências selecionadas para visita <i>in loco</i>	60
Quadro 5 – Integração com equipamentos sociais e outros órgãos de gestão das experiências	103
Quadro 6 – Equipe multiprofissional das experiências	105
Quadro 7 – Práticas integrativas e complementares das experiências	107
Quadro 8 – Participação e envolvimento de familiares	108
Quadro 9 – Atividades coletivas, dinâmicas e oficinas inovadoras das experiências	110

LISTA DE SIGLAS

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada
AB – Atenção Básica
AmO – Ambulatório de Manejo de Obesidade Infantojuvenil
Anog – Ambulatório de Nutrição em Obesidade Grave
Caisan – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
Caoim – Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília
Caps – Centros de Atenção Psicossocial
Cedeba – Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia
CEM – Centro de Especialidade Médica
CGAN – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
CMEM – Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes
COI – Centro de Obesidade Infantil
Consea – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
Conass – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Cras – Centro de Referências de Assistência Social
CRO – Centro de Referência em Obesidade
DAB – Departamento de Atenção Básica
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAD – Educação a distância
EAN – Educação Alimentar e Nutricional
Enpacs – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
EAAB – Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
Facem – Faculdade do Centro Mato-Grossense
Fenep – Federação Nacional das Escolas Particulares
Gatto – Grupo de Apoio Terapêutico ao Tratamento da Obesidade
GRA – Grupo de Reeducação Alimentar
GT – Grupo de trabalho
HCU – Hospital de Clínicas da Unicamp
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Instituto de Cardiologia
IMC – Índice de Massa Corporal
Inad – Instituto de Nutrição Annes Dias
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS – Ministério da Saúde

MTC – Medicina Tradicional Chinesa
Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHANES – National Health And Nutritional Examination Survey
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organizações Não Governamentais
PAAS – Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
Pmaq – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
Pnab – Política Nacional de Atenção Básica
Pnan – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSE – Programa Saúde na Escola
PST – Projeto de Saúde no Território
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RCPM – Reabilitação Cardiovascular Pulmonar e Metabólica
RedeNutri – Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
Sast – Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador
Sisreg – Sistema Nacional de Regulação
Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF – Unidades da Federação
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
Unifor – Universidade de Fortaleza
Unimep/SP – Universidade Metodista de Piracicaba
UFPEL – Universidade Federal de Pelotas
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande
VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional



SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	9
1.1	PREVALÊNCIA E CUSTO DA OBESIDADE	9
1.2	DETERMINAÇÃO DA OBESIDADE	13
1.2.1	Aprofundando o tema da obesidade como problema social.....	18
	REFERÊNCIAS.....	25
2	POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES FOCADOS NO MANEJO DA OBESIDADE	31
2.1	MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS	31
2.1.1	Superando a fragmentação da atenção à saúde	31
2.1.2	Sobre Políticas Públicas e Programas	36
2.2	LINHA DE CUIDADO PARA SOBREPESO E OBESIDADE	41
2.3	PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE PARA O INDIVÍDUO COM EXCESSO DE PESO	44
2.4	APOIO TÉCNICO PARA AS AÇÕES DE CONTROLE DA OBESIDADE	47
	REFERÊNCIAS.....	50
	BIBLIOGRAFIA.....	51

3	PROCESSO DE TRABALHO DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NO MANEJO DA OBESIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	53
4	RELATO DAS EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS AO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NO MANEJO DA OBESIDADE	63
	4.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	63
	4.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA	72
	4.2.1 Atenção Especializada Ambulatorial	72
	4.2.2 Atenção Especializada Hospitalar.....	87
	4.3 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	91
	BIBLIOGRAFIA.....	95
5	LIÇÕES APRENDIDAS COM AS EXPERIÊNCIAS: POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES	97
	5.1 PRINCIPAIS DESAFIOS E QUESTÕES PARA REFLETIR	98
	5.2 PRINCIPAIS POTENCIALIDADES E QUESTÕES PARA INOVAR	101
	REFERÊNCIAS	112
	ANEXO A – EQUIPE DE TRABALHO RESPONSÁVEL PELAS EXPERIÊNCIAS.....	113



1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

1.1 PREVALÊNCIA E CUSTO DA OBESIDADE

As grandes mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas nos últimos 50 anos têm por fundamento o envelhecimento populacional, a rápida urbanização e a globalização de estilos de vida pouco saudáveis. Nesse cenário, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são mais prevalentes do que as doenças infecciosas como a principal causa de morbidade e mortalidade, com sobrepeso e obesidade figurando como importantes fatores de risco.

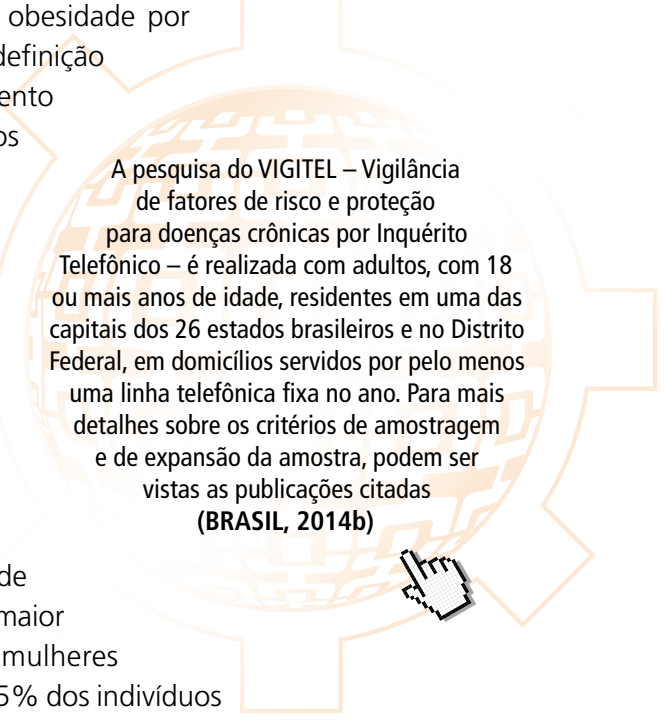
Atualmente, 65% da população mundial vivem em países no qual o excesso de peso acomete mais indivíduos do que o baixo peso. Dados indicam que, em 2007, 72% das mortes ocorridas no País foram atribuídas às DCNT (SCHMIDT et al., 2011). Essas características epidemiológicas são observadas em todos os países de alta renda e na maioria de renda média, como Brasil e México, sendo que, no mundo, 44% da carga de diabetes, 23% da carga de doença isquêmica do coração e entre 7% a 41% de determinados tipos de câncer são atribuídos ao sobrepeso e à obesidade (WHO, 2014). As prevalências de sobrepeso e de obesidade são crescentes em países de baixa e média renda, especialmente em ambientes urbanos. Mais de 30 milhões de crianças com excesso de peso vivem em países em desenvolvimento e 10 milhões nos países desenvolvidos (WHO, 2014).

No Brasil, a evolução do estado nutricional da população é indicativa de importante aumento do excesso de peso, com tendências especialmente preocupantes entre as crianças em idade escolar e adolescentes (IBGE, 2010). A prevalência de excesso de peso em meninos de 5 a 9 anos de idade foi moderada

em 1974-1975 (10,9%), aumentou para 15,0% em 1989 e alcançou 34,8% em 2008-2009. Padrão semelhante de aumento do excesso de peso é observado em meninas: 8,6%; 11,9% e 32,0%, respectivamente. Entre os adolescentes, nos 34 anos decorridos de 1974-1975 a 2008-2009, a prevalência de excesso de peso aumentou em seis vezes no sexo masculino (de 3,7% para 21,7%) e em quase três vezes no sexo feminino (de 7,6% para 19,4%). Entre adultos, a prevalência de excesso de peso aumentou em quase três vezes no sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e em quase duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 48,0%) (IBGE, 2010).

Embora a obesidade seja um problema de saúde em todo o País, conhecer as prevalências de sobrepeso e obesidade por regiões e estados permite uma melhor definição de prioridades, assim como o planejamento de ações de forma regionalizada. Dados baseados em peso e altura referida estão disponíveis por capitais na pesquisa de Vigilância Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, desde 2006.

Os dados mais recentes da Vigitel (BRASIL, 2014b) revelam que, no conjunto dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, a frequência de excesso de peso foi de 50,8% na população, sendo maior entre homens (54,7%) do que entre mulheres (47,4%). Já em relação à obesidade, 17,5% dos indivíduos encontravam-se nessa situação, não diferindo entre os sexos. Pela primeira vez, os dados de excesso de peso e obesidade mantiveram-se estáveis no País, interrompendo o aumento de aproximadamente 1,3% ao ano desde 2006, quando 42,6% dos indivíduos apresentavam excesso de peso e 11,8% obesidade.



A pesquisa do VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico – é realizada com adultos, com 18 ou mais anos de idade, residentes em uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano. Para mais detalhes sobre os critérios de amostragem e de expansão da amostra, podem ser vistas as publicações citadas
(BRASIL, 2014b)

Tabela 1 – Prevalência (%) de excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) entre adultos maiores de 18 anos, segundo sexo e capitais brasileiras – VIGITEL, 2013

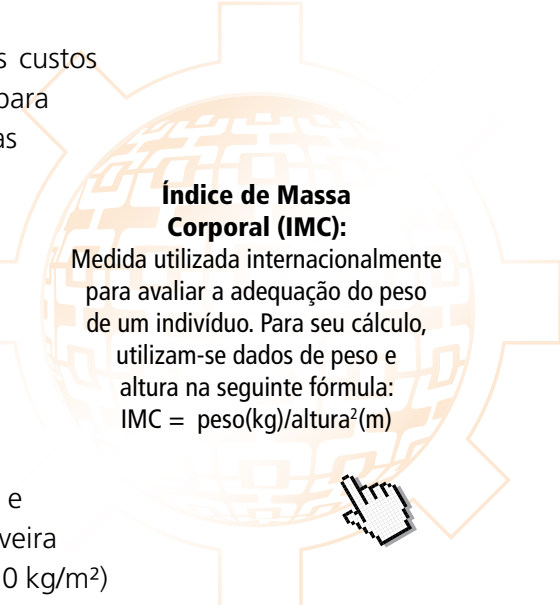
Capitais	Excesso de peso (%)			Obesidade (%)		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
Aracaju – SE	49,1	50,4	48,1	17,5	15,4	18,4
Belém – PA	51,1	55	47,8	15,8	15,9	15,7
Belo Horizonte – MG	47,3	48,4	46,3	14,6	13,7	15,4
Boa Vista – RR	49,5	52,9	46,3	17,3	18,4	16,3
Campo Grande – MS	52,9	55,2	50,9	17,7	14,6	20,5
Cuiabá – MT	54,9	59	51	22,4	21,9	22,8
Curitiba – PR	52,6	57,7	48,3	17,6	18,8	16,6
Florianópolis – SC	48,6	56,5	41,4	15,4	16,4	14,6
Fortaleza – CE	51,3	54,2	48,8	18,1	19,4	17
Goiânia – GO	47,5	51,2	44,3	16,3	18	14,9
João Pessoa – PB	51,3	59,3	44,7	17	15,3	18,3
Macapá – AP	51,9	60,8	43,6	18,3	22,8	14,2
Maceió – AL	52,5	58,4	47,7	18,4	18,8	18,1
Manaus – AM	53	54,1	52	18,8	18	19,5
Natal – RN	52,6	55,8	50	16,6	18,2	15,2
Palmas – TO	48,3	57	40,1	16,8	20,8	13,1
Porto Alegre – RS	54,1	62,1	47,5	17,7	18,5	17,1
Porto Velho – RO	52,9	57	48,5	17,8	19,2	16,3
Recife – PE	50,7	52,9	48,9	18	16,4	19,2
Rio Branco – AC	52,6	57,1	48,5	18,1	16,7	19,3
Rio de Janeiro – RJ	53,1	57,9	49,1	20,7	21,1	20,3
Salvador – BA	47,1	48,9	45,7	14,9	13,1	16,3
São Luís – MA	41,7	44,5	39,4	13,2	12,3	13,9
São Paulo – SP	51,1	54,9	47,7	17,9	17,5	18,2
Teresina – PI	49,1	54,6	44,6	16,2	18,1	14,6
Vitória – ES	48,6	52,6	45,2	16,1	15,9	16,3
Distrito Federal	49	54,9	43,9	15	15,7	14,4

Fonte: (BRASIL, 2014b).

Os dados da Tabela 1 indicam que a capital que apresenta menor prevalência de obesidade é São Luís/MA (13,2%). Capitais como Salvador/BA, Belo Horizonte/MG, Belém/PA, Florianópolis/SC e Distrito Federal apresentaram prevalências de obesidade entre 14% e 15%. Rio de Janeiro/RJ e Cuiabá/MT chegam a ter quase 20,7% e 22,4% de obesos, respectivamente. As demais capitais brasileiras possuem prevalências de obesidade entre 16% a 18%. Situação semelhante à obesidade, a capital brasileira com menor prevalência de excesso de peso (ou seja, somatório das prevalências de sobrepeso e obesidade) é São Luís/MA (41,7%). As capitais com maiores prevalências são Cuiabá/MT (54,9%), Amazonas/AM (53%), Rio de Janeiro/RJ (53,1%) e Porto Velho/RO (52,9%). Os demais estados apresentam prevalências de sobrepeso entre 47% a 52% (BRASIL, 2014b).

Há que se considerar, ainda, que os altos custos associados à obesidade são alarmantes mesmo para nações desenvolvidas. No País, o custo anual das hospitalizações de adultos relacionadas ao excesso de peso e obesidade e às doenças associadas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi similar aos percentuais gastos em países desenvolvidos, embora o custo total com saúde fosse muito maior naqueles países (SICHERI et al., 2007). Mais recentemente, BAHIA et al. (2012) estimaram em US\$ 210 milhões o custo de 18 comorbidades associadas ao excesso de peso e obesidade no SUS. E, em estudo realizado por Oliveira (2013), os custos atribuíveis à obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e à obesidade grave ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) em adultos, no ano de 2011, foram de aproximadamente 0,5 bilhão de reais para o SUS. Destaca-se que, apesar da prevalência de obesidade grave (grau III) ser 18 vezes menor do que a dos outros graus de obesidade (grau I e grau II), seu custo foi proporcionalmente quatro vezes maior.

Conter o crescimento e reduzir as prevalências de sobrepeso e obesidade exige a articulação de diversas ações com níveis de complexidade diferentes, envolvendo mudanças sustentáveis nos ambientes e modos de vida e da população. Para tanto, é fundamental compreender os múltiplos fatores que determinam



Índice de Massa Corporal (IMC):
Medida utilizada internacionalmente para avaliar a adequação do peso de um indivíduo. Para seu cálculo, utilizam-se dados de peso e altura na seguinte fórmula:
$$\text{IMC} = \frac{\text{peso(kg)}}{\text{altura}^2(\text{m})}$$

a obesidade bem como o papel que o SUS deve desempenhar dentro desse contexto, como será visto a seguir.

1.2 DETERMINAÇÃO DA OBESIDADE

Como afirmado na apresentação de abertura da “8ª Conferência Global de Promoção à Saúde”, ocorrida na Finlândia em 2013, a prevenção deve ser o ponto-chave da resposta global às DCNT. Essas doenças e suas causas residem em setores que vão para além do setor Saúde, como foi muito bem diagnosticado pela diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) (CHAN, 2013). **É importante ressaltar o caráter múltiplo e heterogêneo da obesidade.** Envolve não apenas fatores biológicos e de causa individual, mas configura-se como uma integração de fatores históricos, econômicos, sociais e culturais que impactam nas escolhas alimentares, nos alimentos disponibilizados e em toda a cadeia de produção de alimentos, colocando em risco não apenas a situação de saúde dos indivíduos como também a sustentabilidade ambiental, econômica e social, tanto no nível local quanto regional. Como consequência dessa múltipla determinação, o cuidado ao indivíduo obeso extrapola o campo da Saúde, sinalizando a necessidade de articulação intersetorial para a prevenção e o controle da obesidade.

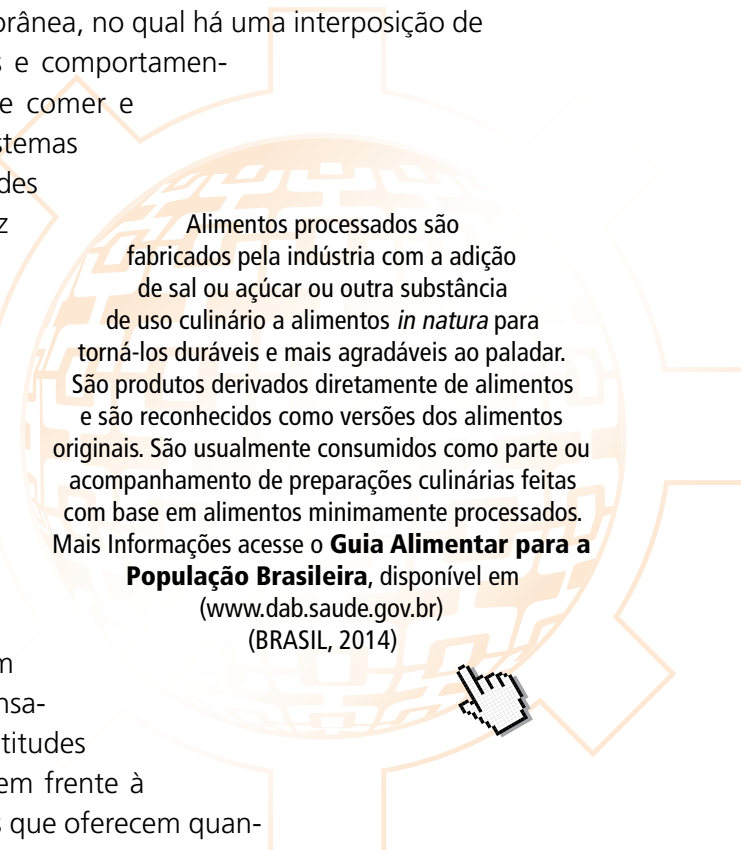
Vários modelos têm sido desenvolvidos contemplando possíveis determinantes da obesidade, sendo muitos deles baseados nas considerações feitas por Mclaughlin e Jordan (1999) e Hartz (1999). Modelos mais abrangentes, particularmente em relação às ações de saúde pública para prevenção e controle do excesso de peso, incluem como importantes variáveis aquelas relacionadas ao ambiente. Eles são chamados de modelos ecológicos e reconhecem a existência de múltiplos fatores em diferentes níveis associados ao ganho de peso (SWINBURN; EGER; RAZA, 1999; BROWN et al., 2007). Os fatores ambientais são considerados fundamentais para a compreensão do excessivo ganho de peso nas populações.

Segundo a OMS, **a obesidade é um agravo multifatorial** que resulta em um desbalanço energético positivo que leva a um acúmulo excessivo de gordura. Sobrepeso e obesidade são os maiores fatores de risco para diversas doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer. Para o controle dessas doenças crônicas, a maior dificuldade deixou de ser o tabaco, assumindo o seu lugar o que é chamado de “Big Food”, “Big Soda” e “Big Alcohol”, ou seja, as indústrias relacionadas à produção e estímulo ao consumo de alimentos, as

bebidas açucaradas e álcool (CHAN, 2013). Antes considerados como problemas dos países desenvolvidos, a obesidade e o sobrepeso têm aumentado vertiginosamente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, estando associados a mudanças sociais, ambientais, econômicas e culturais.

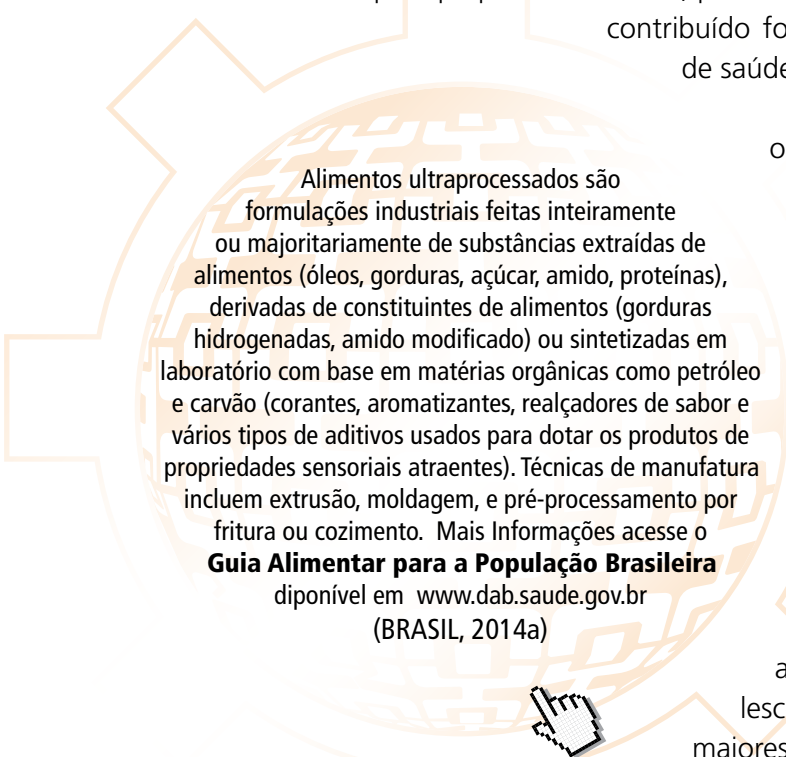
A determinação do sobrepeso e obesidade consiste no conjunto de fatores relacionados ao modo de vida contemporânea, no qual há uma interposição de fatores de ordem individual (biológicos e comportamentais), fatores relacionados ao modo de comer e viver na atualidade e organização dos sistemas alimentares. O modo de vida das sociedades modernas envolve o consumo cada vez maior de alimentos ultraprocessados, energeticamente densos e ricos em açúcares, gorduras e sal em detrimento de alimentos *in natura* ou minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, cereais, castanhas e nozes, associado a uma redução no nível de atividade física tanto no período de trabalho quanto no lazer (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

São diversas as mudanças também relacionadas ao ato de comer e a comensalidade, ou seja, aos comportamentos e atitudes diante do ato de se alimentar. Comer em frente à televisão ou computador, escolher locais que oferecem quantidades ilimitadas de alimentos, comer frequentemente em *fast foods*, comer sem atenção e de maneira rápida são alguns comportamentos que podem levar a um consumo exagerado de alimentos e facilitar o processo de ganho de peso e consequentemente a obesidade. Escolhas alimentares, ambientes e comportamento são elementos que geralmente estão presentes conjuntamente, ou seja, ambientes desfavoráveis reforçam comportamentos inadequados que levam a um padrão alimentar não saudável e consequentemente favorecem o sobrepeso e a obesidade.



Alimentos processados são fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos *in natura* para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar. São produtos derivados diretamente de alimentos e são reconhecidos como versões dos alimentos originais. São usualmente consumidos como parte ou acompanhamento de preparações culinárias feitas com base em alimentos minimamente processados. Mais informações acesse o **Guia Alimentar para a População Brasileira**, disponível em (www.dab.saude.gov.br) (BRASIL, 2014)

A combinação de maior disponibilidade e variedade de produtos ultraprocessados a preços mais baixos e em locais de fácil acesso torna possível que até mesmo os consumidores de menor renda aumentem o seu consumo de energia (WITKOWSKI, 2007). A expansão das oportunidades de emprego, abarcando cada vez mais as mulheres, a redução do tempo disponível para a preparação de alimentos e a substituição das refeições tradicionais por alimentos ultraprocessados de rápido preparo e consumo, porém ricos em sal, açúcar e gorduras, têm contribuído fortemente para os atuais problemas de saúde.



Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Técnicas de manufatura incluem extrusão, moldagem, e pré-processamento por fritura ou cozimento. Mais informações acesse o **Guia Alimentar para a População Brasileira** disponível em www.dab.saude.gov.br (BRASIL, 2014a)

Outro fator que tem afetado tanto os alimentos provenientes do domicílio como os de fora do domicílio é apontado como um facilitador para o aumento do consumo de alimentos e de energia refere-se ao tamanho das porções disponíveis. A prática de oferecer a opção de grandes porções, tanto de alimentos como de bebidas adoçadas e refrigerantes, a um custo adicional mínimo, popularmente conhecido como “*supersizing*”, incentiva as pessoas a consumirem ainda mais, e os adolescentes são os mais susceptíveis a essas maiores porções (WANSINK, 1996; PIERNAS; POPKIN, 2011).

Revisões sistemáticas e metanálises têm avaliado a relação de hábitos como assistir televisão, consumo de álcool e horas de sono insuficiente com o aumento na ingestão de alimentos (CHAPMAN et al., 2012). Esses comportamentos são todos conhecidos por afetar as funções cognitivas envolvidas no controle inibitório, podendo representar mecanismos comuns pelos quais a ingestão alimentar é facilitada. O hábito de assistir televisão, além de caracterizar um comportamento sedentário, estimula o consumo de alimentos com alto teor de energia e baixa densidade de nutrientes, por meio das propagandas, muitas delas destinadas ao

público infantil (WITKOWSKI, 2007). Dietz e Gortmaker (1995), utilizando dados do *National Health And Nutritional Examination Survey* (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL..., 2013), em programa de estudos que avalia o estado nutricional e de saúde da população americana, demonstraram que a prevalência de obesidade aumentou 2% para cada hora adicional de televisão assistida.

Entre os fatores proximais, ou mais biológicos, relacionados à obesidade, destaca-se o envelhecimento, com aumento progressivo da massa gorda com o passar dos anos e a redução progressiva da massa livre de gordura (KYLE et al., 2001; KEHAYIAS et al., 1997). Estudos com homens e mulheres mostraram declínio de massa muscular a uma taxa de, aproximadamente, 1,2 kg/década em homens de idades mais avançadas (STARLING et al., 1999) e em mulheres a massa livre de gordura foi significativamente mais baixa após os 60 anos de idade (KYLE et al., 2001).

Outro importante fator é a paridade, pois as mulheres retêm peso após a gestação, sendo que a obesidade está positivamente associada com o número de filhos (LUOTO; MÄNNISTÖ, RAITANEN, 2011; BOBROW et al., 2013). Programas específicos, devido à alta retenção de peso após a gravidez, devem ser desenvolvidos, e um adequado acompanhamento nutricional na gravidez e no pós-parto é indispensável para evitar o ganho excessivo de peso. Embora, haja evidência de que mulheres que retornam ao seu peso pré-gestacional em seis meses após o parto têm um menor risco para desenvolver excesso de peso dez anos mais tarde (AMORIM et al., 2007), as estratégias adequadas para obter esse desfecho não estão estabelecidas como apresentado em uma revisão de guias para o pós-parto (BUSCHUR; KIM, 2012).

Mesmo os fatores mais biológicos como a gestação e o envelhecimento estão associados à obesidade em cenários nos quais há grande disponibilidade de energia e baixo estímulo ao gasto energético. Ou seja, o processo de desenvolvimento atual envolve mudanças econômicas e sociais que afetam tanto o consumo de alimentos quanto o gasto energético, facilitando e amplificando a obesidade principalmente nos grupos biológicos de maior risco. Com o crescimento das economias, os empregos normalmente requerem menor gasto de energia devido à mecanização e à difusão das novas tecnologias, além da maior disponibilidade de transporte mecanizado para o deslocamento da população (HOFFMAN, 2000).

A alteração no padrão de consumo alimentar bem como o aumento da prevalência de doenças crônicas, sobrepeso e obesidade ocorrem em um contexto de mudanças também do sistema alimentar, no qual o modo de se produzir, abastecer, distribuir, comercializar e consumir se encontram majoritariamente orientados para uma lógica de aumento da produtividade e lucro, impactando, por outro lado, negativamente não apenas nos alimentos disponibilizados (ultraprocessados em sua maioria) como no meio ambiente, na distribuição

das riquezas e das terras, nas relações sociais e relações de emprego. Nesse sentido, segundo Krieger (2011), não são os fatores da dieta, como os carboidratos ou a gordura, ou o sedentarismo apenas que devem ser verificados, mas as condições de trabalho, moradia, segurança, rede de abastecimento e globalização que explicam os fatores proximais que, usualmente, incluímos nos modelos causais das doenças e agravos à saúde.



Visando reunir esforços e trabalhar conjuntamente para implementar ações voltadas à promoção da alimentação saudável, nas escolas da rede privada de ensino, o governo federal induz a promoção de cantinas saudáveis, ofertando um curso, material educativo e um *site* com informações e troca de experiências para a mudança do ambiente.

Mais informações acesse:
www.cantinasaudavel.com.br

Identificar que a obesidade é resultado de uma complexa interação entre o meio ambiente, contextos e interações sociais, questões econômicas, sistemas alimentares, predisposição genética e comportamento humano que demandam o estabelecimento de ações que atinjam tanto o nível individual, trabalhando a educação alimentar e nutricional, orientando

melhores escolhas alimentares, como ações que contribuam na construção de ambientes mais saudáveis, ações que favoreçam o acesso e a escolha de alimentos saudáveis, estímulo ao compartilhamento das refeições, resgate e valorização da culinária tradicional, desenvolvimento de modos de produção ambiental e socialmente sustentáveis, regulação e controle dos alimentos, políticas públicas de promoção da saúde e atenção integral aos indivíduos que apresentam sobrepeso e obesidade, garantindo a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

Diante disso, fica claro que o enfrentamento da obesidade demanda ações intersetoriais capazes de influenciar os diversos determinantes relacionados, atuando de maneira articulada e conjunta para o manejo e o controle dessa condição.

É nesse contexto que a **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade**, organizada pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CÂMARA INTERMINISTERIAL..., 2014), foi lançada, buscando orientar e estimular ações para prevenção e controle da obesidade da população brasileira.

O presente trabalho situa-se justamente no aspecto da atenção integral aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, buscando identificar ações inovadoras e modos de organização dos serviços do SUS que fortaleçam e qualifiquem a atenção à população, garantindo o acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno e com estrutura adequada, a fim de assegurar a integralidade e a longitudinalidade do cuidado ao indivíduo com sobrepeso e obesidade.

1.2.1 Aprofundando o tema da obesidade como problema social

A proposta de elaborar um texto sobre os **determinantes sociais da obesidade** sugere a necessidade de exercitar a prática da interdisciplinaridade e, por extensão, o estudo interdisciplinar. Fácil de falar, mas difícil de realizar, essa proposta se torna um desafio para os autores do campo da Saúde, especialmente quando estão centrados na singularidade dos determinantes biológicos (CANESQUI; GARCIA, 2005). A compreensão da obesidade enquanto um problema social exige empreender esforços de aproximação das abordagens que propõe a aproximação de zonas de fronteiras disciplinares (GRACIA, 2009; CONTRERAS; GRACIA, 2011; GRACIA, 2012).

Estudos de abordagem crítica sobre a determinação cultural e social da obesidade ainda não compõem um conjunto vasto na literatura do campo da Saúde. No entanto, são ainda mais escassos estudos que consigam conjugar diferentes opiniões sobre o problema, impedidos, muitas vezes, pelas divergências de interesses dos atores sociais envolvidos nas discussões e pelas distintas propostas metodológicas, que não favorecem as múltiplas contribuições e visões sobre o problema serem complementares (MESSER, 1995; MINAYO; MINAYO-GOMÉZ, 2003).

Muitos avanços têm sido observados na literatura sobre a obesidade no sentido de valorização dos estudos que concebem a alimentação ou as práticas alimentares como forma de expressão e comunicação que devem ser levados em consideração na prática clínica (MEETOO, 2004; FOLTA et al., 2008; BALCOU-

DEUBUSSCHE; DEBUSSCHE, 2009; BARRE et al., 2011; BISOGNI et al., 2012; DIMITROPOULOS et al., 2012). No entanto, as contribuições das pesquisas do campo das ciências humanas, que há muito tempo vêm se dedicando a identificar os inúmeros significados atribuídos e construídos ao longo da história das sociedades sobre a alimentação, o corpo e os processos de adoecimento, poderiam ser mais explorados para enriquecer ainda mais a compreensão sobre os determinantes da obesidade, como um problema que não é só do setor Saúde (GRACIA, 2009; BEAGAN; CHAPMAN, 2012).

Nesse sentido, a presente contextualização dos determinantes da obesidade buscou ampliar a discussão fundamentada na hipótese de que ela é uma manifestação do corpo e da mente, do biológico, do psicológico e social, ao mesmo tempo individual e coletiva, como muitas das manifestações dos agravos à saúde como delineado por Saraceno (2008), em literatura do campo da Saúde Mental. A obesidade é a manifestação de um fenômeno cultural da atualidade e ao mesmo tempo um reflexo do passado (CARVALHO; MARTINS, 2004). Justifica-se, portanto, a necessidade de empreender investigações interdisciplinares que possam ampliar a compreensão em torno da contextualização da obesidade enquanto problema social.

Para tratar do tema obesidade e, por extensão, a questão da alimentação, nos seus aspectos socioculturais, tomamos como referência conceitual a proposta de Alves (2010), que aborda a cultura como um fenômeno que resulta de processos ativos de produção de comportamentos, valores e princípios. A **cultura** constitui-se nas relações dos agentes (atores) sociais – relações materiais e sociais, constituídas de historicidade (temporalidade) pelos sujeitos em seu lugar de origem e no mundo (ALVES, 2010).

Esse conceito de cultura nos apoia para aceitar e entender que ao longo da história o padrão de saúde e beleza muda de acordo com a aculturação dos grupos sociais em permanentes processos de adaptação. As mudanças alimentares, entre outras questões correlatas, são constantemente observadas por meio das gerações e descritas em muitos estudos etnográficos (CASCUDO, 2004; MILLÁN, 2005; FREITAS et al., 2008; SANTOS, 2008; ARAUJO, 2012).

Na atualidade, como consequência das formas de organização das sociedades, resguardadas suas diferenças, semelhanças são possíveis de serem observadas, tais como a progressão do individualismo, a medicalização e as crises econômicas globais, que refletem em maneiras especializadas e particulares das

peessoas se relacionarem com os alimentos, seja por razões biomédicas, socioculturais ou econômicas (GRACIA-ARNAIZ, 2007). A **padronização da alimentação** e dos gostos debatida na literatura, provocada pela crescente globalização, vem acompanhada de manifestações singulares de se alimentar: dietas mais ou menos restritivas por razões médicas, restrições alimentares por motivos religiosos, estéticos, estética laboral (profissionais da moda, dançarinos, fisiculturistas etc.), ou ainda por consequência das condições econômicas precárias vivenciadas por grupos populacionais em várias regiões do mundo (GARCIA, 1997; ORTIGOZA, 1997; GARCIA, 2003; CANESQUI, 2005; GRACIA-ARNAIZ, 2010).

O **comer sozinho**, como uma das marcas de nosso tempo, ao lado da padronização globalizante, implica seleções de alimentos, nas formas de cozinhá-los e consumir os alimentos, justificadas por necessidades, conhecimentos, atitudes e constrangimentos, mais os menos específicos que interferem nas relações sociais permeadas pela comensalidade. Essas “novas” formas de comer pressupõem diferentes tipos e graus de exclusão ou distanciamento das tradições alimentares, das formas de preparar os alimentos, as quais não se encaixam com as “escolhas” individuais (GALLIAN, 2007).

Além da individualização, como fenômeno atual do modo de comer, **a substituição do consumo de alimentos tradicionais por alimentos industrializados** é também um dos determinantes da obesidade. O abandono da alimentação tradicional é resultado das formas de sociabilidade das nossas sociedades, referida por Gallian (2007) como “a desumanização do comer”, num sentido antropológico do processo de socialização do homem, mediado pela comida.

O predomínio no campo da Saúde de uma racionalidade em que se costuma reconhecer os aspectos culturais e sociais como variáveis estatísticas na determinação da obesidade identificam os alimentos como um fator possível de ser controlado, e apontam para as mudanças de hábitos alimentares, por meio de disciplina em programas de prevenção e tratamento da obesidade ou mesmo como meio de alcançar a boa forma (SUDO; MADEL-LUZ, 2007; YOSHINO, 2007; FERREIRA, 2008). Trata-se de um enfoque que carece de amplitude na forma de conceber a alimentação como uma manifestação cultural e psicológica do indivíduo, da maneira como ele se relaciona com o seu núcleo familiar, seu meio social, étnico, manifestado de forma distinta em contextos específicos (CONTRERAS, 2005; GRACIA, 2005; GALLIAN, 2007).

Estudos (POULAIN; PROENÇA, 2003; POULAIN, PROENÇA; DIEZ-GARCIA, 2011), dedicados a identificar modelos metodológicos de investigação do consumo alimentar, apontam que uma das suas possibilidades é o estudo das **representações simbólicas da alimentação**, a qual possibilita acessar um conjunto de núcleos de sentido, mais ou menos conscientes. As pessoas expressam em suas ações os sistemas de representações sobre o comer e a comida, que se estruturam e se organizam em sua mente, dinamicamente (POLAIN; PROENÇA, 2003). Assim, as práticas alimentares, termo cunhado pelos estudos de antropologia e sociologia, comportam questões do contexto social e cultural, historicamente constituídos. Nesse sentido, a cultura alimentar é entendida como um conjunto de crenças, normas e valores, e a ideologia como formas de pensar socialmente produzidas, e encontra-se no centro de determinação das práticas alimentares (CANESQUI, 2005).

A cultura, coletivamente produzida, é o núcleo de compreensão das práticas alimentares, contudo, autores dessa abordagem reconhecem a cultura como expressão também de conteúdos da subjetividade humana (MATTHIEU, 2005; CANESQUI, 2007). Para Matthieu (2005), a imagem do corpo e seu domínio relativo ocupa um lugar importante na relação do indivíduo consigo mesmo. O ato de comer é uma forma de demonstrar a relação que estabelecemos conosco, individualmente ou no coletivo (MATTHIEU, 2005). O termo “comportamento alimentar”, como uma sistematização do campo da psicologia, expressa dimensões de como as pessoas elaboram mentalmente seus atos de comer e realizam suas escolhas alimentares. Porém, este não se restringe ao indivíduo, pois não se vive só e o comportamento alimentar se expressa como reflexos das e nas relações com o outro (GARCIA, 1994).

O **sistema hedônico** é um termo utilizado para designar o uso de alimentos como forma de suportar os problemas emocionais na vida adulta, que se vincula diretamente ao ganho de peso e reflete na determinação da necessidade calórica (SHARMA; PADWAL, 2010). Comer em reposta ao estresse, às frustrações, à solidão, à ansiedade, à raiva, ao desgosto, ao medo, à gratidão, comer como diversão e tudo que possa significar desinibição, com escolhas de alimentos de alta palatabilidade são preferenciais nos sistemas hedônicos de hiperfagia, com alta densidade calórica e que geram conforto. O uso de álcool e drogas que ativam a desinibição colabora com essa hiperfagia. A história pessoal do uso dessas substâncias psicoativas pode estar na base da delimitação da

obesidade, em grupos populacionais específicos em situação de maior exposição (SHARMA; PADWAL, 2010).

Na complexa dinâmica de determinação da obesidade são passíveis de observação as pressões sociais para a **padronização do corpo magro** como símbolo de saúde e beleza. Essa pressão social e cultural manifestada de diversas formas, mas principalmente com o preconceito às pessoas com excesso de peso, tem sido capitaneada pelos interesses econômicos de determinados setores da sociedade de produção e consumo, que se utiliza da mídia e esta se aproveita de um discurso biomédico para justificar o combate à obesidade. O setor Saúde, no entanto, que se ocupa e se preocupa com a obesidade como problema de saúde pública, convive com o crescente “comércio” da saúde, representado por grupos que obtêm lucros nos mais variados produtos e serviços para “prevenir e curar” a obesidade, manter os corpos magros, jovens, saudáveis, belos e firmes (YOSHINO, 2007; EVANS; COLLS, 2009; BISOGNI et al., 2012; SIMÓ, 2012).

Para Sharma e Padwal (2010), em artigo dedicado a uma discussão do manejo da obesidade no contexto da saúde, as avaliações sobre seus determinantes exigem estudos sistemáticos dos fatores que potencialmente afetam o consumo de energia, o metabolismo e o gasto energético. Os autores reforçam a ideia de que o manejo da obesidade requer a exploração de determinantes psicológicos, socioculturais e também das doenças associadas ao ganho excessivo de peso, que vai contra a proposta simplista de “como menos e mexa-se mais” ou os tratamentos centrados na redução de calorias e aumento da atividade física, com reconhecido insucesso (SHARMA ; PADWAL, 2010).

Destaca-se que muitos são os **determinantes socioculturais** que estão na base de um comportamento de “comer muito” ou “comer em excesso” ou “comer alimentos que contenham muitas calorias”. A facilidade de compras de alimentos de fácil preparo e fácil consumo, ricos em teor calórico, assim como a exposição à propaganda de alimentos ou às pressões sociais e culturais, principalmente entre os mais jovens, mas também entre grupos laborais que trabalham e ao mesmo tempo realizam refeições (executivos e intelectuais, como exemplo), associados à forte tendência de comer fora do domicílio, favorecem um tipo de comportamento alimentar que facilita o comer muito, com maior ou menor grau de dependência de conhecimento sobre os nutrientes e sobre a alimentação saudável (SHARMA; PADWAL, 2010; ARAUJO, 2012).

Peña et al. (2012) ao discutirem sobre os **determinantes culturais e étnicos** relacionados à obesidade infantil nos Estados Unidos indicaram que esses elementos contribuem fortemente para explicar as disparidades e as desigualdades do excesso de peso entre crianças de origens étnicas distintas. Reconhece-se que a cultura pode influenciar na percepção dos pais em relação à condição de saúde de seus filhos. Mulheres afro-americanas apresentam diferentes percepções sobre o que consideram corpo saudável e relacionam o corpo magro à subnutrição e disponibilidade alimentar insuficiente. Diferentes grupos étnicos podem apresentar reações contrárias à manutenção do peso dentro dos parâmetros de normalidade, assim como, às recomendações de adotar a alimentação saudável, por tratar-se de um tipo de comida que não faz parte de sua identidade racial (ANTIN; HUNT, 2012).

Diante da importância que as questões socioculturais ocupam na determinação da obesidade, o seu manejo, na opinião de Peña et al. (2012), especialmente no atendimento de crianças com excesso de peso na Atenção Básica, deve estar voltado para o reconhecimento das características étnicas sociais e culturais do grupo populacional que a criança ou adolescente pertence. A investigação clínica deve valorizar a influência das escolhas alimentares da família no início da infância e as atitudes dos pais em relação à alimentação, à autoimagem, à qualidade do sono. O aconselhamento sobre o tempo dedicado à recreação eletrônica, como exemplo, televisão, videogame, computador, entre outros, deve ser cuidadoso (PEÑA et al., 2012).

A pesquisa de Font et al. (2010), sobre os determinantes sociais e econômicos da obesidade, comparou dois contextos históricos distintos em dois países do Mediterrâneo (Espanha e Itália). Os autores trazem à tona a importância das **normas culturais ou sociais** e outros padrões que sustentam a formação regional de comportamentos de saúde como principais determinantes da obesidade e excesso de peso. Novos estilos de vida resultantes da modernização e da adaptação à globalização são diferentes entre os países (FONT et al., 2012).

No referido estudo, Font et al. (2010) identificaram que, no início dos anos 2000, a Espanha apresentou um crescimento maior dos índices de obesidade do que a Itália, com níveis de desemprego também mais elevados. Com maior insegurança no emprego e jornadas de trabalho mais elevadas, foram os espanhóis que possivelmente responderam ao processo de liberalização econômica,

com ajustes mais apertados para fazer frente ao moderno estilo de vida (FONT et al., 2010).

Alinhadas com esses trabalhos prevalecem as abordagens que compreendem a obesidade como um problema social que tem determinações mais centradas nas normas sociais que desencadeiam ganho de peso excessivo (CONTRERAS, 2005; BISOGNI et al., 2012; PEÑA et al., 2012; ANTIN; HUNT, 2012; SIMÓ, 2012). **O peso corporal saudável depende de gatilhos culturais ou ambientais que produzem efeitos sobre a saúde individual, tais como as condições de segurança, as características do comércio local e global de alimentos, a qualidade e acesso ao transporte coletivo, acesso à recreação, serviços e apoio social e educacional, entre outros aspectos do contexto que modulam as práticas e estilos de vida atual (FONT et al., 2010).**

A presente discussão sobre determinantes da obesidade exige envolver diversos setores da sociedade para o debate de programas e políticas, em permanente elaboração, considerando que o diálogo e a participação de diferentes setores da sociedade demandam dinâmicas singulares e mutáveis. Salientamos nesse texto, com contribuições da literatura, a importância da reflexão, da discussão e da contextualização da obesidade enquanto manifestação de um fenômeno contemporâneo, que reafirma a necessidade de aproximações interdisciplinares, mesmo que o ponto de partida seja o campo da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C. Origens e constituição científica da cultura. In: ALVES, P. C. (Org.). **Cultura: múltiplas leituras**. Salvador: Edusc; Edufba, 2010. p.21-48.
- AMORIM, A. R.; LINNE, Y. M.; LOURENCO, P. M. Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth. **Cochrane Database Syst Rev.**, [S.l.], v. 3, CD005627, July 2007.
- ANTIN, T. M. J.; HUNT, G. Food choice as a multidimensional experience. A qualitative study with young African American women. **Appetite**, [S.l.], v.58, p.856-863, 2012.
- ARAÚJO, M. P. N. **Do outro lado da linha**: desvelando as condições para alimentação e seus significados no contexto do trabalho em telemarketing. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012.
- BAHIA, L. et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. **BMC Public Health**, [S.l.], v. 12, p. 440, June 2012.
- BALCOU-DEBUSSCHE, M.; DEBUSSCHE, X. Hospitalization for Type 2 Diabetes: the effects of the suspension of reality on patients' subsequent management of their condition. **Qualitative Health Research**, V.19, n.8, p. 1100-1115, 2009.
- BARRE, L. K. et al. Healthy eating in persons with serious mental illnesses: understanding and barriers. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Washington, DC, v. 34, n. 4, p. 304-310, 2011.
- BEAGAN, B. L. E.; CHAPMAN, G. E. Meanings of food, eating and health among African Nova Scotians: 'certain things aren't meant for Black folk'. **Ethnicity & Health**, [S.l.], v. 17, n. 5, p. 513-529, 2012.
- BISOONI, C. A. et al. How people interpret healthy eating: contributions of qualitative research. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, [S.l.], n. 21, v. 9/10, p. 1355-1363, 2012.
- BOBROW, K. L. et al. Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study. **International Journal of Obesity**, London, v. 37, n. 5, p. 712-717, May 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2014b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- BROWN, T.; KELLY, S.; SUMMERBELL, C. Prevention of obesity: a review of interventions. **Obesity Reviews**, [S.l.], V. 8, Suppl. 1, p. 127-130, Feb. 2007.
- BUSCHUR, E.; KIM, C. Guidelines and interventions for obesity during pregnancy. **International Journal Gynaecology & Obstetrics**, [S.l.], v. 119, n. 1, p. 6-10, Oct. 2012.
- CANESQUI, A. M. (Org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2007.

- CANESQUI, A. M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 167-210.
- CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- CARVALHO, M. C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.
- CASCUDO, L. C. **História da alimentação no Brasil**. São Paulo: Global, 2004.
- CHAN, M. **Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion Helsinki**, Finland 10 June 2013. Disponível em: <www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/index.html>. Acesso em: 12 July 2013.
- CHAPMAN, C. D. et al. Lifestyle determinants of the drive to eat: a meta-analysis. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 96, n. 3, p. 492-497, Sept. 2012.
- CONTRERAS, J. H. La obesidad: uma perspectiva sociocultural. Zinak. **Cuadernos de Antropologia-Etnografia**, [S.l.], v. 27, p. 31-52, 2005.
- CONTRERAS, J. H.; GRACIA, M. **Alimentação, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- DIETZ, Jr W. H.; GORTMAKER, S. L. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. **Pediatrics**, Elk Grove Village, IL, v. 75, n. 5, p. 807-812, May 1985.
- DIMITROPOULOS, G. et al. Navigating the transition from pediatric to adult eating disorder programs: perspectives of service providers. **International Journal Eating Disorders**, [S.l.], v. 45, n. 6, p. 759-767, 2012.
- EVANS, B.; COLLS, R. Measuring fatness, governing bodies: the spatialities of the Body Mass Index (BMI) in anti-obesity politics. **Antipode**, [S.l.], v. 4, n. 5, p. 1051-1083, 2009.
- FERREIRA, F. R. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 47-83, 2008.
- FOLTA, S. C. et al. Factors related to cardiovascular disease risk reduction in midlife and older women: a qualitative study. **Preveting Chronic Disease**, Clifton Road Atlanta, v. 5, p. 1-9, 2008.
- FONT, J. C.; FABRI, D.; GIL, J. Decomposing cross-coutry differences in levels of obesity and overweight: does the social enviromment matter? **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 70, n. 8, p. 1185-1193, 2010.
- FREITAS, F. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- GALLIAN, D. M. C. A desumanização do comer. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 179-184, 2007.

GARCIA, R. W. D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 455-467, 1997.

_____. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 4, p. 483-492, 2003.

_____. Representações sociais da comida no meio urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. **Cadernos de Debate**, Campinas, v. 2, p. 12-40, 1994.

GRACIA, M. A. (Ed.). **Alimentación, salud y cultura**: encuentros interdisciplinarios. Tarragona: Publicaciones URV, 2012.

_____. Comer mucho, comer poco, no comer: razones culturales para la anorexia nerviosa. In: MILLÁN, A. A. F. (Comp.). **Arbitrario cultural**: racionalidad y irracionalidad del comportamiento comensal. Homenaje a Igor de Garine. Barcelona: La Val de Onsera, 2005. p. 51-64.

_____. La emergencia de las sociedades obsogénicas o de la obesidad como problema social. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 5-18, 2009.

GRACIA-ARNAIZ, M. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. **Salud Pública de México**, Morelos, n. 49, v. 3, p. 236-242, 2007.

_____. Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. **Appetite**, [S.l.], v. 55, n. 2, p. 219-225, 2010.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HOFFMAN, D. J. **Obesity in developing countries**: causes and implications, FAO Corporate Document Repository. 2000. Disponível em: <www.fao.org/DOCREP/003/Y0600M/y0600m05.htm>. Acesso em: 29 jun. 2013.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

KEHAYIAS, J. J. et al. Total body potassium and body fat: relevance to aging. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, MD, v. 66, n. 4, p. 904-910, Oct. 1997.

KRIEGER, N. **Epidemiology and the people's health**: theory and context. Boston: Oxford University Press, 2011.

KYLE, U. G. et al. Age-related differences in fat-free mass, skeletal muscle, body cell mass and fat mass between 18 and 94 years. **European Journal of Clinical Nutrition**, [S.l.], v. 55, n. 8, p. 663-672, Aug. 2001.

LUOTO, R.; MÄNNISTÖ, S.; RAITANEN, J. Ten-Year Change in the Association Between Obesity and Parity: results from the National FINRISK Population Study. **Gender Medicine**, [S.l.], v. 8, n. 6, p. 399-406, Dec. 2011.

MATTHIEU, L. Dietética y reflexividad el cuidado de sí mismo contemporáneo. In: MILLÁN, A. A. F. (Comp.). **Arbitrario cultural**: racionalidad y irracionalidad del comportamiento comensal. Homenaje a Igor de Garine. Barcelona: La Val de Onsera, 2005. p. 83-94.

McLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Logic models: a tool for telling your programs performance story. **Evaluation and program planning**, [S.l.], v. 22, issue 1, p. 65-72, 1999.

MEETOO, D. Dietary pattern of self-care among Asian and Caucasian diabetic patients. **British Journal of Nursing**, London, v. 13, p. 1074-1078, 2004.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MESSER, E. Perspectivas antropológicas sobre la dieta. In: CONTRERAS, J. H. (Comp.). **Alimentación y cultura**: necesidades, gustos y costumbres. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1995. p. 28-81.

MILLÁN, A. A. F. (Comp.). **Arbitrario cultural**: racionalidad y irracionalidad del comportamiento comensal. Homenaje a Igor de Garine. Barcelona: La Val de Onsera, 2005.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GOMÉZ, C. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de Saúde. In: GOLDEMBER, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-142.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia**: Systematic Review. Melbourne, 2013.

OLIVEIRA, M. L. **Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2013. 95 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ORTIGOZA, S. A. G. O fast food e a mundialização do gosto. **Cadernos de Debate**, Campinas, v. 5, p. 21-45, 1997.

PEÑA, M. M.; DIXON, B.; TAVERAS, E. M. Are you talking to ME? The importance of ethnicity and culture in childhood obesity prevention and management. **Child Obesity**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 23-27, 2012.

PIERNAS, C.; POPKIN, B. M. Increased portion sizes from energy-dense foods affect total energy intake at eating occasions in US children and adolescents: patterns and trends by age group and sociodemographic characteristics, 1977-2006. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, MD, v. 94, n. 5, p. 1324-1332, Nov. 2011.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 365-386, 2003.

POULAIN, J.; PROENÇA, R. P. C.; DIEZ-GARCIA, R. W. Diagnóstico das práticas e comportamento alimentares: aspectos metodológicos. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M.

Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 149-163.

SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida:** um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo. Salvador: EDUFBA, 2008.

SARACENO, B. Cuatro dilemas en salud mental. In: COMELLES, J. M.; BERNAL, M. **Salud mental, diversidad y cultura.** Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2008. (Estudios, 40).

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO E SILVA G. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 2011.

SHARMA, A. M.; PADWAL, R. Obesity is a sign- over-eating is a symptom: a etiological framework for the assessment and management of obesity. **Obesity Reviews**, [S.l.], v. 11, n. 5, p. 367-370, 2010.

SICHIERI, R.; NASCIMENTO, S.; COUTINHO, W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Campinas, v. 23, n. 7, p. 1721-1727, 2007.

SIMÓ, M. L. M. La obesidad como problema social. Los limites entre lo que ES saludable y lo que es estético. In: GRACIA, M. A. (Ed.). **Alimentación, salud y cultura:** encuentros interdisciplinares. Tarragona: Publicaciones URV, 2012. p. 321-338.

STARLING, R. D.; ADES, P. A.; POEHLMAN, E. T. Physical activity, protein intake, and appendicular skeletal muscle mass in older men. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, MD, v. 70, n. 1, p. 91-96, July 1999.

SUDO, N.; MADEL-LUZ, T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1033-1040, 2007.

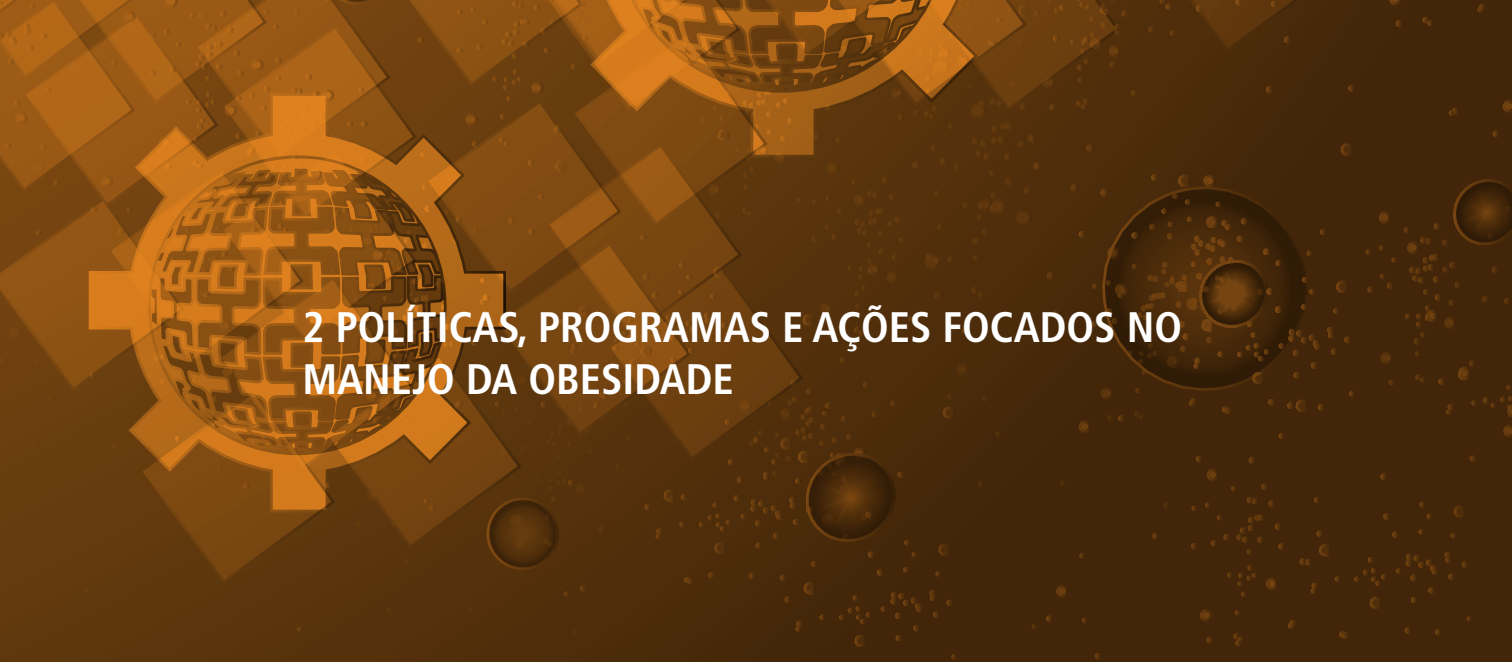
SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive Medicine**, [S.l.], v. 29, n. 6, p. 563-570, Dec. 1999.

WANSINK, B. Can package size accelerate usage volume? **Journal of Marketing**, Chicago, v. 60, p. 1-14, July 1996.

WITKOWSKI, T. H. Food Marketing and Obesity in Developing Countries: analysis, ethics, and public policy. **Journal of Macromarketing**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 126-137, June 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and Overweight.** Fact Sheet Nº 311. Aug. 2014. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acesso em: 30 jun. 2014.

YOSHINO, N. L. O corpo “em excesso” e o culto da “boa forma”. In: CANESQUI, AM (Org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos.** São Paulo: Hucitec; FAPESP, 2007. p. 111-127.



2 POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES FOCADOS NO MANEJO DA OBESIDADE

2.1 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1.1 Superando a fragmentação da atenção à saúde

O País, nas últimas décadas, vivencia uma situação complexa de transição em que diversos problemas de saúde devem ser equacionados. Observa-se a transição demográfica caracterizada pelo envelhecimento populacional, a transição nutricional com importantes reduções nas taxas de desnutrição e aumento acentuado da obesidade, e a transição epidemiológica com elevação da prevalência de DCNT, como enfermidades do aparelho circulatório, câncer e diabetes, e minoração das doenças infecciosas. Destaca-se, no entanto, que todas essas transições, principalmente a epidemiológica e a nutricional, caracterizam-se pela coexistência de dupla carga de problemas, como a desnutrição e a obesidade no caso da transição nutricional, e as doenças infecciosas e DCNT no caso da epidemiológica (BARRETO; CARMO, 2007; MALTA; MERHY, 2010).

As mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais ocorridas no Brasil, desde o século XIX, trouxeram à tona a necessidade de transformações na vida do indivíduo e da sociedade, necessitando de modificações no modo de vida e saúde da população. No País, a construção de uma nova visão de produção do cuidado para a população significou pensar na redemocratização da saúde e de um sistema de saúde único, inclusivo e resolutivo. Os determinantes sociais da obesidade mostram a complexidade do problema a ser abordado pelo sistema de

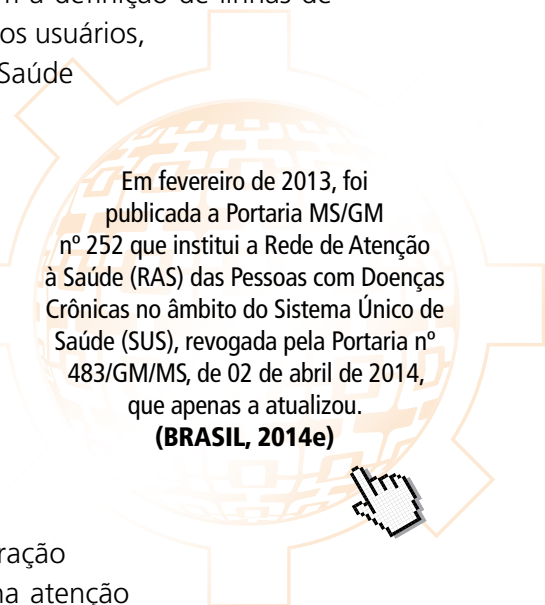
saúde, não podendo ser esquecidos mesmo quando o objetivo é discutir ações que possam ser incorporadas ao SUS.

Hoje, o desafio é superar o modelo biomédico que vê o indivíduo e organiza o cuidado de maneira fragmentada, propondo inovações e um novo olhar aos indivíduos dentro da atenção à saúde no SUS. O modelo de atenção atualmente proposto pelo SUS preconiza uma contraposição ao modelo vigente, que ainda se mantém centrado na doença, e em especial no atendimento à demanda espontânea, ou seja, meramente reativo perante a uma determinada situação, o que não responde plenamente às demandas desse cenário de transição.

O modelo de atenção à saúde prevalente parece não atingir, na maioria das vezes, a resolatividade adequada dos problemas de saúde, principalmente aqueles de ordem crônica (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004). A concepção reducionista de saúde, ou seja, a mera ausência de doença parece, ainda, sobressair sobre o objetivo da promoção da saúde, por parte tanto dos usuários quanto dos profissionais (HEIDMANN et al., 2006). Diante dessa situação, observa-se a urgência em se reorganizar os serviços públicos de saúde, a partir da instituição de redes integradas e regionalizadas, com a definição de linhas de cuidado pautadas na demanda e nas necessidades dos usuários, e que integrem os diferentes níveis da Atenção à Saúde (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

A **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão à saúde, e aperfeiçoar o funcionamento do SUS visando assegurar ao usuário o cuidado integral. A RAS é definida como arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações e densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Dessa forma, ela objetiva promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde pautados na atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de possibilitar



Em fevereiro de 2013, foi publicada a Portaria MS/GM nº 252 que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela Portaria nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014, que apenas a atualizou.
(BRASIL, 2014e)

o melhor desempenho do SUS, em relação ao acesso, à equidade, à eficácia clínica e sanitária e à eficiência econômica.

A RAS caracteriza-se por (BRASIL, 2010; 2011a):

- Ações e serviços de saúde articulados de forma complementar e territorial, com formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, considerando a Atenção Básica à Saúde como o centro de comunicação.
- Centralidade nas necessidades de saúde da população.
- Responsabilização pela atenção contínua e integral.
- Cuidado interdisciplinar.
- Compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos pactuados.

A RAS fundamenta-se na compreensão da **Atenção Básica à Saúde** como primeiro nível de atenção, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os demais pontos da rede de atenção. A Atenção Básica (AB), dessa forma, é primordial para o funcionamento das RAS, sendo o centro de comunicação, porta de entrada preferencial, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS (BRASIL, 2010; 2011a). No SUS, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Nesse sentido, os **pontos de atenção à saúde** são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular do cuidado. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Academias da Saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), as residências terapêuticas, entre outros. Ressalta-se que os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

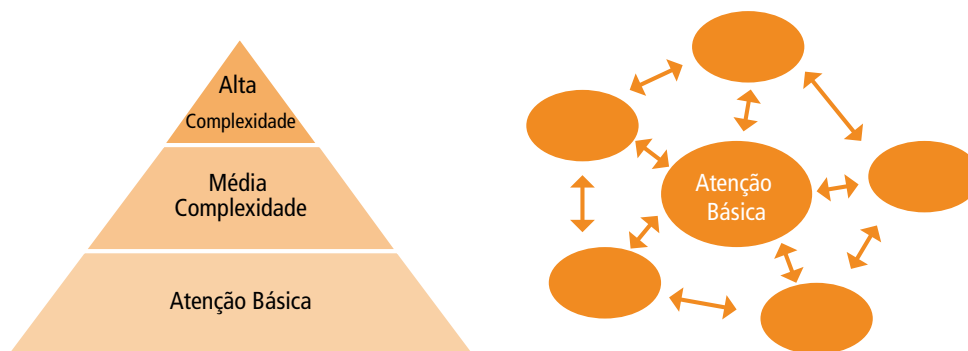
Como mostra a Figura 1, ao se comparar o modelo tradicional de atenção à saúde com a atenção organizada em Rede, destaca-se que a atenção fragmentada é representada por uma pirâmide dividida em três níveis de atenção. Esse modelo buscou implementar a racionalidade do atendimento ao propor um

fluxo ordenado do usuário de baixo para cima e de cima para baixo, mediante a referência e contrarreferência. Essa organização do sistema de saúde previa que as necessidades dos indivíduos fossem atendidas em espaços com tecnologias adequadas de acordo com suas características (CECÍLIO, 1997).

Entretanto, observou-se que os vários níveis da pirâmide não representavam a realidade, pois a AB não representava a única “porta de entrada” dos usuários, sendo as unidades de pronto atendimentos lotadas um exemplo. Ademais, evidenciava-se que a AB não conseguia se responsabilizar pela população adstrita, ao verificar que a lotação nos pronto atendimentos estava geralmente relacionada a uma maioria de casos que poderia ser solucionada na AB. O acesso aos serviços especializados (média complexidade) também era bastante difícil, com filas de espera extensas, potencializadas por usuários que igualmente poderiam ser acompanhados na AB (CECÍLIO, 1997). Diante desse panorama foram propostos novos fluxos de atendimentos em rede, construídos a partir das necessidades dos usuários e de um sistema mais humanizado (Figura 1).

O **sistema de saúde em rede** associa-se melhor a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída, ampliando as possibilidades de acesso. Como exemplo, pode-se pensar esta rede no atendimento a um usuário hipertenso que necessita de apoio e acompanhamento sistematizado, e que tenha procurado atendimento em um pronto-atendimento. Um sistema de rede prevê que ele já saia do pronto-atendimento com uma consulta agendada na Atenção Básica ou Secundária, de acordo com a sua necessidade, sendo a AB o centro de comunicação e de acompanhamento contínuo (CECÍLIO, 1997).

Figura 1 – Esquema gráfico de modelos de Rede de Atenção à Saúde



Fonte: (CECÍLIO, 1997).

Entretanto, para a superação desse modelo fragmentado e a adoção de um modelo em rede é necessária a transformação do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes de saúde, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para a construção de práticas transformadoras (BRASIL, 2010). Para tal, é necessária a mudança de alguns aspectos da atenção à saúde, como citado por Mendes (2011) e discutido ao longo desse texto

Quadro 1 – Modelos de atenção à saúde

Sistema Fragmentado	Rede de Atenção à Saúde
Organizado por componentes isolados	Organizada por um contínuo de atenção
Níveis hierárquicos	Rede poliárquica
Atenção às condições agudas	Atenção às condições agudas e crônicas
Direcionado para o indivíduo	Direcionada para uma população
Sujeito é o paciente	Sujeito é o agente de saúde
Reativo	Proativo
Ações curativas	Atenção integral
Cuidado profissional	Cuidado interdisciplinar
Gestão da oferta	Gestão das necessidades
Financiamento por procedimentos	Financiamento por captação

Fonte: (MENDES, 2011).

O novo paradigma aponta para a necessidade da construção da intersetorialidade para a promoção da saúde, contemplando a integralidade dos saberes mediante o fortalecimento do apoio matricial para a condução das situações de vulnerabilidade de grupos/populações, o que fortalece as ações sobre as condições crônicas. Dessa forma, torna-se premente uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas mediante um sistema proativo que consiga intervir de fato no processo saúde-doença (BRASIL, 2010).

Na RAS, a condição aguda, por caracterizar uma situação de urgência, deve ser atendida em qualquer ponto de atenção, dentro de um sistema de rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. Assim, espera-se possibilitar o acesso universal, a equidade e a resolução

integral dessa demanda. Nesse sentido, a AB é um dos pontos de atenção, sem necessariamente ser a coordenadora dos fluxos, mas mantendo-se responsável pela longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011b).

Diferencialmente, nos modelos de atenção à saúde para as condições crônicas, a Atenção Básica é a “porta de entrada” preferencial e o centro de comunicação com os demais pontos de atenção. Esse modelo objetiva prevenir e controlar as doenças crônicas com maior prevalência na comunidade, bem como promover a saúde pela adoção de tecnologias de gestão do cuidado e de ações que ampliem a autonomia e o empoderamento dos indivíduos, mediante ações individuais e coletivas (BRASIL, 2010). As RAS, ao ter como centro de comunicação a AB e como referência o indivíduo/família/comunidade e suas necessidades, possibilita resultados mais positivos devido à redução da fragmentação da atenção, favorecendo o cuidado integral.

Para saber mais sobre a RAS, acesse o link:

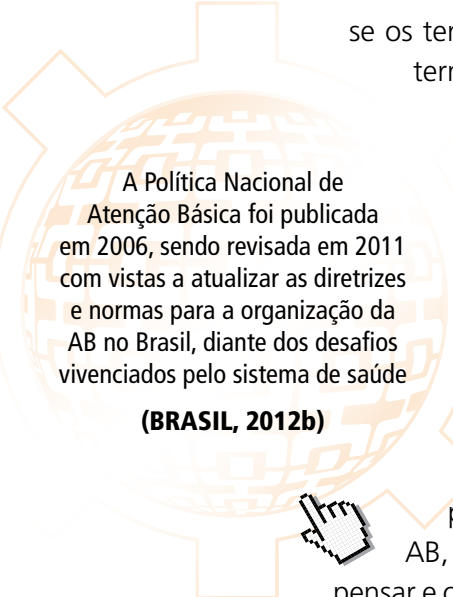
BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 251, 31 dezembro 2010, Seção 1, p. 88. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

2.1.2 Sobre Políticas Públicas e Programas

Entendendo a obesidade como um problema de saúde multifatorial, bem como sua necessidade de cuidados integrados e articulados, diversas normativas do Ministério da Saúde reafirmam a necessidade da organização dos serviços de saúde de maneira que responda às demandas das condições crônicas, envolvendo não apenas ações de reabilitação de um agravo de saúde já instalado, mas principalmente ações de promoção da saúde.

Nesse contexto, destaca-se a Atenção Básica por estar próxima à comunidade, possuindo, assim, maior poder de compreensão da dinâmica social, sendo o elo de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Ressalta-se que, para a **Política Nacional de Atenção Básica (Pnab)**, aprovada no ano de 2006 e atualizada pela Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, consideram-

se os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” como termos equivalentes, associando para ambos os seus princípios e as diretrizes (BRASIL, 2012b).



A Política Nacional de
Atenção Básica foi publicada
em 2006, sendo revisada em 2011
com vistas a atualizar as diretrizes
e normas para a organização da
AB no Brasil, diante dos desafios
vivenciados pelo sistema de saúde

(BRASIL, 2012b)

A AB constitui local privilegiado para a realização de ações de promoção da saúde para indivíduos, famílias e comunidades; que privilegiam a autonomia dos sujeitos. Nesse sentido, suas ações devem objetivar superar o modelo de saúde reducionista e curativista ainda vigente, buscando compreender o processo saúde-doença vivenciado pela população, para, efetivamente, resolver os problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos (BRASIL, 2011a; MALTA; MERHY, 2010). Com papel fundamental para a produção de saúde no âmbito da AB, a promoção da saúde, que pode ser considerada um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias utilizadas no sistema de saúde brasileiro, contribui para a construção de ações que possibilitam responder às demandas sociais em saúde.

O trabalho articulado em rede, com a participação de todos os sujeitos envolvidos na produção da saúde – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores – exige que o planejamento das ações esteja mais vinculado às necessidades de saúde percebidas e vivenciadas pela população dos diferentes territórios e, permita a atuação mais efetiva nos processos de intervenção dos determinantes e condicionantes da saúde no território, envolvendo modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

A **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**, aprovada no ano de 2006 e atualizada pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, no âmbito de cada esfera de gestão, tem como objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Esta possui eixos operacionais, que são estratégias para concretizar ações de promoção da saúde centrados na territorialização, na articulação e na cooperação intra e intersetorial, nas RAS, na participação e controle social, na gestão, na educação e formação, na vigilância, no monitoramento e avaliação, na produção e disseminação de conhecimentos

e saberes e na comunicação social e mídia. Entre os temas prioritários da PNPS está a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, que propõe a promoção de ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança, alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável.

Em consonância com a organização da atenção e a qualificação do cuidado na rede de saúde, por meio da promoção da saúde, a **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan)**, aprovada no ano de 1999 e atualizada pela Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, integra os esforços do Estado brasileiro que, por um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação (BRASIL, 2012a).

Diante do cenário epidemiológico de acelerado crescimento do excesso de peso, em todas as faixas etárias e de renda, e a coexistência da fome e da desnutrição em populações vulneráveis, a Pnan constitui-se uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira. A Política tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, de nutrição e de saúde, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição (BRASIL, 2012a).

As diretrizes que integram a Política indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população são:

Diretrizes da Pnan (BRASIL, 2012a):

1. Organização da Atenção Nutricional.
2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.
3. Vigilância Alimentar e Nutricional.
4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição.
5. Participação e Controle Social.
6. Qualificação da Força de Trabalho.
7. Controle e Regulação dos Alimentos.
8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição.
9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Além disso, a atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na RAS. Nesse intuito, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e à nutrição na RAS deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e às equipes de AB. Embora a Atenção Básica seja a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde, as demandas para a atenção nutricional podem ser identificadas em outros pontos da rede. Dessa forma, a atenção nutricional nos demais pontos também deve ser realizada dentro de uma rede integrada de cuidados de forma transversal a outras políticas específicas e com a participação de equipes multidisciplinares, respeitando-se as atividades particulares dos profissionais que as compõem, assim como na AB. Por isso, faz-se necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização do cuidado relativo à alimentação e à nutrição na rede de atenção (BRASIL, 2012a).

Integrando a promoção da saúde, a **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**, Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, tem como um dos objetivos incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na AB, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Esta contempla, entre outros, os recursos da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (MTC), incluindo práticas corporais como *Tai Chi Chuan*, *Lian Gong*, *Chi Gong*. Considerando o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde –, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e dos serviços existentes no SUS (BRASIL, 2006).

Com o intuito de promover o desenvolvimento e a implementação das políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas, para prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, e, assim, fortalecer os serviços de saúde voltados para atenção aos indivíduos com doenças crônicas, o Ministério da Saúde elaborou em resposta aos desafios de enfrentamento das DCNT o **“Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil 2011-2022”**. O documento prioriza ações e os investimentos necessários do País para deter as DCNT nos próximos dez anos, com base nas políticas em destaque: organização da vigilância das DCNT; Política Nacional de

Promoção da Saúde; atividade física; tabaco; alimentação saudável; expansão da AB; distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes e; rastreamento para o câncer (BRASIL, 2011b).

O Plano aborda os quatros principais grupos de agravos (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral. Anualmente, liderado pelo Ministério da Saúde, ocorre o monitoramento do plano com a participação de instituições de ensino e pesquisa, organizações não governamentais (ONGs), representantes de todas as secretarias estaduais e municipais das Unidades da Federação (UFs), sociedade civil e associações médicas. Em paralelo ao plano nacional, as secretarias de saúde dos estados e dos municípios do País lançaram planos estaduais dedicados ao enfrentamento das DCNT, ampliando o movimento nacional (BRASIL, 2011b).

No monitoramento, observa-se que intervenções de base populacional devem ser complementadas por intervenções individuais de atenção à saúde. Destaca-se também a necessidade de avançar nas ações intersetoriais, mobilizar os diversos atores e tornar a agenda transversal no processo de organização do cuidado, dos serviços de saúde e das ações intersetoriais, compreendendo que os desafios somente serão superados mediante ações integradas e articuladas entres os diversos setores.

Entre as ações de prevenção e de promoção destacam-se o Programa Saúde na Escola e o Programa Academia da Saúde. Tendo em vista a importância da escola como espaço propício à formação de hábitos alimentares saudáveis e à construção da cidadania, o **Programa Saúde na Escola (PSE)**, Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, propõe as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) no ambiente escolar. Dessa forma, tanto políticas públicas quanto programas e projetos governamentais que envolvam a alimentação e a saúde escolar são estratégicos para o enfrentamento do quadro atual que revela a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, do excesso de peso e da obesidade em crianças e adolescentes, diretamente relacionadas ao comportamento alimentar, ao contar com a participação e a integração dos diversos segmentos e atores sociais envolvidos.

O **Programa Academia da Saúde** foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Para tanto, o Programa promove a implantação de polos de Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. A Portaria nº 2.681, de 07 de novembro de 2013, estabelece oito eixos em torno dos quais as atividades do polo devem ser desenvolvidas: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudável, práticas integrativas e complementares, e planejamento e gestão.

Para conhecer melhor as políticas da Atenção Básica, visite o *site* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. São vários documentos, legislação e portarias das políticas e dos programas. <http://dab.saude.gov.br/>

2.2 LINHA DE CUIDADO PARA SOBREPESO E OBESIDADE

Tendo em vista que a obesidade possui um caráter multifatorial que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida e a necessidade de qualificar o cuidado desses indivíduos com obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde do SUS, foi publicada a **Portaria MS/GM nº 424, de 19 de março de 2013**, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. As diretrizes para organização das ações e dos serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade definidos nesta portaria são (BRASIL, 2013):

I – diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;

II – estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;

III – organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento, segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

IV – utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

V – investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VI – articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VII – garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

VIII – formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

IX – garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e

X – garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Para a atenção ao indivíduo com sobrepeso e obesidade é necessário estabelecer uma rotina contínua de identificação dos casos, a partir de ações

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) possibilita o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios, subsidiando o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável nas esferas de gestão do SUS.

Mais informações sobre a VAN acesse:
<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>

de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), definição da estratificação de risco e organização da oferta do cuidado, com a elaboração de protocolos clínicos e fluxos do cuidado compartilhado entre os pontos de atenção da rede de saúde. Para além da Atenção Básica, os outros pontos de atenção que compõem a rede, como ambulatórios especializados, hospitais, escolas, Centro de Referências de Assistência Social (Cras), polos da Academia da Saúde, associações religiosas entre outros, devem estar sensíveis à captação dos indivíduos com excesso de peso, identificando os casos e encaminhando os indivíduos para a Atenção Básica para que nesse espaço seja ordenado o cuidado do usuário na Rede de Atenção.

As competências de cada ponto de atenção deverão ser estabelecidas a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo segundo os indicadores preconizados para cada fase do curso da vida. A organização do cuidado exige que os atores envolvidos, gestores e profissionais de saúde, pactuem as competências, o fluxo do cuidado compartilhado e que os atores responsáveis por executar as ações tenham conhecimento da pactuação. Nesse sentido, integrando o cuidado, é importante o fortalecimento dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e a regulação da atenção a fim de garantir a oferta do tratamento da obesidade.

Considerando o tratamento cirúrgico como uma das ações do cuidado longitudinal do usuário com sobrepeso e obesidade, o Ministério da Saúde integrou, obrigatoriamente, o cuidado ofertado na assistência de alta complexidade à construção da linha de cuidado para prevenção e tratamento da obesidade, evitando, assim, que esse serviço seja isolado do restante da rede de atenção. A **Portaria MS/GM nº 425, de 19 de março de 2013**, estabelece os regulamentos técnicos, as normas e os critérios para a assistência da alta complexidade ao indivíduo com obesidade, apresentando que, para habilitação de novos serviços, os gestores locais deverão formular a linha de cuidado e apresentá-la para habilitar o serviço a receber o incremento dos procedimentos. Esse ponto de atenção tem a função de prestar atendimento terapêutico clínico e o acompanhamento no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, bem como ofertar a cirurgia plástica reparadora com profissionais especializados no cuidado do indivíduo com obesidade.

A finalidade da organização da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade é ofertar ações e serviços de saúde de forma integrada e harmônica nos diferentes pontos de atenção, fortalecendo e qualificando a atenção por meio da integralidade e longitudinalidade do cuidado, superando a lógica

hegemônica da atenção fragmentada em programas. Diversas publicações do Ministério da Saúde podem ser utilizadas para auxiliar a organização do cuidado às pessoas com doenças crônicas.

2.3 PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE PARA O INDIVÍDUO COM EXCESSO DE PESO

As práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo, buscando alterar o estado de saúde estabelecido como necessidades. Assim, o trabalho em saúde tem compromisso com as necessidades sociais, relacionadas à estrutura produtiva de uma sociedade, bem como as necessidades dos usuários, relacionada à busca de ações de saúde que lhe proporcione algo com valor: mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida (FEUERWERKER, 2014).

Quando um profissional de saúde encontra com o usuário no interior do processo de trabalho dirigido à produção de atos do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção/vínculo que sempre existirá em seus encontros. Logo, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor do cuidado, com suas ferramentas e concepções, e o usuário, com sua intencionalidade, conhecimentos e concepções. Entende-se que o usuário é, em parte, objeto do ato produtivo, mas também agente ativo, que interfere no processo (FEUERWERKER, 2014). O estímulo ao autocuidado visa ações do indivíduo dirigidas a si mesmo, constituindo-se em prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício, com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Dessa forma, a produção do cuidado é um objeto no campo da Saúde que possui como objetivo esperado atingir a saúde e a cura. O cuidado em saúde é realizado a partir das relações entre os sujeitos, situando-se em torno de tecnologias leves como **acolhimento, vínculo e corresponsabilização**, possibilitando ao profissional criar espaços que considere desejos e afetos, seus e do usuário.

É fundamental que no processo de produção do cuidado para os indivíduos com condições crônicas os seus familiares sejam envolvidos, motivando-os a lidar com o problema e capacitados para auxiliar no cumprimento do plano de tratamento. Nesse sentido, as equipes de Atenção Básica devem estimular e empregar procedimentos de colaboração entre os atores, profissionais e usuário,

uma vez que o **autocuidado apoiado** pode ser entendido como uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e do cuidar do outro, podendo ser desenvolvido individualmente, nos grupos, em consultas coletivas e a distância. Os resultados esperados dessa prática é compreender as vulnerabilidades dos indivíduos, conhecer as possíveis explicações para sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre os atores do processo, assim, produzindo menos sintomas, complicações e incapacidades (BRASIL, 2014a; 2014b).

Para trabalhar a educação do autocuidado, é priorizada a escolha das necessidades, problemas e prioridades, definidas as pessoas envolvidas e consensuados entre o profissional e o usuário. Uma vez escolhidas as prioridades a serem modificadas é elaborado um plano terapêutico conjunto para estabelecer um cuidado em saúde compartilhado.

O **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** é um instrumento de organização do cuidado delineado entre a equipe e o usuário, tendo em vista as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. O compartilhamento do cuidado leva a um aumento na eficácia do tratamento, influenciada pela ampliação da comunicação, fortalecimento do vínculo e o aumento do grau de responsabilização. Um PTS constitui-se, então, em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, que pode ser apoiada pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). É uma variação da discussão de “caso clínico” e geralmente é dedicado às situações mais complexas. Visando à construção do PTS, algumas etapas devem ser seguidas (BRASIL, 2014c):

- 1) **Diagnóstico e análise:** deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades do sujeito. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.
- 2) **Definição de ações e metas:** após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima. Construir um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição.

- 3) Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de AB e Nasf) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso, o que favorece a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS ou gestão do caso é fundamental para permitir que, aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações.
- 4) Reavaliação:** neste momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias.

O processo de cuidado em saúde deve ser estabelecido nos diversos pontos de atenção, bem como integrados entre eles, a fim de obter um cuidado longitudinal, resolutivo e, conseqüentemente, o controle do agravo. Sabe-se que o processo saúde e doença é fortemente influenciado pelos Determinantes Sociais da Saúde. Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Logo, a organização de ações de saúde no território depara-se com o desafio de preparar estratégias de gestão que integrem os diversos planos de cuidado existente no território, seja para o indivíduo, família e/ou comunidade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Com o foco de investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades, o **Projeto de Saúde no Território (PST)** pretende desenvolver ações efetivas na produção de saúde em um determinado território, por meio da articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais. A construção do PST é de responsabilidade das equipes de atenção à saúde, Equipe de Saúde da Família com apoio do Nasf e/ou Equipe de Atenção Básica, porém não se esgota na elaboração e na implementação, podendo essa construção do projeto ser realizada de forma intersetorial com a participação dos diversos atores sociais presentes e atuantes no território.

O projeto deve ter como base os princípios organizativos e as diretrizes do SUS, assim como as ações devem ter como foco a promoção da saúde, a vigilância em saúde, a participação social e a intersetorialidade. Dessa forma, o PST possui como proposta identificar e potencializar ações locais desenvolvidas no território a fim de expandir as potencialidades visando à melhoria da qualidade de vida da população e à redução das vulnerabilidades num determinado território.

2.4 APOIO TÉCNICO PARA AS AÇÕES DE CONTROLE DA OBESIDADE

Visando apoiar a implementação da linha de cuidado de prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, diversas publicações do governo federal foram elaboradas para nortear a organização do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Um dos grandes desafios para os profissionais de saúde é manterem-se atualizados com a constante produção de evidências e informações disponíveis. Essas evidências e informações são ferramentas utilizadas para instrumentalizar os profissionais de saúde no processo de produção do cuidado, a fim de que a tomada de decisão seja baseada no saber da epidemiologia clínica, da estatística, da metodologia clínica e do saber popular.

A série dos **Cadernos de Atenção Básica** é elaborada e publicizada pelo Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS), com o intuito de fornecer apoio técnico para a organização do cuidado, bem como do processo de trabalho dos profissionais e equipes da Atenção Básica. Essas publicações são atualizadas periodicamente, e os profissionais de saúde podem utilizar o material para multiplicar em suas equipes de saúde, assim como os professores e os pesquisadores de universidades podem usar para formação de força de trabalho para atenção básica.

Outro material produzido pelo Departamento são os **Guias Alimentares**. Guias Alimentares apresentam um conjunto de informações, análises, recomendações e orientações sobre escolha, preparo e consumo dos alimentos. São importantes instrumentos de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para promover a saúde de indivíduos, famílias e comunidades. Esses documentos são atualizados constantemente de acordo com as mudanças econômicas, políticas, sociais, culturais e demográficas ocorridas no País, o que influencia na alteração do padrão alimentar e nutricional da população. Os Guias disponíveis para subsidiar o trabalho das equipes são *Guia alimentar para crianças menores de dois anos* e o *Guia alimentar para a População Brasileira*. Esses documentos apresentam os “Dez passos para uma alimentação saudável”.

Nessa perspectiva, o **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas** pretende apoiar os diferentes setores do governo em suas ações educativas e formativas para que, dentro de seus contextos, mandatos e abrangências, possam alcançar o máximo de resultados,

avanzando para uma concepção de educação em sintonia com as diferentes realidades e com a perspectiva da valorização dos saberes populares, da humanização e da emancipação popular. Este Marco tem o objetivo de promover um campo comum de reflexão e orientação de práticas coerentes com a perspectiva metodológica proposta pela educação popular do conjunto de programas, projetos e políticas com origem, principalmente, na ação pública, e contemplando os diversos setores vinculados a processos educativos e formativos das políticas públicas do governo federal.

Além disso, a variedade cultural da alimentação encontrada no nosso país também foi catalogada na publicação **Alimentos Regionais Brasileiros**. Esse documento se destina a apoiar os profissionais de saúde na promoção da alimentação adequada e saudável nos territórios. A alimentação adequada e saudável é a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Essa prática possibilita que indivíduos, família e comunidades possam realizar melhor escolha dos alimentos combinando-os entre si, e assim, produzindo uma refeição equilibrada e saudável.

Uma forma de investir na formação e na qualificação dos profissionais de saúde que integram a rede de serviços de saúde é promover iniciativas de formação a distância e disponibilização de materiais que possam subsidiar a qualificação do processo de trabalho. A **Rede de Alimentação e Nutrição do SUS (RedeNutri)** (www.redenutri.com.br) proporciona aos profissionais nutricionistas e outros profissionais de saúde um espaço virtual para consulta de informações, integração de conhecimento, construção de um consenso de competências e habilidades para o profissional em saúde coletiva e a formação de uma rede social de alimentação e nutrição no SUS.

A integração de duas ações, a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), resultou na criação da **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (EAAB)**, conhecida como “Estratégia Amamenta e Alimenta”, que pretende qualificar o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica para o fortalecimento das ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar para crianças menores de 2 anos, contribuindo para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. Para isso, são formados tutores que

atuam no território implementando a estratégia, além dos tutores formados nas duas ações anteriores, que poderão ser tutores da EAAB por meio do curso de educação a distância (EAD). Esse mecanismo visa formar e qualificar o maior número de profissionais para desenvolver ações de promoção da alimentação adequada e saudável para as crianças.

Ainda, com o objetivo de reunir esforços e trabalhar conjuntamente para implementar ações voltadas à promoção da alimentação saudável nas escolas da rede privada de ensino, em âmbito nacional, um acordo de cooperação técnica foi firmado entre o Ministério da Saúde e a Federação Nacional das Escolas Particulares (Fenep) para transformar a escola em um ambiente de alimentação saudável. Foi elaborado e distribuído o **Manual das cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável** e desenvolvido um curso de EAD na RedeNutri para apoiar os cantineiros e os donos de cantinas a transformarem seus estabelecimentos em ambiente mais saudável.

O esforço intersetorial para o controle da obesidade também foi discutido e pactuado no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan), com o apoio do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), com objetivo de promover a alimentação adequada e saudável e a atividade física no ambiente. O documento **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendação para estados e municípios**, disponível no *site* do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), reúne diversas ações do governo federal que contribui para o controle da obesidade para que os gestores locais implementem a proposta em seu território.

Os materiais de apoio técnico relacionados à atenção básica estão disponíveis no portal do Departamento de Atenção Básica.

Acesse: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 12, Suppl., p. 1179-1790. 2007.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 junho 2011a. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. 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, 2011b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 251, 31 dezembro 2010. Seção 1, p. 88.

_____. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 54, 20 março 2013. Seção 1, p. 23.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [online], Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno- assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto – Enfermagem** [online], Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, p. 593-605, 2010.

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

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], São Paulo, v. 44, n. 3, p. 649-656, 2010.

MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial União**, Brasília, n. 54, 20 março 2013. Seção 1, p. 25.

_____. Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial União**, Brasília, 2 de abril de 2014. Seção 1, p. 50.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas**: manual instrutivo. Brasília, 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, 2012.

3 PROCESSO DE TRABALHO DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NO MANEJO DA OBESIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O **Laboratório de Inovação no Manejo da Obesidade** foi criado em 2012, a partir da parceria firmada entre o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica (CGAN/DAB/SAS/MS), e a cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Brasil (Opas/OMS), como um espaço de produção/identificação, valorização de experiências e práticas bem-sucedidas no SUS e gestão do conhecimento no manejo da obesidade. Buscou-se identificar essas experiências em todos os pontos de atenção à saúde (atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar) na promoção da saúde e prevenção e tratamento da obesidade na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Quadro 2 – Proposta dos laboratórios de inovação

O que faz o Laboratório de Inovação
1. Identifica os atuais desafios do SUS nas áreas críticas para a gestão de sistemas de saúde.
2. Detecta e valoriza experiências inovadoras, recentes e concretas, realizadas no Brasil e no exterior, relativas à gestão de sistemas públicos de saúde (nacional, estaduais, regionais, municipais).
3. Sistematiza os conhecimentos relativos às soluções, aos instrumentos e às práticas inovadoras utilizadas nessas experiências.
4. Produz e dissemina esses conhecimentos.
5. Promove ações de apoio aos gestores do SUS para incorporação de soluções e práticas inovadoras nas próprias instituições.

Fonte: (TASCA, 2011)¹.

¹ Organização Pan-Americana da Saúde Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras./Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3).

O laboratório foi instituído com a missão de identificar, sistematizar e compartilhar lições aprendidas e boas práticas de promoção da saúde e prevenção, controle, tratamento e manejo da obesidade no SUS com vistas a fomentar a tomada de decisão e o cuidado integral nas redes de atenção à saúde dos indivíduos e coletividades. Os objetivos do laboratório foram:

- *Realizar alinhamento conceitual de obesidade e boas práticas de manejo.*
- *Caracterizar o que seriam inovações no manejo da obesidade.*
- *Disseminar experiências exitosas e inovadoras no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) dos sistemas locais, estaduais e/ou municipais.*
- *Elaborar um plano de comunicação para divulgar as experiências para diferentes públicos (gestores e profissionais).*
- *Compartilhar lições aprendidas e boas práticas com outros países da região.*

Para a realização desse Laboratório de Inovação foi composto um Grupo de Trabalho (GT) instituído pelo Ministério da Saúde e pela Opas/OMS Brasil. A partir de um edital de convocação, com o objetivo de selecionar profissionais, oriundos do SUS (gestores, trabalhadores e controle social) e pesquisadores com reconhecida experiência em estudos relacionados à prevenção e/ou ao tratamento da obesidade, formou-se a composição do Grupo de Trabalho. Para isso, os candidatos enviaram o currículo e uma carta de intenção, sendo selecionados pelos técnicos do Ministério da Saúde e da Opas/OMS Brasil. A seleção dos participantes baseou-se na experiência comprovada em gestão de ações de atenção à saúde no SUS, considerando atenção básica, média e alta complexidade, com ações relacionadas ao manejo da obesidade na atenção básica, média e alta complexidade e na experiência acadêmica comprovada na realização de pesquisas no escopo da atenção à saúde, com foco em doenças crônicas e/ou obesidade no SUS.

A composição final do GT incluiu **18 participantes**, representando tanto profissionais oriundos do SUS, como pesquisadores com experiência no estudo da obesidade e trabalhadores, assim como técnicos do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass). A seguir estão relacionados os integrantes do GT com breve resumo da trajetória profissional:

Quadro 3 – Participantes do Grupo de Trabalho

QUEM?	FAZ O QUÊ?
Alana Gisele Galeano	Nutricionista, integrante do Nasf em Campo Grande (MS), desde 2009. O Nasf, ao qual está vinculada, oferece apoio matricial a oito equipes de saúde em relação à obesidade, realizando grupos para indivíduos com obesidade nas unidades.
Aline Cristine Souza Lopes	Nutricionista e professora na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com experiência em epidemiologia da obesidade. Dedicar-se às pesquisas de avaliação de intervenções conduzidas no âmbito das Academias da Cidade.
Ana Carolina Feldenheimer da Silva	Nutricionista, atua na Opas/OMS Brasil, na área de alimentação e nutrição, e tem como função no laboratório facilitar o processo de trabalho do grupo.
Bruna Pitasi Arguelhes	Nutricionista e sanitarista, atua na Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.
Carla Maria Vieira	Nutricionista e professora na Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep/SP). Pesquisadora da área de Saúde Mental e atua em ambulatório de obesidade para indivíduos com transtornos mentais.
Gabriela Maria Reis Gonçalves	Nutricionista, atua na Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde.
Galzuinda Maria Figueiredo Reis	Médica, mestre em cirurgia. Participou da organização do primeiro ambulatório de manejo da obesidade para indivíduos graves em Belo Horizonte (MG). Consultora externa na Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde.
Gisele Ane Bortolini	Nutricionista, coordena a área de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.
Ilana Nogueira Bezerra	Nutricionista, Professora na Universidade de Fortaleza (Unifor). Possui experiência em métodos, processamento e avaliação de estudos do consumo de alimentos e obesidade.
Janine Coutinho	Nutricionista e sanitarista, atuava na Opas/OMS Brasil, na área de alimentação e nutrição. Teve como função no laboratório facilitar o processo de trabalho do grupo.
Juraci Almeida Cesar	Médico, professor da Universidade Federal do Rio Grande (UFRS) e Universidade Federal de Pelotas (Ufpel/RS). Trabalha com a epidemiologia da obesidade e seus determinantes, e mais recentemente tem se dedicado a estudos de obesidade infantil na Atenção Básica.
Lorena Toledo de Araújo Melo	Nutricionista, atua na Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

continua

conclusão

QUEM?	FAZ O QUÊ?
Mara Lucia dos Santos Costa	Nutricionista e sanitarista, atua na Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.
Maria Zélia Soares Lins	Médica, mestre em Saúde Pública, especialista em Saúde da Família, assessora técnica do Conass – Núcleo de Atenção Primária à Saúde/ Redes e facilitadora nas oficinas de planificação para a Atenção Primária à Saúde.
Patrícia Nelly Alves Meira Menezes	Educadora física. Tem experiência com a implementação dos Polos da Academia da Cidade na cidade de Recife (PE).
Quenia dos Santos	Nutricionista, mestre em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tem experiência na área de Epidemiologia Nutricional, com ênfase em avaliação do consumo alimentar, inadequação da ingestão de micronutrientes, avaliação da segurança do consumo de ácido fólico e obesidade.
Romeika Monteiro Nóbrega	Nutricionista, integrante de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de João Pessoa (PB). Tem experiência na Atenção Básica e especificamente na condução de atividade de prevenção, promoção e controle da obesidade nesse Ponto de Atenção.
Rosely Sichieri	Médica, professora na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ). Trabalha com pesquisas no âmbito da epidemiologia nutricional e tem experiência na condução dos estudos de prevenção e controle da obesidade.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O GT, em cooperação com o Ministério da Saúde e a Opas/OMS Brasil, propôs um edital para o levantamento de experiências para a realização do Laboratório de Inovação no Manejo da Obesidade nas redes de atenção à saúde com foco na prevenção e no controle da obesidade. O GT também organizou o processo de seleção e divulgação/comunicação das experiências selecionadas. O processo de seleção incluiu triagem das experiências inscritas, baseada em critérios preestabelecidos; leitura preliminar das experiências; análise da observância dos critérios de elegibilidade em consonância com as condições definidas no regulamento, para inscrição da experiência; e definição e organização dos processos de divulgação e comunicação das experiências selecionadas.

O processo de trabalho foi organizado com o intuito de **identificar e valorizar práticas de gestão inovadoras no enfrentamento da obesidade** que pudessem subsidiar para os trabalhadores de saúde, conselheiros de Saúde e gestores no processo de gestão das ações de atenção integral à saúde no âmbito do SUS.

O trabalho do GT deu-se por meio de encontros presenciais e a distância por videoconferência. Inicialmente, o GT realizou levantamento bibliográfico sobre diferentes temas (conceito de obesidade, manejo da obesidade, boas práticas e elementos que devem ser observados no manejo clínico) e sobre experiências consideradas exitosas no manejo da obesidade, considerando as diferentes fases do curso da vida (crianças de zero a 23 meses; crianças de 2 a 9 anos; adolescentes de 10 a 19 anos; adultos e idosos – 20 anos e mais; mulheres gestantes e puérperas), os diferentes sujeitos das ações de manejo da obesidade (indivíduo, comunidade, escola, família), independentemente do foco da ação (prevenção, promoção, tratamento) e do ponto de atenção à saúde (atenção básica e atenção especializada ambulatorial e hospitalar). Em seguida, o GT elaborou o edital de convocação para selecionar experiências consideradas inovadoras no Manejo da Obesidade, analisando todo o processo de implantação e inovação. Pode-se definir Inovação por “**mudança que produz benefício e a eficácia desses benefícios tem que ser demonstrada**” (TASCA, 2011)².

O edital foi publicado em 3 de junho de 2013 e ficou aberto durante 90 dias para inscrição das experiências. A divulgação dele aconteceu em diversos veículos de comunicação, estabelecimentos, instituições e entidades. Na divulgação, estimulou-se a apresentação de ações que fossem em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde do SUS. A inscrição aconteceu por meio de formulário eletrônico disponível na plataforma do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

No processo seletivo, foram inscritas **142 experiências** no Laboratório de Inovação, representando um número recorde de participação em chamamento realizados pela estratégia desenvolvida pela Opas/OMS e Ministério da Saúde. Não foram elegíveis aquelas enviadas com formulário incompleto ou duplicado; que não atenderam às normas para apresentação das experiências definidas no edital; e que não tinham relação com o tema de Manejo da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde do SUS, no total de três, restando **139 experiências para avaliação do GT**. Posteriormente, realizou-se a avaliação das experiências pelos

² Organização Pan-Americana da Saúde Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras./Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.: il. (NAVEGADOR SUS, 3).

membros do GT, de acordo com os seguintes critérios: relevância para o SUS; caráter inovador; sustentabilidade; equipe de atenção à saúde; reprodutibilidade em contextos similares; clareza e objetividade na apresentação escrita; alinhamento aos princípios e às diretrizes do SUS; e resultados.

A análise foi realizada por duplas formadas pelos integrantes do GT, e cada experiência foi avaliada por duas duplas diferentes. Cada dupla, ao avaliar uma experiência, preencheu um instrumento de avaliação, que continha os critérios supracitados e a pontuação de cada critério. Em seguida, calculou-se a média das notas obtidas pelas duas duplas de avaliadores e as experiências que apresentaram diferenças maiores nas pontuações das duas duplas foram reavaliadas por uma terceira dupla de avaliadores. Após a classificação de todas as experiências em ordem decrescente de pontuação, foram selecionadas 24 experiências para serem visitadas *in loco*. Para a realização das visitas, um **formulário de observação** foi desenvolvido pelo grupo, incluindo as seguintes questões para avaliação:

1. Quais são os pontos de atenção e quais as ações desenvolvidas, tecnologias de manejo ofertadas aos indivíduos com excesso de peso. Há distinção de ações para os diferentes níveis de classificação da obesidade?
2. Porta de entrada – referência e contrarreferência; Como é feita a captação e identificação das pessoas com obesidade – busca ativa?
3. Como ocorre a integração dos pontos de atenção, fluxos, acesso, regulação, região?
4. Profissionais envolvidos com a experiência – quantos, quais, distribuição nos pontos de atenção, atribuição dos profissionais?
5. Intersetorialidade: integração com outras instituições e equipamentos sociais
6. Existe alguma ação no ambiente/território? Como é realizada?
7. Há protocolo estabelecido?
8. Como é feito o diagnóstico da obesidade – rotina: como e quem faz?
9. Existe alguma avaliação do perfil bioquímico, consumo alimentar, sinais e sintomas do transtorno alimentar, atividade física? Como é realizado o cuidado da obesidade (promoção autocuidado, acompanhamento, reavaliação periódica)?
10. Educação permanente – Como é feita a educação permanente? Qual o método? Quais temáticas? Com quem? Com que frequência?
11. Pontos positivos e negativos analisados?
12. A dupla considera que a experiência deve continuar no laboratório de Inovação no Manejo da Obesidade?
13. Outras observações importantes.

Os membros do GT também foram divididos em duplas para a realização das visitas que ocorreram no período de novembro de 2013 a março de 2014. Após as visitas, os membros do GT responsáveis pela avaliação *in loco* da experiência, com os profissionais envolvidos na experiência, elaboraram um resumo ampliado para descrição da experiência. Em síntese, a Tabela 1 descreve a quantidade de experiências avaliadas, segundo região e estados brasileiros. O Estado de São Paulo foi o que apresentou maior número de experiências, seguido dos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. As regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram os menores números de inscrições.

Tabela 2 – Número de experiências enviadas por estados brasileiros

Estados	Total de Inscrições
São Paulo	34
Rio Grande do Sul	16
Santa Catarina	15
Minas Gerais	13
Rio de Janeiro	12
Pernambuco	8
Bahia	7
Paraná	7
Distrito Federal	6
Goiás	5
Mato Grosso	4
Ceará	2
Piauí	2
Rio Grande do Norte	2
Alagoas	1
Amapá	1
Espírito Santo	1
Mato Grosso do Sul	1
Paraíba	1
Sergipe	1
Total Geral	139

Fonte: Elaborado pelos autores.

A distribuição das experiências avaliadas e selecionadas para visita *in loco* (n=24) mostrou que 4 eram da Região Nordeste, 4 da Região Centro-Oeste, 7 da Região Sudeste e 9 da Região Sul. Ressalta-se que 8 das experiências são da Atenção Básica, 13 da Média Complexidade, 3 da Alta Complexidade. Dessas experiências, 3 apresentaram em seus relatos o processo de organização do cuidado e regulação da atenção à saúde. A Tabela 2 apresenta as experiências que foram selecionadas para serem visitadas *in loco*. No Anexo A, estão listadas as equipes de trabalho responsáveis pelas experiências.

Quadro 4 – Descrição das experiências selecionadas para visita *in loco*

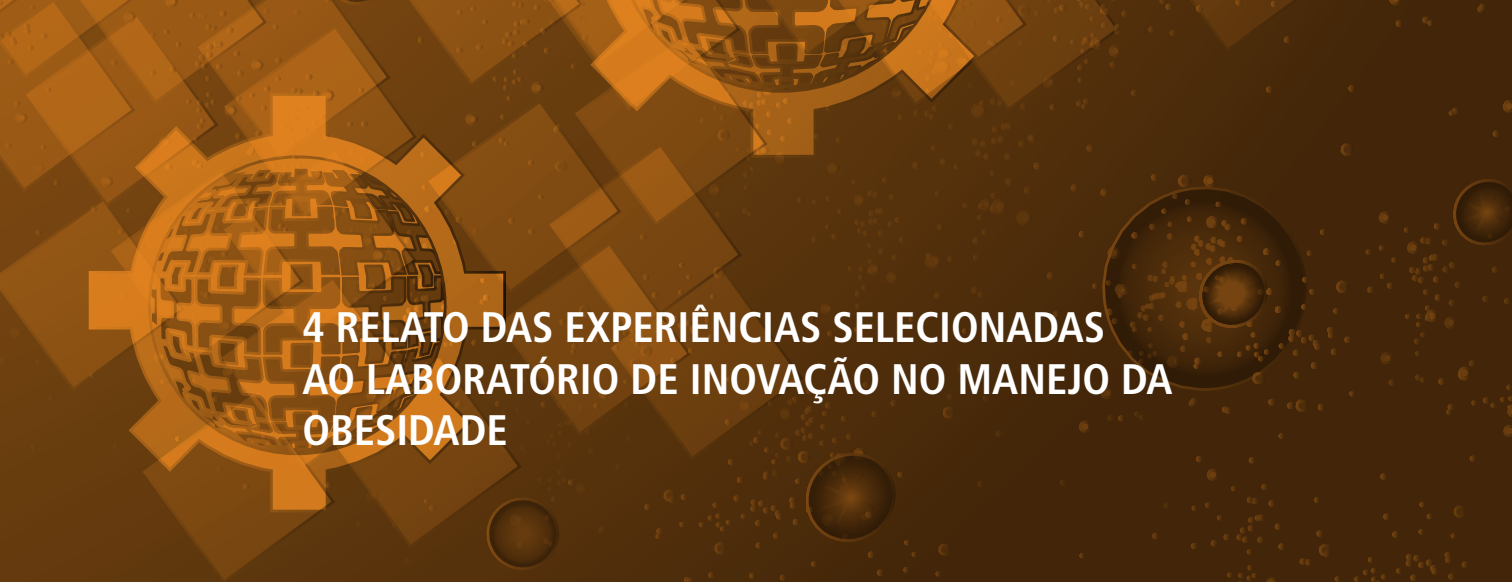
Título da Experiência	Município/Estado
1 – Gatto – Grupo de Apoio Terapêutico ao Tratamento da Obesidade	Salvador/Bahia
2 – Fluxograma de atendimento multidisciplinar para indivíduos com obesidade em uma instituição pública de referência no Estado da Bahia	Salvador/Bahia
3 – Tratamento nutricional da obesidade grave	Goiânia/Goiás
4 – Concurso “Obesidade Zero” no município de Sorriso/MT	Sorriso/Mato Grosso
5 – Projeto de combate à obesidade infantil Sorriso/MT	Sorriso/Mato Grosso
6 – Relato de experiência do Grupo de Emagrecimento na Unidade Básica de Saúde da Família no Distrito de Primavera do Norte com apoio multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)	Sorriso/Mato Grosso
7 – Protocolo de abordagem clínica do Estado de Minas Gerais, no Sistema Único de Saúde, aos indivíduos portadores de obesidade não responsiva aos tratamentos anteriores: fluxo estadual único com condutas padronizadas	Belo Horizonte/Minas Gerais
8 – Centro de Obesidade Infantil: proposta de atendimento acadêmico-assistencial por equipe multiprofissional a usuários do SUS	Campina Grande/Paraíba
9 – Enfoque multiprofissional no combate ao sobrepeso e à obesidade na atenção primária à saúde em Curitiba	Curitiba/Paraná
10 – Projeto Bom-Dia: promoção da saúde para o exercício diário da vida	Recife/Pernambuco
11 – Grupo de apoio ao emagrecimento: relato de experiência	Chapecó/Santa Catarina
12 – Reeducar para emagrecer	Florianópolis/Santa Catarina
13 – Obesimor	Joinville/Santa Catarina

continua

conclusão

Título da Experiência	Município/Estado
14 – Alimente-se de saúde – Atividades em grupo na Atenção Básica	Pomerode/Santa Catarina
15 – Grupo de controle de peso “O Peso da Saúde”	Taió/Santa Catarina
16 – Obesidade e cirurgia bariátrica na Atenção Primária à Saúde	Botucatu/São Paulo
17 – Programa multidisciplinar de prevenção e preparo pré-operatório de cirurgia bariátrica	Campinas/São Paulo
18 – Tratamento da obesidade no Município de Itapevi	Itapevi/São Paulo
19 – Experiência do Município de Marília na prevenção, na promoção da saúde e no tratamento da obesidade infanto-juvenil	Marília/São Paulo
20 – Sala de espera – mudando comportamentos enquanto aguardo a cirurgia bariátrica	Sumaré/São Paulo
21 – Centros de Referência em Obesidade – Uma experiência da cidade do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/Rio de Janeiro
22 – “Projeto Saúde em Movimento” chimarrão, sorvetchê e atividade física	Braga/Rio Grande do Sul
23 – Intervenção multidisciplinar em crianças com fator de risco cardiovascular	Porto Alegre/Rio Grande do Sul
24 – Manejo da obesidade infanto-juvenil num ambulatório de referência em hospital terciário	Porto Alegre/Rio Grande do Sul
Total de experiências visitadas:	24

Fonte: Elaborado pelos autores.



4 RELATO DAS EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS AO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NO MANEJO DA OBESIDADE

A observação *in loco* dos critérios estabelecidos pelo grupo de trabalho possibilitou a identificação da organização do cuidado do sobrepeso e obesidade, mostrando o caminho que o indivíduo deve seguir para o cuidado qualificado e integrado – desde a promoção da saúde e prevenção da obesidade à realização do tratamento cirúrgico para o controle desta – e definindo a organização do serviço e das ações que devem ser desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção, equipamentos sociais e de saúde presentes no território.

A organização da oferta das ações e dos serviços destinados ao cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve ser definida a partir do diagnóstico da população com sobrepeso e obesidade assistida na rede, e de acordo com o estado nutricional por fase do curso da vida. Esse diagnóstico pode ser obtido por meio da avaliação do estado nutricional e sistematização das informações, avaliado de forma contínua nos serviços ou estimado por meio de pesquisas nacionais ou locais, permitindo conhecer a demanda, definir a classificação de risco, estabelecer os fluxos do cuidado compartilhado com os outros pontos de atenção (referência e contrarreferência), além das competências e das ações a serem desenvolvidas em cada um. Assim, este capítulo descreve as experiências selecionadas no **Laboratório de Inovação em Manejo da Obesidade** com o intuito de apresentar as práticas de cuidado ofertadas aos indivíduos com sobrepeso e obesidade nas RAS.

4.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Básica à Saúde é o centro de comunicação da RAS, tendo um papel-chave na sua estruturação por se constituir a coordenadora do cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade, e de ser

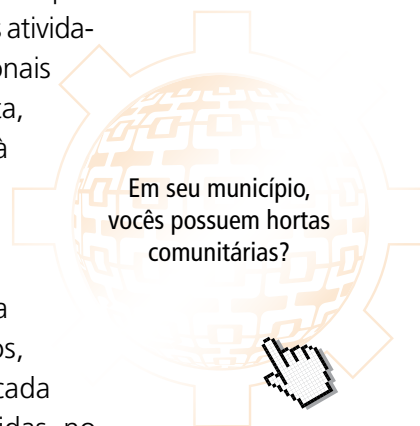
a porta de entrada prioritária para organização do cuidado. Nesse ponto de atenção são realizadas ações voltadas para vigilância alimentar e nutricional, o cuidado clínico e a promoção da saúde. Das experiências selecionadas no Laboratório, oito (de seis municípios) apresentaram atividades de promoção da saúde e prevenção da obesidade na Atenção Básica.

EXPERIÊNCIA – BRAGA/RS

O trabalho desenvolvido com o “**Grupo Saúde em Movimento**”, no Município de Braga/RS, acontece em um espaço próprio, cedido a partir da parceria firmada com a Secretaria Municipal de Administração, que contemplou espaço de convivência, pista de caminhada e academia ao ar livre. O objetivo do grupo é proporcionar melhor qualidade de vida à população por meio da prática de atividade física, reeducação alimentar e o autocuidado. São realizadas atividades em três dias da semana com 130 pessoas. Os profissionais que acompanham o grupo são: enfermeira, fisioterapeuta, psicóloga e médica, além do encaminhamento realizado à nutricionista.

As atividades desenvolvidas abrangem a acolhida de seus participantes com a verificação da pressão arterial e da frequência cardíaca, antes do início da prática da atividade física, a qual dura aproximadamente 40 minutos, respeitando-se as limitações de cada participante. A cada semestre é realizada a pesagem e a verificação das medidas, no intuito de avaliar a condição dos participantes em termos de Índice de Massa Corporal (IMC). A cada encontro do grupo é discutido um tema com os participantes.

Uma atividade fomentada entre os integrantes do grupo é a plantação coletiva de um pomar para que os próprios participantes possam colher e consumir, atividade desenvolvida como uma das ações de promoção da alimentação adequada e saudável. Além disso, cada participante fica responsável por plantar e cuidar de uma árvore na praça do município. A experiência destaca ações intersetoriais desenvolvidas na comunidade com participação ativa da população.



**Para pensar
e refletir**

O gestor pode realizar parcerias para o desenvolvimento de **hortas comunitárias** e fomentar a implantação de **hortas pedagógicas**, com objetivo de promover práticas alimentares saudáveis.

Para saber mais: “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios”.

EXPERIÊNCIA – CURITIBA/PR

Desde 1991, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba/PR vem monitorando o estado nutricional da população usuária das Unidades Básicas de Saúde, assim como dos educandos das escolas municipais. Em 2009, a SMS implementou o “**Grupo de Reeducação Alimentar (GRA)**” com uma equipe multiprofissional composta por profissionais do Nasf (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, profissional de educação física e farmacêutico) e das Unidades Básicas de Saúde.

O GRA acontece em todas as UBS do município com encontros quinzenais (6 encontros em 3 meses ou mais, de acordo com a necessidade) e divididos por ciclos da vida (crianças, adolescentes, adultos/idosos). Em cada encontro participam pelo menos duas categorias de profissionais dos Nasf. Existem também os grupos de manutenção, que priorizam o acompanhamento dos resultados obtidos e o auxílio à consolidação dos novos hábitos alimentares adquiridos.

Os profissionais de saúde das equipes do seu município participam de Educação Permanente?

Para melhorar a adesão às atividades, os profissionais foram capacitados em entrevista motivacional, resolução de problemas, prevenção de recaídas e apoio ao autocuidado, com a publicação Autocuidado Apoiado – Manual do profissional de saúde, da SMS de Curitiba, além de um Caderno de Exercícios para estabelecimento de metas, resolução de problemas e monitoramento para ser utilizado pelo próprio usuário. O GRA é coordenado por uma nutricionista e as orientações nutricionais trabalhadas nos grupos seguem uma cartilha desenvolvida pela SMS (Alimentação para uma Vida Saudável – orientações para a família curitibana).

**Para pensar
e refletir**

No seu município, a secretaria de saúde disponibiliza **materiais educativos e impressos** para o trabalho das equipes de saúde?

São desenvolvidas atividades de **educação permanente** com as equipes de saúde?

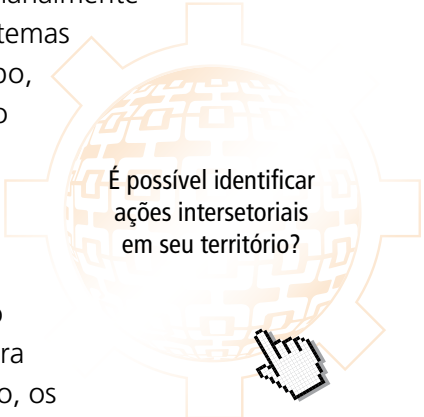
Os profissionais conhecem os **materiais do Ministério da Saúde**, tais como, *CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA*, *GUIAS ALIMENTARES*, *MARCO DE REFERÊNCIA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS*, *ALIMENTOS REGIONAIS BRASILEIRO*, *MANUAL DAS CANTINAS ESCOLARES SAUDÁVEIS*: promovendo a alimentação saudável, materiais do Sisvan entre outros?

Para saber mais: Conheça a Política Nacional de Educação Permanente. Acesse a Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 e a Portaria MS/GM nº 2.953, de 25 de novembro de 2009.

EXPERIÊNCIA – FLORIANÓPOLIS/SC

Em Florianópolis/SC, uma equipe multiprofissional composta por nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros e agentes comunitárias da saúde também trabalha com grupos de 15 pessoas, que se encontram semanalmente por uma hora para avaliação antropométrica e discussão de temas preestabelecidos, sendo realizados oito encontros. O grupo, denominado de “**Reeducar para Emagrecer**”, teve início em 2011, e conta com o apoio de pequenos produtores da agricultura familiar para a oferta de produtos locais a baixo custo, promovendo adoção de uma alimentação saudável e com alimentos de qualidade.

Os agricultores realizam uma feira no dia do encontro do grupo e fornecem gratuitamente uma cesta com frutas para o consumo dos participantes durante os encontros. Além disso, os participantes são inseridos em grupos de caminhada para a prática de atividade física e recebem sessões de auriculoterapia para auxiliar na redução de peso. A condução do grupo com auxílio das agentes comunitárias e as ações intersetoriais fortalecem o elo dos participantes e auxilia no desenvolvimento das atividades.



É possível identificar
ações intersetoriais
em seu território?

**Para pensar
e refletir**

Convidar atores locais, como da **agricultura familiar**, é uma forma de estimular a promoção da alimentação adequada e saudável, além de garantir a segurança alimentar e nutricional.

Valorizar uma agricultura mais sustentável, mantendo o equilíbrio do ambiente e respeitando o conhecimento local é fundamental para se entender a importância da origem dos alimentos e melhorar a qualidade da alimentação.

As **práticas integrativas e complementares** fazem parte da Atenção Básica e podem ser utilizadas na prevenção e no controle da obesidade.

Ações intersetoriais com a **participação popular** constituem em importante estratégia para promover a alimentação saudável nos diferentes equipamentos sociais visando à redução do sobrepeso e à obesidade.

Para saber mais sobre ações intersetoriais conheça a “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios.”

EXPERIÊNCIA – POMERODE/SC

Em Pomerode/SC, são organizadas atividades em grupos na Atenção Básica desde 2011, com rodas de conversa sobre temas variados com objetivo de promoção da saúde. Os participantes são recebidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), acolhidos, avaliados e direcionados para o local da atividade. No início de cada grupo, todos os participantes têm seu peso, estatura e circunferência abdominal avaliados. Qualquer usuário do território tem acesso aos grupos.

Todos os participantes são encorajados a praticar atividade física e encaminhados às academias ao ar livre para receber orientações do profissional de Educação Física. Quando necessário, o participante recebe atendimento individualizado e é encaminhado para outros serviços, a exemplo dos grupos de apoio em Saúde Mental. A equipe é formada por pelo menos um profissional da ESF, que pode ser o técnico de Enfermagem, enfermeiro, auxiliar de serviços gerais, agente comunitário de saúde ou outro, com o apoio do nutricionista do Nasf.

A ideia principal dos grupos é sempre empoderar os participantes para que busquem a solução para as diversas demandas

O estímulo ao autocuidado apoiado é uma estratégia que contribui para o sucesso do controle do peso. As equipes do seu município trabalham nesta perspectiva?

que surgem, possibilitando que a metodologia do grupo seja desenvolvida com base na problematização. Apesar de aberto às demandas, algumas atividades também são previamente planejadas, como leitura de rótulos, registro alimentar e planejamento alimentar próprio. O trabalho acontece em todas as unidades básicas do município, tendo mais de 600 pessoas já beneficiadas com, pelo menos, um encontro.

**Para pensar
e refletir**

As **práticas grupais de educação em saúde** na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção da saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além... Na ESF há diversos exemplos de grupos feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção. Entre essas atividades, destacam-se: Terapia comunitária, Grupos de convivência, Grupos de mulheres, entre outros.

Para saber mais: Conheça o *Caderno de Atenção Básica nº 35 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*, *Caderno de Atenção Básica nº 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Obesidade*, *Caderno de Atenção Básica nº 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano e a Comunidade de Práticas* – acesse o *link*: <<http://atencao basica.org.br/>>.

EXPERIÊNCIA – SORRISO/MT

No Município de Sorriso/MT, a equipe do Nasf desenvolveu diversas estratégias de promoção da saúde e controle da obesidade no território. O projeto de combate à obesidade infantil, uma parceria das Secretarias de Saúde e Saneamento, de Educação e Cultura e a Faculdade do Centro Mato-Grossense (Facem), destina-se às crianças de 6 a 13 anos de idade, de 17 escolas do ensino fundamental, nas quais se realizou triagem de 2.776 crianças e adolescentes

O apoio do Nasf no desenvolvimento de diferentes estratégias locais é fundamental para o controle do excesso de peso no território.

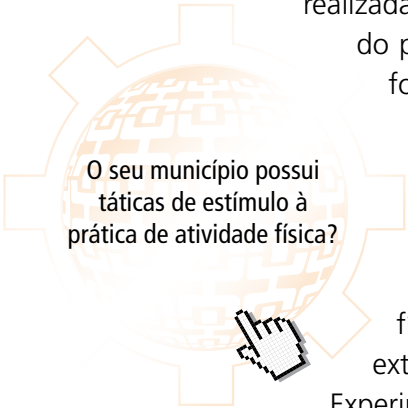
com objetivo de captar aqueles com obesidade e proporcionar aulas de natação, além de orientação nutricional, fisioterápica e psicológica.

A seleção dos alunos para o projeto foi realizada a partir da análise do estado nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). As crianças e adolescentes foram avaliados nas escolas pelos profissionais de Educação Física, com o apoio da equipe do Nasf (médico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e profissional de Educação Física), e na unidade de saúde pela avaliação médica. O projeto enfatizou que os pais devem ser o agente principal do encaminhamento e direcionamento de todo o processo: de avaliação, triagem e acompanhamento nas práticas de natação e orientações dos profissionais do Nasf. Primeiramente, as orientações nutricionais e psicológicas foram

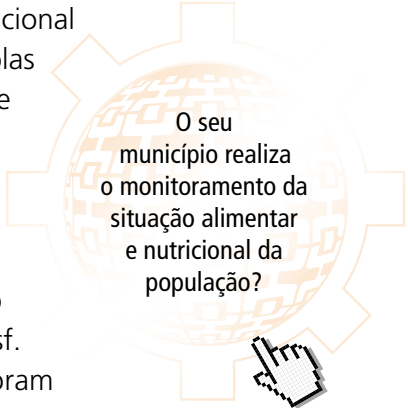
realizadas com os pais para que eles sejam os atores principais do processo de emagrecimento e, posteriormente, as orientações foram realizadas com alunos por meio de roda de conversa.

Ainda em Sorriso, formou-se um grupo de emagrecimento na Unidade Básica de Saúde do Distrito de Primavera do Norte com o apoio do Nasf, realizando encontros quinzenais com atividades diversas (palestras, atividades em grupo e em família, prescrição de dieta individual, orientação de atividades físicas e informações diversas, depoimentos, além de atividades externas, como: Dia da Beleza, Visita ao Supermercado e Cozinha Experimental). Os participantes também realizavam atividade física, concentrando-se a princípio na caminhada, com frequência de duas vezes por semana, com duração de 50 minutos.

Outra estratégia criada pela equipe do Nasf foi o incentivo coletivo para a redução de peso com um concurso entre os grupos de caminhada, envolvendo as equipes de toda Atenção Básica do município que realizavam grupo de caminhadas com sua população adstrita, e contou com o auxílio e orientação dos profissionais do Nasf (profissional de Educação Física, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta e duas estagiárias de Educação Física). Essa ação teve duração de três meses e contou com orientações nutricionais, psicológicas e posturais, que se propunham a contribuir para adoção de um estilo de vida mais saudável para os participantes.



O seu município possui
táticas de estímulo à
prática de atividade física?



O seu
município realiza
o monitoramento da
situação alimentar
e nutricional da
população?

**Para pensar
e refletir**

Você conhece o **perfil epidemiológico e as informações do estado nutricional** da população de seu território?

O seu município possui um projeto para a prevenção e controle da **obesidade infantil**?

Como um dos principais elementos de referência para a criança, a **escola** pode contribuir na formação de hábitos alimentares saudáveis, considerando sua importância como espaço de produção de saúde, autoestima, comportamentos e habilidades para a vida dos alunos, funcionários e demais membros da comunidade escolar. A promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar tem múltiplos focos e precisa prever um amplo escopo de ações que favoreçam a constituição de um ambiente produtor de práticas saudáveis, extrapolando o espaço de sala de aula.

As equipes de Atenção Básica devem desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos nas escolas, sendo um dos componentes do **Programa Saúde na Escola**.

Além disso, mudanças no ambiente escolar de escolas privadas devem ser fomentadas em seu território.

Para saber mais: consulte a Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), o Programa Saúde na Escola e o *Manual das Cantinas Escolares Saudáveis* – promovendo a alimentação saudável. Acesse: <<http://www.cantinasaudavel.com.br/inicio.aspx>>.

EXPERIÊNCIA – TAIÓ/SC

Em Taió/SC, dados de 2011 mostraram que a maioria dos indivíduos atendidos no município apresentavam agravos associadas à obesidade. Diante disso, os profissionais desenvolveram uma estratégia para conter o avanço da obesidade e suas comorbidades, bem como promover os hábitos alimentares saudáveis. O grupo “O Peso da Saúde” aliou os conhecimentos da Psicologia e da Nutrição, com o auxílio da Fisioterapia e da Enfermagem, para desenvolver encontros semanais de duas horas de duração, por um período de três meses.

O público-alvo da ação foram indivíduos com idade entre 15 e 65 anos e os encontros tiveram como intuito oferecer estratégias para manutenção de um estilo de vida saudável, reeducação alimentar, redução de peso e medidas, melhora da autoestima e controle de pensamentos sabotadores, promoção de socialização em grupo e envolvimento da família. O encontro do grupo ocorre com apoio da Câmara de Vereadores, da Casa da Cultura e do Clube do Idoso do município e, no primeiro encontro, os profissionais envolvidos abordam a



metodologia de trabalho, o funcionamento do grupo e as atividades a serem desenvolvidas.

Nesse encontro, todos são avaliados com aferição de altura, peso e circunferência da cintura e recebem a avaliação do estado nutricional individualmente, bem como são pactuadas metas individuais claras e realistas para cada participante. Uma ferramenta utilizada para motivar o participante a alcançar a meta individual é o registro em uma carta dos motivos que levaram a participar do grupo, os quais são lembrados e reforçados ao longo do processo. Outra estratégia é a confecção e utilização de cartões de apoio com estímulos motivacionais, que cada participante leva para casa e os deixa em locais de maior visibilidade.

Intercalado aos encontros, ocorre uma oficina denominada “Saúde no Prato”, com o intuito de desenvolver receitas, desmitificar mitos sobre a alimentação e despertar o interesse por uma alimentação saudável, a fim de auxiliar nas escolhas saudáveis e na mudança de hábitos. A prática de atividade física no grupo é realizada com o apoio do fisioterapeuta, que desenvolve o Grupo de Fisioterapia, com encontros semanais, em que são realizados exercícios terapêuticos baseados no método Pilates.

**Para pensar
e refletir**

Com quais **equipamentos sociais** (escolas, igrejas, clubes, associações e etc.), em seu território, são realizadas parcerias?

Quais **recursos (didáticos, audiovisuais, tecnológicos, entre outros)** estão disponíveis para a realização de atividades coletivas pelas equipes de saúde?

As experiências desenvolvidas na Atenção Básica envolveram equipes multiprofissionais para a oferta do cuidado integral visando à prevenção e ao controle da obesidade. Ao mesmo tempo, as atividades de promoção da saúde foram predominantes. É importante destacar que o entendimento das equipes de atenção básica sobre o manejo da obesidade não está centrado em um único conhecimento/saber, sendo fundamental para a oferta do cuidado qualificado e para a realização de ações intersetoriais, a articulação com outros equipamentos sociais e de saúde para que possam integrar o tratamento proposto.

A Atenção Básica de Saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular da atividade física. Cabe ressaltar que essas ações, além de garantir a difusão de informação, devem buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania.

Questões norteadoras para a implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade

Pensando na proposta de elaboração da linha de cuidado, procure identificar, nos serviços de saúde de seu território, questões semelhantes às abordadas nessas experiências. Convide as equipes de saúde e outros gestores para pensarem juntos!

4.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Na continuidade do tratamento clínico longitudinal, alguns indivíduos necessitam de avaliação e acompanhamento especializado. A atenção especializada é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno.

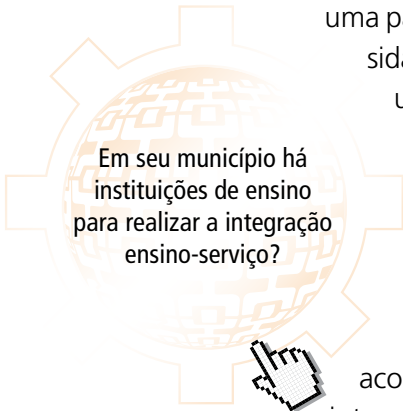
4.2.1 Atenção Especializada Ambulatorial

A atenção especializada ambulatorial reúne um conjunto de serviços e ações eletivas de média e alta complexidade para a continuidade do cuidado. Onze experiências apresentadas são desenvolvidas em ambulatório visando a um tratamento mais especializado na rede de saúde. É importante destacar que o fluxo de encaminhamento dos indivíduos da Atenção Básica para o ambulatório

e/ou hospital, assim como seu retorno, deve ser pactuado entre os gestores, bem como divulgado para o conhecimento de todos os profissionais.

EXPERIÊNCIA – CAMPINA GRANDE/PB

Em Campina Grande/PB, o **Centro de Obesidade Infantil (COI)** configura-se como um serviço ambulatorial e especializado de referência em obesidade, atendendo crianças e adolescentes com obesidade ou sobrepeso encaminhados da Atenção Básica e por demanda espontânea. Criado em 2008, por meio de uma parceria firmada entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), o COI acompanha semanalmente uma média de 25 usuários, comparecendo em torno de duas vezes por mês. A triagem é realizada uma vez por semana e se o indivíduo atender aos critérios estabelecidos para a inclusão no programa, é encaminhado para acompanhamento com endocrinologista, nutricionista, profissional de Educação Física e, em casos especiais, com psicólogo.



Em seu município há instituições de ensino para realizar a integração ensino-serviço?

Semanalmente, antes do atendimento com os especialistas, acontecem atividades educativas coletivas com encontros dinâmicos e integrativos, com momentos que envolvem atividade física, painéis de colagem, desenhos, jogos, apresentação audiovisuais, entre outros. É abordado um tema por mês, evidenciando a importância da prática de atividade física, da alimentação saudável, das consequências da obesidade e da participação familiar nas mudanças comportamentais e na adesão ao tratamento.

Além disso, em datas comemorativas, os usuários e seus familiares são convidados, antecipadamente, para a participação em eventos festivos. Estudo realizado no COI verificou que as crianças e adolescentes que estavam em acompanhamento regular por dois anos apresentaram melhora do estilo de vida e do hábito alimentar, consumindo menos refrigerante, massa e guloseimas e aumentando as horas de atividade física semanal.

**Para pensar
e refletir**

As **dinâmicas de grupo** são utilizadas para provocar algum tipo de mobilização ou de reflexão nos participantes. Essas reflexões visam trazer ao debate temas diversos, como crenças e noções dos participantes a respeito de algo, sobre a forma como o grupo se comporta ou mesmo sobre o comprometimento e as expectativas com os resultados da atividade. Esses momentos podem ser propícios para o autoconhecimento, reflexões coletivas ou difusão de informações sobre algum tema específico, além de estimular as pessoas a expressarem suas vivências ao grupo. É possível encontrar ampla gama de dinâmicas com diferentes objetivos e metodologias. A construção de grupos com a participação de docentes e discentes qualifica o trabalho e possibilita a formação de força de trabalho para atuação nos serviços. Quais dinâmicas de grupo são desenvolvidas pela sua equipe de saúde?

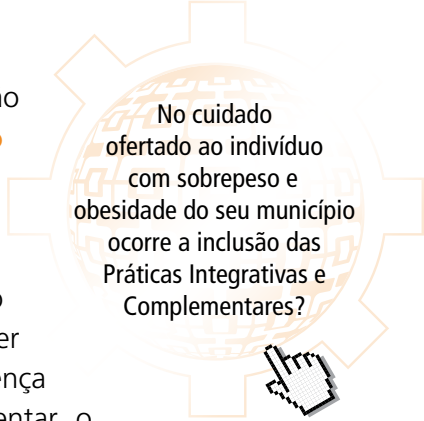
Existem **instituições de ensino** em seu município para realizar parceria e contribuir para formação de força de trabalho qualificada para o Sistema Único de Saúde?

Para saber mais: Acesse o *Caderno de Atenção Básica nº 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família* – ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano e o *Caderno de Atenção Básica nº 38* – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Obesidade.

EXPERIÊNCIA – CHAPECÓ/SC

Em Chapecó/SC foi formado no ambulatório de atenção especializada para a saúde do trabalhador um **Grupo de Apoio ao Emagrecimento**, que conta com uma equipe multiprofissional (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, profissional de Educação Física e psicopedagogo) para oferecer atenção integral aos indivíduos com obesidade grave. Esses podem ser trabalhadores ativos ou em afastamento por motivo de doença ocupacional, tendo como foco principal a reeducação alimentar, o apoio psicológico, educação em saúde, a dinâmica da coletividade e a inclusão de práticas integrativas e complementares, no sentido de fornecer subsídios para que os participantes sejam sujeitos no processo de transformação e mudanças que provoquem a recuperação e a promoção da saúde.

Após avaliação com o nutricionista, o indivíduo é inserido no grupo que possui duração de seis meses, com encontros semanais para a prática de atividade



No cuidado
ofertado ao indivíduo
com sobrepeso e
obesidade do seu município
ocorre a inclusão das
Práticas Integrativas e
Complementares?

de física e discussões a respeito de temas que envolvem os hábitos alimentares, aconselhamento dietético, escolhas alimentares saudáveis, processo de emagrecimento, entre outros. Em seguida, acontece a prática de dança circular, a qual trabalha o autocuidado, a autoestima, a consciência corporal e a interação social. De acordo com o plano terapêutico estabelecido para os indivíduos, também contam, quando necessário, com atendimento psicológico individual e sessões de auriculoterapia e massoterapia.

Quando há boa evolução e o grau de obesidade diminui, o indivíduo recebe alta do serviço e é encaminhado de volta à sua unidade de origem para receber acompanhamento da nutricionista do Nasf. Quando não há boa evolução, o indivíduo permanece no serviço com atendimentos individuais de Nutrição e Educação Física por no máximo seis meses e, após o período de um ano, é realizada a contrarreferência para a unidade de origem. Para a oferta do cuidado aos usuários com obesidade grave que não são trabalhadores, o serviço firmou uma parceria com a universidade local para atendimento no ambulatório.

**Para pensar
e refletir**

A incorporação de ações e serviços relacionados à **medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia e plantas medicinais e fitoterapia** no cuidado ofertado a população promove a inclusão de práticas voltadas para um cuidado humanizado e integral em saúde, visando à prevenção de agravos e à promoção e recuperação da saúde. Essa prática contribui para o aumento da resolutividade do sistema e o acesso aos produtos relacionados às práticas integrativas e complementares em saúde, com o intuito de reduzir o uso de medicamento e permitindo o controle de sintomas relacionados ao excesso de peso.

Para saber mais: Consulte a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.

EXPERIÊNCIA – GOIÂNIA/GO

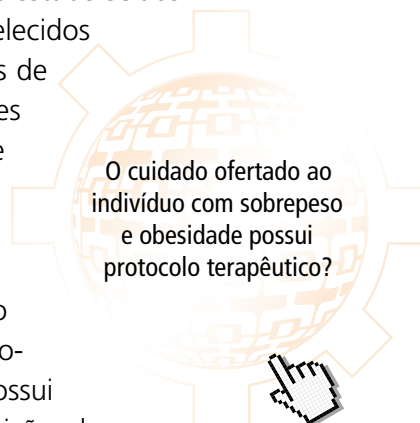
A experiência do **Ambulatório de Nutrição em Obesidade Grave (Anog)** do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG/GO), em Goiânia/GO, foi desenvolvida com o objetivo de oferecer opção terapêutica aos indivíduos com obesidade grave por meio do tratamento nutricional/dietoterápico especializado, visando à redução de peso, ao controle de comorbidades, à

adesão a um perfil alimentar e estilo de vida saudável. O Anog foi desenvolvido para atuar dentro da rede de atenção do SUS do Município de Goiânia, estabelecendo a referência e a contrarreferência, que ocorreu gradativamente com todo o processo de regulação do Hospital das Clínicas.

Para isso, reuniões entre diferentes gestores, incluindo a equipe de Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família, a Coordenação do Programa de Doenças Crônicas e a Chefia dos Ambulatórios foram necessárias para que o fluxo de encaminhamento de indivíduos ocorresse dentro dos critérios de inclusão e parâmetros estabelecidos. Os critérios de encaminhamento dos indivíduos foram estabelecidos e repassados ao nível central da SMS e enviados às unidades de saúde. Os critérios definidos foram: indivíduos adultos, maiores de 18 anos, não gestantes ou lactantes e com obesidade grave ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$). O ambulatório atende indivíduos encaminhados da Atenção Básica e de outros ambulatórios do HC/UFG.

Atualmente, o Anog já atendeu 240 indivíduos encaminhados. Um protocolo de tratamento nutricional especializado para o indivíduo com obesidade grave foi desenvolvido com enfoque na mudança dos hábitos alimentares. O plano alimentar possui um formato gráfico moderno com cardápio e lista de substituição, de forma a facilitar a compreensão das trocas e substituição de alimentos, e, assim, incentivar a adesão ao tratamento. Busca-se envolver a família solicitando que os indivíduos levem um familiar às consultas para sensibilização e mudança de hábitos no ambiente familiar.

Os indivíduos também são convidados a participar de reuniões mensais do grupo de educação em saúde, quando são abordados temas como: estratégias de combate a estresse e ansiedade, formas de cocção de alimentos, opções de trocas alimentares saudáveis, bem como são incentivados a atuarem como multiplicadores dos conhecimentos sobre alimentação saudável em seu território familiar e social. A equipe do Anog é composta por nutricionistas, educadores físicos, enfermeira e psicólogo com enfoque na mudança dos hábitos alimentares. No ambulatório são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa e extensão com alunos de graduação, iniciação científica, bolsistas de extensão, mestrandos e doutorandos, o que possibilita a formação de recursos humanos para atuar no tratamento longitudinal da obesidade grave com uma visão crítica.



**Para pensar
e refletir**

Sua equipe utiliza o **Telessaúde**? Em seu município há ponto de Telessaúde?

Telessaúde é o uso das modernas tecnologias da informação e da comunicação para atividades a distância relacionadas à saúde em seus diversos níveis (primário, secundário e terciário). Um Núcleo de Telessaúde (NT), ou serviço de Telessaúde, pode ser caracterizado como um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com ênfase no caráter educativo de suas ações, ao prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias e/ou descentralizando a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos. O Programa Telessaúde Brasil Redes objetiva não apenas fomentar as atividades de Educação Permanente em Saúde, aproximando-as das equipes de saúde localizadas em qualquer ponto do País, mas ofertar estratégias de apoio assistencial que fortaleçam a integração entre os serviços de saúde ampliando a resolubilidade deles.

Para saber mais: Conheça a Portaria nº 2.546, do Ministério da Saúde Brasileiro, publicada em 27 de outubro de 2011, e o *Manual de Telessaúde para Atenção Básica*.

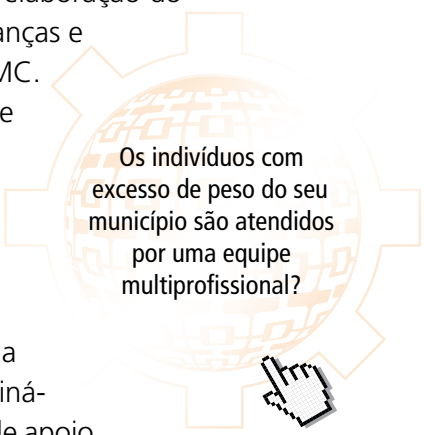
EXPERIÊNCIA – ITAPEVI/SP

Em Itapevi/SP, ocorre uma experiência no **Ambulatório de Obesidade**, na qual é realizado o atendimento de indivíduos encaminhados da Atenção Básica com base no IMC maior ou igual a 30 kg/m², considerando a faixa etária de 20 a 59 anos. Todos os atendimentos são registrados em uma central de agendamento. O acolhimento do indivíduo no programa é realizado pela equipe de Enfermagem com posterior encaminhamento ao médico, para solicitação de exames complementares, e à equipe multidisciplinar, composta por psicólogo para fornecer apoio emocional, promover a integração psicossomática e trabalhar a subjetivação da alimentação; nutricionista para avaliação nutricional e prescrição dietética; fisioterapeuta para sessões de acupuntura para diminuir a ansiedade dos indivíduos, reduzindo diretamente a compulsão pelos alimentos e sempre que possível evitar o consumo de drogas que busquem esse efeito; profissionais de Educação Física para atividade física monitorada duas vezes por semana, cedido pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, complementando a intersetorialidade do projeto. Durante o período de janeiro a dezembro de 2013 foram atendidos mais de 2.200 indivíduos e eliminados no coletivo mais de duas toneladas. A média de perda de peso dos indivíduos que aderem ao tratamento é de 5 kg por mês.

EXPERIÊNCIA – MARÍLIA/SP

O **Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília (Caoim)**, em Marília/SP, criado em 2006, oferta ações de prevenção e de tratamento da obesidade infanto-juvenil. As crianças com diagnóstico de sobrepeso e obesidade são encaminhadas por profissionais de saúde (médico ou enfermeira) das UBS, escolas municipais e estaduais, consultórios particulares e demanda espontânea ao Caoim, no qual são avaliadas quanto à necessidade de inclusão no programa, seguindo um fluxograma preestabelecido pelo serviço. A elaboração do fluxograma leva em consideração o estado nutricional das crianças e adolescentes a serem atendidas, utilizando como indicador o IMC.

A iniciativa envolve encontros semanais com três horas de duração durante seis meses com diferentes profissionais de saúde (psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de Educação Física, cirurgiã-dentista e enfermeira) para a orientação em grupo ou individual, quando necessária. Os assuntos são escolhidos semanalmente para que toda a equipe profissional possa trabalhar com o mesmo tema, incluindo na metodologia dinâmicas lúdicas, palestras, orientações práticas, vivências culinárias, oferta de lanches saudáveis e construção de ferramentas de apoio aos familiares para as mudanças. Caso a criança não seja incluída ou finalize o programa, ela é contrarreferenciada à unidade de origem, para que possa dar continuidade a esse cuidado ou ser reencaminhada ao Caoim.



Os indivíduos com excesso de peso do seu município são atendidos por uma equipe multiprofissional?

Para pensar e refletir

Estimular os sentidos, apreciando os alimentos, seus sabores, aromas e apresentações, torna o ato de comer ainda mais prazeroso e significa cultura, alegria, convívio e troca. As **vivências culinárias** estimulam a criatividade, a interação entre as pessoas, possibilitam um espaço de convívio e troca, resgatam alimentos tradicionais, além da satisfação de preparar e compartilhar as refeições com outras pessoas, promovem a alimentação adequada e saudável. O incentivo e apoio da equipe multiprofissional na adoção de hábitos alimentares saudável na infância são importantes para a formação de indivíduos adultos saudáveis.

Para saber mais: Conheça as publicações *Guia Alimentar para População Brasileira e Alimentos Regionais Brasileiros*.

EXPERIÊNCIA – PORTO ALEGRE/RS

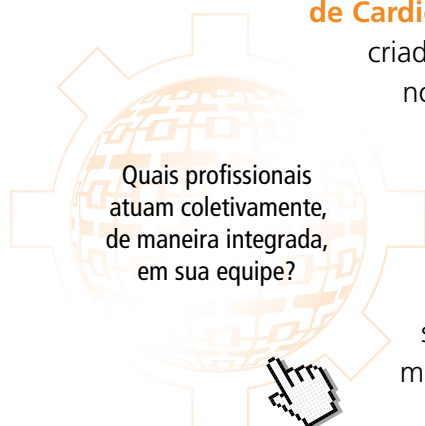
No Hospital das Clínicas de Porto Alegre/RS, o **Ambulatório de Manejo de Obesidade Infantojuvenil (AmO)** existe há 12 anos, atendendo cerca de 40 crianças e adolescentes por semana referenciados das UBS ou por interconsultas de outras especialidades do próprio hospital. O ambulatório trabalha com uma abordagem que objetiva mudança de hábito alimentar e de estilo de vida de forma gradual, focando primeiramente em mudanças de hábitos, depois em alterações quantitativas e, por fim, as qualitativas, sem a prescrição tradicional de dietas.

A experiência do serviço mostrou que mudanças muito radicais no consumo, desde o início, levam a alta taxa de abandono, sendo as mudanças gradativas, pactuadas individualmente com os participantes, mais adequadas para o público-alvo. Em cada consulta são realizadas habitualmente três combinações com o indivíduo, que deve concordar com elas e realizá-las até a consulta seguinte. As combinações são direcionadas para o estímulo às mudanças de hábitos de vida, incluindo promoção de alimentação saudável, comportamento e atividade física. Durante a consulta também se tenta trazer a responsabilidade do problema para a família, destacando-a como responsável por tornar o ambiente familiar mais saudável. O serviço tem ampla documentação de alterações metabólicas e hormonais dos indivíduos atendidos.

O **Ambulatório de Cardiologia Pediátrica Preventiva do Instituto de Cardiologia (IC)**, de Porto Alegre/RS, é um serviço de atendimento

criado em 2001 com o intuito de trabalhar na prevenção, com base no conhecimento da progressão das doenças arterioscleróticas. No ambulatório, atualmente, são atendidas mais de 300 crianças e adolescentes de todo o Estado do Rio Grande do Sul com fatores de risco para doenças cardíacas, tais como obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral ou morte súbita, sendo a obesidade um dos principais fatores de encaminhamento para o ambulatório.

Os indivíduos são encaminhados a partir do serviço ambulatorial de Cardiologia Pediátrica do IC, UBS de Porto Alegre ou de municípios circunvizinhos do estado e a partir de escolas visitadas pelo serviço. O atendi-



mento é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por cardiologista pediátrica, nutricionista, psicóloga, psicopedagoga, profissional de Educação Física e enfermeira.

Cada profissional atua de forma complementar no Plano Terapêutico Singular (PTS) definido para o indivíduo: a Medicina realiza avaliação clínica e analisa os exames; a Enfermagem realiza atividades educativas; a Nutrição trabalha a reeducação alimentar, reorganizando a rotina familiar; a Psicologia avalia a estrutura familiar, orientando na busca do equilíbrio das relações; a Educação Física estimula a prática regular de atividade física e modificações no estilo de vida; e a Psicopedagogia trabalha com a adequação da linguagem da intervenção às diferentes faixas etárias e realiza atendimento na sala de espera, construindo o conhecimento sobre hábitos saudáveis por meio de atividades lúdicas, para orientar os indivíduos. Uma estratégia utilizada na experiência, que visa reduzir o tempo de espera entre uma consulta e outra é a oferta de atendimentos mensais em grupos para a família, a criança e o adolescente.

**Para pensar
e refletir**

Trabalho em equipe: por meio de trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente, agrega maior capacidade de análise e de intervenção sobre problemas, demandas e necessidades de saúde, em âmbito individual e/ou coletivo. Desse modo, produz potencialmente ações mais abrangentes que aquelas encontradas em trabalhos segmentados, desde que bem construídas e articuladas.

Para saber mais: Conheça o *Caderno de Atenção Básica nº 39*: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano.

EXPERIÊNCIA – RECIFE/PE

O “**Projeto Bom Dia**”, realizado em Recife/PE, surgiu da proposta de integração entre o Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMEM), a Gerência de Atenção à Pessoa com Deficiência e o Programa Academia da Cidade da Prefeitura da Cidade. Tal ação se apresenta como Reabilitação Cardiovascular Pulmonar e Metabólica (RCPM), que é conceituado como um conjunto de ações multidisciplinares, visando restabelecer a saúde em todos os seus aspectos do ser humano (social, psíquica, orgânica e laborativa). O projeto tem o objetivo de pro-

porcionar melhor qualidade de vida aos usuários adultos e idosos do CMEM, por meio da prática de exercícios físicos e/ou fisioterápicos e orientação nutricional, além de atividades educativas e de lazer com acompanhamento de equipe multiprofissional especializada, que é composta por fisioterapeutas, profissionais de educação física e nutricionista.



Seu município realiza alguma ação com enfoque em práticas corporais e atividade física?

O ingresso do usuário no projeto é realizado por referência médica dos profissionais do CMEM, fazendo-se necessário parecer cardiológico, incluindo teste ergométrico recente (máximo de três meses) que viabilizará a triagem para a avaliação física ou fisioterápica e posterior ingresso no grupo da ginástica ou fisioterapia cardiorrespiratória, respectivamente. As ações desenvolvidas no grupo da ginástica são supervisionadas por profissionais de Educação Física, fisioterapeuta especializado e nutricionista. As atividades desenvolvidas são neuromusculares (treino de tonificação muscular, flexibilidade), aeróbios, jogos esportivos, atividades culturais e de lazer específicas e individualizadas. Os usuários são acompanhados duas vezes por semana para a realização das atividades e de consultas regulares por cardiologista, nutricionista e psicóloga, se forem necessárias. Visando complementar as atividades desenvolvidas pelos profissionais para a promoção da saúde são desenvolvidas atividades de lazer, tais como passeios culturais, ecológicos, além de palestras com fins educativos sobre temas pertinentes (na área de cultura, saúde, cidadania, patologia, terapêuticas e etc.).

Para pensar e refletir

Sabe-se que a inatividade física é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis. A importância da promoção da saúde com enfoque em **práticas corporais e atividade física** é uma das estratégias para lidar com a transição do perfil de saúde da população, com a implementação de ações nacionais ou regionais. O investimento em programas de base populacional promove o aumento no acesso às práticas corporais e atividade física e auxilia na adoção de práticas saudáveis na população.

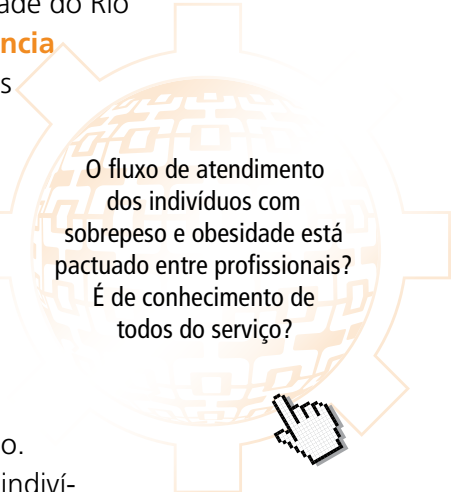
Para saber mais: Consulte como implantar o Programa Academia da Saúde em seu município e acesse o material do Curso de Extensão em Promoção da Saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde.

EXPERIÊNCIA – RIO DE JANEIRO/RJ

No Rio de Janeiro/RJ, a partir da estimativa de que 0,75% da população do estado é constituída de indivíduos de obesidade grau III (47.400 indivíduos residentes na cidade do Rio de Janeiro – considerando a população de 2010), o Instituto de Nutrição Annes Dias (Inad) da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro vem implantando desde 2011 **Centros de Referência em Obesidade (CROs)**. Os CROs são serviços ambulatoriais especializados de acompanhamento de indivíduos com obesidade grau III, inseridos em unidades de Clínicas de Saúde de Família, o que possibilita uma maior articulação com a ESF.

Os encaminhamentos dos usuários para os CROs podem ocorrer por duas vias: por Unidades Básicas de Saúde, que dialogam com as Coordenações de Áreas Programáticas às quais pertencem os CROs ou diretamente com os CROs, respeitando a organização por regionalização. Foram estabelecidos como critérios de inclusão no serviço: indivíduos adultos com IMC ≥ 40 kg/m² associado a diabetes ou IMC ≥ 50 Kg/m². A porta de entrada para o serviço é um Grupo de Acolhimento no qual, atendidos os critérios de inclusão, são esclarecidas as principais dúvidas sobre o serviço e o acompanhamento clínico. Os indivíduos inseridos no serviço têm como primeira atividade o Grupo de Conhecimento em Saúde, cujo objetivo é orientar sobre a obesidade e as principais comorbidades, o tratamento medicamentoso e a importância de mudança de estilo de vida (MEV). As consultas são agendadas de acordo com o protocolo do CRO, que inclui consultas individualizadas com a equipe e incentivo à participação em grupos interdisciplinares, operativos e no programa de exercício e atividade física.

A equipe do CRO é multiprofissional, incluindo médico endocrinologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, profissional de Educação Física e profissional administrativo. Pela dificuldade de mobilidade do público atendido, procura-se agendar mais de uma consulta com diferentes profissionais a cada dia que o indivíduo comparece ao CRO, seguindo um fluxo de atendimento preestabelecido. Todos os profissionais realizam em seus atendimentos as aferições de peso dos indivíduos, pactuando-se os resultados esperados com o indivíduo e promovendo



O fluxo de atendimento dos indivíduos com sobrepeso e obesidade está pactuado entre profissionais? É de conhecimento de todos do serviço?

o autocuidado. Existem algumas atividades em grupo organizadas conforme a demanda dos profissionais e indivíduos, bem como a disponibilidade de recursos e equipamentos da área, como Grupo Terapêutico, Grupo Operativo, Grupos de Práticas Alternativas, Grupo de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e Grupo de Atividade Física e Saúde.

Para a organização do processo de trabalho, a coordenação do CRO realiza reunião semanal com todos os participantes da equipe de profissionais em cada CRO, envolvendo: discussão de casos; construção dos projetos terapêuticos singulares; avaliação para possíveis encaminhamentos para os demais níveis de complexidade, como: especialidades médicas e cirurgia bariátrica; debates técnicos coletivos e entre as categorias profissionais; planejamento das articulações intersetoriais e organização do serviço. Mensalmente, os profissionais de todos os CROs reúnem-se para compartilhar experiências.

Os indivíduos com obesidade grau III em acompanhamento regular no CRO há pelo menos um ano, com boa adesão ao tratamento, que apresentem perda de peso e manifestem desejo em realizar cirurgia bariátrica, salvo contraindicações ao procedimento, são encaminhados para o serviço de referência para este procedimento, no Hospital Estadual Carlos Chagas/RJ.

**Para pensar
e refletir**

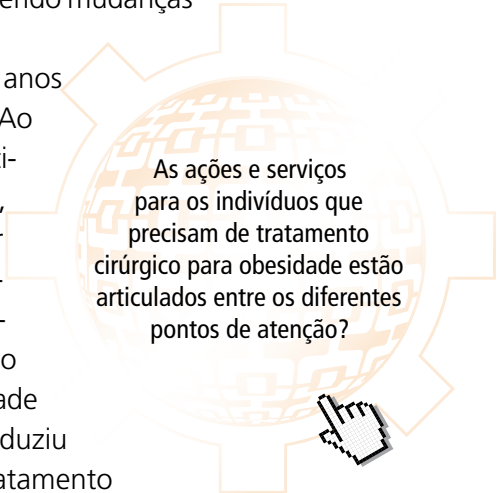
Para saber mais sobre **metodologias de trabalho de grupo** (Grupo Terapêutico, Grupo Operativo, Grupo Motivacional), conheça o *Caderno de Atenção Básica nº 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano*.

EXPERIÊNCIA – SALVADOR/BA

O **Grupo de Apoio Terapêutico ao Tratamento da Obesidade (Gatto)** é uma das atividades desenvolvidas no Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia (Cedeba), localizado em Salvador. Mediante encaminhamento realizado pela triagem do Serviço de Psicologia, são formados grupos indivíduos portadores de obesidade grau III ou grau II com comorbidades, com baixa adesão ao tratamento clínico, em preparação para cirurgia bariátrica ou já operados,

que são atendidos em sessões semanais com duração de duas horas por dois anos, formando um grupo com, no máximo, quinze indivíduos. Ao longo de nove anos de existência da iniciativa, os indivíduos tem referido mudanças significativas em relação à qualidade de vida.

Além disso, a permanência dos indivíduos por dois anos no programa com menos de três faltas foi acima de 90%. Ao término desse período, é facultada aos integrantes a participação em grupos focalizados por voluntários qualificados, denominados “de autogestão”, que foram criados por iniciativa dos próprios indivíduos, desejosos de dar continuidade aos trabalhos e diante da impossibilidade da instituição em atender a tal demanda. Dados com relação ao peso corporal mostraram que, no grupo regular a totalidade dos indivíduos no pós-operatório de cirurgia bariátrica reduziu o peso corporal, assim como 75% dos indivíduos em tratamento clínico. No grupo de autogestão, 66% dos indivíduos em pós-operatório há mais de 20 anos de cirurgia bariátrica mantiveram o peso corporal.



As ações e serviços para os indivíduos que precisam de tratamento cirúrgico para obesidade estão articulados entre os diferentes pontos de atenção?

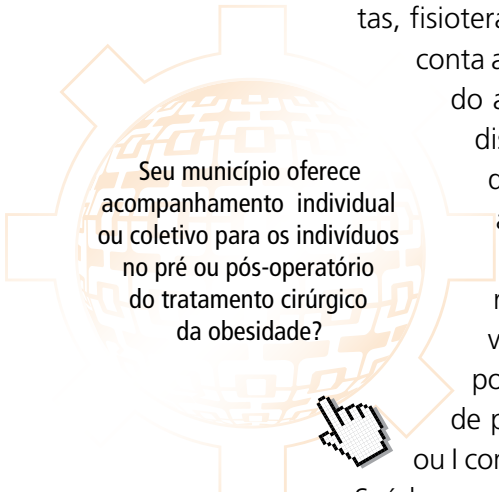
Para pensar e refletir

Na **organização da atenção à pessoa com obesidade**, a atenção terapêutica clínica e o acompanhamento leva em consideração as comorbidades associadas, além do acompanhamento pré/pós-cirurgia bariátrica, a cirurgia bariátrica e a cirurgia plástica reparadora com profissionais especializados para o cuidado do indivíduo obeso. Faz-se necessária a articulação entre as equipes de Atenção Básica, de Atenção Ambulatorial Especializada e de Atenção Hospitalar Especializada para garantir a estratificação de risco e organização da oferta de tratamento cirúrgico aos obesos mórbidos, após o insucesso em tratamentos anteriores nos âmbitos da Atenção Básica e da Atenção Ambulatorial Especializada

Para saber mais: consulte o *Caderno de Atenção Básica nº 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Obesidade*.

EXPERIÊNCIA – BELO HORIZONTE/MG

Em Belo Horizonte/MG, o **Serviço de Obesidade Clínica Atenção Especializada do Centro de Especialidade Médica (CEM)** de um hospital referência do município, criado em 2008, é composto pelo Serviço de Obesidade Clínica e Serviço de Obesidade Cirúrgica para indivíduos acima de 16 anos. A equipe multidisciplinar clínica é composta por médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudióloga, assistentes sociais e enfermeiras e conta ainda com suporte do setor administrativo no gerenciamento do atendimento ambulatorial. O Serviço de Obesidade Clínica disponibiliza interconsultas às outras especialidades, opção de internação no hospital do complexo e encaminhamento à Unidade de Pronto Atendimento (UPA).



Seu município oferece acompanhamento individual ou coletivo para os indivíduos no pré ou pós-operatório do tratamento cirúrgico da obesidade?

O serviço segue fluxo único de agendamento de primeiras consultas atendendo à demanda do município e do estado via Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH) por meio do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) com critério de prioridade de gravidade, portadores de obesidade grau III, II ou I com comorbidades em tratamento clínico na Atenção Básica de Saúde sem resposta satisfatória por dois anos. Posteriormente aos dois anos, os indivíduos são reavaliados com a possibilidade de permanecerem em tratamento clínico no ambulatório; serem contrarreferenciados à Atenção Básica de Saúde ou serem encaminhados à avaliação de tratamento cirúrgico da obesidade.

Durante a reavaliação do indivíduo, caso o indivíduo seja selecionado pela coordenadora para avaliação cirúrgica, ela solicita ao setor de Psicologia uma entrevista direcionada com parecer. Após a indicação para a avaliação cirúrgica, a equipe gera um laudo para a SMS-BH realizar o desligamento do indivíduo do ambulatório e, ao mesmo tempo, cadastrá-lo na lista de agendamentos de consultas para os habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Os estabelecimentos avaliam os critérios de indicação e contraindicação do tratamento cirúrgico da obesidade, realizam preparo pré-operatório, assim como o acompanhamento do pós-operatório. Caso o redirecionamento contemple o estabelecimento do Centro de Especialidades Médicas, a mesma equipe clínica tem a oportunidade de reassumir o caso do indivíduo dando continuidade ao tratamento iniciado na primeira etapa.

A equipe interdisciplinar faz atendimentos individuais, em grupos de 15 indivíduos e em oficinas com seis indivíduos. O encontro com grupos de 15 indivíduos consiste em um curso de seis encontros mensais, sendo dois de responsabilidade da Psicologia, dois da Nutrição e dois da Fisioterapia. A oficina com grupo de seis indivíduos consiste em seis encontros mensais e, de forma lúdica, visa discutir orientações e temas desafiadores frente ao tratamento ambulatorial da obesidade respeitando o perfil de cada grupo.

**Para pensar
e refletir**

O conceito de **oficina** faz referência a lugar de trabalho coletivo e a uma experiência de atividade realizada em um encontro de pessoas, no qual se procurará construir juntos, uma vivência coletiva e um saber.

No seu município, as equipes realizam oficinas com os usuários? Como elas são realizadas? Quais estratégias utilizam?

As experiências que ocorrem em nível de ambulatório se mostram bem estruturadas ao tratamento da obesidade. Apresentam o acompanhamento de uma equipe multiprofissional com a agregação de diferentes conhecimentos e formas de tratamento da obesidade. Esse ponto de atenção pode ser considerado um ponto estratégico para o tratamento da obesidade, pois se configura o elo entre a atenção básica e o tratamento cirúrgico. Além disso, observa-se a articulação com diversas práticas que possam complementar o tratamento da obesidade. É importante que este ponto de atenção esteja bem estruturado, tanto para acolher os indivíduos que não estão obtendo respostas satisfatórias na Atenção Básica quanto para preparar o indivíduo para cirurgia bariátrica, mas sempre em comunicação com a Unidade Básica de Saúde de origem.

**Questões norteadoras para a implantação da linha
de cuidado do Sobrepeso e Obesidade**

Analise a produção de cuidado na realidade dos serviços de saúde de seu território e discuta com sua equipe e gestor sobre o processo de trabalho, a interação entre os profissionais, a relação com os demais serviços e equipamentos de saúde, na perspectiva de criação de novos modos de cuidar: mais integral, mais resolutivo, mais inovador!

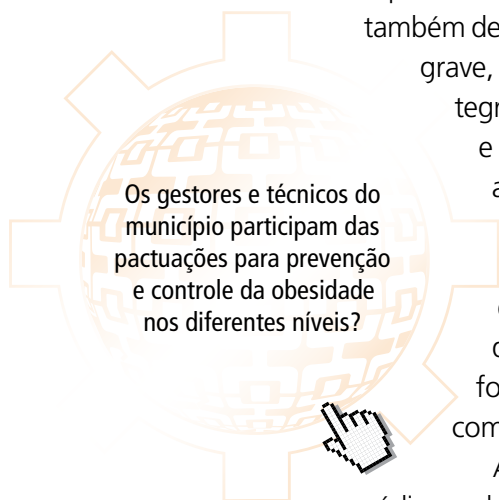
4.2.2 Atenção Especializada Hospitalar

A atenção especializada hospitalar reúne um conjunto de serviços e ações eletivas de alta complexidade para a continuidade do cuidado, envolvendo a avaliação e a realização de procedimentos cirúrgicos dos casos indicados pela atenção especializada ambulatorial ou regulação para realização. Três experiências apresentadas são desenvolvidas no âmbito hospitalar visando a um tratamento mais especializado na rede de saúde. É fundamental a definição de fluxos bem definidos entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Ambulatorial para continuidade da assistência terapêutica, bem como com a Atenção Básica para acompanhamento.

EXPERIÊNCIA – BOTUCATU/SP

A experiência do **Hospital das Clínicas de Botucatu**, em Botucatu/SP, também definiu um novo fluxograma de atendimento ao indivíduo obeso grave, visando reduzir as filas de espera para a cirurgia bariátrica e integrar a Atenção Básica com a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar. Os indivíduos que aguardam a cirurgia passaram a ser reencaminhados ao serviço de origem para o cuidado necessário em vez de ficarem à espera do procedimento sem o acompanhamento como era feito anteriormente. A equipe de cirurgia bariátrica apoia o trabalho das equipes de saúde da Atenção Básica com oficinas, encontros, seminários de formação e desenvolvimento de caderno educativo com informações sobre a cirurgia e o trabalho em equipe.

A equipe de cirurgia bariátrica é composta por médico cirurgião, médico endocrinologista, enfermeira, assistente social, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeuta. Conta ainda com apoio de docentes e alunos de Nutrição e um aprimorando no ambulatório de Endocrinologia. Um curso de educação a distância específico para o manejo da obesidade, no contexto de uma linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, foi desenvolvido pela equipe do Nasf, a partir das discussões e das oficinas realizadas com gestores e técnicos do município, para promover a integração dos serviços e fortalecer a linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde.



Os gestores e técnicos do município participam das pactuações para prevenção e controle da obesidade nos diferentes níveis?

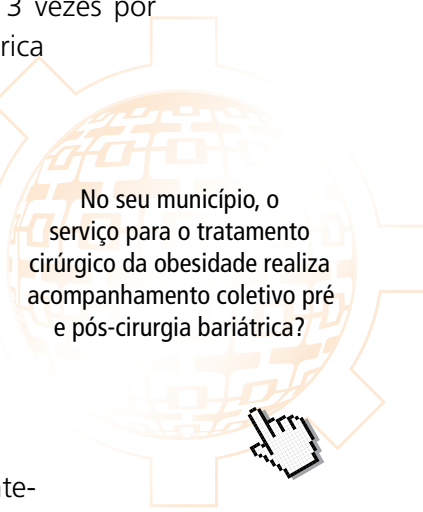
EXPERIÊNCIA – CAMPINAS/SP

Em Campinas/SP, o **Hospital de Clínicas da Unicamp (HCU)** oferta o tratamento cirúrgico aos indivíduos com obesidade grave. Os candidatos à cirurgia bariátrica são admitidos para atendimento ambulatorial por meio de múltiplas origens, encaminhamentos a partir da Atenção Básica, interconsultas de outras especialidades do hospital ou triagem específica realizada 2 a 3 vezes por ano. Desde 2003, foi iniciado no ambulatório de cirurgia bariátrica do Hospital de Clínicas um programa multidisciplinar, cujo objetivo é preparar os candidatos à cirurgia, promovendo medidas que levassem à redução de peso, melhora ou até resolução de comorbidades, avaliação social e psicológica criteriosa e detalhada e acompanhamento nutricional rigoroso. A equipe multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais e profissional de Educação Física, de modo a prover atenção integral à saúde do indivíduo obeso.

Os indivíduos são acompanhados em reuniões coletivas e semanais realizadas pela equipe multidisciplinar, como forma de integrar o indivíduo, trocar experiências e pactuar metas coletivas e individuais. Para cada indivíduo é estabelecida uma meta de redução ponderal que varia de 5% a 10% do peso atual para este indivíduo, e esse compromisso é assumido por ambas as partes perante todo o grupo.

Atividades interativas em grupo são desenvolvidas pelo médico responsável pela equipe, nas quais aborda a obesidade e seu tratamento; cirurgia bariátrica com suas indicações, contraindicações, modalidades, complicações imediatas e tardias e resultados reais; noções de higiene e saúde; orientações de alimentação saudável e prática de atividade física; reforço da necessidade de mudança dos hábitos de vida, entre outros. Durante as reuniões semanais e uma vez que o indivíduo esteja com todos os exames pré-operatórios realizados e liberados para o procedimento pela equipe multidisciplinar e com a data de internação programada, os familiares são convocados para uma conversa com a equipe médica na presença do próprio indivíduo para reforço de todas as fases anteriores.

A importância do seguimento clínico pós-operatório sempre é reforçada nas reuniões, o que reflete na melhora das taxas de adesão. O seguimento dos



No seu município, o serviço para o tratamento cirúrgico da obesidade realiza acompanhamento coletivo pré e pós-cirurgia bariátrica?

indivíduos medido pelo comparecimento nas consultas além dos primeiros 18 meses da cirurgia passou de 67,1% para 92,8%. Essa mudança, além de ser extremamente benéfica ao indivíduo, uma vez que previne complicações, contribui para o serviço, já que o seguimento possibilita desenvolver estudos científicos e protocolos a fim de melhorar qualidade de vida do indivíduo pós-cirúrgico.

**Para pensar
e refletir**

O **tratamento cirúrgico da obesidade** é considerado apenas uma ação entre as demais que compõem o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, que, prioritariamente, é baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. A cirurgia pode apresentar complicações tanto durante como no pós-operatório imediato e no pós-operatório tardio, sendo necessário estabelecer critérios de acompanhamento e realizar a conscientização dos indivíduos no pré-operatório.

Para saber mais: consulte o *Caderno de Atenção Básica nº 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Obesidade*.

EXPERIÊNCIA – JOINVILLE/SC

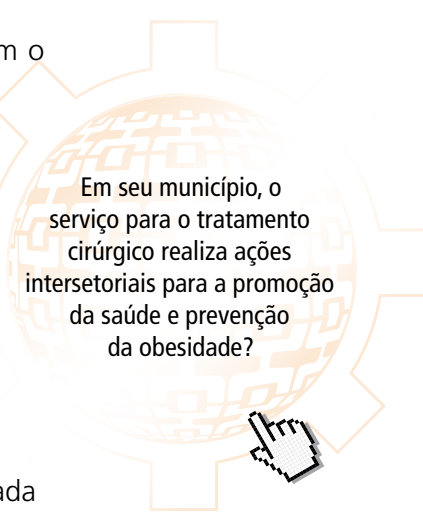
O **Obesimor**, criado desde 2007 no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, é o serviço de cirurgia bariátrica visitado na cidade de Joinville/SC. O serviço surgiu da curiosidade e do desafio assumido por cinco profissionais (médico cirurgião, psicólogo, técnico de Enfermagem e enfermeiro). Enquanto os médicos realizavam a especialização, os outros profissionais organizavam os protocolos internos. O serviço é referência em cirurgia bariátrica na região norte e nordeste de Santa Catarina, atendendo 26 municípios. Os indivíduos com mais de 16 anos que apresentam obesidade mórbida são encaminhados das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com indicação de cirurgia bariátrica.

O primeiro atendimento aos candidatos à cirurgia bariátrica é realizado na UBS onde é cadastrado, com o médico clínico, que avalia e encaminha o indivíduo, que tem as consultas agendadas na própria UBS via sistema intranet. São realizados em torno de 1.000 atendimentos e 12 cirurgias/mês; com média de permanência hospitalar de três dias. O preparo pré-operatório ocorre no ambulatório da Obesimor e pode levar de 8 meses a mais de 1 ano, dependendo da adesão do indivíduo e seus cuidadores. Todos os atendimentos com profissionais

da Obesimor, exceto Psicologia, são realizados em conjunto com o indivíduo e seu cuidador. Também, até o momento, os indivíduos realizam seu pós-operatório no ambulatório da Obesimor.

Para educar e preparar os indivíduos e cuidadores para a prevenção de complicações, melhora do quadro e gerenciamento do cuidado em sua complexidade, os indivíduos e os cuidadores participam ativamente de aulas para inserção no tratamento na Obesimor, sobre o pré-operatório e pós-operatório; de oficinas de alimentos, cuidados com a dieta no antes e após a cirurgia bariátrica; de aulas de fisioterapia e terapia ocupacional.

Os indivíduos, pós-operados, a partir de 30 dias e após cada cirurgia plástica, recebem gratuitamente: massagem, drenagem linfática e reflexologia podal na Escola de Esteticista de Joinville (Irei). Além disso, o serviço desenvolve diversas atividades de promoção da saúde e prevenção da obesidade, em parceria com outras instituições, como o desfile cívico, programas de rádios e televisão e encontro Catarinense para indivíduos pós-operados com a equipe multidisciplinar. Os profissionais encontram-se mensalmente para organização da linha de cuidado e oportunizam a participação de instituições parceiras do projeto.



Em seu município, o serviço para o tratamento cirúrgico realiza ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção da obesidade?

**Para pensar
e refletir**

A **participação da população e de instituições parceiras** na organização do cuidado para os indivíduos com sobrepeso e obesidade constitui um avanço para o controle do excesso de peso. A obesidade não é apenas um problema do serviço de saúde, mas de toda a sociedade. Ações que envolvam a saúde e outros atores e equipamentos sociais, com o apoio da sociedade civil, configuram um esforço conjunto para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

A Atenção Especializada Hospitalar é o ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de indivíduos agudos ou crônicos agudizados. Na linha de cuidado é o último recurso utilizado para o tratamento da obesidade, mas que deve manter forte comunicação com os demais pontos de atenção visando assegurar o cuidado integral aos indivíduos. Dessa forma, algumas experiências selecionadas desenvolvem um trabalho integrado e

articulado entre os pontos de atenção para o tratamento cirúrgico da obesidade, revelando resultados positivos e com forte participação dos envolvidos.

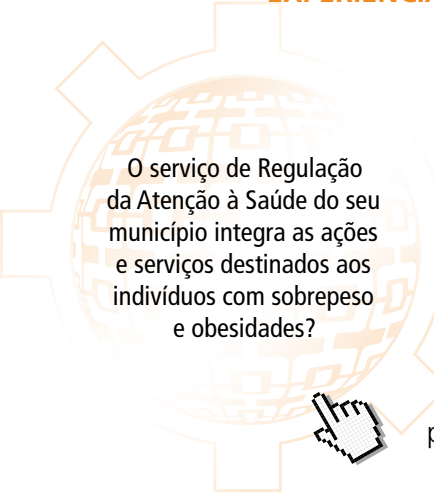
Questões norteadoras para implementação da linha de cuidado do Sobrepeso e da Obesidade

Pensando na proposta de elaboração da linha de cuidado, procure identificar, nos serviços de saúde de sua região, questões semelhantes às abordadas nessas experiências. Convide as equipes e outros gestores para pensarem juntos!

4.3 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Visando estabelecer o fluxo dos indivíduos na rede de atenção à saúde, a regulação da atenção é compreendida como um componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta, promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, bem como auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos intergestores. Deve garantir o acesso às ações e aos serviços de maior densidade tecnológica. Três experiências apresentaram em seu relato a organização do fluxo de atendimento para os indivíduos com obesidade a fim de garantir um cuidado qualificado e o acesso regular dos indivíduos aos pontos de atenção.

EXPERIÊNCIA – BELO HORIZONTE/MG



O serviço de Regulação da Atenção à Saúde do seu município integra as ações e serviços destinados aos indivíduos com sobrepeso e obesidades?

Um exemplo de regulação em saúde, já mencionado anteriormente no subitem da Atenção Especializada Ambulatorial, foi a organização e a regulação de acesso realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte no Serviço de Obesidade Clínica, estabelecendo critérios de acesso considerando o grau da obesidade, com presença ou ausência de comorbidades, e a resposta ao tratamento obtido na Atenção Básica. No processo de organização, os indivíduos são avaliados por profissionais específicos para verificar a viabilidade para o tratamento cirúrgico da obesidade.

Essa organização de ações e serviços de saúde ocorre por meio da regulação em saúde, garantindo a integração entre os serviços e as ações, assim como a equidade no acesso. Assim, constata-se que o componente Regulação da Atenção à Saúde na organização da linha de cuidado de prevenção e do tratamento da obesidade ainda se apresenta como um grande desafio no sistema.

**Para pensar
e refletir**

A **regulação da atenção à saúde** consiste em uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas ao serviço, aos gerentes e aos profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde e de forma a adequar à complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos, em tempo oportuno.

Para saber mais: Consulte as *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde* e o Livro *Regulação em Saúde do Conass*, da coleção Para Entender a Gestão do SUS.

EXPERIÊNCIA – SALVADOR/BA

Um exemplo de organização de fluxo e regulação de vagas é o que ocorre no serviço do **Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia (Cedeba)**, localizado em Salvador, o fluxo de atendimento no Cedeba é realizado a partir da referência realizada pelas Unidades Básicas de Saúde da rede municipal e dos municípios circunvizinhos. A triagem é feita pela equipe de Enfermagem, que avalia se o indivíduo atende aos critérios para ser acompanhado no ambulatório, e posteriormente é feito o encaminhamento para o atendimento na Nutrição, na Psicologia, na Fisioterapia e no Serviço Social. Dependendo da necessidade, o indivíduo já pode ser encaminhado para especialidades médicas.

Caso contrário, após terceira consulta com a equipe de Nutrição, o indivíduo é encaminhado para o endocrinologista ao tempo que continua o acompanhamento nutricional em consultas mensais, e com outros profissionais que o estejam acompanhando na periodicidade requerida para cada situação. A cada trimestre é realizado “O Acolhimento”, encontro com todos os indivíduos recém-ingressos no ambulatório e seus

Em seu município o fluxo de atendimento do serviço para a equipe multiprofissional está organizado?

familiares a fim de apresentar o funcionamento do serviço e os profissionais que o acompanharão ao longo do tratamento. Os indivíduos de tratamento clínico são acompanhados pela equipe multidisciplinar até entrarem em programa de manutenção de peso. O acompanhamento pós-cirurgia bariátrica é de cinco anos para todo indivíduo encaminhado pelo Núcleo.

**Para pensar
e refletir**

Desenhar o **itinerário terapêutico** dos usuários no serviço e na rede de saúde, bem como relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias, definir os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e às diretrizes ou aos protocolos assistenciais são um dos passos para a modelagem da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade.

Para saber mais: consulte a Política Nacional de Humanização e o “Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”.

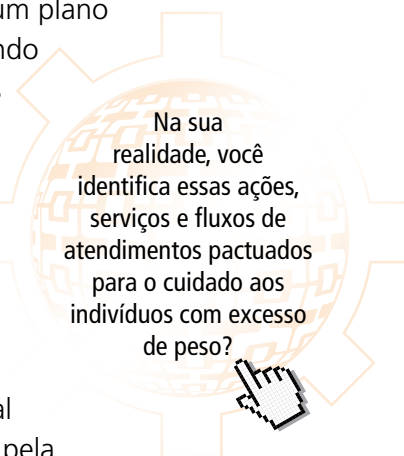
EXPERIÊNCIA – SUMARÉ/SP

No Município de Sumaré, região metropolitana de Campinas no Estado de São Paulo, a equipe do Nasf e da Central de Regulação de Vagas reuniram-se para avaliar a fila de espera, em que havia uma demanda reprimida de indivíduos encaminhados da Atenção Básica para atendimento com o nutrólogo no ambulatório de especialidades. Nesse diagnóstico, percebeu-se indivíduos que estavam à espera da cirurgia e muitos encaminhamentos eram feitos sem critério e sem nenhuma tentativa de cuidado na Atenção Básica.

A partir desses encontros foi criado um protocolo de encaminhamento estabelecido com o delineamento de uma linha de cuidado para esses indivíduos: as pessoas com sobrepeso e com obesidade grau I devem ser acompanhadas na Unidade de Saúde de referência e, para isso, foram criados Grupos de Reeducação Alimentar com as equipes e os profissionais do Nasf (nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta). Os indivíduos com obesidade grau II e III são encaminhados para o médico no Ambulatório de Especialidades para o tratamento farmacológico e acompanhamento nutricional nos Grupos de Reeducação Alimentar.

Os grupos de reeducação alimentar foram desenvolvidos para que o usuário, enquanto aguarda a cirurgia, seja acompanhado no intuito de adquirir consciência das mudanças que virão após a cirurgia e que ele deve ser o protagonista de toda mudança. Utilizando a ideia da Terapia Comunitária, nos encontros são abordados temas relacionados à mudança do estilo de vida, resgate da autoestima, incentivo à prática da atividade física e outros temas de interesse geral. A equipe responsável pelo grupo é composta por assistente social do Ambulatório de Especialidades, nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta do Nasf.

Os indivíduos são avaliados pela nutricionista e recebem um plano alimentar visando favorecer a redução de peso, assim minimizando os riscos cirúrgicos e facilitando a entrada nos grupos específicos dos hospitais para realizar a cirurgia. A assistente social traz mensalmente informações relacionadas ao andamento da “fila” no hospital de referência e garante vaga para o Centro Esportivo visando ao desenvolvimento da prática de atividades físicas. A fisioterapeuta estimula e desmistifica a prática de atividades físicas. A psicóloga auxilia no entendimento do processo emocional do emagrecer e como lidar com os transtornos alimentares e encaminha para o serviço de Saúde Mental da UBS de referência, quando necessário. Somente após passar pela avaliação médica e esgotado todos os recursos (reeducação alimentar, atividades físicas, acompanhamento psicológico e farmacoterapia) os indivíduos são encaminhados para a cirurgia bariátrica. Do encaminhamento médico até a realização da cirurgia, há período de espera, em média, de dois anos.



Questões norteadoras para a implementação de linha de cuidado do Sobrepeso e Obesidade

Pensando na proposta de elaboração da linha de cuidado, procure identificar, nos serviços de saúde de sua região, questões semelhantes às abordadas nessas experiências. Convide as equipes e outros gestores para pensarem juntos!

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN** na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros**. 2. ed. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual das cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica**. Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde), (Série Pactos pela Saúde, v. 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Brasília, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade**: recomendações para estados e municípios. Brasília, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Regulação em Saúde**. Brasília, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 10).

FRAGA, A. B. et al. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Universidade de Brasília; CEAD, 2013.



5 LIÇÕES APRENDIDAS COM AS EXPERIÊNCIAS: POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES

Com o intuito de subsidiar os gestores do SUS na organização da **Linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas no estado, no município e nas regiões de saúde**, e dialogar com seus principais desafios, o presente documento apresentou questões importantes referentes aos dados epidemiológicos, aos determinantes sociais e as ações realizadas pelo governo e pelas equipes de saúde, em diferentes pontos de atenção à saúde.

Para alcançar resultados efetivos e que deem conta do complexo quadro de saúde-doença no País é necessário inovar. Muitas vezes, são necessárias mudanças profundas nos instrumentos de gestão e no cuidado em saúde. Entende-se que o problema da incoerência entre ofertas de serviços e as necessidades de saúde não se resolve aumentando a oferta de modo indiscriminado, mas introduzindo novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, mais humanizada, eficiente e equitativa. Infelizmente, não há literatura que explique como inovar ou forneça um passo a passo, além do processo de aprendizagem requerer necessariamente experiência. Por isso, conhecer outras experiências pode ajudar o gestor em seus esforços para melhorar a atenção à saúde e estimular as equipes de saúde a desenvolver novas ações (TASCA, 2011).

Cabe destacar que para ser chamada de inovadora, uma mudança deve produzir benefícios. E a eficácia desses benefícios tem de ser demonstrada. Caso seja verdadeiro, que inovar é uma função “normal” do gestor do SUS, é necessário formular algumas reflexões sobre como realizar e gerenciar um processo de mudança baseado na introdução da inovação da gestão. É importante con-

duzir esses processos de uma forma planejada, para que o esforço criativo não seja inviabilizado por uma implementação incorreta e desestimele seus atores (TASCA, 2011).

Assim, é oportuno que as avaliações feitas das experiências aqui apresentadas destaquem suas potencialidades e os desafios encontrados para a consolidação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade. Espera-se que, ao valorizar essas experiências e discutir as lições aprendidas com elas, esse material seja um instrumento concreto para promover o desenvolvimento de outras ações inovadoras, no que tange o problema da obesidade, e para fortalecer as ações já existentes, incorporando novas ferramentas, estratégias e modos de cuidar.

5.1 PRINCIPAIS DESAFIOS E QUESTÕES PARA REFLETIR

A. O desafio da gestão

Um dos processos mais complexos na construção dos sistemas de saúde é a articulação entre os pontos de atenção. A integração e a coordenação da rede a partir da Atenção Básica requer mecanismos de gestão e conhecimento por parte dos atores para que ela seja capaz de coordenar o cuidado na rede de atenção. Há, portanto, uma necessidade de profissionalizar a gestão municipal para organizar sistemas de saúde orientados pela AB, bem como as equipes de saúde implementarem os mecanismos necessários para a população adscrita usufruir dos quatro atributos exclusivos desta: acesso e utilização (primeiro contato), de forma integral, ao longo do tempo e com coordenação na rede de atenção (MENDONÇA, 2011).

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Básica à Saúde tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011).

O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com obesidade deve ser complementar e integrado à AB, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria dos territórios. Para tanto, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela AB. Assim, a forma mais efetiva e eficiente de relação entre a AB e a AAE é a coordenação do cuidado em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de profissionais da AB e de especialistas. Nesse processo, é essencial definir e negociar responsabilidades e garantir o diálogo e a transferência segura do cuidado, compartilhando planos de cuidado entre a AB e a AAE, discutindo-o em algumas circunstâncias e buscando os mesmos objetivos, a fim de se alcançar o patamar desejado de atenção compartilhada (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que o reduzido espaço físico para os atendimentos e a realização das atividades, a estrutura física inadequada para atender as pessoas com obesidade, as precárias condições dos equipamentos, a ausência de algumas especialidades médicas e o número insuficiente de profissionais das áreas de Nutrição, Psicologia, Assistência Social, Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física também são limitações para a implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família é a principal estratégia de organização e de expansão da AB; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq) é o principal indutor da ampliação do acesso e da qualidade do cuidado; e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde possibilita a qualificação da infraestrutura da AB (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Reconhece-se que a organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos pela mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas (MENDES, 2011; BRASIL, 2010a). Assim, avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde (BRASIL, 2013). Por isso, é importante a formação de uma rede de apoio integrada e articulada que envolva os três níveis de atenção à saúde, como uma boa gestão e desenvolvimento de protocolos de atendimento que organizem o fluxo do sistema e do atendimento intra e intersetorial.

B. O desafio das equipes de saúde e o trabalho integrado

O trabalho em equipe faz-se necessário para responder à complexidade dos problemas para a prevenção e o controle do sobrepeso e da obesidade, exigindo-se conhecimento dos condicionantes e determinantes da saúde, do risco e da vulnerabilidade de famílias ou indivíduos a fim de desenvolver projetos de intervenção específicos. É necessário reformular saberes e práticas oriundos da formação, da biologicista e da hospitalocêntrica, incorporando conceitos das ciências sociais e outros campos – em programas de educação permanente, cursos, discussão de casos e de famílias, consensos e aprendizagem entre pares (MENDONÇA, 2011).

O bom funcionamento das RAS depende primordialmente da existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da Atenção Básica e os especialistas focais. Adicionalmente, deve-se ressaltar que, por especialistas focais, entendemos não somente os médicos, mas outros profissionais, como os enfermeiros, cuja atuação é sabidamente efetiva e eficiente (MENDES, 2012). A relação com as equipes da AB deve ser fortalecida e os processos de matriciamento são fundamentais na estruturação do processo de trabalho dessas equipes (BRASIL, 2013).

Dessa forma, os principais desafios incluem a efetivação do apoio institucional, organização das ações de referência e contrarreferência e a efetiva participação de uma equipe multidisciplinar. A contrarreferência torna-se particularmente importante entre os indivíduos que passaram pela cirurgia bariátrica, pois, geralmente, não há orientações sobre a continuidade do cuidado na Atenção Básica e na Atenção Especializada Ambulatorial para esses indivíduos. Responsabilizar-se pela resposta ao usuário vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso com essa resolução. Assim, o acolhimento em rede deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares (BRASIL, 2010b).

Para o sucesso das ações, todos os pontos de atenção precisam de profissionais qualificados para atender, de maneira integral, aos principais problemas de saúde daquela população. Isso exige apoio da gestão; atividades de educação permanente; abertura para a escuta e o aprendizado; integração entre os diversos atores, da rede de saúde e de outros setores; processos criativos para lidar com as questões desafiadoras; práticas inovadoras e humanizadas.

C. O desafio da participação social

Entendemos que a participação social seja essencial para que os sistemas de saúde consigam dialogar com as pessoas às quais servem. Todo o processo de definição, planejamento, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde deve estar alinhado às necessidades em saúde da população.

A atenção básica resolutive é capaz de conduzir à sociedade na definição das necessidades e direitos, incorporando o conceito de empoderamento e capital social. Os cidadãos satisfeitos com os serviços que recebem defenderão o modelo público e aprovarão o financiamento necessário para a manutenção da maior política de inclusão social, que é o Sistema Único de Saúde, orientado pela Saúde da Família (MENDONÇA, 2011).

Por outro lado, a falta de continuidade e a baixa adesão dos usuários às estratégias propostas dificultam alcançar e manter os objetivos. A motivação para a mudança engloba diferentes estágios que precisam ser identificados para que as intervenções mais efetivas sejam implementadas. O processo de mudança, em contrapartida, exige a elaboração de plano de cuidado com metas pactuadas, acompanhamento periódico, habilidade em resolver problemas, atendimento compartilhado, plano de autocuidado e tecnologias de mudança comportamental (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Na participação e na inclusão social é preciso ter, ainda, disposição e capacidade para “mudar a rota” em face das armadilhas processuais ou mesmo diante da ilusão de resultados insubsistentes. A participação é uma categoria ampla que tem como qualidade característica o potencial de ser aperfeiçoada ao longo do tempo, em qualquer circunstância, porém, quanto mais hierarquizadas e autoritárias as instituições, menos participativa será sua relação com o cidadão, independentemente do tipo de ferramenta metodológica que se aplique (Opas; CNS, 2012).

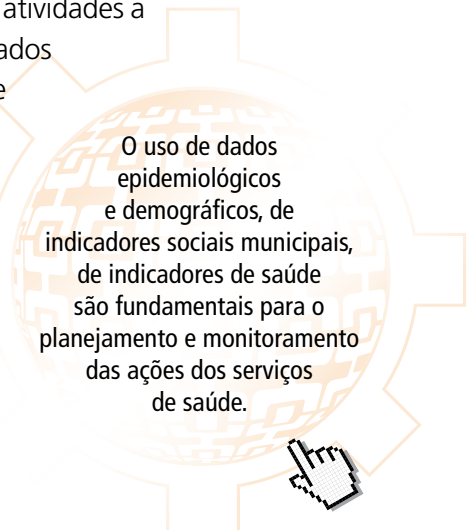
5.2 PRINCIPAIS POTENCIALIDADES E QUESTÕES PARA INOVAR

No capítulo anterior, foram apresentadas as **24 experiências visitadas in loco** pelo grupo de trabalho do laboratório. O presente capítulo traz uma reflexão crítica das experiências a fim de identificar os pontos a serem considerados na organização do cuidado longitudinal do indivíduo com sobrepeso e com obesidade na Rede de Atenção à Saúde do SUS, incluindo os aspectos positivos e inovadores, além dos desafios apresentados pelas experiências.

A. Uso de sistemas de informação e indicadores

Um aspecto a ser destacado é o **uso de Sistemas de Informação para consolidar informações da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)** como ferramenta para diagnóstico do sobrepeso e da obesidade no território e, assim, definir a demanda a ser assistida. A partir do diagnóstico, estabelece-se a classificação de risco e os fluxos a serem seguidos entre os pontos de atenção, a definição dos equipamentos integrantes da ação, as competências e as atividades a serem executadas. Em alguns casos observados, além dos dados da VAN local, foram utilizadas as prevalências de sobrepeso e de obesidade encontrados em pesquisas nacionais e locais para a definição dessa demanda, revelando a importância desses estudos para o planejamento local da saúde.

Destacam-se as experiências realizadas em Sorriso/MT no projeto de combate à obesidade Infantil para crianças de 6 a 13 anos de escolas do ensino fundamental do município; em Taió/SC que utilizou os dados do Setor de Nutrição e a experiência do Rio de Janeiro/RJ, que estimou a população com obesidade grau III e implantou Centros de Referências em Obesidade (CRO).



O uso de dados epidemiológicos e demográficos, de indicadores sociais municipais, de indicadores de saúde são fundamentais para o planejamento e monitoramento das ações dos serviços de saúde.

B. Integração com equipamentos sociais e outros órgãos de gestão

Um componente das experiências que merece destaque é o **enfoque multidimensional** dado à obesidade, desenvolvendo iniciativas que vão além do manejo tradicional do excesso de peso. Acredita-se que esse enfoque contribua com a sustentabilidade das ações e da eficiência em relação aos resultados positivos. Ações formuladas e executadas em conjunto pela equipe de saúde multiprofissional refletem a necessidade de estabelecer um cuidado compartilhado interdisciplinar, assim como a necessidade de fortalecimento de articulações intersetoriais para prevenção e controle da obesidade. Constata-se que essas ações devem fazer parte da atenção ofertada ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, produzindo um cuidado qualificado e integrado nos diferentes pontos de atenção.

Tendo em vista a organização da Linha de Cuidado de Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde, as estratégias desenvolvidas na Atenção Básica mostraram diversas atividades para a prevenção e o controle da obesidade articuladas aos equipamentos disponíveis nesse ponto de atenção, bem como a mobilização dos profissionais das equipes para o enfrentamento conjunto da obesidade.

Destaca-se que a parceria com equipamentos sociais do território e outros órgãos da gestão contribuem para o fortalecimento das ações, a ampliação das atividades desenvolvidas e o comprometimento local na prevenção e no controle do sobrepeso e da obesidade. Vale destacar que o conceito de intersetorialidade é aqui entendido como um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer de seus parceiros, e que implica a existência de algum grau de abertura para dialogar e o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS et al., 2004).

Podemos observar algumas parcerias possíveis nas experiências, tais como:

Quadro 5 – Integração com equipamentos sociais e outros órgãos de gestão das experiências

ONDE?	COMO?	O QUÊ?
Braga/RS	Parceria com a Secretaria Municipal de Administração	Contemplou espaço de convivência, pista de caminhada e academia ao ar livre.
Florianópolis/SC	Apoio de pequenos produtores da agricultura familiar	O apoio de pequenos produtores da agricultura familiar para oferta de produtos locais a baixo custo.
Itapevi/SP	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer	Disponibilizaram profissionais de Educação Física para a realização da atividade física.
Recife/PE	Integração entre Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMEM), Gerência de Atenção à Pessoa com Deficiência e o Programa Academia da Cidade da Prefeitura da Cidade	Proporcionaram Reabilitação Cardiovascular Pulmonar e Metabólica (RCPM).
Sorriso/MT	Parceria das Secretarias de Educação e Cultura e a Faculdade do Centro Mato-Grossense (Facem)	Desenvolveram projeto de combate à obesidade infantil e realizaram parceria com os empresários da região para a premiação coletiva dos grupos de caminhada.
Taió/SC	Apoio da Câmara de Vereadores, da Casa da Cultura e do Clube do Idoso	Disponibilizaram espaço para encontro e convívio do grupo.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A parceria com outras instituições e o trabalho intersetorial foram aspectos observados em várias iniciativas, contribuindo para desenvolver ações de outros profissionais e atividades que não seriam possíveis somente no âmbito da instituição principal, promovendo a integração entre os diversos conhecimentos e políticas públicas. Muitos avanços foram observados nas ações desenvolvidas, entretanto, – para o controle da obesidade na Atenção Básica – ações intersetoriais precisam ser ampliadas, fortalecidas e integradas com instituições e os outros equipamentos públicos sociais existentes nos territórios, induzindo uma Atenção Básica acolhedora, ordenadora e resolutiva, capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas para os problemas relacionados ao sobrepeso e à obesidade.

C. Equipe multiprofissional

Importante ressaltar que a **participação de uma equipe multiprofissional** integrada é fundamental para compreender o indivíduo em sua totalidade, garantindo integralidade do cuidado e resolubilidade no manejo da obesidade. A mobilização dos agentes comunitários de saúde e a sua participação ativa na experiência são vistas como um componente inovador por contribuir com o autocuidado e a autonomia do usuário, como observado na experiência de Florianópolis, no grupo “Reeducar para Emagrecer”, na qual os agentes comunitários de saúde são a principal ponte de comunicação entre os interessados em participar e os profissionais da equipe.

Outro aspecto diferenciado que pode ser observado em diversas experiências foi o envolvimento de profissionais em formação, como alunos de graduação, mestrado, doutorado, iniciação científica e bolsistas de extensão. Essas ações de extensão universitária, aliadas à investigação científica e com aplicabilidade nos atendimentos, contribuem para a formação de recursos humanos para atuar no manejo da obesidade no âmbito do SUS, independentemente do nível de atenção à saúde.

Quadro 6 – Equipe multiprofissional das experiências

ONDE?	QUEM?
Belo Horizonte/MG	Médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudióloga, assistentes sociais e enfermeiros e conta ainda com suporte do setor administrativo no gerenciamento do atendimento ambulatorial.
Braga/RS	Enfermeiro, fisioterapeuta, psicóloga, médica e nutricionista.
Botucatu/SP	Médico cirurgião, médico endocrinologista, enfermeiro, assistente social, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeuta.
Campinas/SP	Médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e profissional de Educação Física.
Chapecó/SC	Nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, profissional de educação física e psicopedagogo.
Curitiba/PR	Nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, profissional de Educação Física e farmacêutico.
Florianópolis/SC	Nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros e agentes comunitárias da saúde.
Itapevi/SP	Médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e profissionais de Educação Física.
Marília/SP	Psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de Educação Física, cirurgião-dentista e enfermeiro.
Porto Alegre/RS	Cardiologista pediátrica, nutricionista, psicólogo, psicopedagoga, profissional de Educação Física e enfermeiro.
Rio de Janeiro/RJ	Médico endocrinologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, profissional de Educação Física e profissional administrativo.
Sorriso/MT	Médico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e profissional de Educação Física.
Taió/SC	Psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e enfermeiro.

Fonte: Elaborado pelos autores.

D. Educação permanente

Outro ponto importante nas experiências é a utilização da **educação permanente** voltada aos profissionais de saúde para instrumentalizá-los no cuidado da obesidade. A experiência nas Unidades Básicas de Saúde de Curitiba destaca-se pelo uso de tecnologias que visam auxiliar uma melhor reflexão dos profissionais sobre mudanças de comportamento necessárias para promover um estilo de vida mais saudável para esses indivíduos. Além disso, a educação perma-

nente dos profissionais envolvidos na experiência é uma característica favorável à padronização e à qualidade das ações desenvolvidas, o que pode ser observado no Grupo de Reeducação Alimentar (GRA), no qual houve desenvolvimento de um manual para capacitar os profissionais com tecnologias que melhorassem a adesão ao tratamento e às alterações do comportamento dos indivíduos. O grupo “O Peso da Saúde” do município de Taió/SC também aliou os conhecimentos da Psicologia com os da Nutrição para oferecer estratégias para adoção de um estilo de vida saudável, abordando aspectos comportamentais e cognitivos, além das orientações nutricionais.

A experiência de Botucatu/SP, visando qualificar os profissionais dos Nasfs, realizou oficinas com gestores e técnicos dos municípios circunvizinhos para elaborar um curso teórico-prático com a metodologia de educação a distância, com o objetivo de estimular as equipes de saúde na organização das suas rotinas de cuidado e fomentar a estruturação das linhas de cuidado em obesidade no contexto do SUS. O curso tem a carga horária de 160h, na modalidade aperfeiçoamento, com duração de 15 semanas. A partir da plataforma Moodle são trabalhados conteúdos de cuidados a pessoa obesa por meio de aulas teóricas e tarefas on-line, além de ocorrerem três encontros presenciais. O conteúdo prático envolve atividades de sistematização do cuidado da pessoa obesa na unidade de saúde.

Ressalta-se, entretanto, que ações de educação permanente devem ser de fato contínuas visando alcançar os profissionais da rede e aprofundar em outras questões essenciais ao manejo da obesidade. Opções de ferramentas atualmente disponíveis para contribuir no processo de educação e capacitação profissional, bem como no próprio cuidado são o Telessaúde e o ensino a distância, por meio de cursos EAD (já disponíveis) que permitem maior alcance, capilaridade e continuidade.

E. Práticas integrativas e complementares

Considerando as **práticas integrativas e complementares** em saúde nas ações de controle da obesidade, o grupo “Reeducar para Emagrecer” de Florianópolis/SC incorporou a auriculoterapia no processo de emagrecimento, com vista à melhoria da qualidade de vida. A incorporação dessas práticas mostrou-se efetiva no auxílio do excesso de peso atuando na redução da ansiedade e na consciência corporal.

Tal prática foi observada nas experiências desenvolvidas tanto na Atenção Básica como na Atenção Especializada Ambulatorial, como no caso da experiência de Chapecó/SC no Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (Sast) que implantou o “Grupo de Apoio ao Emagrecimento” para os trabalhadores ativos ou afastados, visando à melhoria do serviço e o incremento de diferentes abordagens, tendo como base o princípio da integralidade da atenção à saúde e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A incorporação dessas práticas no cuidado ao indivíduo com excesso de peso tem convergência e sintonia com a Política Nacional de Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica, que visam à implantação de ações imprescindíveis para a melhoria da atenção à saúde da população com a ampliação de ações terapêuticas aos usuários do SUS.

A integração de diversas técnicas de cuidado favorece o alcance de resultados positivos, como observado também nas experiências desenvolvidas na Atenção Especializada Ambulatorial. O grupo Gatto, em Salvador/BA, possui um enfoque diferenciado para o acompanhamento de indivíduos com obesidade, enfatizando a complexidade das pessoas e de suas condições de saúde, e a importância do afeto e do amor como fontes de saúde e cura, buscando diálogos entre diferentes linhas terapêuticas.

No Rio de Janeiro/RJ, os Centros de Referência em Obesidade também possuem grupos de plantas medicinais e fitoterápicos e grupos de práticas alternativas, além de grupos terapêuticos para melhorar o enfrentamento do sofrimento psíquico. O ambulatório de obesidade do município de Itapevi incluiu acupuntura para diminuir a ansiedade e a compulsão alimentar. Em Chapecó/SC, os indivíduos participam de prática de dança circular, a qual trabalha o autocuidado, a autoestima, a consciência corporal, a interação social e dependendo da necessidade de cada indivíduo, podem receber atendimento psicológico individual e sessões de auriculoterapia e sessões de massoterapia.

Quadro 7 – Práticas integrativas e complementares das experiências

ONDE?	O QUÊ?
Chapecó/SC	Sessões de auriculoterapia e massoterapia.
Florianópolis/SC	Sessões de auriculoterapia para auxiliar na redução de peso.
Itapevi/SP	Sessões de acupuntura para diminuir a ansiedade.
Rio de Janeiro/RJ	Grupo de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
Sumaré/SP	Terapia Comunitária.

Fonte: Elaborado pelos autores.

F. Participação e envolvimento de familiares

Um componente importante em algumas experiências foi a **corresponsabilização dos familiares** na mudança de comportamento. Essa prática aconteceu principalmente nas experiências destinadas a crianças e adolescentes, pois como discutido na revisão do tema, a participação da família no tratamento do indivíduo obeso e ex-obeso é apontada como um fator importante para o sucesso da terapia. Exemplos de envolvimento da família puderam ser vistos no Projeto de Combate à Obesidade Infantil de Sorriso, no Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília (Caoim), no Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia (Cedeba), no Grupo “O Peso da Saúde” de Taió, na experiência do Ambulatório de Nutrição em Obesidade Grave (Anog) de Goiás e na experiência do Ambulatório de Cardiologia Pediátrica Preventiva do Instituto de Cardiologia (IC) de Porto Alegre, sendo um diferencial que pode contribuir para a redução do peso e da manutenção do peso perdido por meio de mudanças de hábitos no ambiente familiar. O Ambulatório de Manejo da Obesidade Infantojuvenil (AmO) de Porto Alegre tenta trazer a responsabilidade do problema para a família durante as consultas, orientando que o ambiente alimentar deve ser saudável e sem alimentos inadequados à disposição do indivíduo.

Quadro 8 – Participação e envolvimento de familiares

ONDE?	COMO?
Campina Grande/PB	Em datas comemorativas, os usuários e seus familiares são convidados, antecipadamente, para a participação em eventos festivos.
Marília/SP	Construção de ferramentas de apoio aos familiares para as mudanças.
Porto Alegre/RS	Na consulta também se tenta trazer a responsabilidade do problema para a família, destacando-a como responsável por tornar o ambiente familiar mais saudável.
Sorriso/MT	As orientações nutricionais e psicológicas foram realizadas com os pais para que eles sejam os atores principais do processo de emagrecimento.

Fonte: Elaborado pelos autores.

G. Atividades coletivas, dinâmicas e oficinas inovadoras

A **realização de grupos e oficinas** é uma prática que propicia socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos. Muito estimulada na atenção básica de forma a romper com o modelo biomédico em que os profissionais de saúde foram formados, tais práticas também foram observadas na atenção especializada ambulatorial e hospitalar. De maneira geral, essas ações não são abordadas nos hospitais e nos ambulatorios fechados, em que o contato é restrito, controlado e focado. As experiências que incorporaram essa prática inovaram de modo a compartilhar as respostas e soluções dos problemas a serem enfrentados pelos indivíduos com sobrepeso e obesidade, retirando-os de uma postura passiva de “indivíduos” para atores ativo e capazes de mudar sua situação atual.

Destacam-se as experiências de Goiânia/GO em que indivíduos são convidados a participar de reuniões mensais do grupo de educação em saúde, onde são abordados diversos temas e no grupo as experiências dos indivíduos também são valorizadas, pois há um momento de compartilhar suas vivências. Os indivíduos são incentivados a atuarem como multiplicadores do conhecimento sobre alimentação saudável em seu território familiar e social. Em Salvador/BA, os indivíduos que estão aguardando o tratamento cirúrgico ou após a cirurgia se organizaram com a ajuda dos profissionais do Gatto para dar continuidade no acompanhamento coletivo e na troca de experiências, fortalecendo o vínculo e a consciência da responsabilidade pelo próprio tratamento. A experiência de Campina Grande/PB realiza atividades educativas, desenvolvidas semanalmente, com encontros dinâmicos e integrativos entre as crianças e adolescentes e com a participação familiar nas mudanças comportamentais.

Quadro 9 – Atividades coletivas, dinâmicas e oficinas inovadoras das experiências

ONDE?	O QUÊ?
Braga/RS	Plantação coletiva de um pomar, cada participante fica responsável por plantar e cuidar de uma árvore na praça do município.
Campina Grande/PB	Com o apoio dos acadêmicos há a realização de atividades educativas com momentos que envolvem atividade física, painéis de colagem, desenhos, jogos, apresentação audiovisuais entre outros.
Chapecó/SC	Prática de dança circular, a qual trabalha o autocuidado, a autoestima, a consciência corporal e a interação social.
Florianópolis/SC	Produtores da agricultura familiar realizam feira no dia do encontro do grupo e fornecem gratuitamente cesta com frutas para o consumo dos participantes durante os encontros.
Goiânia/GO	Incentivo a atuarem como multiplicadores dos conhecimentos sobre alimentação saudável em seu território familiar e social.
Joinville/SC	Os indivíduos, pós-operados, a partir de 30 dias e após cada cirurgia plástica, recebem gratuitamente: massagem, drenagem linfática e reflexologia podal.
Pomerode/SC	A ideia principal dos grupos é sempre empoderar os participantes para que busquem a solução para as diversas demandas que surgem, possibilitando que a metodologia do grupo seja desenvolvida com base na problematização.
Porto Alegre/RS	Psicopedagogia trabalha com a adequação da linguagem da intervenção às diferentes faixas etárias e realiza atendimento na sala de espera, construindo o conhecimento sobre hábitos saudáveis por meio de atividades lúdicas, para orientar os indivíduos.
Recife/PE	Atividades de lazer, tais como passeios culturais, ecológicos, também palestras com fins educativos, sobre temas pertinentes (na área de cultura, saúde, cidadania, patologia, terapêuticas etc.).
Salvador/BA	Formação de grupo de apoio para as pessoas em preparação para cirurgia bariátrica ou já operados. Após o período de dois anos, é facultada aos integrantes a participação em grupos focalizados por voluntários qualificados, denominados “de autogestão,” que foram criados por iniciativa dos próprios indivíduos, desejosos de dar continuidade aos trabalhos e diante da impossibilidade da instituição em atender a tal demanda.
Sorriso/MT	Aulas de natação, atividades externas como Dia da Beleza, Visita ao Supermercado e Cozinha Experimental, concurso entre os grupos de caminhada.
Taió/SC	Registro em uma carta dos motivos que levaram a participar do grupo, os quais são relembrados e reforçados ao longo do processo; confecção e utilização de cartões de apoio com estímulos motivacionais que cada participante leva para casa e os deixa em locais de maior visibilidade, oficina culinária; exercícios terapêuticos baseados no método Pilates.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Assim, a análise das experiências apresentadas reforça que a organização da assistência aos indivíduos com sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde do SUS necessita ser repensada e repactuada entre os atores dos diferentes pontos de atenção, com a inclusão de equipamentos que contribuam com a oferta de um cuidado qualificado para o controle do excesso de peso. O cuidado compartilhado e integrado entre os serviços, com a definição e a pactuação de fluxos representará a linha condutora da atenção na rede de saúde. Para isso, é importante a composição de um Grupo Condutor da Rede que exerça papel de articulador, interlocutor, negociador, avaliador e responsável pela tomada de decisão de formular e implementar o cuidado integral ao indivíduo. Além disso, a implantação do sistema de regulação da atenção e do apoio diagnóstico e tratamento do sobrepeso e da obesidade deverá ser um componente crucial para que os princípios da acessibilidade, da integralidade e da resolutividade nos níveis de maior complexidade do sistema sejam alcançados.

Pensar na organização da linha de cuidado de prevenção e tratamento da obesidade na Rede de Atenção requer uma conectividade dos papéis e tarefas dos diversos atores do setor Saúde, nos diferentes níveis de atenção, com pactuação e corresponsabilização dos serviços e dos profissionais, visando à construção de um cuidado longitudinal efetivo e de qualidade para redução e controle do agravamento, sempre na perspectiva da Atenção Básica como coordenadora do cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, Poder Executivo, 22 out. 2011, Seção 1, p. 48-55.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, Poder Executivo, 31 dez. 2010a, Seção 1, p. 88.

_____. 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**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L (Org.). **Autocuidado apoiado manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

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

_____. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, C. S. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela Atenção Primária. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 23-36.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e européias: resultados: Laboratório de Inovação sobre Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde**. Brasília, 2012.

TASCA, R. Inovação na gestão dos sistemas de saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 9-19.

ANEXO A – EQUIPE DE TRABALHO RESPONSÁVEL PELAS EXPERIÊNCIAS

Equipes de trabalho responsáveis pelas experiências selecionadas no Laboratório de Inovação no Manejo da Obesidade nas Redes de Atenção à Saúde do SUS

Experiência	Equipes de Trabalho Responsáveis pelas Experiências	
1	Fernanda von Flach Correia Letícia Maria Teixeira Rocha Lizete Santos Coutinho Maria do Rosário Toscano von Flach Maria Teresa Franco Ribeiro	Marília Santiago de Arruda Nila Maria Orrico Costa Rita de Cássia de Carvalho Rodolfo Luiz Peixoto de Mattos Santos Talita de Andrade Moreira
2	Aline Fonseca Lorena Marques Fracalossi	Luciane Almeida Barros; Teresa Arruti Rey Viviane Ferreira Souza de Oliveira
3	Ana Paula dos Santos Rodrigues Andrea Canheta Annelisa Silva e Alves Camila Kellen Cardoso Claudemiro Quireze Júnior Ellen Cristina de Souza Silva Araújo Erika Aparecida da Silveira	Lorena Barbosa de Moraes Fonseca Lorena Pereira de Souza Rosa Luana Reis Rodrigo Cardoso Stéfanny Borges Mendes Valéria Pagotto
4	Brine de Mattos Carla Di’Domenico Martins Cláudia Inês Sônego	
5	Cláudia Inês Sônego João Ricardo Gabriel de Oliveira Luciana Parolari	
6	Carla Di Domenico Martins Cláudia Inês Sônego	João Ricardo Gabriel Luciana Parolari

continua

continuação

Expe- riência	Equipes de Trabalho Responsáveis pelas Experiências	
7	Adriana Aparecida Bosco Cláudia Maria Andrade Fernandes Vieira Cristiane Vasconcelos Caetano Russi Daniel de Carvalho Vidigal Débora Cardoso Rossi Eveline Julieta Petruceli Galzuinda Maria Figueiredo Reis Izabela Maira Sena Juzabe Souza Castro Karina Cristiana Santos Leonardo Corrêa de Araújo	Maria Amália de Miranda Pereira Marina Mendes Nogueira Rodrigues Mirelli Aparecida Petruceli Almeida Omar Lopes Cançado Júnior Patrícia Fernanda Seixas Garcia Paula Lamego Lourenço Renata Clemente Malaquias Almeida Silvana Pinheiro Vieira Taciane Gonçalves de Oliveira Thais Campos libero Wellington Guimarães Rocha
8	Carla Campos Muniz Medeiros Danielle Franklin de Carvalho Jéssica de Moraes Lira	José de Alencar Fernandes Neto Rayanna Wanessa Guimarães Coelho Renata Cardoso Oliveira
9	Ágda de Jesus Silva Moreira Ana Maria Cavalcanti Andréa Bonilha Bordin Angela Cristina Lucas de Oliveira Carmen Lúcia Seibt Celso augusto Silveira Claudia Schneck de Jesus Cristiane Aparecida Azevedo de Assis Machado	Cristiane Honório Vinitikides Elaine Vescelau Tosin Gustavo Pradi Adam Josiane Portugal Portella Fontoura Nalu Yassuko Yamamoto Caigawa Rosângela Maria Bardall Vera Regina Pilotto A. da Silva
10	Catarina Duarte Fabiana Sampaio Gleisy Tavares	Viviane Gouveia Vivianne Leite
11	Luciana de David Vanessa Mior	
12	Elizabete Martins Nunes Leandro Ribeiro Molina Michelle Franzoni Vieira Nascimento	Tatiane Elizete Ferreira Rocha Vanir Maria Souza Colombi
13	Adelaide da Rosa Amelia C. Belini Andrea L.D da Silva Carina Pensky May Dilton Cardoso Elenice Kruger Fabiana Tavares Fabio Petri Fabiola Mello da Silva Fernando Sanfelice Andre Gabriela Gastal Gerson Hermes de Souza Ivete Mariza Franklin da Cruz Peixer	Jorge M. Nakassa José de Oliveira Jose Nestor Solis Joseane Peters de Oliveira Laudicéia dos Stos Greipel Manoella Duarte da Gama Marllon F. Soares Meiguiane Micheli Kriegel Nailza M. A. Fião Villa Nova Paula Cristine Jans Rui Celso Vieira Tanise Balvedi Damas

continua

continuação

Expe- riência	Equipes de Trabalho Responsáveis pelas Experiências	
14	Doraci Weber Geliandro Fideles Ribeiro Maira Beatriz Kamke Herzog	Marcos Claus Hoeft Nelson Lozza Quinto
15	Méri Luci Bodemüller Susana Lago	
16	Adriana Lúcia Mendes Haddad Caroline Angélica Zavatte Celso Vieira de Souza Leite Daniela Salete Biagione Vulcano Felipe Costa Vicente Gregório Lima de Souza Irineu Raser Junior Luis Felipe Orsi Gemero	Luiz Eduardo Naresse Luiza Cristina Godim Domingues Dias Marcela Polachine Prata Maria Rita Marques de Oliveira Patrícia Fátima Sousa Novais Priscila Sales Picoli Renata Maria Galvão de Campos Cintra
17	Alessandra Canuto Dalmazzo Flávia Albertoni	Roseli Melo Susimeire Silva
18	Elaine Cristina Cândido Elinton Adami Chaim Everton Cazzo Luciana Bueno da Silveira Jaroslavsky	Martinho Antonio Gestic Murillo Pimentel Utrini Ricardo Rossetto Machado
19	Ana Luisa Vilela Barbaza Elizete Martins Evandro Augusto Pereira Fábio Henrique Tangerino Fábio Souza Torres Janete Lyra de Vasconcelos Kátia André de Barros	Laila Furtado Luciana Gama Luiz Naporano Mariana Santos Barreto Mariangela da Silva Alves Batista Marisa Nery Sueli Cristina da Silva Bicudo
20	Armando Rafael Sanches Emilane Gonçalves F. Antônio Guilherme Augusto Ravanelli Irene de Paula Ferreira Jaqueline Graça Torres Katarina Bernardo Liane Camargo Lima Leonel	Luciana Pfeifer Marlena de Oliveira Michella Lavagnini Barrozo Regina Crepaldi Rodrigo Pereira Sérgio Augusto Silva
21	Evelyn Kowalczyk dos Santos Juliana Paulo e Silva Suzete Marcolan	
22	Carla Gasparetto Saggin Fátima Joceli Pretto Cazato Marciano Formentini dos Santos	

continua

continuação

Expe- riência	Equipes de Trabalho Responsáveis pelas Experiências	
23	Carla Cesaro Caroline Sica Claudia Ciceri Cesa Daniela Schneid Schuh Evelyn Vigueiras Fatima Helena Cecchetto	Lucia Campos Pellanda Matheus A. Reis Nathassia B. Machado Renata Priebe Sandra Mari Barbiero Vanessa Minossi
24	Carla Rosane da Silveira Elza Daniel de Mello Mariur Beghetto	Michelli Cristina da Silva de Assis Zilda Albuquerque

Fonte: Elaborado pelos autores.

ISBN: 978-85-334-2202-5



9 788533 422025

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Escritório Regional para as
Américas



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA