

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**O papel da educação permanente em saúde na
implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e
obesidade nas ações da atenção primária: um estudo de
caso na região do Grande ABC Paulista.**

Débora Henrique Concha

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Nutrição em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patricia Constante Jaime

São Paulo

2023

**O papel da educação permanente em saúde na
implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e
obesidade nas ações da atenção primária: um estudo de
caso na região do Grande ABC Paulista.**

Débora Henrique Concha

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Nutrição em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patricia Constante Jaime

Versão corrigida

São Paulo

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

À Deus.

Aos meus amados pais, Kátia e Sérgio, e minha querida irmã, Letícia.

À meu querido companheiro eterno e amigo, Guilherme.

À minha querida avó, Cosete (em memória).

À todos meus familiares.

À minha querida orientadora, professora Patricia Jaime.

Aos profissionais de saúde, em especial aos membros das equipes da Estratégia da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF-AB, que colaboraram com o presente estudo.

AGRADECIMENTOS

À **DEUS**, que pelo poder da graça de Cristo capacitou meu intelecto para que pudesse desenvolver e concluir este trabalho: “acreditamos no potencial divino de todos os filhos de Deus e em nossa capacidade de nos tornarmos melhores em Cristo. No tempo do Senhor, o mais importante não é onde começamos, mas para onde estamos indo.” (Clark G. Gilbert);

À **IGREJA DE JESUS CRISTO DOS SANTOS DOS ÚLTIMOS DIAS**, pelo aprendizado e experiências espirituais que permitiram que eu acreditasse em meu potencial, exercesse fé e perseverança, além de estimular autossuficiência através dos estudos e ressaltar a importância da busca pelo conhecimento para evolução pessoal, familiar e contribuições para com a comunidade;

À meu amado marido, **GUILHERME**, que me apoiou de forma elementar nesse processo, me auxiliando nos estudos e sempre com palavras e gestos bondosos e de incentivo. Que através de atos de amor e serviço, não mediu esforços tomando para si várias atividades até então compartilhadas, aliviando meus fardos para que eu pudesse me concentrar somente em meus estudos;

À minha querida mãe, **KÁTIA**, que sempre me apoiou em meus estudos e durante este processo me deu sábios conselhos, me incentivou e se esforçou para compreender os momentos de ausência. Proporcionou-me carinho e cuidado, inclusive, presenteando-me por várias vezes com seu dom e amor através do ato de cozinhar, acalentando-me com suas comidas tão especiais, as quais tenho várias memórias afetivas;

À meu querido pai, **SÉRGIO**, que embora nem sempre acredite me inspirou ao longo de toda minha vida e contribuiu para meu crescimento e amadurecimento, jamais esquecerei dos momentos que se dedicou a estudar comigo, desde criança. Sem dúvidas foi essencial para que eu chegasse até aqui. Sempre com palavras de conforto e incentivo.

À minha amada irmã, **LETÍCIA**, que sempre me ouviu e me apoiou ao longo dessa jornada. Preocupou-se comigo e cuidou de mim em cada momento, sempre disposta a me ajudar e oferecer palavras positivas e de afeto. Além de, proporcionar-me momentos de descontração e risadas, aliviando os momentos de tensão e sobrecarga;

À minha querida tia e amiga, **LUCIANA**, que por várias vezes “chorou com os que choram”, demonstrando amor e compaixão com minhas angústias durante esse processo, não mediu

esforços para me ajudar de maneira tão presente e especial, além de torcer por mim de forma tão vigorosa. Serei eternamente grata.

*À toda **MINHA FAMÍLIA**, pelo amor, apoio e constante incentivo. Reconheço que sem eles eu nada seria.*

*À minha querida orientadora e mestre prof^a. **PATRICIA JAIME**, pela dedicação e por acreditar em mim em momentos que nem eu mesma acreditava. Por proporcionar meios e abrir caminhos para que eu chegasse a esta conquista. Pelas palavras de carinho, incentivo e acolhimento. Por ser inspiração e uma mulher tão grandiosa, com o coração e intelecto gigantes. Você é luz! Meu muito obrigada!*

*À cada membro da minha querida **EQUIPE MULTIDISCIPLINAR** da UBS Vila Prel - Diogo, Fernanda, Giovana, Marcela, Marília, Matheus e Simone - que me apoiaram e incentivaram na reta final de meu mestrado, muitas vezes acolhendo minhas angústias e anseios. Vocês são grandes inspirações para mim, especialmente pela luta e defesa ao SUS!*

*À minha querida gestora da UBS Vila Prel, **KARINA**, que me incentivou e foi grandemente acolhedora e generosa, proporcionando meios para que eu conseguisse conciliar o trabalho na APS com a pós-graduação. Obrigada pelo incentivo!*

*À **FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP**, ao programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública, o corpo docente e funcionários, pela contribuição em minha formação acadêmica e por proporcionar espaços tão ricos de aprendizado e trocas de saberes;*

*Ao **CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq)**, pelo apoio financeiro concedido para o desenvolvimento da presente pesquisa;*

*Aos louváveis **PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES MUNICIPAIS E REGIONAIS** dos municípios do Grande ABC Paulista e da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, que colaboraram para que o presente estudo fosse realizado.*

EPÍGRAFE

A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa.

Paulo Freire

RESUMO

HENRIQUE, D.C. **O papel da educação permanente em saúde na implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade nas ações da atenção primária: um estudo de caso na região do Grande ABC Paulista.** [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2023.

Introdução - A obesidade é um importante problema de saúde pública no Brasil. A linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade é uma das ofertas tecnológicas inovadoras do Sistema Único de Saúde, visando superar a fragmentação da atenção e gestão à saúde e propondo diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária nas redes de atenção à saúde. A qualificação da força de trabalho para o enfrentamento da obesidade é uma das diretrizes propostas pela linha de cuidado, tendo como premissa as práticas de educação permanente em saúde (EPS). A EPS tem sido apontada como ferramenta essencial para a produção de mudanças de práticas e organização dos processos de trabalho. **Objetivo** - Compreender, na perspectiva de profissionais de saúde, o papel da EPS na implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade nas ações da atenção primária. **Métodos** – Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa a partir de estudo de caso. Foram realizadas dezoito entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde com nível superior, atuantes na atenção primária dos municípios do Grande ABC Paulista no estado de São Paulo. Realizou-se análise de conteúdo com abordagem indutiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP (Parecer Nº 3.366.472; CAAE Nº 12785719.9.0000.5421). **Resultados** - A partir da análise emergiram cinco categorias temáticas: Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade; Percepções sobre a temática de sobrepeso e obesidade; Concepções acerca dos processos educativos; Potencialidades associadas às práticas de EPS; e Desafios relacionados com as práticas de EPS. **Conclusões** - A obesidade foi concebida pelos profissionais de saúde como fenômeno multifatorial, sendo a vigilância alimentar e nutricional, a abordagem coletiva para o manejo da obesidade e uso de práticas integrativas e complementares práticas estabelecidas para o cuidado de indivíduos com sobrepeso e obesidade. Entretanto, ainda coexistem práticas assistenciais unidimensionais, com orientações focadas na perda de peso e responsabilização individual, nas quais os usuários com obesidade são vistos de maneira negativa e sofrem atitudes estigmatizantes. Os profissionais sentem-se inseguros frente à temática de obesidade e há reconhecimento da necessidade de processos de qualificação profissional. Evidenciou-se concepções dos processos educativos que ora convergem com princípios de EPS, ora com de

educação continuada. A EPS foi concebida pelos profissionais como componente essencial para a produção e organização do cuidado para pessoas com excesso de peso, contribuindo para a implementação da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade e propiciando transformação nas práticas e nos processos de trabalho. Contudo, as ações educativas relacionadas à temática obesidade ainda estão aquém do esperado e foram elencados fatores desafiadores para o desenvolvimento de ações de EPS, como a pandemia da COVID-19, alta demanda assistencial, ações desconexas com a realidade do serviço, problemáticas relacionadas a integração entre as equipes multiprofissionais e estratégia saúde da família, desvelando a necessidade de aprimoramento das ações estabelecidas e sensibilização da gestão local para ampliação do apoio aos processos educativos.

Descritores: obesidade; educação permanente; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

HENRIQUE, D.C. The role of permanent health education in the implementation of the line of care for overweight and obesity in primary care actions: a case study in the Greater ABC region of São Paulo. [Masters dissertation]. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2023. Portuguese.

Introduction - Obesity is a significant public health problem in Brazil. The line of care for overweight and obesity is one of the innovative technological offers of the Unified Health System. It aims to overcome the fragmentation of health care and management and proposes guidelines to organize the prevention and treatment of overweight and obesity as a priority line of care in health care networks. The qualification of the workforce to face obesity is one of the guidelines proposed by the line of care, based on permanent health education practices (EPS). EPS has been identified as an essential tool to generate changes in practices and organize work processes. **Goal** - To understand, from the perspective of health professionals, the role of EPS in the implementation of the line of care for overweight and obesity in primary care actions. **Methods** - This is a research with a qualitative approach based on a case study. Eighteen semi-structured interviews were carried out with health professionals with higher education, working in primary care in the municipalities of the Greater ABC Paulista in the state of São Paulo. Content analysis was carried out with an inductive approach. The study was approved by the Ethics Committee of the Faculdade de Saúde Pública at USP (Opinion N° 3.366.472; CAAE N° 12785719.9.0000.5421). **Outcomes** - From the analysis, five thematic categories emerged: Organization of care for people with overweight and obesity; Perceptions about overweight and obesity; Conceptions about educational processes; Potentialities associated with EPS practices; and Challenges related to EPS practices. **Conclusions** - Obesity was conceived by health professionals as a multifactorial phenomenon. Food and nutrition surveillance, collective approaches and the use of integrative and complementary practices were the strategies established to care for overweight and obese individuals. However, one-dimensional care practices still coexist, with guidelines focused on weight loss and individual accountability, in which users with obesity are viewed negatively and suffer stigmatizing attitudes. Professionals feel insecure regarding the issue of obesity and there is recognition of the need for professional qualification processes. Conceptions of educational processes were evidenced, sometimes converging with EPS principles, sometimes converging with continuing education. EPS was conceived by professionals as an essential component to generate and organize care for

overweight people, contributing to the implementation of the care line for overweight and obesity and providing transformation in work practices and processes. However, educational actions related to obesity are still below expectations. Challenging factors for the development of EPS actions were listed, such as the COVID-19 pandemic, high demand for care, actions disconnected from the reality of the service, problems related to the integration between multidisciplinary teams and the family health strategy, revealing the need to improve established actions and the awareness of local management in order to increase support for educational processes.

Descriptors: obesity; permanent Education; primary health care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1. INTRODUÇÃO	24
1.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	25
1.2 OBESIDADE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	26
1.3. POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO E CONTROLE DE OBESIDADE	30
1.4 A LINHA DE CUIDADO PARA O SOBREPESO E OBESIDADE COMO INSTRUMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL	32
1.5 ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA O SOBREPESO E OBESIDADE	37
1.6 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	40
1.6.1 A Atenção Primária em Saúde como Espaço Privilegiado para Processos de Educação Permanente em Saúde	42
2. OBJETIVOS	48
2.1 OBJETIVO GERAL	48
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
3. PERCURSO METODOLÓGICO	48
3.1 CONTEXTO E PREMISSAS DO ESTUDO	48
3.2. LOCAL DO ESTUDO	55
3.3. TIPO DO ESTUDO E SEU DELINEAMENTO	58
3.3.1. Participantes da Pesquisa	59
3.3.2. Produção dos Dados	60
3.3.3. Análise, Interpretação e Discussão dos Dados	63
3.4. CUIDADOS ÉTICOS	65
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	68
4.2. ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE	70
4.3. PERCEPÇÕES SOBRE A TEMÁTICA DE SOBREPESO E OBESIDADE	78
4.4. CONCEPÇÕES ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DOS PROCESSOS EDUCATIVOS	84
4.5. POTENCIALIDADES RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	88
4.6. DESAFIOS RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	99

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
6. REFERÊNCIAS	124
ANEXOS	136
Anexo I - Guia de entrevistas (Profissionais de saúde)	136
Anexo II - Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP.	140
Anexo III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	145
CURRÍCULO LATTES DA ALUNA	147
CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA	148

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CEPEDOC – Cidades Saudáveis (Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação/FSP-USP)

CIR do Grande ABC – Comissão Intergestores Regional da região do Grande ABC Paulista

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DALYs – Anos de vida saudáveis perdidos

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DRS I-Grande São Paulo – Departamento Regional de Saúde I da Grande São Paulo

eAP – Equipes da Atenção Primária

EC – Educação Continuada

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública da USP

GBD – Carga Global de Doenças (do inglês '*Global Burden of Disease*')

IBGE – Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia

IMC – Índice de Massa Corporal

LCSO – Linha de Cuidado para o Sobrepeso e Obesidade

MS – Ministério da Saúde

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAAS – Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PET-SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PICS – Práticas Integrativas e Complementares

PLANSAN – Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PMAq – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

POF – Pesquisa Orçamentos Familiares

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretarias Municipais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

YLDs – Anos vividos com deficiência

YLLs – Anos de vida perdidos por morte prematura

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Políticas públicas e instrumentos relacionados à alimentação e nutrição que serviram de arcabouço para a LCSO. 34
- Figura 2.** Blocos de conteúdo para organização dos indicadores do PMAQ-AB, segundo linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade. 52
- Figura 3.** Região do Grande ABC Paulista. 56

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Indicadores referente a organização do serviço das equipes da atenção básica (n=355) da região do Grande ABC Paulista relacionados a LCSO, segundo dados do PMAQ-AB terceiro ciclo, 2015-2017. 54
- Tabela 2.** Características da APS nos municípios da região do Grande Região do ABC. São Paulo, 2023. 57
- Tabela 3.** Categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas com profissionais da saúde da região do Grande ABC Paulista, 2023. 67
- Tabela 4.** Perfil dos trabalhadores entrevistados segundo código, idade, sexo, formação/cargo atual e tempo de atuação no cargo. São Paulo, 2023. 68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Gráfico de hierarquia das subcategorias associadas a categoria **Potencialidades associadas às práticas de Educação Permanente em Saúde**, de acordo com a intensidade que apareceram nas falas dos profissionais de saúde, 2023. 90

Gráfico 2. Representação das subcategorias referentes a **Potencialidades associadas às práticas de educação permanente em saúde** e relação com as categorias profissionais entrevistadas, 2023. 91

Gráfico 3. Gráfico de hierarquia das subcategorias associados a categoria **Desafios relacionados com as práticas de EPS**, de acordo com a intensidade que apareceram nas falas dos profissionais de saúde, 2023 101

Gráfico 4. Representação das subcategorias associadas à categoria **Desafios relacionados com as práticas de EPS** e relação com as categorias profissionais, 2023. 102

APRESENTAÇÃO

Memorial da pesquisadora e motivação da escolha do tema de pesquisa

Minha aproximação com a saúde coletiva começou desde minha graduação em nutrição (2012-2017) percorrida na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), espaço este oportuno para as primeiras vivências em saúde pública, desde visitas técnicas, estágios curriculares e extracurriculares e trabalhos voluntários. Logo em seguida obtive a feliz oportunidade de cursar uma pós-graduação em nutrição em saúde pública (2018-2019) pelo Programa de Aprimoramento Profissional oferecido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em parceria com a FSP/USP, com atuação no Centro de Referência em Alimentação e Nutrição do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Sousa (CRNutri - FSP/USP) e no Departamento de Nutrição da faculdade (FSP/USP). A experiência no CRNutri permitiu minha atuação no campo clínico, desenvolvendo diversas atividades concernentes à atuação de uma nutricionista no contexto da atenção primária à saúde (APS). Enquanto minha atuação no departamento de nutrição, envolveu minha inserção como facilitadora em um projeto acadêmico de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) com foco na difusão do Guia Alimentar para População Brasileiras, que propunha qualificação da força de trabalho para profissionais de saúde da APS do município de Diadema – SP.

Ainda durante a graduação experienciei programas e atividades que ampliaram o meu olhar sobre o cuidado em saúde, principalmente em oportunidades que permitiram que eu me debruçasse sobre a grande área da nutrição em saúde coletiva, em cenários e espaços privilegiados. Algumas dessas experiências me conduziram ao primeiro contato com o desenvolvimento de um projeto de pesquisa (participação na coleta, análise de dados e intervenção), que certamente despertaram minha curiosidade nesta área de atuação, como a minha participação (2012-2014) no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Produtos dessa rica experiência foram os trabalhos apresentados no V Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade (2014) e no V Seminário Internacional em Promoção da Saúde (2015), resultando em premiações.

O PET-Saúde foi minha primeira imersão no Sistema Único de Saúde (SUS), como experiência profissional-acadêmica. Trata-se de um projeto do Ministério da Saúde em conjunto com as universidades brasileiras voltado aos estudantes de graduação, de diversas áreas, para que pudessem conhecer a realidade dos serviços em saúde e seus territórios com o intuito de apresentar projetos de intervenções que favorecem a população adstrita. Foi um período de

grande aprendizado e que ampliou meu olhar sobre a importância do diálogo interdisciplinar e colaboração multiprofissional, além de permitir meu envolvimento em processos de intervenção no âmbito da educação alimentar e nutricional em conjunto com profissionais de saúde de uma unidade básica de saúde na região oeste de São Paulo.

Durante a graduação também experienciei um período de intercâmbio (2016), com bolsa mérito acadêmico pela Agência USP de Cooperação Acadêmica Nacional e Internacional (AUCANI), na Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (Portugal), com disciplinas em Comunicação, Hábitos Alimentares e Nutrição em Saúde Pública. Este período me proporcionou a ampliação do olhar sobre políticas públicas, para além do território nacional brasileiro. Ademais, pude degustar uma experiência de pesquisa de campo desenvolvida durante a referida disciplina de saúde pública, trabalho realizado em uma rede de supermercados de Portugal, a fim de observar o entendimento da rotulagem dos alimentos por parte dos consumidores, bem como o impacto na escolha e aquisição de produtos alimentícios. Neste período também tive contato com sistema de saúde do país, através de visitas técnicas, conhecendo algumas de suas potencialidades e desafios.

Ainda como graduanda concretizei minha paixão e interesse pela saúde coletiva, principalmente no âmbito da APS. Busquei percorrer estágios curriculares, extracurriculares e trabalhos voluntários nesta área, com vivências, no âmbito SUS, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB).

Além disso, atuei como estagiária em um programa governamental com vistas ao combate à insegurança alimentar e nutricional, o “Bom Prato”, na unidade Lapa (2016). Neste local, além das atividades relacionadas a gestão de uma unidade de alimentação e nutrição (UAN), mais uma vez me envolvi em processos de capacitações dos trabalhadores do restaurante, sendo uma das facilitadoras nos processos educativos. Nesta direção, atuei em um estágio extracurricular no Programa Mesa Brasil do Serviço Social do Comércio (SESC-SP), que tem por objetivo a colheita urbana de alimentos e doação deles às instituições sem fins lucrativos, sendo outro cenário que pude atuar como estudante de nutrição (2014-2015) e desenvolver e aplicar atividades de educação alimentar e nutricional à grupos, incluindo oficinas destinadas aos usuários do SESC-Osasco, à profissionais da saúde e outros colaboradores de instituições parceiras, permeando o campo da educação em saúde.

Posteriormente, em meu trabalho de conclusão de curso, realizado ao final da graduação, intitulado “Consumo de alimentos ultraprocessados em detrimento de habilidades

culinárias: revisão de implicações e possibilidades para a atuação do nutricionista”, orientado pela Prof^a Dr^a Bárbara Lourenço (FSP/USP), pude fazer uma revisão da literatura acerca desta temática. Este trabalho se mostrou uma tarefa muito prazerosa, excedendo minhas expectativas, e proporcionando intensa satisfação. Tal estudo me instigou a querer saber mais sobre barreiras e facilitadores para uma alimentação saudável e como algumas estratégias poderiam contribuir de forma elementar para a PAAS, já despertando em mim um possível caminho para a área acadêmica.

Ao trilhar este caminho, minha busca não poderia ser diferente ao realizar meu trabalho de conclusão do aprimoramento profissional, intitulado “Avaliação do conhecimento sobre alimentação saudável em profissionais da atenção básica de Diadema: um olhar sob a perspectiva do Guia Alimentar para a População Brasileira”, orientado pela Prof^a Dr^a Patrícia Constante Jaime (FSP/USP). Tal estudo só foi possível devido minha participação ativa como facilitadora em processos de qualificação da força de trabalho voltados aos profissionais de saúde da rede de atenção à saúde de Diadema, permitindo a coleta de dados através de questionários validados com foco em compreender os produtos de tais capacitações. Quis saber mais sobre como as intervenções com os trabalhadores em saúde, durante processos de educação permanente, poderiam aumentar seus conhecimentos acerca do guia alimentar e possivelmente contribuir na rotina de trabalho deles (autoeficácia e eficácia coletiva), possibilitando uma ampliação do cuidado em saúde sob a perspectiva da PAAS.

Todas essas experiências contribuíram para despertar em mim um desejo de contribuir de forma mais atuante no campo da pesquisa científica. Recentemente, fui bolsista extensionista pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no projeto "Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC Paulista", sob a coordenação Prof^a Dr^a Patrícia Constante Jaime. Esta rica oportunidade me direcionou a buscar a concretização de tal desejo e mergulhar no meio acadêmico-científico, através do mestrado. O projeto teve em sua espinha dorsal a educação permanente em saúde com o objetivo de “Fortalecer o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional, de promoção da alimentação adequada e saudável e de atividade física e práticas corporais, de gestão do cuidado e manejo da obesidade com abordagem coletiva e de articulação interprofissional e intersetorial, como componentes de responsabilidade da atenção primária na implementação da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade”.

Nesse projeto atuei como facilitadora em processos de educação permanente em saúde através de oficinas presenciais voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável e de atividade física e práticas corporais para profissionais de saúde da região do Grande ABC Paulista, bem como relacionadas à gestão do cuidado e manejo da obesidade por abordagem coletiva. Entretanto, devido às medidas decorrentes do quadro de emergência sanitária da pandemia de COVID-19 (2020), foram necessárias adaptações nas ações até então planejadas, resultando na produção e inclusão de processos educativos à distância, direcionados aos profissionais de saúde e gestores da região. Foram desenvolvidos módulos de tutoria de dois cursos remotos da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS-UFSC): "Reconhecendo o sobrepeso e obesidade no contexto da atenção primária à saúde" e "Abordagem do sobrepeso e obesidade na atenção primária em saúde". Pude apoiar a construção dos módulos de tutoria de ambos e atuar como tutora, que contou com encontros *online* e atividades assíncronas através do Moodle USP Extensão.

Tal experiência também me proporcionou a elaboração de um capítulo de livro, denominado "Utilização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na organização da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade", sendo parte da coletânea "Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS – Vol. I - A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da atenção primária em saúde".

Destaco que esse percurso trilhado foi a base de inspiração que permitiu que eu chegasse até aqui para o desenvolvimento do presente estudo, à luz do projeto matriz citado anteriormente, que proporcionou um olhar para a educação permanente em saúde na implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade no âmbito da APS, de forma mais profunda, tendo como campo de estudo a região do Grande ABC Paulista.

Saliento que durante meu mestrado, em meados de 2022, fui atravessada por uma grata oportunidade: contratação como nutricionista de uma equipe multiprofissional em uma unidade básica de saúde da região Sul de São Paulo. As experiências vivenciadas nesse espaço convergem de maneira singular com o tema do presente estudo, onde tenho oportunidade de vivenciar espaços de educação permanente com diversas temáticas, incluindo a obesidade, podendo observar e refletir na prática as potencialidades e desafios desse cenário.

Reconheço que esta oportunidade de trabalho foi fruto da forte adesão ao tema do meu trabalho de pesquisa com vistas às necessidades assistenciais do SUS, além da formação de excelência recebida na FSP/USP, que muito me orgulho. Considero que tal experiência profissional dialoga com a missão do Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública “de produzir e disseminar conhecimentos no campo disciplinar da Nutrição em Saúde Pública, formar pessoas e apoiar técnica e cientificamente organismos e instituições públicas e a sociedade civil organizada, com vistas a contribuir para o avanço da ciência e para a promoção da saúde da população”.

Por fim, sinto-me grata e privilegiada ter vivenciado (e continuar experienciando) oportunidades ímpares que tive durante minha trajetória e almejo, de forma veemente, a possibilidade de expandir, aprimorar e compartilhar os conhecimentos obtidos até aqui por meio dessa dissertação de mestrado. Espero ter colaborado para a produção de conhecimento útil à sociedade e retribuir o investimento feito à minha formação, evidenciando a importância da ciência para apoiar a construção de políticas públicas, inclusive, valorizando o que é produzido dentro e extramuros das universidades públicas brasileiras.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a discussão sobre o enfrentamento da obesidade tem ganhado um papel de destaque na agenda pública internacional. Considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública global a obesidade tem crescido em proporções epidêmicas e quase triplicou desde 1975 (WHO, 2020), sendo que nenhum país conseguiu até o momento deter o seu avanço (DIETZ *et al*, 2015; ROBERTO *et al.*, 2015; WHO, 2020). No Brasil, mantidas as atuais tendências de aumento do excesso de peso¹, entre 2021 e 2030, haverá aproximadamente 5,26 milhões de casos incidentes e 808,6 mil mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que podem ocorrer devido a obesidade (NILSON *et al*, 2022).

O sobrepeso e a obesidade são considerados importantes fatores de risco para outras DCNT, como as cardiovasculares, principal causa de morte no mundo (WHO, 2017, 2020). Assim, há um consenso sobre a importância do enfrentamento e controle do excesso de peso, e que medidas no âmbito das políticas públicas são cada vez mais necessárias para conter o avanço da epidemia da obesidade (DIETZ *et al*, 2015; GORTMAKER *et al*, 2011; SHEKAR e POPKIN, 2020; WHO, 2020).

A linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade (LCSO) é uma das ofertas tecnológicas do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma das políticas públicas propostas a partir de 2013 que visa superar a fragmentação da atenção e gestão à saúde e propondo diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013a, 2013b). A qualificação da força de trabalho para o enfrentamento da obesidade é uma das diretrizes propostas pela linha de cuidado, tendo como premissa as práticas de educação permanente em saúde (EPS).

A EPS é compreendida como prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde, significa produzir conhecimentos a partir do cotidiano de trabalho das instituições de saúde, considerando a realidade vivida pelos atores envolvidos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009). Ademais, a EPS tem sido apontada como ferramenta essencial para

¹ Segundo a OMS o excesso de peso trata-se do acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde. O índice de massa corporal (IMC) é o parâmetro utilizado para sua definição, sendo que para a população adulta o IMC maior ou igual a 25 caracteriza o excesso de peso. O cálculo do IMC baseia-se no o peso do indivíduo, em quilogramas, dividido pelo quadrado de sua altura, em metros (kg /m²). [Informação obtida em www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight, 30 dez 2022]

a produção de mudanças de práticas na lógica do cuidado em saúde e na organização dos processos de trabalho, podendo contribuir para o enfrentamento do sentimento de insegurança dos trabalhadores, que muitas vezes se sentem desqualificados frente ao manejo da obesidade (FIGUEIREDO et al., 2020; LOPES et al., 2021).

1.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A carga global de doenças (do inglês ‘*Global Burden of Disease*’ – GBD) trata-se de um esforço científico sistemático que quantifica a magnitude de perda de saúde devido doenças, lesões e fatores de risco segundo a idade, sexo e localidades geográficas. A GBD estima a incidência, prevalência, mortalidade, anos de vida perdidos por morte prematura (YLLs), anos vividos com deficiência (YLDs) e anos de vida saudáveis perdidos (DALYs), sendo tais dados são atualizados periodicamente. Desde 1990 tem-se observado uma mudança marcante em direção a uma maior proporção de carga devido a YLDs de doenças não transmissíveis e lesões. Em 2019, havia 11 países onde os YLDs de doenças não transmissíveis e lesões constituíam mais da metade de toda a carga de doenças (GLOBAL HEALTH METRICS, 2020a).

Segundo relatório GBD de 2019, houve um aumento significativo das DCNT nas últimas décadas. Em 1990 a estimativa global em relação a proporção DALYs devido a DCNT era de 43% e em 2019 passou para 64% (GLOBAL HEALTH METRICS, 2020a). Essas informações em saúde são fundamentais para o estabelecimento de prioridades e auxiliar os governos nas tomadas de decisões.

Nesta perspectiva, atualmente as DCNT são as principais causas de mortalidade a nível mundial, das quais elevado número são de mortes consideradas prematuras. As DCNT incluem doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, câncer, diabetes e doenças crônicas respiratórias, que são coletivamente responsáveis por 71,0% de todas as mortes no mundo, matando mais de 41 milhões de pessoas a cada ano, e destas 15 milhões possuem idade entre 30 e 69 anos (WHO, 2018a). Sabe-se ainda que as DCNT compõem um problema ainda mais alarmante em países de baixa e média renda, sendo responsáveis por 85,0% das mortes prematuras (WHO, 2018a).

O último relatório apresentado pela OMS elencou que as doenças cardiovasculares são as principais causas de mortes por DCNT, com 17,9 milhões de óbitos por ano no cenário

mundial, seguidas por câncer (9,0 milhões), doenças respiratórias (3,9 milhões) e diabetes (1,6 milhões) (WHO, 2018a). Essas doenças são fomentadas por fatores mais distais, dentre eles o crescente processo de urbanização, envelhecimento populacional e mudanças nos sistemas alimentares, bem como fatores mais proximais que contribuem para a instauração dessas doenças, como estilos de vida pouco saudáveis que estão associados ao desenvolvimento de fatores de risco metabólicos, dentre eles os níveis elevados de glicemia, pressão arterial, lipídios e adiposidade. Assim, as principais DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de câncer relacionam-se à alimentação. Consequentemente, as dietas não saudáveis e má nutrição são consideradas os principais fatores de risco para essas doenças em todo o mundo (GLOBAL HEALTH METRICS, 2020b; SHEKAR e POPKIN, 2020).

Os fatores de risco são responsáveis por quase metade dos DALYs em todo o mundo, sendo o excesso de peso o fator de risco com maior aumento entre os anos de 2010 e 2019. Foram 5,2 milhões mortes em 2019 atribuíveis à obesidade, além de considerada o sétimo principal fator de risco para DALYs no mesmo período (GLOBAL HEALTH METRICS, 2020b).

1.2 OBESIDADE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A nível global, atualmente há mais pessoas com excesso de peso do que com baixo peso, exceto em algumas regiões da África subsaariana e Ásia (WHO, 2020). Essas duas faces de um mesmo problema, a má nutrição, representadas pela obesidade e a subnutrição, são importantes problemas de saúde pública. Um importante relatório apresentado pela comissão de obesidade do periódico *The Lancet* destaca a obesidade, a subnutrição e as mudanças climáticas como importantes desafios a serem enfrentados por todo o planeta, pois afetam a maioria das pessoas em todos os países. Essas três pandemias que acontecem simultaneamente no mundo compartilham de determinantes comuns, que interagem entre si, e representam hoje a chamada Sindemia Global (ALIMENTANDO POLÍTICAS, 2019).

Estima-se que 44,0% dos adultos, aproximadamente 2 bilhões de pessoas, em todo o mundo possuem excesso de peso, das quais mais de 70,0% delas vivem em países de baixa ou média renda, percebe-se que conforme a renda per capita aumenta nos países em desenvolvimento esse agravo à saúde se desloca para os mais pobres, agravando as condições de saúde da população mais vulnerável (SHEKAR e POPKIN, 2020).

No Brasil, o quadro epidemiológico em relação ao excesso de peso também é alarmante já que as DCNT representam 72,0% das causas de morte ocorridas no país e o sobrepeso e obesidade se destacam com importantes fatores de risco (SCHMIDT et al., 2011). Análises de inquéritos domiciliares das últimas três décadas evidenciam aumentos contínuos e expressivos na frequência de excesso de peso e obesidade em todas as classes de renda e diferentes faixas etárias (BRASIL, 2010). Dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019), que contou com uma etapa de aferição antropométrica, avaliou adultos de todas as regiões brasileiras estimando uma prevalência 60,3% e 25,9% para excesso de peso e obesidade, respectivamente, isto significa que cerca de 96 milhões de pessoas no país estão acima do peso considerado saudável (BRASIL, 2019a).

A tendência do aumento do excesso de peso no país é também evidenciada na análise de dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2021), evidenciando que mais da metade da população adulta está acima do peso (57,2%), o que foi observado em ambos os sexos, com maior aumento entre as mulheres, variando de 38,5%, em 2006, a 55,0% em 2021. Já a obesidade foi identificada em 22,4% da população, o aumento foi observado em ambos os sexos, com maior aumento também entre as mulheres, variando de 12,1%, em 2006, a 22,6% em 2021. Considerando que o indicador em 2006 equivalia a 11,8% e passou a 22,4% em 2021, em dezesseis anos houve a obesidade praticamente dobrou na população brasileira (BRASIL, 2022a).

Em estimativas desenvolvidas em estudo utilizando dados do VIGITEL 2019, a maior prevalência de obesidade será encontrada entre pretos e outras minorias raciais e adultos com baixo nível de escolaridade, grupos estes que convivem com as maiores vulnerabilidades socioeconômicas no Brasil, os dados indicaram que a prevalência dos casos de obesidade com graus mais elevados estará entre os brasileiros com baixa escolaridade, evidenciando uma maior tendência de obesidade entre os mais pobres (ESTIVALETI et al., 2022).

O diagnóstico do sobrepeso e obesidade é realizado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que calcula a razão da massa corporal pela estatura ao quadrado (kg/m^2). Para a faixa etária adulta a OMS define como pessoas com de sobrepeso aqueles indivíduos com IMC maior ou igual a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ e obesidade com IMC maior ou igual a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (WHO, 2020). Embora seja utilizado parâmetros antropométricos relativamente simples para a definição do excesso de peso, a obesidade é um agravo complexo. São múltiplos os seus determinantes, que extrapolam fatores biológicos e individuais, envolvendo a integração de outros componentes

históricos, sociais, econômicos e culturais que reverberam nas escolhas alimentares, na disponibilidade e cadeia de produção de alimentos (BRASIL, 2014a; SWINBURN et al., 2019), assim, a compreensão sobre a relação entre esses múltiplos fatores e a elaboração de propostas de intervenções se tornam cada vez mais profundas e necessárias (DIAS et al., 2017).

Mudanças desfavoráveis nos padrões alimentares e comportamentos sedentários são identificados como os principais determinantes do sobrepeso e obesidade (SCHMIDT et al., 2011), onde as pessoas estão cada vez mais dependentes de alimentos ultraprocessados², em especial aqueles densos em energia, açúcar, gordura e sal, em detrimento às refeições preparadas em casa e o consumo de alimentos in natura e minimamente processados, como frutas, legumes, raízes e outros vegetais típicos da dieta tradicional (MONTEIRO et al., 2019a; SHEKAR & POPKIN, 2020), associados à níveis crescentes de inatividade física (WHO, 2020).

Nesta direção, nos últimos anos o perfil da dieta dos brasileiros vem sofrendo drásticas alterações. Houve um aumento expressivo do consumo dos alimentos ultraprocessados, em detrimento de alimentos tradicionais brasileiros, como o arroz e feijão (BRASIL, 2020a; MARTINS et al., 2013). Tal fator é uma das características marcantes da participação dos alimentos ultraprocessados, que possuem o potencial negativo de substituir a comida de verdade³.

² Alimentos ultraprocessados são definidos dentro da NOVA, um sistema de classificação que agrupa os alimentos em categorias segundo a extensão e propósito do processamento industrial. A primeira categoria é a dos alimentos in natura e minimamente processados, que são aqueles alimentos que não foram submetidos a nenhum tipo de processamento ou que foram submetidos a processamentos mínimos que não alteram a composição original do alimento, tais como limpeza, remoção de partes não comestíveis ou não desejadas, secagem, moagem, fracionamento, torrefação, fervura, pasteurização, refrigeração, congelamento, entre outros. São exemplos desse grupo: cereais, leguminosas, verduras, frutas, nozes, leite, carnes e ovos. A segunda categoria é a de ingredientes culinários, que são substâncias obtidas diretamente dos alimentos do primeiro grupo, como óleos e gorduras, açúcar e sal. Eles são criados por processos industriais como prensagem, refinação, extração, entre outros. A terceira categoria é a de alimentos processados, que são alimentos do primeiro grupo que tiveram adição de substâncias como sal, açúcar ou outra substância do segundo grupo. São exemplos: frutas em calda, conservas de peixes, pães, queijos, entre outros. E por fim, a quarta categoria corresponde aos ultraprocessados que são formulações de ingredientes (principalmente de uso exclusivo da indústria alimentícia) que resultam de uma série de processos industriais. Muitos desses produtos passam por tantos processos que possuem partes mínimas dos alimentos integrais e frequentemente possuem em sua formulação os aditivos alimentares, como corantes, espessantes, emulsificantes, realçadores de sabor, entre outros. São tipicamente produtos densos em calorias, ricos em açúcar, gorduras, sal e pobres em fibras, proteínas, vitaminas e minerais. São exemplos de ultraprocessados: refrigerantes, chocolates, sorvetes, margarinas, biscoitos, barras de cereais, muitos produtos congelados prontos para consumo, salsicha, hambúrgueres, macarrão instantâneos, entre outros [Informação obtida em MONTEIRO, C.A. et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*, v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019]

³ O termo comida de verdade atualmente vem sendo empregado para referir-se a alimentos in natura e minimamente processados, sendo aquela comida que atende não apenas as necessidades nutricionais, mas também as demandas psicossociais, culturais e às do meio ambiente. Michael Pollan, um jornalista norte-americano renomado por suas obras sobre a alimentação moderna, refere-se a comida de verdade como aquela "que não entra pela janela do carro" e que não deveríamos comer "nada que nossos avós não reconheceriam como comida", referindo-se à

Segundo a última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2017-2018) os alimentos in natura e minimamente processados ainda são predominantes na dieta brasileira (53,4% das calorias consumidas provem destes alimentos), contudo os alimentos ultraprocessados estão ganhando cada vez mais espaço e já representam uma parcela significativa das calorias consumidas (19,7%) no país (BRASIL, 2020b). Os alimentos ultraprocessados são diretamente associados a padrões alimentares não saudáveis (LOUZADA et al., 2018) e com a ocorrência da obesidade, como apontado por um número crescente de estudos (ASKARI et al., 2020; MONTEIRO et al., 2019a; RAUBER et al., 2020).

Além das implicações à saúde há também os impactos econômicos relacionados ao excesso de peso, que variam consideravelmente em cada país. No Brasil, entre 2008 e 2010 foram estimados gastos US\$ 2,1 bilhões pelo SUS com o tratamento ambulatorial e hospitalar com doenças relacionadas à obesidade (BAHIA et al., 2012). Mais recentemente, os gastos financeiros totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram R\$ 3,45 bilhões em 2018 e desses 11% foram referentes ao tratamento da obesidade, se for considerado separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, as despesas atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão (NILSON et al., 2020).

Caso o avanço da obesidade não seja detido, projeta-se uma duplicação de gastos relacionados à assistência médica associados a esse agravo no país, de US\$ 5,8 bilhões em 2010 para US\$ 10,1 bilhões em 2050 (SHEKAR & POPKIN, 2020). Ademais, estudo com dados secundários da Pesquisa Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) concluiu que a presença e o aumento do número de indivíduos com excesso de peso e obesidade influenciam positivamente gastos privados em saúde de famílias brasileiras, em especial despesas com medicamentos e planos de saúde (CANELLA, NOVAES e LEVY, 2015).

Assim, verifica-se que a obesidade é um importante problema de saúde pública que não só coloca em risco à saúde dos indivíduos, mas também a sustentabilidade econômica, ambiental e social, tanto à nível local quanto regional e global (BRASIL, 2014a; SWINBURN et al., 2019). O enfrentamento e controle do sobrepeso e obesidade vem ganhando força nas últimas décadas, os caminhos apontados transcendem puramente os esforços comportamentais individuais e destacam as ações políticas como cada vez mais necessárias. Políticas governamentais a partir de seus múltiplos setores são fundamentais para proporcionar sistemas

mudança no padrão alimentar que vem ocorrendo entre as gerações. [Informação obtida em <http://ecos-redenutri.bvs.br/> dez 2022]

alimentares mais justos e adequados, incentivando melhores preferências alimentares através de ambientes mais saudáveis e sustentáveis.

1.3. POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO E CONTROLE DE OBESIDADE

A obesidade tem em suas causas questões complexas e, portanto, suas soluções exigem esforços dinâmicos e mais robustos, que visem sobrepujar debates dicotômicos com perspectivas aparentemente concorrentes. Evidências internacionais apontam um consenso sobre a necessidade de uma somatória de ações políticas para a prevenção e controle da obesidade, com notoriedade à promoção de dietas saudáveis (GORTMAKER et al., 2011; HAWKES et al, 2015; ROBERTO et al, 2015; SWINBURN et al., 2015). Nesta direção, foi criada uma estrutura denominada *NOURISHING FRAMEWORK*⁴, que identifica possíveis ações políticas nos âmbitos do ambiente alimentar, do sistema alimentar e a comunicação para a mudança de comportamento (ROBERTO et al, 2015; WCRF, 2013), fornecendo uma organização estrutural de possibilidades aos formuladores de políticas que possam moldar respostas adequadas e se adaptem a cada contexto nacional/local e suas populações-alvo.

Embora seja sabido que as intervenções políticas para a prevenção e combate à obesidade exijam esforços multisetoriais, parece que essa responsabilidade tem recaído em grande parte sobre o setor saúde, que tem conduzido as respostas intersetoriais e trazido o tema para o dia a dia das equipes de saúde. A nível internacional a OMS tem cumprido esse papel através de estratégias abrangentes que incluem ações no âmbito governamental, iniciativas para criação de ambientes saudáveis e intervenções na comunidade (RAUBER e JAIME, 2019). Tal entidade publicou o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis 2013-2020, que inclui em suas metas a redução de 25,0% do risco de mortes prematuras por doenças não transmissíveis, redução de 10,0% do sedentarismo, bem como frear o aumento dos casos de obesidade (WHO, 2013).

⁴ Tendo em vista a importância das ações de políticas públicas para prevenção e controle da obesidade, a WCRF desenvolveu o Nourishing Framework que divide as políticas em três domínios: ambiente de alimentos; sistema alimentar; e comunicação para mudança de comportamento. Tal estratégia possibilita identificar o foco principal e de direcionamento dos governos, com objetivo de formalizar um pacote abrangente de políticas que reúna os principais domínios de ação e áreas políticas para promover alimentação mais saudável. [Informação obtida em HAWKES, C.; JEWELL, J.; ALLEN, K. A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: the NOURISHING Framework. *Obesity reviews*, v. 14, n. 2, p. 159-168, 2013, dez 2022]

Por conseguinte, alinhado ao plano de ação global, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propôs dois documentos importantes que tocam a necessidade do enfrentamento da obesidade: o Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis e a Estratégia para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis. Destaca-se a proposição de linhas estratégicas mais regionais, incluindo políticas multissetoriais e parcerias para a prevenção e controle de DCNT, destacando a obesidade como importante fator de risco para outras doenças e que precisa ser freada através da promoção de vida ativa para saúde e bem-estar, além de enfatizar a integração da prevenção de DCNT em setores para além da área da saúde (OPAS, 2012, 2013).

À nível nacional o maior proponente de políticas para enfrentamento da obesidade ainda tem sido o setor saúde, através do SUS (DIAS et al., 2017). No Brasil, a obesidade tornou-se objeto de políticas públicas desde 1999 com a publicação da primeira edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), cuja atualização ocorreu em 2011 (BRASIL, 2012a). Desde então foram vários os esforços para que o enfrentamento da obesidade extrapolasse o setor saúde, considerando os determinantes sociais e ambientais envolvidos e de maneira que as iniciativas propostas para lidar com este desafio fossem intergovernamentais e intersetoriais (JAIME et al., 2013, RAUBER e JAIME, 2019).

No ano de 2011 foi publicado um importante marco para as políticas públicas brasileiras relacionadas as DCNT, foi lançado o primeiro Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022, sendo o Brasil pioneiro ao estabelecer um plano que abarcasse as doenças crônicas, e que posteriormente foi apresentado em assembleia mundial de saúde provocando a mobilização e construção de outros planos pelo mundo. Em 2021 o Ministério da Saúde em parceria com vários outros ministérios lançou o novo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2021-2030, que prevê a cooperação entre diversos setores visando a promoção de políticas públicas efetivas para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, dentre os quais destaca-se a meta de deter o crescimento da obesidade no país (BRASIL, 2021). O documento propõe uma meta de até 2030 que a prevalência de obesidade seja de 18,9% em adultos, além da proposição de metas para aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças e aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre, ambas em 30,0%. O plano também inova incluindo a proposição de metas para reduzir em 30,0% o consumo de bebidas adoçadas artificialmente e deter o consumo de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2021).

Em 2014 foi lançada a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade com recomendações para estados e municípios, tendo por finalidade prevenir e controlar a obesidade por meio de ações intersetoriais através da PAAS e da prática de atividade física (BRASIL, 2014b). Ademais, outro importante documento lançado no mesmo período foi a segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, que aborda a PAAS como parte da construção de um sistema alimentar sustentável e suas recomendações baseiam-se em uma classificação segundo a extensão e o grau de processamento dos alimentos (BRASIL, 2014c).

De maneira alinhada à Política Nacional de Alimentação e Nutrição e ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 foi publicada a Linha de Cuidado para o Sobrepeso e Obesidade (LCSO) através das Portarias nº 424 e nº 425, ambas de março de 2013, sendo uma das abordagens inovadoras de ofertas tecnológicas e assistenciais oferecidas pelo SUS (BRASIL, 2013a, 2013b).

1.4 A LINHA DE CUIDADO PARA O SOBREPESO E OBESIDADE COMO INSTRUMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Por definição linhas de cuidado são padronizações técnicas que expõem de forma sistematizada a organização da oferta de ações no sistema de saúde. Assim, descrevem o itinerário do usuário na RAS expondo as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde em cada serviço envolvido na linha. Tal estratégia visa padronizar as atividades realizadas e viabilizar a comunicação entre as diversas equipes e serviços, de forma organizada e estabelecendo uma continuidade assistencial, objetivando a orientação dos serviços para que o cuidado seja centrado nas necessidades dos usuários, que os fluxos assistenciais sejam planejados, claros e seguros, além de estabelecer um percurso assistencial programado considerando os diversos níveis de atenção à saúde (LINHA DE CUIDADO, 2023).

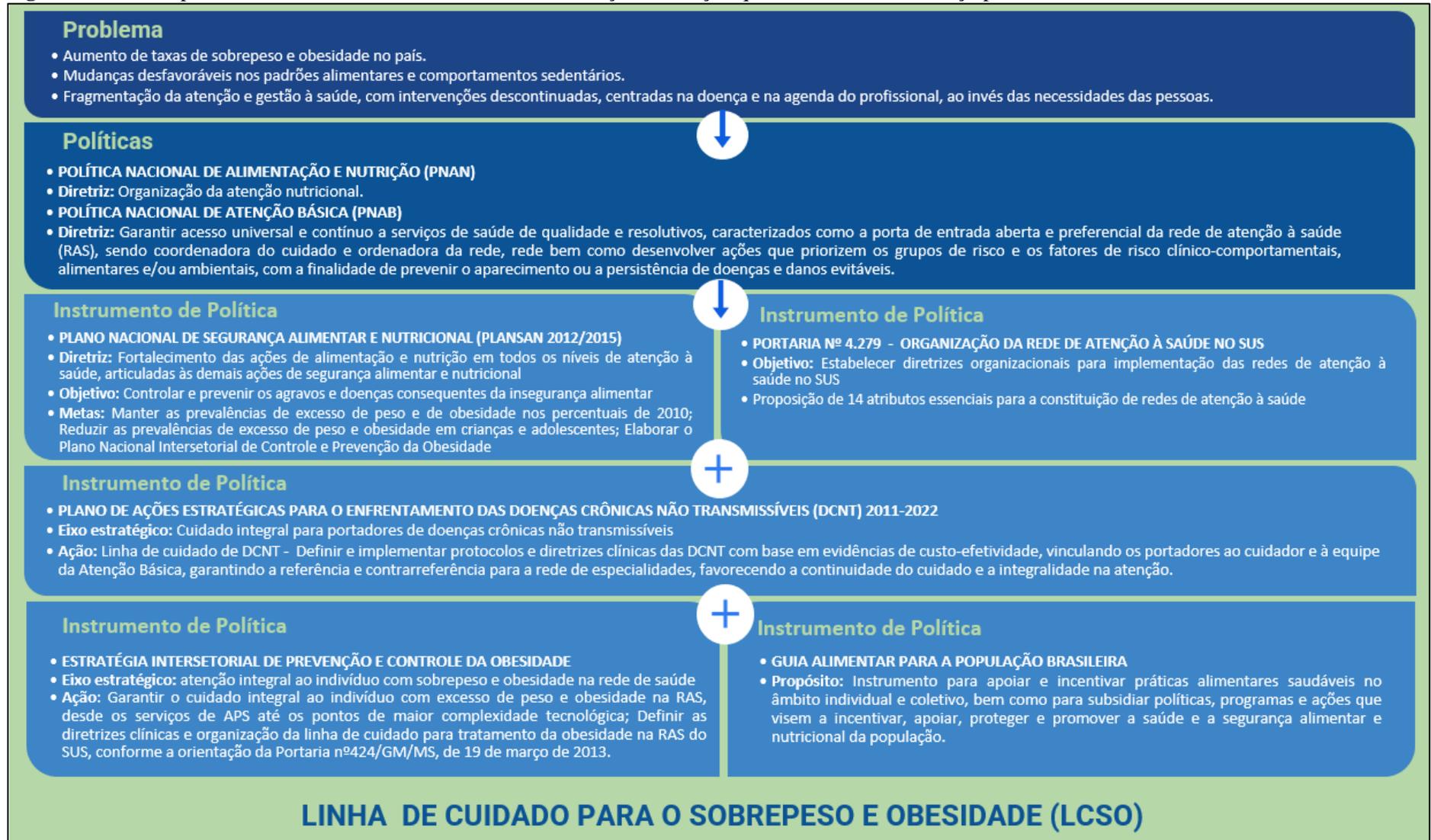
Neste sentido, a LCSO foi estabelecida visando redefinir as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, partindo de um constructo que considerou políticas, planos, marcos e ações estratégicas, no âmbito da alimentação e nutrição, bem como outros documentos oficiais brasileiros, que embasaram a construção de suas diretrizes. Assim, a LCSO é um desdobramento de políticas como a PNAN, da Polícia Nacional

de Atenção Básica (PNAB), de marcos como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022, o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015) e a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (Figura 1).

Como discutido anteriormente, as metas nacionais propostas pelo plano de ações estratégicas incluem deter o crescimento da obesidade em adultos, além de reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes. Nesta direção, percebe-se sua congruência com a LCSO já que estabelece a priorização do fortalecimento da capacidade de resposta do SUS visando intervenções amplas e diversificadas por meio de uma abordagem integral da saúde de forma a garantir a prevenção e controle das DCNT. Inclusive, a principal ação do plano, em seu eixo “cuidado integral”, é a proposição de linhas de cuidado às pessoas com DCNT que estabeleçam protocolos e diretrizes clínicas, garantam um projeto terapêutico adequado, vinculando os indivíduos ao cuidador e à equipe de Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo a referência e contrarreferência para os outros pontos de atenção à saúde favorecendo a integralidade e continuidade de seu acompanhamento (BRASIL, 2011a, 2013a). A nova proposta Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2021-2030, coloca ainda mais em evidência a necessidade da implementação LCSO coordenada pela atenção primária (BRASIL, 2021).

O PLANSAN 2012/2015 também foi importante para o processo da elaboração da portaria que estabeleceu a LCSO como prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS), já que sua quinta diretriz prevê o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde de maneira articulada às ações de segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2011b). Além disso, em 2014, como cumprimento de uma das metas prioritárias do plano, foi lançada a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade com recomendações para organização das orientações para enfrentamento do sobrepeso e obesidade de maneira articulada e visando nortear as ações do governo frente esse problema de saúde pública (BRASIL, 2014b; RAUBER e JAIME, 2019).

Figura 1. Políticas públicas e instrumentos relacionados à alimentação e nutrição que serviram de arcabouço para a LCSO.



Fonte. Elaboração própria.

A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade estabelece em seu quinto eixo “atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso e obesidade na rede de saúde” as principais ações que podem ser realizadas pelos estados e municípios nesse âmbito, dentre elas destacam a definição das diretrizes clínicas e organização da LCSO conforme estabelecido portaria nº 424 de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013a, 2014b).

Em decorrência da estratégia intersetorial outras ações do governo federal, por meio do Ministério da Saúde também foram estabelecidas para apoiar os estados na organização do cuidado integral aos indivíduos com excesso de peso, a saber diretrizes de incentivo à organização local de LCSO, elaboração de protocolos clínicos e capacitações para qualificação do cuidado ofertado pelos profissionais de saúde, inclusive, em 2018, através do apoio à projetos de instituições de ensino que integrem pesquisa, extensão e formação desses trabalhadores em diferentes estados brasileiros (PINHEIRO et. al, 2019).

Ademais a LCSO demonstra-se como uma ferramenta da PNAN, a partir do alinhamento, principalmente, à quatro diretrizes dessa política:

(I) Organização da atenção nutricional

A LCSO apresenta-se como um instrumento da organização da atenção nutricional tendo como sujeitos os indivíduos, a família e a comunidade, objetivando melhor estruturar ações e serviços nos diversos pontos de atenção à saúde para atender de forma integral e longitudinal indivíduos com sobrepeso e obesidade, visando não somente o diagnóstico e tratamento desse agravo, mas também almejando sua prevenção e à promoção da saúde. Destaca-se que a LCSO se concretiza através de uma rede de atenção à saúde integrada, resolutiva e humanizada de cuidados, pontos estes previstos pela PNAN (BRASIL, 2012a, 2013a).

Ademais, a PNAN elenca que a atenção nutricional faz parte do cuidado integral na RAS, que por sua vez deve ter a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede fazendo com que sua organização parta das necessidades dos usuários, articulando, quando necessário, ações com outros pontos da rede. Tais princípios dialogam com os elementos da LCSO, que delinea as atribuições de cada ponto da RAS do SUS, com ênfase para o componente atenção primária e seu papel preferencial como porta de entrada

para os usuários com sobrepeso e obesidade e agente ordenador desse cuidado, além de atribuições como realização da vigilância alimentar, desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial, apoiando o autocuidado em prol da manutenção e recuperação do peso saudável e oferta de assistência terapêutica multiprofissional (BRASIL, 2013a).

(II) Vigilância Alimentar e Nutricional

Foi na década de 1990 que os primeiros marcos legais apoiaram as ações de vigilância alimentar e nutricional, com destaque a Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990, que instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que incluiu a vigilância nutricional e a orientação alimentar no campo de atuação do SUS (BRASIL, 2015).

A vigilância alimentar e nutricional (VAN) compõe uma das diretrizes da PNAN, apontada como uma ação a ser continuamente descrita, possibilitando a predição e análise das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes, sendo incorporada na organização do serviço e integrando sistemas de informação em saúde, como o SISVAN, responsável pelo monitoramento do padrão alimentar e estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em seus diversos ciclos de vida (BRASIL, 2012b, 2015).

Ademais, é previsto que a VAN contribua para o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável. Nesta direção, a prática de VAN torna-se essencial para a LCSO, integrando as primeiras etapas da linha justamente por proporcionar o diagnóstico da população assistida no SUS, através da identificação dos indivíduos com sobrepeso e obesidade por meio da classificação do seu estado nutricional e subsequente estratificação de risco. As ações de vigilância podem ser realizadas em todos os pontos de atenção da RAS, mas a Portaria nº 424 de março de 2013, que estabelece as diretrizes da LCSO, enfatiza e reconhece que esta prática é uma atribuição inerente do componente atenção primária, além de definir que tanto a avaliação antropométrica quanto o consumo alimentar devem seguir os critérios referenciados pelo SISVAN (BRASIL, 2013a, 2015).

(III) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Inserida em uma das vertentes da promoção à saúde a PAAS destaca-se como diretriz da PNAN e é descrita como um conjunto de estratégias que instrumentalizam indivíduos e coletividades para adoção de práticas alimentares mais apropriadas, considerando aspectos biológicos, socioculturais e sustentáveis (BRASIL, 2012a). O Guia Alimentar para a População Brasileira é uma importante ferramenta da PNAN que aborda a PAAS como parte da construção de um sistema alimentar sustentável, juntamente com as novas recomendações baseadas na classificação segundo a extensão e o grau de processamento dos alimentos (BRASIL, 2014c).

Em alinhamento com a PNAN e ao Guia Alimentar a LCSO salienta, dentre suas diretrizes, a PAAS como ação a ser desenvolvida de forma intersetorial visando o apoio aos indivíduos e coletividades na adoção de práticas que promovam hábitos de vida saudáveis e que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável. Além disso, a portaria que estabelece as diretrizes da LCSO explicita a PAAS como atribuição essencial da APS (BRASIL, 2013a).

(IV) Qualificação da Força de Trabalho

A qualificação da força de trabalho é uma diretriz da PNAN imprescindível aos profissionais, devendo estar em consonância com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população (BRASIL, 2012a). Assim, é essencial que gestores e profissionais de saúde sejam qualificados para o enfrentamento da obesidade. Para tal, considera-se estratégico que o próprio processo de trabalho em saúde seja o eixo estruturante para a organização da qualificação da força de trabalho. Por conseguinte, a EPS destaca-se como principal ferramenta para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Alinhada a PNAN, a oitava diretriz da LCSO propõe a essencialidade da formação de trabalhadores da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da PNEPS (BRASIL, 2013a).

1.5 ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA O SOBREPESO E OBESIDADE

A LCSO tem como objetivo principal superar a fragmentação da atenção e gestão à saúde, fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com sobrepeso e obesidade por meio

da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. Para tal propõe dez diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na RAS, sendo elas dez:

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 à 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. (BRASIL, 2013a)

Para a organização da LCSO é proposto que haja um compromisso entre os diversos atores dos pontos da RAS, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso no SUS. A LCSO visa instrumentalizar a gestão e profissionais de saúde, permitindo estabelecimento de protocolos clínicos, além de orientar o caminho percorrido pelos usuários dentro dos serviços de saúde.

Ademais, a linha de cuidado estabelece sua organização estipulando atribuições e responsabilidades essenciais de cada ponto da RAS, algumas delas destacadas a seguir:

- **Atribuições da atenção primária:** realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para pessoas com excesso de peso; realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física; ações de recuperação do peso saudável; prestar acolhimento e assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade e coordenador o cuidado dessas pessoas na rede, além da assistência às pessoas que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade.
- **Atribuições da atenção especializada:** prestar apoio matricial às equipes da APS, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde; prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC maior ou igual a 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS; diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; prestar assistência terapêutica multiprofissional pré e pós operatória aos usuários com tal indicação; organizar o retorno dos usuários à assistência na APS; quanto ao componente hospitalar organizar o acesso à cirurgia, realizar tratamento cirúrgico e realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;
- **Atribuições dos sistemas de apoio e logísticos:** realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade; prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade; c) realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

Diante a todas essas diretrizes e responsabilidades da RAS organizadas e normatizadas pela Portaria nº 424 de março de 2013 (BRASIL, 2013a), verificou-se escassez na literatura quanto a relatos de experiências de consolidação da LCSO, associada a efetividade de sua implementação. Embora, seja sabido que para que a linha seja organizada pressupõe-se um conjunto de ações que não dependem somente da infraestrutura e organização das atribuições dos equipamentos de saúde, mas também de articulação local de processos, mecanismos de gestão do cuidado nos municípios e regiões de saúde, bons sistemas de informação e de regulação, fóruns de discussão intersetoriais e ações de educação permanente como forma de apoio aos profissionais de saúde e gestores locais (MAXIMIANO, 2016), abrindo o leque de habilidades e competências dos trabalhadores envolvidos, de modo que as ações planejadas sejam humanizadas e resolutivas com um olhar ampliado do cuidado em saúde no que tange às pessoas com sobrepeso e obesidade.

Cabe aqui o destaque para os processos educativos que podem apoiar a organização e implementação da LCSO. Inclusive, a oitava diretriz da portaria da LCSO, apresentada nesta seção, aponta como necessária a qualificação da força de trabalho para o enfrentamento da obesidade e tem como premissas que tais ações estejam alinhadas à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido apontada como ferramenta essencial para a produção de mudanças de práticas na lógica do cuidado em saúde e na organização dos processos de trabalho, podendo contribuir para o enfrentamento do sentimento de insegurança dos trabalhadores, que muitas vezes se sentem desqualificados frente ao manejo da obesidade (FIGUEIREDO et al., 2020; LOPES et al., 2021).

1.6 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A EPS deve ser compreendida como **prática de ensino-aprendizagem** e como uma **política de educação na saúde**, que visa produzir conhecimentos a partir do cotidiano de trabalho das instituições de saúde, considerando a realidade vivida pelos atores envolvidos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009). A EPS teve suas bases estabelecidas a partir de um processo de desconforto frente aos modos de funcionamento da educação tradicional até então instituídas. Trata-se de um conceito originário do campo

da educação, sua introdução na América Latina, e conseqüentemente no Brasil, deu-se na década de 1980, por ação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (OLIVEIRA; SANTOS, 2021). Desde então, tem-se buscado a sua implementação em todo o território nacional para qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde e, conseqüentemente, melhoria dos serviços oferecidos e fortalecimento do SUS.

A EPS foi concebida como política de educação em saúde pelo MS através da Portaria Nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004 e, assim, instituiu a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde (BRASIL, 2004). Tal movimento já indicava a busca por mudanças em relação às práticas educativas nos serviços de saúde e a necessidade de avanços na integração ensino-serviço.

Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 trouxe novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, reafirmando os princípios da EPS como norteadores para a construção de Planos Regionais de EPS e das ações educativas na saúde e assim, reitera a compreensão e tratamento da gestão da educação na saúde formação e desenvolvimento (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009a).

Os processos de EPS se materializam no encontro entre a formação e o trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam junto ao cotidiano das organizações e serviços, visando a “formação e desenvolvimento de modo a construir e dividir conhecimentos de maneira descentralizada, ascendente e transdisciplinar revelando a importância do trabalho em equipe” (RADDATZ, 2014, p.18), para que assim, busque a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores.

No contexto dos profissionais de saúde do SUS a EPS precisa ser parte do pensar, refletir e fazer dos trabalhadores, propiciando desenvolvimento pessoal e profissional e contribuir para a produção de novas práticas e organização do processo de trabalho, por meio da problematização da realidade do cotidiano do serviço. Essa lógica requer o desenvolvimento de uma “inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/ interferência no andar da vida individual e coletiva” (CECCIM, 2005, p.175).

Nesta direção, como prática de ensino-aprendizagem a EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa que promove e produz sentidos, sugerindo que a transformação das práticas seja subsidiada na reflexão crítica acerca da realidade dos trabalhadores. Ela é contrária aos preceitos da educação continuada (EC), essa que por sua vez tem como base o ensino-aprendizagem mecânico, pautado no saber técnico-científico e na atualização do conhecimento (FERREIRA et al, 2019), os conhecimentos são considerados em si e a conexão com o cotidiano não é estabelecida como premissa, os educandos se tornam agentes passivos, observadores e receptores da transmissão do conhecimento que vem do externo (BRASIL, 2018a).

Para SCHWEICKARDT (2015), as ações de EPS devem se pautadas em metodologias ativas para a produção do conhecimento, tais metodologias pressupõe seres ativos, que irá construir junto, em que o educando não é aquele que escuta e decora, mas aquele que constrói para si o saber que foi emitido nos debates. Neste sentido, a EPS consiste numa atualização diária das práticas pelos profissionais de saúde de acordo com a aprendizagem reflexiva-significativa e por meio da utilização de metodologias ativas e de avanços científicos e tecnológicos (LUZ et al., 2020).

CECCIM e FEUERWERKER (2004) apontam que a formação dos trabalhadores da saúde tem permanecido alheia à organização da gestão intra e intersetorial, a criticidade dos sistemas de estruturação do cuidado, bem como impermeável ao controle social. Assim, propõem um conceito de quadrilátero da saúde da formação: ensino, gestão, atenção e controle social. A imagem do quadrilátero da formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde e da educação.

1.6.1 A Atenção Primária em Saúde como Espaço Privilegiado para Processos de Educação Permanente em Saúde

A APS é apontada como porta de entrada preferencial no SUS, sendo responsável pela ordenação do serviço e centro de comunicação da RAS, reunindo um conjunto de ações que, em âmbito individual e coletivo, respondem às necessidades de intervenções

em saúde, contemplando ações de “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido” (BRASIL, 2017, p.2).

Trata-se de um espaço fundamental para suprir as demandas no SUS, tendo a capacidade de responder por aproximadamente 80% das necessidades em saúde da população (GERVAS; MENA; MAINAR, 2006). De acordo com dados oficiais do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, existiam mais de 110 milhões de pessoas cadastradas na APS até 2020 (BRASIL, 2019b).

Como apresentado anteriormente a APS é um dos componentes da LCSO e essencial para sua implementação, com suas atribuições bem definidas segundo a portaria de 2013, incluindo:

(I) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; (II) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física; (III) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; (IV) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas; (V) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC \geq 30 kg/m² com comorbidades ou IMC \geq 40 kg/m²; (VI) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e (VII) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Polos de Academia da Saúde. (BRASIL, 2013a)

Frente a tais demandas como vigilância alimentar e nutricional para estratificação de risco de pessoas com excesso de peso, ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade e apoio ao autocuidado e suporte a terapia multiprofissional à esses indivíduos, incluindo aqueles que realizaram cirurgia bariátrica, é exigido que os profissionais de saúde reúnam um conjunto de conhecimentos e habilidades para suprir essas necessidades com condutas adequadas, humanizadas e pautadas em conhecimento técnico-científico de forma a instrumentalizá-los no cuidado às pessoas com excesso de peso.

Um estudo de revisão sistemática com meta-análise analisou uma série de pesquisas realizadas no ambiente da APS e desvelou um efeito pequeno, porém significativo de abordagens de intervenção nutricional distintas combinadas ou não com atividade física e suporte psicológico que contribuíram de forma positiva para o manejo do sobrepeso e da obesidade (CANUTO et al., 2021), sugerindo a potência do contexto da APS como espaço oportuno para ações de enfrentamento e controle da obesidade, podendo ser fundamentais para a efetividade da LCSO. Para isso, cada vez mais tem sido necessário contar com profissionais que dominem o conhecimento mais estrutural de cada área técnica e sejam capazes de articulá-los com determinados contextos e suas particularidades, construindo conexões e continuidade do cuidado (FEUERWERKER e CAPOZZOLO, 2018).

Nesta perspectiva, APS é um espaço privilegiado e oportuno para formação em saúde, em especial sobre a temática da obesidade. Nos últimos anos houve um crescente direcionamento de experiências de formação na APS no âmbito do SUS, que tem se tornado um local prioritário para ações de PAAS e prevenção de agravos em nutrição (MAIA e TRAMONTT, 2019). Há relatos de experiências desenvolvidas na APS com o envolvimento de equipes multiprofissionais para oferecer o cuidado integral visando à prevenção e controle da obesidade, ao mesmo tempo que as atividades de promoção da saúde foram identificadas como predominantes. Tais relatos mostraram que o entendimento das equipes de atenção primária sobre o manejo da obesidade é bem amplo e não se centraliza em um único conhecimento ou saber, sendo essencial para a oferta do cuidado qualificado e de ações intersetoriais, bem como articulações com distintos equipamentos sociais e de saúde para que possam integrar o tratamento proposto (BRASIL, 2014a).

Nesta perspectiva de comunicação em alimentação e nutrição faz necessária uma mudança de paradigma, antes limitada a uma olhar puramente biológico, para uma perspectiva que pensa a relação alimentação - saúde dentro de um panorama sistêmico, que implica uma adequação na forma de pensar e organizar os serviços de saúde, e por conseguinte, repensar também a qualificação da força de trabalho em saúde (MAIA, 2020), adotando uma abordagem do cuidado integral, longitudinal e multiprofissional considerando a LCSO, principalmente porque muitas vezes os usuários com obesidade

demandarão necessidades distintas e de vários pontos da RAS, pressupondo uma organização dessa assistência principalmente coordenada pela APS.

Desde a criação do SUS foi estabelecida uma agenda mais incisiva sobre o conceito ampliado de saúde, adotando-se uma compreensão do processo saúde-doença de modo a propiciar o conhecimento das diferentes realidades socioepidemiológicas do país e desenvolver a capacidade de análise crítica sobre elas, considerando uma concepção de trabalho multiprofissional que permita respostas em saúde mais amplas e complexas, que não fosse abordada em uma lógica medicalizante (FEUERWERKER e CAPOZZOLO, 2018). Neste sentido, a APS e em especial na modalidade Saúde da Família, tornou-se um ambiente oportuno para experimentações de qualificação da força de trabalho.

Pelo fato da EPS ser uma importante ferramenta para ampliar os espaços coletivos de reflexão e negociação (MERHY e FEUERWERKER, 2012), ela possibilita oportunidades para que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho, transformando e qualificando a atenção e as práticas de educação em saúde (CECCIM, 2005). Ademais, tais processos possibilitam melhor identificação e resolução de problemas do cotidiano do trabalho quando pensados de maneira conjunta e a partir de perspectivas distintas. Assim, especialmente na APS, torna-se imprescindível ter profissionais qualificados que percebam e assumam o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, pautado na perspectiva da educação permanente, gerando resultados mais efetivos no cuidado em saúde (MAIA e TRAMONTT, 2019).

Contudo, muitos desafios ainda permeiam os processos de EPS na APS, que em alguns contextos são reconhecidos pelos trabalhadores como elementos que aumentam a carga de trabalho, em especial porque esses profissionais são avaliados por sua produtividade no âmbito da APS e suas agendas de trabalho geralmente são sobrecarregadas, com pouco espaço para priorização de processos de qualificação profissional (JESUS, 2020). Neste sentido, um dos fatores que contribuem para a sobrecarga de trabalho é o número de pessoas e famílias que são cadastradas por equipes de saúde da família, que muitas vezes excedem a capacidade resolutiva delas, fazendo que este trabalho seja desenvolvido de forma estressante e adoecedora para os profissionais de saúde envolvidos. Somadas a essas dificuldades ainda há uma alta rotatividade de algumas categorias profissionais na APS, em especial a médica,

implicando em uma descontinuidade dos processos de EPS que foram realizados (MEDEIROS et al., 2010).

Além disso, na ótica do enfrentamento e controle do sobrepeso e obesidade muito tem exigido dos nutricionistas, que são alvos principais de qualificação profissional a respeito dessa temática o que pode gerar uma sobrecarga de trabalho quando um problema de tamanha complexidade é entendido como de resolução e responsabilidade de uma única categoria profissional, dificultando uma abordagem multiprofissional do tema. Ademais, o quantitativo insuficiente de nutricionistas também é relatado como um entrave (RAMOS et al., 2020).

São importantes iniciativas que construam relações de cooperação entre as profissões da saúde, dando enfoque à interdisciplinaridade, bem como se reconheça o usuário como ser ativo na produção de sua saúde e que outros setores sejam vistos como possibilidades de fortalecer e ampliar os processos educativos. Assim, a EPS precisa ser vista como uma ferramenta de todos e não somente de algumas categorias profissionais em saúde, sendo uma estratégia fundamental também para a gestão em saúde.

Ademais, parece haver certa contradição na organização do trabalho em saúde de modo que ao mesmo tempo que é exigido dos trabalhadores a resolução dos problemas de saúde da população é observada a precarização do trabalho desses profissionais no SUS. Frequentemente os profissionais são cobrados por seu desempenho individual, produtividade e técnica, e muitas vezes os espaços de formação parecem ser secundarizados na agenda desses trabalhadores, em especial da categoria médica, além de ser relatado que os cursos e capacitações sobre a ótica da obesidade ainda são escassos e bem pontuais (JESUS, 2020). Além disso, há relatos sobre a dificuldade dos profissionais em identificar e lidar com as ações de prevenção da obesidade devido à formação inadequada, à falta de conhecimento sobre as ações mais efetivas e de articulação com outros profissionais considerados mais habilitados (ASSIS, 2017).

Em um estudo realizado por LOPES et al. (2021) a partir de pesquisa online sobre as barreiras para o manejo da obesidade com os profissionais de saúde da APS e da atenção especializada do SUS, todos os profissionais participantes relataram que a temática representa um desafio crítico para eles, independente da categoria profissional, envolvendo principalmente aspectos relacionados ao processo de trabalho e a questões

estruturais. Dentre as barreiras relacionadas ao processo de trabalho foram identificadas dificuldades no diagnóstico nutricional e no uso do guia alimentar para a população brasileira, dúvidas trazidas pelo usuário que extrapolam o núcleo do conhecimento, falta de qualificação para o bom desempenho das ações relacionadas à temática e desempenho multidisciplinar insuficiente. Neste sentido, umas das recomendações principais do estudo foi a importância de aprimorar atividades de EPS, bem como do desenvolvimento de materiais educativos para a gestão da obesidade no atendimento individual e coletivo e fortalecimento da atuação multiprofissional (LOPES et al., 2021).

Nesta direção, uma experiência exitosa no âmbito da APS em Botucatu/SP teve por objetivo qualificar os profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) e realizou oficinas com gestores e técnicos dos municípios circunvizinhos sob a perspectiva de um curso teórico-prático com um combinado de metodologias de educação a distância e presencial, almejando estimular as equipes de saúde na organização das suas rotinas de cuidado e fomentar a estruturação da LCSO (BRASIL 2014a).

Contudo, ainda são escassos os estudos que avançam a discussão dos processos de formação da força de trabalho sob a perspectiva da obesidade e menos ainda aqueles que consideram tais formações dentro da ótica da LCSO, analisando as potencialidades e fragilidades associadas à EPS. A partir das lacunas identificadas na literatura e de questionamentos como “Qual seria o papel da educação permanente em saúde no enfrentamento da obesidade?”, “Como essas ações de educação permanente em saúde estão organizadas no cuidado na atenção primária, colaborando para a implementação da Linha de Cuidado para o Sobrepeso e Obesidade?” e “Qual a percepção de profissionais de saúde em relação à educação permanente neste contexto?”, optou-se por direcionar o presente estudo para a temática de EPS no âmbito da LCSO.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender, na perspectiva de profissionais de saúde, o papel da educação permanente em saúde na implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade nas ações da atenção primária.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como se estabelece as práticas de cuidado para os indivíduos com sobrepeso e obesidade, no âmbito da atenção primária, a partir da percepção dos profissionais de saúde;
- Analisar as concepções dos trabalhadores acerca das práticas de educação permanente em saúde como componente para a produção e organização do cuidado em saúde de indivíduos com excesso de peso;
- Conhecer as potencialidades e desafios relacionados aos processos de educação permanente em saúde.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico compreende o caminho e estratégias utilizadas tendo em vista o objeto de pesquisa. Nesta seção, buscou-se explicitar o contexto e meios utilizados para que se alcançasse os objetivos delineados para este estudo. Para tanto, foi utilizado abordagem qualitativa, de caráter exploratória-descritiva. Trata-se de um estudo de caso, sendo a unidade-caso a região do Grande ABC Paulista, inserido em um trabalho maior, um projeto matriz.

3.1 CONTEXTO E PREMISSAS DO ESTUDO

O presente estudo emergiu de um projeto matriz intitulado “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC Paulista”, fruto de uma parceria entre a Comissão Intergestores Regional (CIR) da região do Grande ABC Paulista e a Faculdade

de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Tal projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com o apoio do Ministério da Saúde (MS), após chamada pública de nº. 26/2018 que objetivava “apoiar projetos que integrassem atividades de pesquisa, extensão e formação de trabalhadores da Atenção Básica de Saúde, com priorização daqueles que atuam nos NASF-AB na temática de prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade no âmbito do SUS, desenvolvidos, preferencialmente, em parcerias com secretarias estaduais/municipais de saúde” (BRASIL, 2018b, p.1).

A parceria surgiu após a CIR do Grande ABC Paulista pactuar a LCSO como linha prioritária a ser desenvolvida nos sete municípios da região do Grande ABC Paulista. A efetiva implementação da LCSO nos municípios envolvidos pressupunha vários esforços, como os de gestores, com a formação e qualificação da força de trabalho dos profissionais de saúde, a organização do cuidado, articulações intersetoriais e interprofissionais e constante avaliação, de modo que as ações planejadas sejam humanizadas e resolutivas com um olhar para o cuidado individual e coletivo. Ressalta-se que, neste contexto, a portaria da LCSO apresenta entre suas diretrizes a necessidade da formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da PNEPS (BRASIL, 2013a).

Nesta direção, o projeto matriz teve como pilares a pesquisa, extensão e formação em serviço durante o apoio e análise da implementação de ações na atenção primária da LCSO, nos sete municípios do Grande ABC Paulista, tendo em sua espinha dorsal a EPS. Para concretude de seus objetivos almejou-se fortalecer o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional, de promoção da alimentação adequada e saudável e de atividade física e práticas corporais, de gestão do cuidado e manejo da obesidade com abordagem coletiva e de articulação interprofissional e intersetorial por meio de processos de qualificação da força de trabalho de gestores municipais e profissionais de saúde.

O projeto matriz foi delineado em quatro eixos temáticos: (I) Pesquisa e Desenvolvimento; (II) Formação; (III) Avaliação e Monitoramento; e (IV) Difusão Científica. O primeiro eixo, pesquisa e desenvolvimento, previa uma avaliação formativa a partir de um diagnóstico situacional dos sete municípios envolvidos, permitindo a identificação de barreiras e potencialidades para a implementação da LCSO no âmbito da APS.

Estudos de avaliação formativa comumente são realizados durante a implementação de políticas públicas, com foco em seu funcionamento, permitindo a realização de alterações para melhorias anteriores ou durante sua execução (LUSTOSA e CASTANHAR, 2003; MONTEIRO, 2004). O objetivo inicial da avaliação formativa do projeto matriz foi instrumentalizar e apoiar a gestão municipal de cada um dos sete municípios envolvidos. Entretanto, os dados identificados e analisados acabaram sendo essenciais para que a presente pesquisa fosse desenvolvida, pois possibilitaram a localização da EPS a partir de um diagnóstico situacional da organização da APS para a implementação da LCSO na região de estudo, como também evidenciaram lacunas que geraram inquietações e questionamentos que, por sua vez, reverberaram no desejo de avançar o conhecimento acadêmico dentro da temática de EPS e linha de cuidado.

A encomenda avaliativa utilizou documentos públicos, como Planos Municipais em Saúde (PMS) dos municípios envolvidos e sistemas de informação em saúde, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), como fontes de dados secundários para a realização do diagnóstico proposto. O PMAQ-AB e SISVAN destacaram-se como potentes ferramentas para a vigilância em saúde frente a temática do sobrepeso e obesidade, fornecendo elementos para que gestores e profissionais qualificassem a atenção integral às pessoas por meio da análise de indicadores e processos, além de proporcionar melhor embasamento para tomada de decisões mediante a organização do cuidado, colaborando para a uma implementação da LCSO.

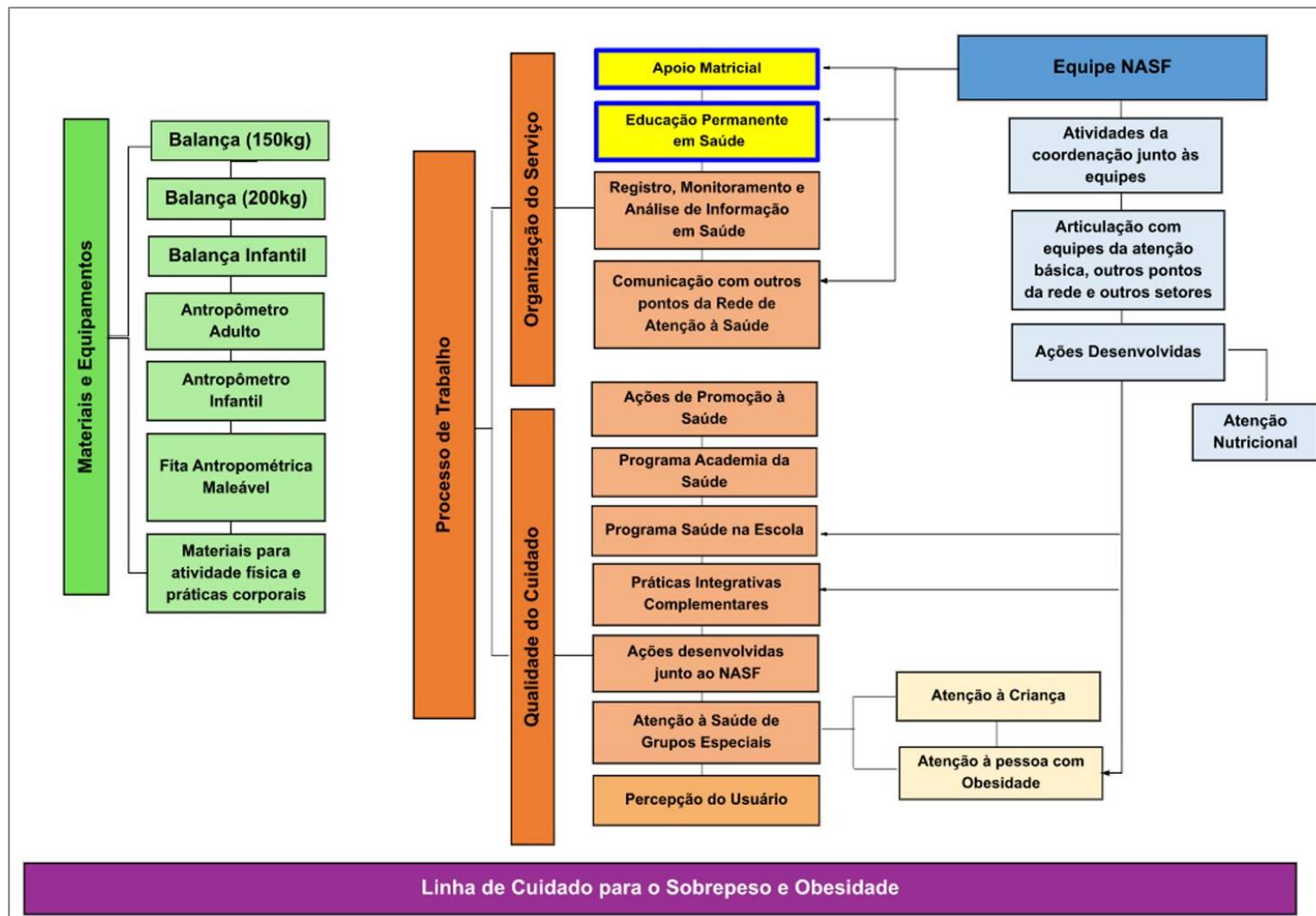
A versão *online* do SISVAN foi utilizada para obtenção da avaliação nutricional das pessoas usuárias habituais do SUS da região estudada (relatórios públicos da Secretaria de Atenção Primária à Saúde <<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>>, acessado em jan/2020). Foi realizada uma análise do ano de 2019. Como principais resultados foi identificado que todos os municípios da região do Grande ABC Paulista incluíram registros (n=154.273) de acompanhamento do estado nutricional no sistema, para todas as faixas etárias, durante o ano avaliado. Entretanto, a cobertura geral do SISVAN em relação ao estado nutricional, foi de apenas 10,9%, demonstrando uma importante fragilidade na utilização desse sistema para a prática de vigilância alimentar e nutricional no cotidiano dos serviços de saúde da região. Tais achados dialogam com o que vem sendo apontado em estudos anteriores, nos quais tradicionalmente o SISVAN é pouco utilizado, sendo baixa sua

cobertura nacional (NASCIMENTO, SILVA & JAIME, 2017). Consequentemente a subutilização desse sistema pode indicar que ele não é utilizado em seu potencial (ROLIM et al., 2015), havendo um déficit de informações geradas que poderiam ser empregadas na gestão, avaliação e planejamento de intervenções no cuidado em saúde na região.

Ademais, ao analisar os dados de estado nutricional da população adulta, ou seja, de 20 a 59 anos, com destaque para análise do sobrepeso e obesidade, o principal achado foi que 34,6% dos indivíduos adultos registrados no SISVAN (n=49.873) estavam com sobrepeso e 32,5% com obesidade, ou seja, um dado alarmante haja vista que 67,1% da população avaliada está acima do peso considerado adequado para esta faixa etária. Embora esses dados não sejam de amostras representativas de toda a população da região do Grande ABC Paulista, foi percebido uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade que dialoga com os dados nacionais apresentados pela PNS 2019, com a prevalência de 60,3% de excesso de peso na população brasileira (BRASIL, 2019a). Tais achados reforçaram a importância da implementação da LCSO como linha prioritária da Rede de Atenção à Saúde nos municípios da região de estudo.

A outra fonte de dados utilizada na avaliação formativa foi o PMAQ-AB em seu terceiro ciclo, a partir do banco de dados fornecido pelo CEPEDOC - Cidades Saudáveis (Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação/FSP-USP) com informações da região do Grande ABC Paulista. Foram selecionados indicadores do módulo de avaliação externa do programa, relacionados a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a organização de trabalho das equipes da atenção primária (eAP) e NASF-AB, cuidado em saúde, oferta de serviços, articulação com outros pontos da rede e percepção do usuário frente aos serviços ofertados. Posteriormente, realizou-se uma segregação desses indicadores destacando aqueles com algum grau de relação com a LCSO e, em seguida, foram categorizados em blocos segundo combinação de seus conteúdos. Os blocos foram organizados em cores e a LCSO está na base por ser o que sustenta e relaciona todos eles (Figura 2). Em amarelo destaca-se a localização da EPS e ações adjacentes, como as de apoio matricial.

Figura 2. Blocos de conteúdo para organização dos indicadores do PMAQ-AB, segundo linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade.



Fonte. Elaboração própria.

Posteriormente, os dados foram tabulados e processados por meio da estatística descritiva com o apoio do programa Microsoft Office Excel (versão 2016), sendo consideradas suas frequências absolutas e relativas. Os indicadores foram organizados em tabelas de acordo com o bloco de conteúdo correspondente. Então, foi realizada uma análise e discussão dos principais achados.

Tais análises proporcionadas pela avaliação formativa resultaram em relatórios apresentados à gestão dos sete municípios do Grande ABC Paulista, além da publicação de um capítulo de livro com os principais resultados: “Utilização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica (PMAQ-AB) na organização da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade” (HENRIQUE et al., 2020).

Os principais achados do estudo supracitado permitiram a localização da EPS no âmbito na região de estudo. Quanto à organização do serviço das equipes da região, observou-se a existência do apoio matricial recebido pelas eAP para apoiar resolução de casos complexos. Esse indicador foi selecionado haja vista que frequentemente os profissionais de saúde necessitam de apoio matricial para lidar com casos complexos de usuários com obesidade. Foi observado que quase todas as equipes (99,4%) da região recebem apoio matricial, sendo o NASF-AB o núcleo identificado como maior prestador desse suporte às eAP (34,2%) e os profissionais do Polo Academia da Saúde como menor (9,3%) (Tabela 1). Neste contexto, o NASF-AB atuando segundo a lógica do apoio matricial, pode colaborar com o fortalecimento da função de coordenação assistencial da atenção primária (SOUSA et al., 2017) e consequentemente potencializar o cuidado integral ao indivíduo dentro da dinâmica da LCSO. Em contrapartida, entende-se como frágil a relação entre os profissionais das UBS e os do Polo Academia de Saúde, podendo impactar negativamente nos objetivos do próprio programa que implica em fortalecer e qualificar as ações de promoção da saúde nas comunidades (BRASIL, 2009b).

Tabela 1. Indicadores referente a organização do serviço das equipes da atenção básica (n=355) da região do Grande ABC Paulista relacionados a LCSO, segundo dados do PMAQ-AB terceiro ciclo, 2015-2017.

Processo de Trabalho - Organização do Serviço	Equipes da atenção básica da Região do Grande ABC Paulista (%)
Apoio Matricial	
Recebimento de apoio matricial para auxílio ou apoio na resolução de casos complexos	99,44
Núcleos de profissionais que realizam o apoio matricial recebido pelas equipes	
NASF	34,21
Especialistas da rede	30,31
Centro de Especialistas (ex. reabilitação, idoso, obesidade, outros)	26,19
Polo Academia de Saúde	9,29
Educação Permanente	
Participação, no último ano, de alguma ação de educação permanente	100,0
Nível de contemplação das ações de educação permanente, segundo as demandas e necessidades das equipes	
Contemplam muito	31,55
Contemplam	50,42
Contemplam razoavelmente	14,08
Contemplam pouco	2,54
Não contemplam	0,85
Não se aplica	0,56
Práticas Integrativas Complementares	
Oferta de curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para as equipes (oferta pela gestão municipal)	56,06
Ações com o NASF que acontecem nos encontros ou são pactuadas com a eAP	
Discussão de casos	99,07
Organização da demanda para atendimentos individuais	94,44
Consultas compartilhadas entre profissionais e a equipe do NASF	97,22
Consultas compartilhadas entre os profissionais da equipe do NASF	94,13
Atividades de educação em saúde	93,21
Grupos terapêuticos	91,66
Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para casos comple	82,71
Educação permanente com as equipes	88,59
Ações de vigilância em saúde	81,79
Ações/reuniões com outros setores (exemplo: CRAS, CREAS, escolas, outros)	95,06
Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas	71,30
Definição de critérios de acesso, priorização de casos, atribuições de cada profissional	88,89
Monitoramento dos resultados alcançados	83,95

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Outro principal achado foi que todas as eAP da região do Grande ABC Paulista, relataram participação, no ano anterior as entrevistas do PMAQ-AB, ao menos uma vez, de algum processo de EPS, os quais proporcionaram grande nível de satisfação entre os profissionais de saúde. Na região, 82,0% das equipes julgaram que as ações de EPS “contemplam muito” ou “contemplam” as demandas e necessidades encontradas (Tabela 1). No entanto, as informações das temáticas de EPS que são desenvolvidas são escassas, dificultando avaliar a relação direta com a LCSO, embora tenha sido observado que 56,1% das eAP receberam da gestão municipal cursos de EPS em práticas integrativas e complementares (Tabela 1), previstas na organização da LCSO (BRASIL, 2013a).

Tais resultados quantitativos foram de extrema contribuição para a avaliação formativa proposta, permitindo uma visão geral dos processos e organização do trabalho na APS da região. Entretanto, os itens abordados do PMAQ-AB relacionados a EPS não permitem associações claras com LCSO, bem como baixa compreensão das dinâmicas e metodologias empregadas na realização desses processos educativos e percepção dos trabalhadores em saúde ao vivenciar ou não tais ações. Conseqüentemente, a partir desse olhar alguns questionamentos foram levantados: Como estão estabelecidas as ações de produção e organização do cuidado aos indivíduos com excesso de peso? Como as ações de EPS se relacionam com a organização da LCSO na região? Trabalhadores experienciam processos de EPS com a temática de enfrentamento do sobrepeso e obesidade? Qual o papel desses processos para a implementação da LCSO? Como os processos de EPS estão organizados? Como os trabalhadores percebem tais processos em seu cotidiano de trabalho? Quais formatos e metodologias que são utilizados nos processos de EPS vivenciados pelos profissionais? Quais fatores que facilitam e/ou dificultam processos EPS?

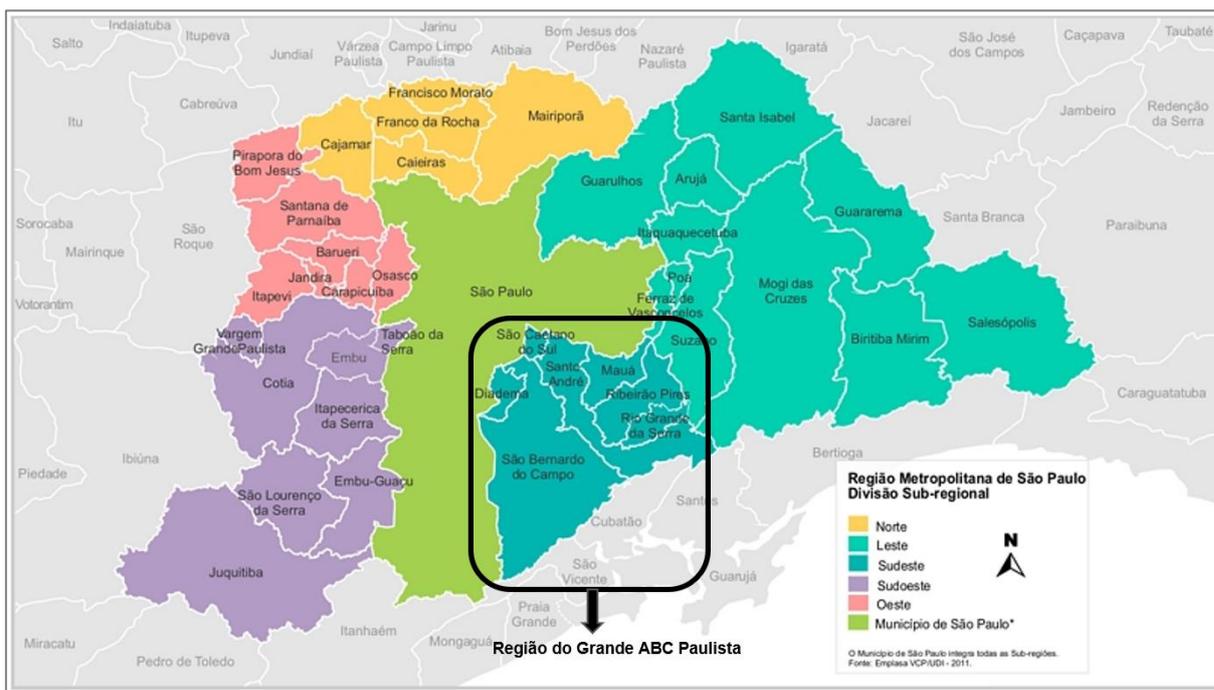
BISPO JUNIOR & MOREIRA (2017) apontam a necessidade de compreender como os processos de EPS são vivenciados pelos trabalhadores em saúde e concluíram que as ações de formação ainda estão aquém do que se espera para as transformações desejadas no âmbito da saúde, sendo que grande parte dos formatos de educação observados ainda realizados de maneira pontual e fragmentada, prevalecendo o uso de metodologias tradicionais, verticalizadas e conduzidas por especialistas com pouca ou nenhuma conexão com a realidade local dos serviços, indicando que são necessários mais esforços para que a EPS seja assumida como ação inerente e não dissociada da atenção à saúde.

Mediante a este contexto, a presente pesquisa foi delineada, estabelecendo as premissas que levaram ao objeto de estudo em questão, a fim de analisar o papel da EPS na implementação da LCSO nas ações da APS na região de estudo.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

Considerando o contexto e pilares da presente pesquisa, esta tem como campo de estudo o Grande ABC Paulista, que está inserido a sudeste da região metropolitana de São Paulo - SP e é composto por sete municípios, a saber: São Bernardo do Campo, Santo André, Mauá, Diadema, São Caetano do Sul, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra (Figura 3).

Figura 3. Região do Grande ABC Paulista.



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de São Bernardo do Campo, adaptado.

Trata-se de uma região com mais de 2,8 milhões de habitantes distribuídos em uma área territorial de 828 km² (IBGE, 2021). A história do Grande ABC Paulista começou no final do século XIX, quando recebeu um intenso fluxo de imigrantes favorecendo seu povoamento e é conhecida como berço da indústria automobilística do Brasil, desde que recebeu grandes multinacionais que se instalaram na região a partir de 1950 (CONSORCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC, s.d.). Se a região do Grande ABC Paulista fosse um município, em termos de Produto Interno Bruto (PIB) seria o segundo maior do estado de São Paulo e a quarta maior cidade do país, com R\$ 118,6 bilhões de riquezas geradas em 2019 (IBGE, 2019).

Os municípios que compõem o Grande ABC Paulista estão organizados para o planejamento, a articulação e definição de ações de caráter regional em uma entidade intitulada “Consórcio Intermunicipal Grande ABC”, criada 1990 e em 2010 considerada o primeiro consórcio multisetorial de direito público e natureza autárquica do país (CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC, s.d.). No âmbito da saúde, este consórcio busca “ampliar e qualificar o atendimento à saúde, com base na cooperação e complementaridade de ações, por meio de redes integradas de atenção à saúde, que envolvam os serviços e recursos municipais,

estaduais e federais” (CONSORCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC, s.d.), além de apoiar ações de qualificação da APS e de trabalhadores da saúde.

Ademais, no que compete a gestão em saúde, os sete municípios estão organizados na CIR do Grande ABC, e no âmbito estadual fazem parte do Departamento Regional de Saúde I (DRS I – Grande São Paulo).

Isto posto, foi a partir de articulações entre gestores das entidades citadas com a coordenação do projeto matriz, que possibilitaram a inserção desta pesquisa na região do Grande ABC Paulista. Além disso, a escolha desse campo de estudo deu-se pela alta dimensão e potencialidade da região, inclusive em termos da APS. A tabela 2 apresenta algumas características da APS dos sete municípios do Grande ABC Paulista.

Tabela 2. Características da APS nos municípios da região do Grande Região do ABC. São Paulo, 2023.

Município	População (n)	Cobertura populacional estimada APS (%)	ACS^I (n)	ESF^{II} (n)	NASF^{III} (n)
São Bernardo do Campo	849.874	76,46	774	266	19
Santo André	723.889	40,34	279	51	7
Mauá	481.725	33,95	302	80	9
Diadema	429.550	83,38	475	94	11
S. Caetano do Sul	162.763	75,18	126	30	3
Ribeirão Pires	125.238	49,40	53	15	1
Rio Grande da Serra	52.009	59,72	34	16	0
TOTAL	2.825.048	-	2043	552	50

ACS^I = Agente Comunitário de Saúde

ESF^{II} = Estratégia Saúde da Família

NASF^{III} = Núcleo Ampliado de Saúde da Família (tipo I)

Fonte: Dados extraídos do e-Gestor Atenção Básica a partir dos relatórios públicos (site:<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>> Acessado em 06 de junho de 2022)

3.3. TIPO DO ESTUDO E SEU DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritiva-exploratória, com abordagem de estudo de caso e com embasamento na análise de conteúdo a partir de entrevistas em profundidade, do tipo semiestruturadas, realizadas com profissionais da saúde da região da região do Grande ABC Paulista.

O estudo qualitativo parte da premissa multimetodológica quanto a seu foco, permitindo uma abordagem interpretativa e naturalística dos temas questionados (DENZIN, N.K. & LINCOLN, 2006). Neste sentido, os objetos são estudados em seu ambiente natural, buscando-se ampliação do olhar e sentido na interpretação dos fenômenos, segundo o significado que os indivíduos lhe atribuem (LEOPARDI, 2010).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com a realidade, seus significados, motivos, crenças além de valores e atitudes dos sujeitos envolvidos. Parece ser a mais aplicável a estudos de percepções, opiniões, relações, partindo das interpretações que os sujeitos fazem a respeito de como vivem, trabalham, constroem relações de si e com outros, bem como se sentem e pensam. Essa abordagem tem sido apontada como ideal para investigação de grupos delimitados, sob a ótica dos próprios indivíduos, onde se pretende compreender o que determinado fenômeno significa e quais as experiências que têm destas (MINAYO, 2010).

No que tange ser exploratória, é pelo fato de permitir uma visão mais abrangente acerca do objeto de estudo, criar uma familiaridade, além de desenvolver e esclarecer conceitos e ideias (GIL, 2010). Em relação a ser descritiva, é pelo fato de primar pela descrição de características do fenômeno, busca de opiniões dos sujeitos, além do levantamento de aspectos já conhecidos, mas que serão mais bem aprofundados (GIL, 2010).

Quanto à utilização do método de estudo de caso, deve-se considerar a premissa que os fenômenos encontrados não podem ser isolados ou dissociados do seu contexto (YIN, 1994), sendo que, no presente estudo, a unidade-caso é a região do Grande ABC Paulista.

Segundo YIN (2001, p.32) um estudo de caso é “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Assim, o estudo de caso é um bom método para lidar com condições contextuais, não sendo considerado

meramente um instrumento para coleta de dados, mas uma boa estratégia para uma pesquisa mais abrangente (YIN, 2001), no qual o pesquisador, a partir das relações estabelecidas com os indivíduos e seus contextos, passa a produzir dados, não apenas coletando-os.

A escolha do estudo de caso permite que o objeto de análise seja explorado de maneira profunda e contextualizada, contudo deve-se ter a preocupação de não analisar apenas o caso em si, como algo apartado, mas o que ele pode representar a partir daí e dentro de todo (VENTURA, 2007). Neste sentido, embora sua limitação inclua a impossibilidade da generalização dos achados, há uma janela de oportunidades para que mais pesquisas sejam desenvolvidas de forma a expandir os conhecimentos e as reflexões sobre o tema a partir do estudo de caso.

Embora haja tensões entre o uso da abordagem qualitativa em relação a quantitativa, nenhuma delas é considerada mais científica do que a outra e não se reduzem a uma decisão entre o objetivo e o subjetivo como oposição contraditória, mas sim que o emprego do método quantitativo pode acarretar questionamentos que podem ser aprofundados qualitativamente, e vice-versa (MINAYO e SANCHES, 1993).

3.3.1. Participantes da Pesquisa

Para as entrevistas, buscou-se profissionais de saúde de nível superior, atuantes na APS dos sete municípios integrantes da região do Grande ABC Paulista. Considerando uma amostra de conveniência, tal seleção teve início a partir das listas de profissionais indicados pelos gestores locais para participação nas oficinas temáticas de qualificação profissional, oferecidas pelo projeto matriz. Houve uma preocupação para que fossem selecionados tanto profissionais que tivessem participado das oficinas, quanto aqueles que não tivessem participado.

Como critérios de inclusão buscou-se profissionais que não trabalhassem nas mesmas UBSs e que pertencessem às equipes ESF ou às equipes NASF-AB. Ademais, houve certa preocupação para que houvesse diversidade de categorias profissionais incluídas. E, como critérios de exclusão, os profissionais que estivessem de férias ou licença saúde.

Na lógica qualitativa, sabe-se que não necessariamente são impostos parâmetros para tamanho da amostragem fixados a priori (SAMPIERI et al, 2013), mas para auxiliar o planejamento das entrevistas após a pré-seleção dos participantes, foi estimado um número de

20 profissionais que seriam convidados. Buscou-se fazer uma proporcionalidade entre estes 20 profissionais, considerando características (**Tabela 2**) dos municípios da região de estudo: municípios maiores em termos populacionais e de cobertura da APS tiveram mais profissionais selecionados, e aqueles com menores números em termos populacionais e de cobertura da APS tiveram menos profissionais selecionados.

Dentre a seleção dos entrevistados houve uma preocupação quanto a representatividade amostral e quanto ao esclarecimento dos critérios de escolha dos participantes a serem entrevistados, haja vista que a aleatoriedade na abordagem qualitativa não é considerada a melhor opção (GONDIM; FRASER, 2004). Em pesquisas de abordagem qualitativa, é essencial que a seleção seja feita de forma que consiga ampliar a compreensão do tema e explorar as variadas representações sobre determinado objeto de estudo, sendo que critério mais importante a ser considerado não é o numérico, pois não tem por fim quantificar opiniões e sim explorar e compreender os diferentes pontos de vista que se encontram demarcados em um dado contexto (GONDIM; FRASER, 2004).

3.3.2. Produção dos Dados

Partindo da premissa que a abordagem metodológica qualitativa foi escolhida porque permite interpretar fenômenos sociais tendo como fundamento os sentidos que as pessoas lhes atribuem (POPE, C. e MAYS, 2006), analisando os significados atribuídos à experiência humana e os sujeitos estudados em seus ambientes naturais (MORÉ, 2015), às respostas buscadas neste estudo partem, justamente, da ampliação e compressão de um universo de significados que perpassam o campo das representações, opiniões e interpretações da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde.

Neste sentido, para a produção dos dados foi utilizada a estratégia de entrevistas individuais em profundidade. As entrevistas em profundidade podem ser do tipo semiestruturada e cobrem temáticas que são analisadas de maneira detalhada (BRITTEN, 2006). Segundo MORÉ (2015) tal instrumento:

...constitui-se num espaço relacional privilegiado, onde o pesquisador busca o protagonismo do participante. Será nesse espaço, criado e proposto pelo investigador, que o participante expressará livremente suas opiniões, vivências e emoções que constituem suas experiências de vida, cabendo ao pesquisador o controle do fluxo das mesmas. (MORÉ, 2015, p.2).

As entrevistas semiestruturadas combinaram perguntas previamente estruturadas com questionamentos que surgiram no momento do encontro entrevistador-entrevistado, onde o informante teve a possibilidade de discorrer mais sobre o tema proposto. Preconiza-se que o entrevistador fique atento para dirigir, no momento que achar oportuno, mais questionamentos e discussão para o assunto que mais interessar e com maior relevância para suas perguntas de pesquisa, trazendo questões adicionais para elucidar o que não ficou claro ou que possa melhor aprofundar o fenômeno estudado. Uma das principais vantagens da entrevista semiestruturada é colaborar para uma melhor amostra da população de interesse (GONDIM; FRASER, 2004).

Foi elaborado um guia de entrevistas (Anexo I) aplicável aos profissionais de saúde participantes da pesquisa. O instrumento foi delineado considerando as diretrizes de estruturação e realização descritas por BRITTEN (2006). O instrumento serviu para a produção dos dados, a partir da busca de informações básicas para a pesquisa, bem como um meio para a pesquisadora se organizar para o processo de interação com os profissionais de saúde entrevistados. Tomou-se o cuidado para não utilização de linguagem inadequada, perguntas com múltiplas finalidades, sequências ilógicas e questões que fugissem dos objetivos do estudo (MANZINI, 2004). MANZINI (2003) salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos.

O guia partiu de perguntas principais, que foram complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas às entrevistas. Buscou-se que as perguntas previamente elaboradas tivessem a intenção de responder os objetivos pretendidos da pesquisa, abarcando questionamentos sobre concepções e experiências sobre EPS e a LCSO.

No exame de qualificação, etapa obrigatória à pesquisa de mestrado, o guia de entrevistas foi apresentado e as avaliadoras da banca fizeram sugestões, como: questões mais diretas e curtas, quebrando-as em espécies de “subtópicos”; uso de termos mais claros e compreensíveis; e alterações que deixassem as perguntas mais condizentes com os objetivos do estudo. Tais considerações foram avaliadas e posteriormente incluídas em uma versão revisada do instrumento.

Posteriormente o guia passou por um pré-teste, em junho de 2021, em local e com sujeitos distintos da pesquisa. Participaram do pré-teste 3 profissionais de saúde atuantes na cidade de São Paulo, de diferentes categorias profissionais e atuantes na APS. Para REA e

PARKER (2000) o pré-teste, ou estudo piloto, é essencial para colaboração na verificação da estrutura e clareza do roteiro, por meio de uma entrevista preliminar com pessoas que possuam características semelhantes à da população alvo.

Após o pré-teste, o instrumento passou por mais alguns ajustes até que recebeu o formato final (Anexo I), para aplicação com os sujeitos da pesquisa.

Para tanto, a pesquisadora estendeu o convite para as entrevistas por meio de e-mails e mensagens via aplicativo de mensagens instantâneas, a fim de combinar melhor dia e horário de acordo com suas disponibilidades e agendas de trabalho dos profissionais de saúde. Os entrevistados eram previamente avisados sobre o tempo médio de entrevista, de 45 minutos, e obtinham uma breve descrição do tema da pesquisa.

As entrevistas ocorreram entre julho e novembro de 2021. Em virtude das medidas sanitárias decorrentes da pandemia da COVID-19 e diretrizes emergenciais da Universidade de São Paulo, as entrevistas ocorreram no formato virtual através da plataforma *Google Meet* e foram gravadas pela própria plataforma para posterior transcrição. As transcrições foram realizadas na íntegra por empresa contratada.

É válido destacar que o projeto matriz previu dentre suas estratégias de articulação com a região de estudo a constituição de um Fórum Colegiado, composto pela equipe de pesquisa, gestores representantes das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e alguns profissionais da assistência dos sete municípios envolvidos, bem como alguns membros da CIR do Grande ABC e responsáveis pela coordenação da APS da região vinculados ao DRS I – Grande São Paulo. O fórum colegiado teve o papel de planejar e avaliar de forma integrada as atividades do projeto matriz, nas dimensões da produção do cuidado em saúde de responsabilidade e competência da APS para a implementação da LCSO nos municípios envolvidos.

Os encontros do fórum e reuniões bilaterais com os sete municípios ocorreram em diversos momentos desde o início do projeto matriz em 2019 e foram essenciais para a organização da presente pesquisa, permitindo aproximação, observação e imersão no campo estudo, resultando em uma ata de registros, proporcionando apontamentos das primeiras percepções sobre a organização da EPS e LCSO da região junto a gestão local. Tal instrumento também contribuiu para apoiar o desenvolvimento das questões do guia de entrevistas, além de dar pistas e vislumbres das categorias temáticas que poderiam surgir a partir das futuras entrevistas. Assim, a ata de registros sobre o campo do estudo somado à revisão da literatura

permitiu o delineamento de eixos temáticos, que serão melhor descritos na seção “Análise, discussão e interpretação dos dados”.

Ademais, os espaços dos fóruns colegiados e reuniões bilaterais permitiram aproximação com os gestores locais, o que facilitou o recrutamento e comunicação com os sujeitos que foram convidados para as entrevistas em profundidade.

3.3.3. Análise, Interpretação e Discussão dos Dados

As entrevistas permitiram a produção de dados de duas naturezas: objetivos e subjetivos. O primeiro, relacionado a caracterização dos participantes, como categoria e atuação profissional, faixa etária e tempo de atuação na função exercida. O segundo trata-se dos dados com base nas reflexões dos participantes a respeito de suas realidades, evidenciando as suas ideias, crenças, opiniões, maneiras de pensar, bem como condutas e modos de atuar (MINAYO, 2010).

Para etapa de análise de dados buscou-se certo aprofundamento na complexidade dos fenômenos estudados, para que fossem expostos intensamente (MINAYO e SANCHES, 1993). O verbo ‘compreender’ utilizado no objetivo geral do estudo foi escolhido de forma intencional e não aleatória, mediante o aspecto mais significativo que compõe a análise dos dados. Segundo MINAYO (2012, p.2) “o sentido da experiência é a compreensão: compreender a percepção de indivíduos” e o termo experiência é “utilizado historicamente no que diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza”.

A análise de conteúdo foi o método utilizado para entender os fenômenos estudados, visando a compreensão dos conteúdos manifestos e ocultos a partir da organização dos dados em unidades léxicas, ou seja, por meio de palavras significativas ou categorias (classes de dados definidos por uma expressão ou palavra). O objetivo da análise de conteúdo é “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação.” (MINAYO; 2012; p.203).

A possibilidade de inferências a partir dos dados produzidos é também um dos objetivos da análise de conteúdo, preocupando-se em “conhecer aquilo que está por trás das palavras” considerando “as significações (conteúdo) e, eventualmente, a sua forma, bem como a

distribuição", sendo o pesquisador como um "um arqueólogo. Trabalha com vestígios. Os documentos que pode descobrir ou suscitar. Mas os vestígios são a manifestação de estado, de dados e fenômenos." (BARDIN, 2009, p. 45).

A análise de conteúdo possui ramificações, dentre elas a análise de conteúdo temática, sendo esta a mais utilizada para o tratamento dos dados produzidos em uma pesquisa qualitativa, consistindo em "descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido" (BARDIN, 2009, p. 131).

MINAYO (2010) como forma de operacionalizar a análise temática, estipulou três etapas a serem seguidas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. O presente estudo buscou utilizar esse método operacional.

A etapa de **pré-análise** consistiu em sistematizar as ideias iniciais (sempre como plano de fundo as perguntas e objetivos da pesquisa). Nesta etapa, inicialmente realizou-se uma leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas, o que gerou as primeiras impressões e elaboração de um bloco de notas com ideias e percepções iniciais. A empresa contratada no ato da transcrição suprimiu alguns termos das falas dos profissionais, como "né", "sabe!", "aham", "hum!", sem modificar o sentido da frase. Contudo, ainda sim foi feita uma nova varredura almejando que permanecesse apenas o corpo do texto com base em sua essencialidade de sentido. Após isso, foi feita uma nova leitura, para fazer a escolha do que analisar de todas as entrevistas, delimitando os materiais em análise para focar no objeto e objetivos propostos.

A segunda etapa, **exploração do material**, consistiu em "operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas" (BARDIN, 2009, p.127). Logo, foi uma etapa que buscou de fato a compreensão do texto, ou seja, chegar a sua essência. Nesta etapa foi realizada primeiramente a criação de códigos para as unidades de contexto significativos, ou seja, palavras, locuções ou frases, que foram sendo destacadas e classificadas de acordo com os núcleos de compreensão do texto. Posteriormente, depois de leitura e releitura dos dados codificados, novas interpretações e reorganizações, tais códigos transformaram-se de fato em contexto dos núcleos formando as categorias temáticas. Esta etapa foi a mais longa e exaustiva, que despendeu mais tempo de análise, sendo necessário retornar constantemente às entrevistas e a fundamentação metodológica.

Quanto à terceira etapa, **tratamento dos resultados**, foi quando de fato realizou-se

as interpretações e discussões das categorias e subcategorias oriundas do material, conforme a literatura existente sobre os temas relacionados.

Ressalta-se que as categorias temáticas foram construídas com base na abordagem indutiva, ou seja, foram categorias emergentes, que não foram previstas pela pesquisadora no primeiro momento, mas posteriormente foram identificadas ao longo da análise das narrativas dos entrevistados conforme as etapas descritas anteriormente. Entretanto, a ata de registros produzida durante a imersão nos espaços e encontros com gestores e profissionais de saúde da região (projeto matriz), somado à revisão da literatura, permitiram o delineamento de alguns eixos temáticos prévios, que colaboraram para identificação e construção das categorias que emergiram, sendo tais eixos:

- Práticas de EPS e enfrentamento da obesidade;
- Experiências com EPS no âmbito da APS;
- Educação Continuada;
- Desafios associados a EPS;
- Potencialidades associadas a EPS.

Por fim, destaca-se que para todas as etapas descritas até aqui utilizou-se como ferramenta o *software* NVivo para *Windows versão release 1.7*. O uso do *software* foi fundamental para otimização do tempo, operacionalizar e facilitar a organização e manuseio dos dados, encontrar padrões nos dados, bem como para a interpretação dos mesmos, inclusive, possibilitando o cruzamento de dados e construção de gráficos, como gráfico de hierarquia de subcategorias temáticas, apresentadas na seção "Resultados e Discussão". Para a melhor utilização do software e seus recursos, a pesquisadora foi inserida em um curso de curta duração sobre o Nvivo, oferecido pela FSP/USP.

3.4. CUIDADOS ÉTICOS

Este projeto de mestrado foi desenvolvido a partir dos princípios éticos que norteiam a pesquisa científica, cujo envolvimento com seres humanos pressupõe alguns cuidados estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/12). Por se tratar de um recorte analítico dentro do projeto matriz, utilizou-se

a aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP (Parecer N° 3.366.472; CAAE N° 12785719.9.0000.5421) (Anexo II).

Para a realização das entrevistas do eixo metodológico qualitativo foi solicitado previamente aos profissionais de saúde o preenchimento digital (utilização do *Google Forms*) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo III).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentada inicialmente uma primeira seção com a caracterização dos sujeitos entrevistados e, posteriormente, seções com as categorias e subcategorias que emergiram do conteúdo dos depoimentos. A Tabela 3, apresentada a seguir, foi aqui exposta para permitir uma visão geral das categorias temáticas.

A análise de conteúdo possibilitou a proposição de cinco categorias acerca da perspectiva dos profissionais de saúde sobre o papel da EPS na implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade nas ações da APS na região do Grande ABC Paulista, sendo elas: **Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade; Percepções sobre a temática de sobrepeso e obesidade; Concepções acerca dos processos educativos; Potencialidades associadas às práticas de EPS; e Desafios relacionados com as práticas de EPS.** Para categorias que geraram uma quantidade expressiva de subcategorias, referente as potencialidades e desafios relacionados às práticas de EPS, gráficos foram construídos para melhor organizar e apresentar tais resultados, sendo eles expostos nas duas últimas seções do presente capítulo.

Tabela 3. Categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas com profissionais da saúde da região do Grande ABC Paulista, 2023.

Categorias/Subcategorias	Profissionais de saúde entrevistados																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Princípios e diretrizes norteadoras para as ações desenvolvidas</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Práticas de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Percepções sobre a temática de sobrepeso e obesidade	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X
<i>(In) Segurança do profissional quanto o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade</i>	X	X	X	X	X			X				X		X		X		X
<i>Desafios relacionados ao cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade</i>	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X
Concepções acerca do desenvolvimento dos processos educativos	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Aproximações com processo educativo relacionado à educação permanente em saúde</i>	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Aproximações com processo educativo relacionado à educação continuada</i>	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Potencialidades associadas às práticas de educação permanente em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Transformação das práticas profissionais e organização do trabalho frente a temática de obesidade</i>	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X				X
<i>Multiplicação e compartilhamento dos saberes entre os profissionais frente ao tema obesidade</i>	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X				X
<i>Apoio para a organização da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade</i>	X		X	X		X	X	X								X		X
<i>Difusão e elaboração de materiais de apoio para utilização no serviço</i>		X		X	X	X						X						
Desafios relacionados com as práticas de educação permanente em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Pandemia do Vírus da COVID-19</i>	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X		X		
<i>Agenda e alta demanda assistencial</i>	X		X	X		X	X	X				X		X	X			X
<i>Falta de conexão com a realidade do serviço</i>	X	X		X	X			X	X				X			X		X
<i>Direcionamento das ações de educação permanente em saúde voltadas para categorias profissionais específicas</i>	X		X	X		X	X						X					X
<i>Problemáticas relacionadas a Integração entre as equipes NASF-AB e ESF</i>	X	X	X	X		X									X			X
<i>Baixa frequência das ações de educação permanente em saúde relacionadas ao tema sobrepeso e obesidade</i>	X		X	X						X	X	X						X
<i>Baixa motivação e interesse pelos processos educativos com a temática de sobrepeso e obesidade</i>		X	X	X					X			X	X					X
<i>Baixo engajamento da gestão local</i>	X	X		X				X				X						X
<i>Inadequações relacionadas ao espaço físico, infraestrutura e recursos materiais</i>	X	X		X		X							X					X
<i>Alta rotatividade de recursos humanos</i>	X	X		X				X	X			X						
<i>Metodologias e conteúdos considerados inadequados</i>	X	X	X					X	X									

Fonte: Elaboração própria

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Conforme critérios de seleção estipulados na metodologia, inicialmente foi prevista a participação de 20 profissionais de saúde da região de estudo, contudo houve 2 perdas. Depois de selecionados e após agendamento das entrevistas com os profissionais, 2 entrevistas não foram realizadas, mesmo após reagendamentos com tais sujeitos, eles não conseguiram participar por motivos pessoais, o que resultou no total de 18 profissionais entrevistados (Tabela 4).

Tabela 4. Perfil dos trabalhadores entrevistados segundo código, idade, sexo, formação/cargo atual e tempo de atuação no cargo. São Paulo, 2023.

Código	Idade	Sexo	Formação/ Cargo atuação	Tempo de atuação no cargo
P1	26	F	Nutricionista/Nutricionista do NASF-AB	2 anos
P2	37	F	Profissional de Educação Física/ Profissional de Educação Física do NASF-AB	1 ano
P3	27	F	Psicóloga/Psicóloga do NASF-AB	1 ano
P4	37	F	Psicóloga/Psicóloga do NASF-AB	2 anos
P5	38	M	Enfermeiro/Enfermeiro em UBS	1 ano
P6	30	F	Médica/ Médica da ESF em UBS	3 anos
P7	27	F	Médica/ Médica da ESF em UBS	2 anos
P8	45	M	Enfermeiro/Enfermeiro da ESF em UBS	15 anos
P9	45	M	Profissional de Educação Física/ Profissional de Educação Física do NASF-AB	3 anos
P10	35	F	Nutricionista/Nutricionista do NASF-AB	4 anos
P11	38	F	Psicóloga/Psicóloga do NASF-AB	1 ano
P12	48	F	Enfermeira/Enfermeira em UBS	4 anos
P13	53	F	Dentista/Dentista em UBS	6 anos
P14	31	F	Fonoaudióloga/ Fonoaudióloga do NASF-AB	2 anos

P15	38	F	Nutricionista/Nutricionista do NASF-AB	3 anos
P16	36	F	Médica/ Médica da ESF em UBS	2 anos
P17	36	M	Profissional de Educação Física/ Profissional de Educação Física do NASF-AB	3 anos
P18	28	M	Psicóloga/Psicóloga do NASF-AB	1 ano

F = Feminino; M= Masculino; APS= Atenção Primária à Saúde; ESF= Estratégia Saúde da Família; UBS= Unidade Básica de Saúde; NASF-AB= Núcleo Ampliado de Saúde da Família

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao sexo, dos 18 participantes da pesquisa, 13 são do sexo feminino, o que leva a discussão sobre questões relacionadas ao trabalho feminino na área da saúde, que desde a década de 90 até atualidade sempre foi um campo de atuação de predominância de mulheres, que abriga um contingente de mais de 70% de toda força de trabalho (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010). Parece que a incorporação da mulher neste mercado principiou-se a partir de determinantes econômicos como a crise e empobrecimento da população (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995). Ademais, tem-se estudado que a forte participação de mulheres na área da saúde tem relação com questões socioculturais com motivos históricos, nas quais as mulheres são mais associadas como responsáveis pelo cuidado.

Com relação a idade dos profissionais entrevistados, a idade média e mediana foi de 36 anos, sendo a mínima de 26 anos e máxima de 53 anos. Parece ser um grupo heterogêneo, com predomínio de adultos jovens, alguns com mais anos no mercado de trabalho e outros, possivelmente, recém-formados, com pouco tempo que atuam como profissionais de saúde na APS. Considerando o tempo que os profissionais exercem suas funções no cargo atual, apenas 2 profissionais entrevistados possuem mais de 5 anos no cargo, sendo que a média foi de 3 anos e mediana de 2 anos.

As entrevistas ocorreram no segundo semestre de 2021, assim, muitos profissionais entrevistados relataram a contratação já no período pandêmico da COVID-19, conhecendo o contexto da APS já neste cenário caótico e fora dos padrões de normalidade assistenciais. Inclusive, alguns profissionais relataram que as medidas sanitárias necessárias exigiram que parte de suas atuações assistenciais fossem voltadas a ações relacionadas à vacinação contra COVID-19 ou passaram um tempo atuando na atenção especializada, em hospitais de campanha de COVID-19.

Ademais, baixos períodos de atuação na APS evidenciam a alta rotatividade de profissionais dos profissionais nesse cenário. A baixa permanência nessa área de atuação tem sido associada ao tipo de contrato trabalhista, o perfil do profissional, más condições de trabalho, insatisfação na função desempenhada, fragmentação da formação e estilo de gestão autoritário (MEDEIROS et al., 2010). Para a categoria médica, principalmente na ESF, há contratação de muitos recém-formados que possuem outros propósitos, como a residência médica ou utilizando a APS como método de escalada profissional (CAMPOS; MALIK, 2008).

Diante deste cenário, há resultados desafiadores que envolvem os processos de trabalho e os cuidados assistenciais, pois a alta rotatividade de profissionais impede a criação de vínculo com os usuários e gera uma assistência fragmentada, o que pode impactar de forma negativa no cuidado longitudinal dos indivíduos. Além disso, pode impactar de forma negativa nos investimentos que são realizados nos trabalhadores, que ora são envolvidos em processos de qualificação profissional, mas depois acabam se desligando do serviço, deixando de retribuir o valor agregado aos serviços assistenciais os quais faziam parte.

Em relação às categorias profissionais, todos os entrevistados possuem nível superior de ensino, sendo eles: nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e dentistas. Durante as entrevistas, alguns deles referiram algum tipo de pós-graduação. Dos profissionais, 11 pertencem às equipes do NASF-AB e 7 às equipes de ESF.

A presença de trabalhadores de ambas as equipes profissionais pode contribuir de maneira essencial para a ampliação da compreensão do tema de estudo e exploração das variadas representações a partir de olhares multiprofissionais, somando diferentes pontos de vista, que se encontram demarcados em um mesmo contexto (GONDIM; FRASER, 2004).

4.2. ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

Essa categoria temática evidencia concepções dos profissionais de saúde entrevistados, relacionadas ao desenvolvimento de ações e sobre a organização do cuidado às pessoas com excesso de peso na região de estudo (Tabela 3). A partir da análise das narrativas, emergiram

duas subcategorias: **Princípios e diretrizes norteadoras para as ações desenvolvidas e Práticas de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade.**

Com relação aos **Princípios e diretrizes norteadoras para as ações desenvolvidas** identificou-se que os profissionais reconhecem o acolhimento, a humanização, integralidade, longitudinalidade, intersetorialidade e necessidade de abordagem multidisciplinar e multiprofissional como necessários para o cuidado das pessoas com excesso de peso, conforme observado em:

Nós entendemos que a pessoa [com obesidade] pode estar na especializada, mas o tempo todo ela está na atenção básica. Não há como pensar nesse cuidado sem um acompanhamento longitudinal ... (P1)

...necessário fazer discussão nas escolas, orientações para os pais e ter espaços também articulados com a secretaria de esportes e lazer... (P3)

...de entender o cuidado mais integral do sujeito, entender que qualquer pessoa pode oferecer algo em qualquer questão, qualquer categoria profissional da saúde (...) é importante para nos tirar um pouco da questão da especialidade e ampliar o nosso olhar... (P3)

...pensar na saúde de forma geral. No cuidado. Pensar o indivíduo como um todo. (P4)

A unidade tem que ser uma que traz empatia, que traz o paciente para a unidade (...) não é fazer julgamentos, é tentar entender que momento eu consigo te ajudar, vamos lá, aonde eu consigo entrar para te ajudar? (P5)

...acompanhamento horizontal que a estratégia da saúde da família propõe, (...) ele cria vínculo, ao longo do tempo, a gente vai criando uma relação de confiança com o paciente (...) discutido na equipe para tentar também fazer uma abordagem multiprofissional... (P6)

É possível emagrecer 40 mil pessoas? É... Nós temos que ter a participação de todas as Secretarias (...) tem que considerar que várias Secretarias do poder público precisam participar. (P9)

...não posso olhar para a questão da obesidade só pensando na questão psicológica. Eu tenho que entender ele como um todo, que eu tenho outras questões aí, para poder fazer um tratamento melhor e mais amplo dessa pessoa. (...), mas eu acredito que uma das questões que são fundamentais é essa visão e tratamento multiprofissional ... (P11)

...eles estão tentando, mas precisa de um olhar mais apurado para o obeso. Um melhor acolhimento (...) todo mundo junto desenvolvendo um trabalho para que ele possa ser melhor acolhido e possa ser tratado da forma correta (...) (P12)

...nós temos que ver esse paciente como um todo. (P13)

Os profissionais que olham o paciente como um todo, a gente tem um bom alinhamento, então eles conseguem aplicar as orientações que a gente passa para eles com o paciente nessa abordagem do sobrepeso e da obesidade (...) (P15)

... pensar um pouco mais fora da caixinha. E presenciar mais o todo. Toda a complexidade do indivíduo obeso. (P18)

Em direção oposta ao achado de MAXIMIANO (2016), que constatou que à atenção integral e intersetorial não apareceram de forma caracterizada nas falas dos profissionais de saúde e gestores entrevistados, no presente estudo tais aspectos foram pontuados pelos trabalhadores e, inclusive, destacados como fundamentais para traçar um plano estratégico de cuidado aos usuários com obesidade que esteja condizente com suas reais necessidades em saúde.

O fato de tais princípios serem destacados pelos profissionais podem potencializar o cuidado oferecido aos indivíduos com excesso de peso, especialmente por estarem pautados nos documentos políticos governamentais que são estratégicos para o enfrentamento e controle da obesidade, que visam a abordagem integral e humanizada ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, com enfoque no sujeito em sua singularidade e sua inserção sociocultural, a fim de incluir tais diretrizes na rotina da APS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2014d; BRASIL, 2020b).

A partir da visão integral do usuário com excesso de peso, mencionado por grande parte dos profissionais entrevistados, infere-se que tal atributo possa proporcionar melhores condições ao indivíduo quanto uma assistência à saúde, que transcenda a prática puramente curativa, a fim de que tais indivíduos sejam acompanhados por um longo período e contemplados em todos os níveis de atenção, de forma longitudinal, considerados como sujeitos inseridos em um contexto social, familiar, econômico e cultural. Ademais, a visão da atuação multiprofissional, também identificadas nas falas dos entrevistados, pode contribuir para que se desenvolva uma compreensão contextualizada do processo saúde-doença e seus múltiplos condicionantes (BURLANDY et al., 2020).

Neste sentido, merece destaque que houve um intenso reconhecimento dos aspectos multicausais que envolvem a obesidade e que devem ser considerados no cuidado desses sujeitos, conforme observa-se em:

...principalmente quando você fala de obesidade, que entendemos como um problema multifatorial. (...) Quando nós geralmente acolhemos esses pacientes, seja em um atendimento, seja dentro de um grupo, você vê que na verdade a pessoa não precisa só de uma prescrição de dieta, de uma orientação nutricional. Ela precisa de um espaço que ela possa praticar atividade física, ela precisa de mais informações sobre as questões alimentares, ela precisa de mais acesso a feiras, mercadinhos, a informações de forma geral. (P1)

...mas nós entendemos que o problema é muito maior e que faltam às vezes realmente políticas públicas e outras ações maiores. (P2)

... compreender as questões que estão envolvidas na obesidade, as questões sociais, financeiras, psicológicas, tudo isso é importante. (P3)

... entra muito uma questão socioeconômica e cultural (...) os alimentos industrializados, eles têm muito acesso (P6)

...onde fazer o exercício físico mesmo, porque é fácil falar para fazer caminhada.... mas o paciente mora lá em cima do morro e aí ele vai ter que descer, o município oferece boas condições de rua, asfalto, parques, segurança para que ele possa fazer essa atividade? (P7)

nós temos que pensar no marketing dos alimentos ruins, que é estabelecido na sociedade (P9)

.... a obesidade tem que ser olhada dessa maneira mais ampla... (P11)

.... porque eles não têm acesso financeiro mesmo. Não conseguem comprar os alimentos sugeridos. (P14)

...uma das coisas é a renda, porque principalmente hoje os alimentos estão muito caros (...) porque às vezes você vai fazer uma visita domiciliar, você vê que a pessoa só tem arroz para comer ou só tem pão. Então a renda é um fator grave a meu ver (...) o acesso muito fácil a esses alimentos que não são saudáveis, então eles acabam sendo mais baratos e você encontra em qualquer lugar, em qualquer barraca, qualquer esquina você acha um salgadinho... (P15)

Ver se essa pessoa que realmente quer perder peso, se ela tem um apoio da família para isso. Se a família vai ajudar... (P18)

Perceber as múltiplas dimensões que envolvem a obesidade, desde aspectos individuais (biológicos, psicológicos, comportamentais, crenças), aos fatores externos ao sujeito, como aspectos sociais, econômicos, ambientais (inclusive de acesso aos alimentos não saudáveis), culturais e políticos, condiciona à pauta necessária da extrapolação das ações puramente assistenciais para ações intersetoriais, capazes de articular e aprofundar a discussão do enfrentamento da obesidade de forma ampliada, contribuindo para a efetivação de uma linha de cuidado estratégica e condizente com as reais necessidades da população.

FIGUEIREDO et al. (2020) salientaram que a obesidade foi concebida pelos profissionais da ESF como fenômeno multicausal, com destaque a questões relacionadas a alimentação inadequada, o sedentarismo e aspectos psicossociais em sua causalidade. No presente estudo, foi acrescentado, conforme percebido nas falas dos entrevistados, a relevância dos aspectos ambientais e a necessidade de políticas públicas.

Nesta direção, modelos mais abrangentes que contemplem possíveis determinantes da obesidade têm sido desenvolvidos, destacando, particularmente, às ações de saúde pública para prevenção e controle do excesso de peso, incluindo como importantes variáveis aquelas

relacionadas ao ambiente, os chamados modelos ecológicos, que reconhecem a existência de múltiplos fatores em diferentes níveis associados ao ganho de peso (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999; SWINBURN et al., 2015, 2019) e, mais recentemente, um novo modelo que estabelece o conceito de *Sindemia Global*, que aponta a existência de três pandemias concomitantes – obesidade, desnutrição e mudanças climáticas – que interagem umas com as outras, compartilham determinantes causais comuns. Tem-se observado que o êxito dessa resposta aos desafios multicausais, dependerá de modelos de governança que promovam ações conjuntas e integradas de diferentes setores e participações ativa da sociedade para consolidar as ações que visem a proteção à saúde e promoção de estilos de vida mais saudáveis (JAIME et al, 2013).

Assim, infere-se que o fato dos profissionais de saúde entrevistados trazerem a pauta multifatorial, incluindo, aspectos ambientais, é fundamental para a construção da visão ampliada da compreensão do excessivo aumento de obesidade na população e, conseqüentemente, tal percepção, sendo essencial para potencializar a organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na LCSO.

Contudo, BURLANDY et al. (2020) alertam que mesmo destacando a multicausalidade da obesidade e a essencialidade de políticas públicas voltadas para seu enfrentamento, há dificuldade em reconhecer os limites do próprio modelo assistencial biomédico, caindo no foco estrito do tratamento direcionado a perda de peso e culpabilização individual do sujeito, sendo práticas ainda comuns na assistência à esses sujeitos, observadas e discutidas adiante no presente trabalho.

Quanto à subcategoria **Práticas de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade**, emergiram das falas dos profissionais ações relacionadas a prevenção da obesidade, vigilância alimentar e nutricional, abordagem coletiva no manejo da obesidade e uso de práticas integrativas e complementares (PICS):

...utilizar a auriculoterapia vinculada para o tratamento de obesidade...(P1)

...trabalhamos alimentação e prevenção, desde os grupos de gestante, de puerpério...(P3)

...o protocolo de Aurícula Terapia para trabalhar a obesidade (P3)

...trabalhar antes, lá com adolescente que está começando a ficar sobrepeso...(P4)

(...) se o paciente chega numa demanda espontânea (...) faz ali uma medição de peso, altura e IMC, aí detecta, é um paciente com obesidade. O que que a gente já pode propor para ele logo de cara, no acolhimento, numa consulta médica, como que seria

esse tipo de abordagem a partir dos extratos, querendo ou não, a gente usa o IMC para isso. (P6)

O primeiro é o grupo de saúde diária. E aí esse grupo dessas pessoas com obesidade grau dois, três, superobesas que são encaminhadas através da equipe da estratégia ou algum especialista...(P9)

...fazemos a prática do Mindful Eating, com chocolate, uva passa (...)PICS na época e houve o momento da abordagem da obesidade sim, tanto é que fazemos a mediação para dentro do nosso grupo. (P10)

...pacientes com IMC acima de 35. Eles são encaminhados para o grupo GSD, principalmente os que têm o desejo pela cirurgia bariátrica. (P10)

O grupo está relacionado à questão da linha de cuidado, que é a forma que os pacientes têm quando eles são encaminhados para a cirurgia bariátrica. (P11)

Então a gente vai verificar o IMC dessas crianças e chamar para fazer o atendimento e orientação na unidade... (P12)

...porque nós temos alguns grupos que são fixos na UBS, e o de obesidade e sobrepeso está dentro deles. (P14)

Do grupo, a questão do grupo, a gente faz o grupo, ele tem seis encontros e esse grupo chama "Viver mais saudável" (...) e ele inclusive faz parte da linha de obesidade...(P15)

Mas uma grandíssima parte do nosso trabalho é baseada nisso, na parte de prevenção da obesidade. (P16)

...fitoterapia também. Inclusive eu prescrevi já alguns fitoterápicos...(P16)

...grupo de caminhada, grupo de Lian Kong. Aí tem vários conteúdos que nós temos. Danças circulares...(P17)

...seria marcadores de consumo alimentar, um questionário padrão que a gente usa no PEC...(P17)

Considerando tais aspectos parece haver congruência entre as ações desenvolvidas pelos profissionais e as diretrizes estabelecidas na portaria que define a LCSO (BRASIL, 2013a), especialmente, quanto a sua décima diretriz, que preconiza a garantia da oferta de PICS para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade. Percebe-se que as ações realizadas são inerentes ao âmbito da APS (BRASIL, 2013a), sobretudo, por ser considerado um espaço privilegiado para o desenvolvimento de tais ações, oportunizando o cuidado integral, reflexões sobre às práticas em saúde e organização do cuidado em rede (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014d).

Ademais, em relação às ações desenvolvidas, foi observado um olhar crítico dos profissionais quanto ao enfoque puramente na perda de peso:

...pensar realmente na perda de peso como uma consequência, mas não fazer disso o foco...(P1)

A gente precisa fazer um trabalho que está bem atrás e é muito mais importante do que uma dieta, do que está pensando no peso da pessoa...(P4)

...não focar no emagrecimento. Mas é a relação que você precisa mostrar para um paciente dele com a comida, com seu autocuidado... (P10)

...não podemos olhar para a questão da obesidade só pensando assim: “você tem que perder peso. Você tem que mudar a sua alimentação. Você tem que diminuir a caloria.” Não é só isso. Nós precisamos ir além, há outros ganhos que devem ser considerados. (P11)

Contudo, foi percebido que as ações assistenciais, na prática, ainda possuem como principal objetivo para o tratamento da obesidade o emagrecimento, e que os profissionais, durante a avaliação de resultados esperados para os usuários, possuem hiperfoco na perda de peso, além de culpabilização individual dos sujeitos e atitudes estigmatizantes, identificadas em:

...eu enxergo que as equipes da atenção básica têm uma questão muito forte do preconceito [em relação às pessoas com obesidade] (...) eu vejo muito essa fala de: “ah, fulano está gordo, mas não faz nada, ah, mas só fica em casa comendo, ah, mas olha o tanto que está comendo” (P3)

...questão do estigma, do estereótipo que essas pessoas acabam passando dentro da nossa própria unidade... (P4)

... mas ele precisa emagrecer, então ele tem que lutar para conseguir emagrecer (...) O problema é que ele não está preocupado, mas se não está, eu não consigo fazer nada, então é assim, eu tento hoje, eu não posso me estressar, não posso entrar numa guerra se a pessoa não está a fim. “Eu não consigo lutar por você se você não quer” (P5)

Aí falei: "Meu querido. Você não está entendendo. Você já está se matando, você está entendendo o que está fazendo com você? Você está se matando todo dia."(P5)

.... mas eu preciso fazer com que a pessoa entenda que ela precisa baixar a gordura, gordura abdominal, esse peso em excesso (...) porque eu acho que a parte principal do tratamento do sobrepeso e obesidade é o déficit calórico, perder peso.... (P6)

... mas, se você não treinar, você não vai emagrecer...(P7)

... Porque a persistência para a perda de peso depende muito do fator força de vontade e preparo...(P8)

Olha, vamos na próxima consulta, vamos ver se eu consigo abaixar o peso da senhora.” (...) e o objetivo do programa é fazer com que a pessoa perca peso (...) isso é relaxo da pessoa, ela engordar e não buscar emagrecer...(P9)

Ninguém muda ninguém. Temos todas as ferramentas necessárias para que esse paciente emagreça, tenha um estilo de vida mais saudável. Mas é o paciente que decide. Se ele quer mudar ou não...(P10)

E muitas vezes nós dizemos para elas que elas precisam mudar esses hábitos para que elas tenham resultado em relação à perda de peso... (P11)

Nós conseguimos trabalhar com ele, aí ele conseguiu baixar acho que uns dez quilos naquele momento, então foi um ótimo resultado...(P12)

...essa pandemia foi a desculpa para quem queria engordar, engordar de verdade. (P14)

... maior parte vai depender da força de vontade dele. (P16)

...E a pessoa não quer mudar. E não há santo que a faça mudar...(P18)

As mudanças de estilo de vida relacionadas aos aspectos comportamentais e ao peso corporal vem sendo percebidas como centro do cuidado dentre as práticas assistenciais que são realizadas no contexto da APS e direcionadas aos indivíduos com sobrepeso e obesidade (JESUS et al., 2022), sendo que a conquista de ganhos desprovidas da redução de peso são elencadas, por vezes, como insucesso por usuários e profissionais de saúde, o que pode acabar frustrando o trabalhador, que acaba por sentir-se impotente e vir a depositar no usuário a “culpa” pelo “fracasso”, contribuindo para a desmotivação e abandono ao tratamento (BRASIL, 2019c).

Por outro lado, a corresponsabilização do cuidado, compartilhada entre usuário e profissional, vem sendo apontada, dentre documentos de políticas governamentais, como estratégia para evitar os extremos de culpabilização do indivíduo. Ademais, destaca-se que é essencial a valorização de múltiplos ganhos no cuidado à pessoas com obesidade, tais como, melhora dos exames laboratoriais, maior disposição e bem-estar, redução de medidas corporais, entre outros, contribuindo para que se rompa o ciclo vicioso da concepção do “insucesso” e permita uma reflexão crítica de que manter o peso ou pequenas reduções também devem ser reconhecidos como resultados positivos, pois refletem o esforço empreendido (BRASIL, 2019c; DIMITROV et al., 2022), bem como a necessária compreensão contextualizada do processo saúde-doença por parte dos profissionais, para que estes consigam lidar com os seus próprios sentimentos e estigmas em relação à pessoa com obesidade (BURLANDY et al., 2020).

Em relação ao estigma da obesidade PAIM e FRANCISCO (2020) ao estudar a temática a partir da análise documental de diretrizes brasileiras de obesidade destacaram a influência estigmatizante sobre a prática profissional e uma forte relação à patologização do corpo gordo e a presença de abordagens normativas do peso, que propõe intervenções individuais focadas na perda de peso e reproduzindo estereótipos. Percebe-se ainda que práticas estigmatizantes podem influenciar na construção da identidade individual e, inclusive, afetar a saúde psíquica das pessoas com obesidade, a partir de julgamentos negativos e depreciativos que podem vir de familiares, amigos, conhecidos, e até mesmo de profissionais de saúde (CAMPOS et al., 2015), conforme também evidenciado no presente estudo.

Nesta direção, os trabalhadores entrevistados indicam que há necessidade de ações educativas que discutam e aprofundem a questão da estigmatização da obesidade:

...temos equipes com olhar e práticas ainda um pouco preconceituosas e há necessidade de um espaço para discutir isso... (P3)

...profissionais não sabem nem esse pouco esse tema. Desconhecem totalmente e tal. Então, tem a questão do estigma, do estereótipo que essas pessoas acabam passando dentro da nossa própria unidade (...) a gente tem que pensar um pouquinho sobre isso e como trabalhar isso na educação permanente(P4)

...eu não entendo nada da questão do estigma, por exemplo, das pessoas com obesidade, gostaria de aprofundar meu olhar, aprender mais sobre...(P9)

Reconhecer a necessidade de discutir a temática, especialmente em espaços educativos de qualificação profissional, é um passo inicial para contribuição do reconhecimento da urgência no combate ao estigma da obesidade, podendo repercutir, em mudanças na prática profissional e, mais além, na necessária reformulação de alguns conceitos atrelados às recomendações de saúde e de políticas públicas voltadas ao enfrentamento e controle da obesidade.

Por fim, mediante a análise da organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade infere-se um caráter ambíguo a partir da análise da concepção dos profissionais: há reconhecimento e valorização dos aspectos multifatoriais relacionados ao excesso de peso, bem como de princípios e diretrizes necessárias para o cuidado dessa população, porém, ao mesmo tempo, são percebidas práticas assistenciais unidimensionais, ainda focadas na perda de peso, responsabilização individual e estigmatização do sujeito portador de sobrepeso e obesidade, o que pode contribuir para uma prática de cuidado insuficiente e fragmentada, caminhando em direção oposta as premissas da LCSO.

4.3. PERCEPÇÕES SOBRE A TEMÁTICA DE SOBREPESO E OBESIDADE

Essa categoria temática evidencia percepções dos profissionais de saúde entrevistados, relacionadas à temática de sobrepeso e obesidade conforme suas vivências e observações a partir do cotidiano assistencial. A partir da análise das narrativas, emergiram duas

subcategorias: **Desafios relacionados ao cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade e (In) segurança do profissional quanto ao cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade**

Quanto aos **Desafios relacionados ao cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade**, emergiram das falas dos profissionais barreiras relacionadas a pandemia da COVID-19, aos aspectos atribuídos aos indivíduos com excesso de peso e a fragilidades na produção do cuidado e rede assistencial, conforme evidenciados e organizados nos subtópicos a seguir:

I) Pandemia da COVID-19:

Antes do início da pandemia, no município acontecia com bastante regularidade, que eram os grupos de atenção à obesidade e o sobrepeso, acontecia um por território pelo menos. E eram grupos muito numerosos. Por exemplo, no meu território tinham mais de 30 pessoas que frequentavam todo mês certinho. E aí veio a pandemia, isso não pôde mais ser realizado (P1)

Nós temos alguns centros aqui que fazem atividade física, que é o CEU. E ele é responsável por ter aulas de dança, aula de ginástica, zumba. Nesse momento está tudo meio que parado por conta da pandemia...(P12)

A Pandemia da COVID-19 emergiu como desafio dentre as falas dos trabalhadores, especialmente pelas medidas sanitárias que foram necessárias como tentativa de mitigar a perpetuação da transmissão da doença, como o isolamento social, e que, no cenário da APS, reverberam na interrupção de atividades coletivas, até então desenvolvidas pelas equipes de saúde com relação às pessoas com excesso de peso. Percebe-se que mesmo após a retomada das atividades coletivas, os grupos anteriormente desenvolvidos foram impactados:

Agora no grupo temos essa questão da pandemia que ninguém quer mais voltar a frequentar grupos.... (P2)

...estão ainda mais esvaziados, pessoas não estão mais acostumadas, não querem mais participar de atividades em grupo (P14)

Tem se observado uma dificuldade previa que as equipes enfrentam quanto à baixa adesão dos usuários aos grupos de acompanhamento nas unidades de saúde destinados à população com obesidade (MAXIMINIANO, 2016), sendo que a pandemia pode contribuir ainda mais para o agravamento de tal característica.

II) Desafios atribuídos à aspectos do indivíduo com sobrepeso e obesidade:

A dificuldade que eu encontro no atendimento que nós fazemos é o fato de as pessoas efetivamente fazerem uma mudança na vida delas...(P1)

...grande maioria delas são oriundas do Nordeste, principalmente. Então vem uma questão cultural do tipo de alimento que eles gostam de consumir, que é muito rico principalmente em carboidratos simples (P6)

...a obesidade faz parte do nosso diagnóstico, mas nem sempre da demanda do paciente. E muitas vezes é a gente que tem que expor ali o sobrepeso e obesidade...(P6)

A grande dificuldade é o paciente aderir ao tratamento, as nossas orientações. (P10)

Aqui o público é muito vulnerável. Eles têm muita dificuldade de compreensão de coisas simples, sei lá, se você vai passar uma receita, tem bastante gente analfabeta, não consegue ler, tem bastante gente que não compreende...(P14)

...a aderência é bem baixa, o que eu percebo. Bem baixa mesmo...(P16)

Porque ela é obrigada a trabalhar 12 horas por dia para tentar sustentar uma casa com “n” pessoas dentro. Eu acho que são as singularidades de cada indivíduo, morando numa comunidade, tendo todas essas coisas que vão na contramão. E a impedem, muitas vezes, de fazer alguma coisa ou de tomar um passo (...) a questão socioeconômica da pessoa. (P18)

Aspectos culturais, de vulnerabilidade social, baixa compreensão das orientações fornecidas e baixa adesão ao tratamento ofertado (para além das atividades coletivas) foram alguns dos desafios elencados pelos profissionais, inclusive, os primeiros podendo contribuir para a baixa adesão, segundo a percepção dos trabalhadores. Um estudo com os usuários da APS, desvelou que 20,3% receberam orientação para alimentação saudável, dos quais aproximadamente 10% seguiam todas as 44 recomendações, enquanto que a metade não seguia nenhuma, sendo as principais barreiras para adesão a falta de tempo, de recursos financeiros, de mudança de hábitos e de controlar impulsos alimentares (SANTOS et al, 2012).

A percepção dos profissionais quanto a baixa adesão deve ser vista de maneira cautelosa diante dos impactos que podem ter, especialmente sobre os profissionais de saúde, podendo gerar sentimentos de frustrações ligadas à sensação de impotência e ao despreparo para lidar com esses casos (BURLANDY et al.,2020; JESUS et al., 2022).

III) Fragilidades relacionadas à produção do cuidado e rede assistencial:

...porque muitas vezes o profissional na básica não sabe como lidar com essas pessoas. (P1)

...não está tendo uma conversa entre a rede sobre a linha de cuidado. (P1)

Em relação ao nosso território, especificamente, nós não temos espaço para trabalhar, salas na UBS para atender essas pessoas...(P2)

... por conta do horário, porque muitos trabalham e é no horário de serviço deles. (P2)

... nós temos dificuldade de acesso a outros equipamentos do município. (P3)

... falta de conhecimento e algumas crenças equivocadas, das equipes... (P3)

... por nós não termos a nutricionista. (P3)

... ele tem o desejo de fazer uma atividade física, de fazer um controle alimentar, mas não encontra apoio na rede básica. (P8)

Imagina você fazer um grupo todos os dias, você trabalhar com paciente obeso todos os dias, é cansativo para o profissional. É o que eu disse, é um trabalho de resiliência. (P10)

marcam uma consulta com o clínico, aí o clínico vem, dá um encaminhamento para o endocrinologista, dá o encaminhamento para nutricionista, dá o encaminhamento... vai dando um monte de encaminhamentos para esse paciente. (...) E a demora, a demora desse atendimento (...) é muito difícil para o paciente essas consultas espaçadas. (P12)

Mas talvez mesmo por essa questão de horário, de trabalho, de dificuldade de chegar no serviço. (P14)

... não consigo pegar um paciente com obesidade e fazer uma dieta para ele, a gente não tem um software, alguma coisa que eu possa fazer esse tipo de aplicação. (P15)

Também tem a falta de medicação. Nós não temos, por exemplo, Orlistate no SUS, de fácil acesso. Que seria uma das primeiras que nós poderíamos pensar para o tratamento da obesidade. (P16)

Foram mencionadas fragilidades quanto à crenças equivocadas e falta de preparo dos profissionais para lidar com as pessoas com obesidade, falta de espaço físico e de recursos materiais para atendimentos dessas pessoas, ausência de medicamentos específicos fornecidos pelo SUS para o tratamento da obesidade, ausência de nutricionistas, horário assistencial que não está adequado às necessidades dos usuários, baixa organização da rede assistencial, consultas agendadas com espaçamentos longos e invisibilidade do usuário portador de excesso de peso.

Embora o excesso de peso seja um importante problema de saúde pública no Brasil, parece que ainda há dificuldades relacionadas à identificação desses usuários na APS, resultado em certa “invisibilidade” dessa população e, conseqüentemente, impactando no cuidado direcionado à essas pessoas:

... chega para nós pouca demanda de obesidade, na verdade. As equipes discutem pouco conosco. (P3)

Mas a obesidade em si, por muitas vezes, passa batida nos atendimentos. (P18)

... chega para nós mais as questões de saúde mental, de suicídio, as questões sociais que eles não conseguem dar conta, as questões mais pautadas nas doenças, hipertensão, diabetes... mas obesidade, não. (P9)

A APS é considerada porta preferencial de acesso dos indivíduos ao SUS e tem como papel coordenar e ordenar as ações e os serviços de saúde na RAS. De acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), é inferior a 3% as condições e problemas avaliados que correspondiam à obesidade, dentre mais de 105 milhões de atendimentos realizados na APS. E, desses, menos da metade teve consulta agendada para cuidado continuado e entre os encaminhados para outros pontos da rede, 95,0% foram direcionados ao serviço especializado (BRASIL 2020a, 2022b).

O percentual de consultas com condição avaliada “obesidade” é muito discrepante, muito inferior, se comparadas a condição avaliada “hipertensão” e “diabetes” e estão muito aquém dos dados epidemiológicos de obesidade. Por exemplo, em 2019 o percentual de consultas com condição avaliada “obesidade” foi de 2,7% sendo a prevalência de obesidade para o mesmo ano de 20,3%, mostrando um enorme *gap* entre dados de prevalência e que está sendo “visto” na assistência. O mesmo não ocorre para o percentual de consultas com condição avaliada “hipertensão”, que foi de 25%, sendo a prevalência de hipertensão no mesmo ano de 24,5%, (BRASIL, 2022b). Tal característica pode demonstrar certa fragilidade do reconhecimento da condição de obesidade por parte dos profissionais da saúde.

Quanto à falta de preparo identificada pelos profissionais de saúde com relação à temática da obesidade, esta relaciona-se a subcategoria **(In) segurança do profissional quanto ao cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade**. Foi possível identificar que alguns profissionais se sentem seguros frente à temática e outros não, conforme destacado em:

...porque faz parte da minha profissão, da minha atuação. Eu me sinto segura, desde que eu tenha acesso a informações atualizadas (...) quando nós temos acesso a esses processos [referindo-se a EPS], quando eles fazem sentido para nós e tudo mais, você se sente muito mais seguro para falar sobre determinado tema. (P1)

Na verdade, eu me sinto segura sim porque eu acho que esses casos, não tecnicamente falando da parte de nutrição, mas me sinto segura porque estou dentro de uma equipe hoje...(P2)

Segura, nem tanto(...) eu acho que os profissionais de saúde sabem muito pouco sobre sobrepeso/obesidade. (P4)

...Olha, hoje eu consigo ter segurança para desenvolver atividades voltadas a pessoas com sobrepeso e obesidade ...(P5)

...se depara com esse tipo de situação e isso gera uma insegurança mesmo (...) então hoje isso ainda me gera certa insegurança no atendimento individual...(P9)

Agora, eu tenho a segurança, porque eu tive uma aula, mas eu não tenho segurança para dar algumas informações que eu não tenho o embasamento teórico. (P12)

...Mas atender sozinha, eu não tenho segurança ainda (...) porque eu não tenho segurança teórica, embasamento para eu poder fazer esses atendimentos. (P14)

... Em relação à parte técnica, eu acho que até me sentiria segura sim, mas nem tanto na parte prática. (P16)

...Eu não vou dizer que eu me sinto 100% seguro (...) alguma questão clínica, que a leva a ter um sobrepeso, por exemplo. Isso eu tenho um pouco mais de dificuldade (P18)

Dentre as falas analisadas identificou-se que os profissionais que se sentiram mais seguros possuem formações que tradicionalmente estão mais ligadas à temática de obesidade, como nutricionistas e profissionais de educação física ou foram aqueles que relacionaram a segurança baseada no apoio de outros profissionais da equipe, como identificado em:

... eu me sinto segura sim porque eu acho que esses casos, não tecnicamente falando da parte de nutrição, mas me sinto segura porque estou dentro de uma equipe hoje que me ajuda neste sentido...(P2)

Contudo, houve predominância nas narrativas que evidenciaram a insegurança quanto à temática da obesidade. Tem-se observado que independentemente da categoria profissional, o manejo da obesidade é reconhecido como um desafio, trazendo sentimento de insegurança ao trabalhador, que muitas vezes se sente desqualificado para tal atuação (FIGUEIREDO et al., 2020; LOPES et al., 2021).

Neste sentido, os profissionais apontam que são necessárias mais ações educativas como forma enfrentar esse sentimento de insegurança:

É uma demanda que realmente existe e precisa ser olhada, então eu acho que a capacitação é necessária ...(P2)

Segura, nem tanto. Acho que falta mais. A gente precisaria ter mais formação, nesse sentido...(P4)

...vejo sim como muito importante ter educação permanente com essa temática, porque é uma temática que a gente tem um grande número de pacientes... (P6)

...Eu acho de extrema importância [em relação aos processos educativos], no meu caso agregaria muito...(P16)

Tem se observado insuficiência de atividades formativas com a temática da obesidade, (FIGUEIREDO et al., 2020; JESUS et al.2022; LOPES et al., 2021), sendo o cuidado às pessoas com excesso de peso mediado pelo baixo investimento em qualificação dos profissionais de saúde sobre o tema (JESUS et al.2022). Contudo, para a melhoria do cuidado desses indivíduos

no SUS, não basta a capacitação dos profissionais de saúde em seus moldes tradicionais, sendo fundamental que haja processos educativos que permitam o aprimoramento dos processos de trabalho e mudanças nas práticas dos profissionais.

4.4. CONCEPÇÕES ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DOS PROCESSOS EDUCATIVOS

Essa categoria temática reúne concepções dos profissionais de saúde relacionadas a como os processos de EPS, associados à obesidade, são desenvolvidos e estabelecidos no cotidiano do serviço. Assim, emergiram duas subcategorias: **Aproximações com processo educativo relacionados a Educação Permanente em Saúde** e **Aproximações com processo educativo relacionados a Educação Continuada**.

A partir dos referenciais teóricos utilizados no presente estudo, especialmente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL, 2009a), constatou-se que os profissionais desenvolvem e participam de processos educativos relacionados à obesidade, que de fato possuem características que condizem com a PNEPS, emergindo a subcategoria **Aproximações com processo educativo relacionados a Educação Permanente em Saúde**. Princípios inerentes a EPS, puderam ser observados nas falas dos profissionais, tais como:

I) Cotidiano do trabalho como eixo pedagógico:

Nós do NASF, toda semana temos reunião de equipe, reunião geral, do NASF todo. E esses espaços nós sempre fazemos as educações permanentes (...) A ideia é que a equipe mesmo vá fazendo esse processo com a própria equipe. Às vezes, nós vamos iniciar um grupo de obesidade, então vamos chamar a equipe daquela unidade, vamos conversar um pouco sobre a proposta desse grupo, vamos falar um pouco sobre esse tema, problemas e necessidades envolvidos. Nós fazemos isso como na nossa prática e nós buscamos sempre fazer isso com as outras equipes. (P1)

...eu consegui fazer todas as conexões com a minha realidade da atenção básica, pelo fato de aprender como fazer um grupo de manejo da obesidade, é uma necessidade para nós. (P2)

Nós acabamos fazendo alguns espaços, nesse sentido, na atenção básica, de acordo com as demandas que as equipes trazem. (P3)

A gente aprende muito. Mas assim o aprender no dia a dia, vendo o que a gente precisa. (...) Mas os temas dentro dessas reuniões eram os próprios profissionais que escolhiam, já falamos da questão da obesidade (...) discutir juntos, planejar grupos voltados à obesidade, eu acho que precisa ser mais assim, focado no que realmente ele tem de demanda no trabalho dele. (P4)

Nós fomos reunindo equipes e profissionais para podermos fazer com que o fluxo fosse compreendido e o paciente fosse atendido e encaminhado para o local adequado para o atendimento (P9)

Até nós temos feito uma reunião mensal, pensando na nossa linha de cuidado e na nossa capacitação... (P11)

...os atendimentos compartilhados também são espaços de aprendizado, (...) a gente atendendo junto com uma outra pessoa e ela observa uma coisa que você não viu ou você observa alguma coisa que a pessoa não percebeu, sobretudo tratando de obesidade. (P15)

II) Ensino-aprendizagem problematizador significativo:

...cada um colabora com o seu conhecimento, então eu acho que é muito bom porque você tem apoio, você discute. (P2)

...é antes de nós levantarmos uma proposta, realmente, de discussão, de educação permanente, é sempre ouvir as dificuldades das equipes, suas necessidades. Então, quando nós propomos esses espaços é sempre com base em algo que nós já viemos discutindo há um tempo e que nós sentimos que tem a necessidade. Porque precisa fazer sentido para que, realmente, tenha esse papel educativo. (P3)

...eu sempre acho muito rico as discussões. Elas fazem você sair da sua zona de conforto e pensar um pouco mais fora da caixinha. E presenciar mais o todo. Toda a complexidade do indivíduo. E cada vez mais puxar alguns elementos. (P18)

III) Educando (profissionais de saúde) como ser ativo no processo formativo:

...o ponto principal da educação permanente é o aprender. Estar disponível para aprender e ensinar ao mesmo tempo. (P4)

IV) Uso de metodologias ativas:

...foi um processo de educação permanente, porque muitos conhecimentos ali, nós tínhamos por que o guia já existia, então poderia ser consultado, mas eu acho que a forma como ele foi trazido, as atividades, dinâmicas, trouxe um novo ânimo, fez a gente pensar, refletir, vimos de fato sua aplicação prática, outras possibilidades de usar no nosso atendimento. (P2)

...nós chegamos a discutir, principalmente, depois do curso e, agora, pensando que vão ter nossas oficinas. (P3)

...não gosto muito de ficar andando, de ficar indo para lá e para cá, de dinâmica desse tipo, mas eu entendo como importante para que as pessoas se envolvam um pouco mais, se conheçam um pouco mais, nesse sentido é bem legal (...) se não fica cada um no seu cantinho e a gente não trocando informação alguma, acaba não trocando saber nenhum. (P15)

V) Parcerias entre universidades e serviços de saúde:

E aí de repente com essa oficina que vocês [Universidade] estão fazendo de obesidade... (P12)

... cursos que a gente tem no UNASUS, a gente da abordagem de sobrepeso e obesidade, da questão do peso adequado para a gestante também, voltado também para a criança ... (P15)

...curso de alimentação saudável, se eu não me engano é da Faculdade de Minas Gerais, mas também ofertado pela Secretaria de Saúde ...(P17)

A portaria da LCSO apresenta entre suas diretrizes a necessidade da formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da PNEPS (BRASIL, 2013a). Nesta direção, é oportuno que ocorram atividades de EPS alinhadas à essa política na região de estudo. A partir dessa concepção político-ideológica, as ações ocorrem in loco, convocando os sujeitos envolvidos ao quadrilátero da formação: ensino, serviço, gestão e controle social. Desse modo, passam a refletir de maneira permanente a realidade do serviço, visando alcance de soluções criativas para problemas do cotidiano e, conseqüentemente, possibilitando maior resolutividade e eficiência no sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Destaca-se que as reuniões, especialmente de matriciamento, tanto entre profissionais da equipe NASF-AB e equipes ESF com o NASF-AB, foram os principais espaços que tais práticas associadas à temática de obesidade são desenvolvidas, além de atendimentos compartilhados, oficinas presenciais in loco e cursos EAD oferecidos por universidades com foco em profissionais da APS. Especialmente as reuniões são espaços de educação proporcionados por encontros, que por si é capaz de propiciar efeitos entre os que se encontram (SANTOS et al., 2021), dentre eles, o conhecimento mútuo e de se analisar e refletir o cuidado em saúde de pessoas com sobrepeso e obesidade, conforme percebido pelos profissionais entrevistados, podendo reverberar em mudanças de práticas e processos de trabalho que permitam melhorias na organização de linha de cuidado. Na visão de profissionais integrantes da ESF os espaços coletivos, como as reuniões de equipe, são ainda considerados importantes dispositivos para estruturação, organização, e estabelecimento de diretrizes e tomada de decisões (FERREIRA et al., 2019).

Quanto ao uso de metodologias ativas, estas foram identificadas em oficinas relacionadas à temática de obesidade experienciadas pelos profissionais. Tal emprego metodológico foi percebido como ferramenta potencializadora para troca de saberes entre os profissionais, para formulação de novas estratégias e abordagens, além de permitir a explanação de materiais já conhecidos, proporcionando mais sentido em sua aplicação prática, como fora citado a utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira. Ademais, sabe-se que os trabalhadores que vivenciam processos de EPS com uso de metodologias ativas estão mais suscetíveis a desenvolver ou potencializar habilidades de autonomia e práticas multidimensionais (LUZ et al., 2020), que por sua vez, são atributos elementares para o cuidado

integral de indivíduos com excesso de peso, colaborando para superação da insegurança e despreparo para lidar com a complexidade do processo saúde-doença relacionado com a obesidade, visões descontextualizadas e abordagens que se baseiam no modelo biomédico e uniprofissional.

Por outro lado, a subcategoria **Aproximações com processo educativo relacionados a Educação Continuada**, foi concebida a partir da fala dos profissionais com aspectos de vivências educativas alinhadas a educação continuada, com uso de formatos tradicionais de ensino, por transmissão de conhecimento e centralizados apenas na atualização de conteúdos, podendo ser observados nas falas:

Foi em formato de palestra, para mostrar a linha de obesidade. Não teve nenhuma metodologia ativa, dinâmica, nós não participamos ativamente de nenhum dos temas. Foi realmente só palestra. Você vê que não faz tanto sentido para a população que está assistindo, algumas coisas são interessantes, mas não acaba envolvendo todo mundo. (P1)

...fica muito no teórico, então acho que até por isso os profissionais não gostem tanto e não achem importante fazer as capacitações de obesidade. (P2)

E se a gente for pensar num médico que já fez carreira na atenção básica por muito tempo, ele também precisa, não só da educação continuada, de atualização, não só sobre esse tema...(P6)

Teve um que era expositivo, pouca participação (...) foi falado muito sobre montar a linha de cuidado, mas não foi voltado para o profissional, sem atualização para o profissional. (...) Estamos sempre nos atualizando. (...) o último que eu fiz, eu fiz até um curso... Ai, como que fala? Uma atualização de emagrecimento... (P10)

...nós conseguimos passar as informações que nós recebemos. (P14)

...nós perdemos metade das aulas, tentando logar. Mas ela falou sim que ela mandou os slides depois para nós, somente isso. (P15)

Eu fiz esse curso de Nutrologia, pensando em educação permanente para obesidade, eu acho que a minha atualização foi essa aí, do curso. Sempre o assunto me interessa. (P16)

Salienta-se que a concepção bancária de educação foi percebida e criticada por parte dos profissionais, que apontaram que vivências educativas sobre a linha de cuidado em formato de palestras, foram vistas como desinteressantes e sem sentido para algumas categorias. Consequentemente, impactando de maneira negativa o processo de aprendizagem, que passa a ter seres passivos somados à inércia na produção de conhecimento relacionada ao enfrentamento e controle da obesidade. Ademais, os depoimentos trazem ainda outros termos mais relacionados à educação tradicional, como “passar as informações”, “capacitações”, “cursos”, “atualização” e “aulas”.

Quanto à educação continuada, esta contempla atividades educativas com período definido para execução, além de, na maioria das vezes, utilizar de metodologias tradicionais de ensino, sendo exemplos especializações e cursos de atualização. Assim, tais ações educacionais visam o “acúmulo de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele” (BRASIL, 2018a, p.10). Algumas experiências trazidas pelos profissionais foram de atividades acadêmicas e multidisciplinares, como cursos de atualização e pós-graduação, relacionadas ao tema de obesidade.

Percebe-se que trabalhadores ainda confundem práticas de EPS e educação continuada, muitas vezes mencionadas como sinônimos. Trata-se de uma característica não incomum na APS, haja vista que outros trabalhos concluíram que profissionais de saúde possuem concepções ambíguas dos processos educativos (BARTH et al., 2014; SANTOS et al., 2021), associando a EPS com uma lógica de transmissão de conhecimento, pontual e fragmentada (RADDATZ, 2014).

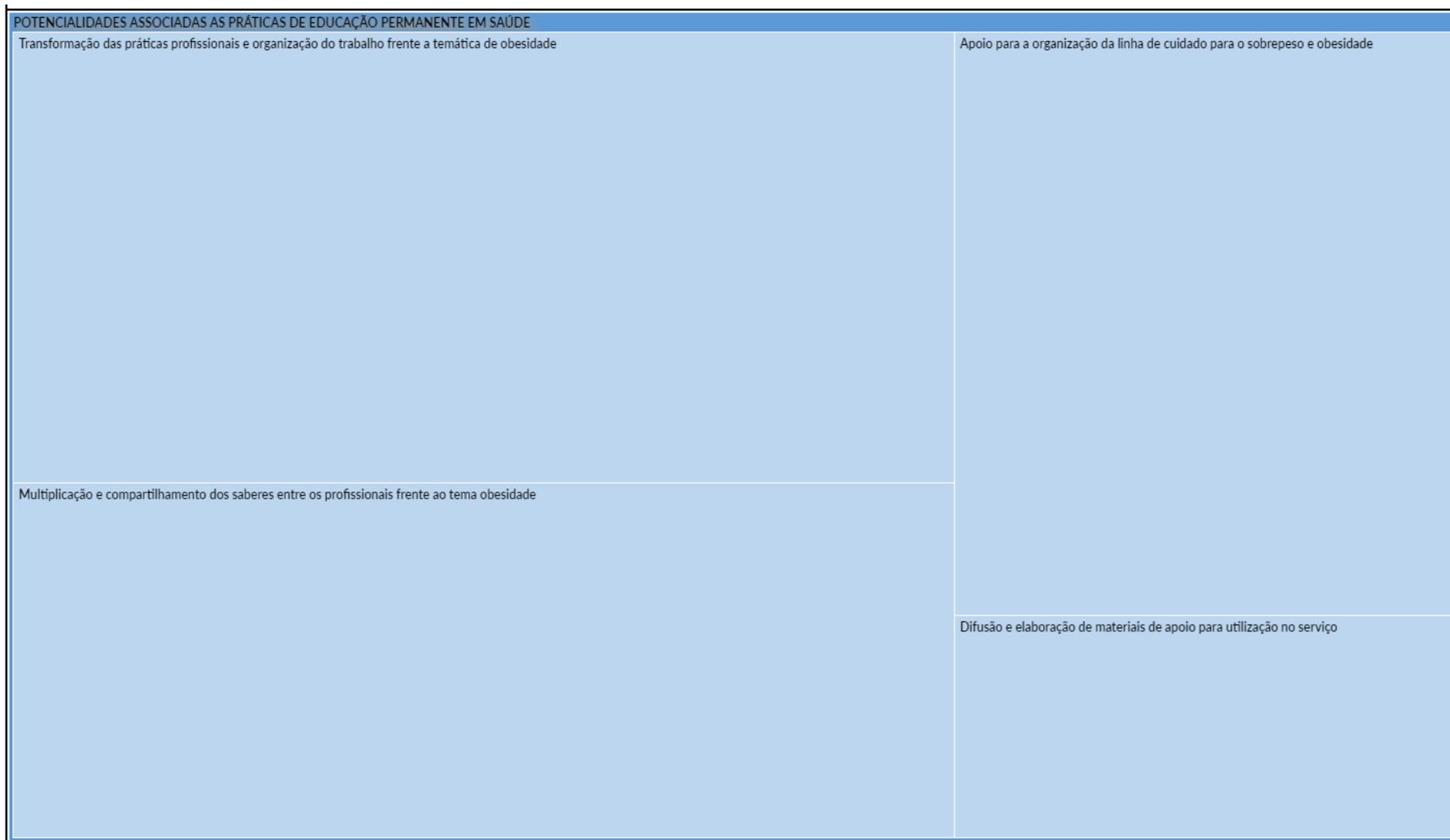
4.5. POTENCIALIDADES RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A presente categoria temática refere-se às potencialidades que permeiam as ações de EPS no âmbito da APS, percebida por todos os profissionais de saúde entrevistados (Tabela 3). Emergiram as seguintes subcategorias: **Transformação das práticas profissionais e organização do trabalho frente a temática de obesidade; Multiplicação e compartilhamento dos saberes entre os profissionais frente ao tema obesidade; Apoio para a organização da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade; e Difusão e elaboração de materiais de apoio para utilização no serviço.**

Nota-se, de acordo com o gráfico hierárquico (Gráfico 1), que algumas subcategorias apareceram com maior intensidade dentre as falas dos profissionais do que outras, o que pode ser observado de acordo com a representação das dimensões ocupadas nos quadrantes do gráfico: quanto maior o quadrante mais intensamente a subcategoria emergiu entre as narrativas dos trabalhadores. Além disso, as subcategorias estão distribuídas de maneira heterogênea entre as diversas categorias profissionais entrevistadas (Gráfico 2).

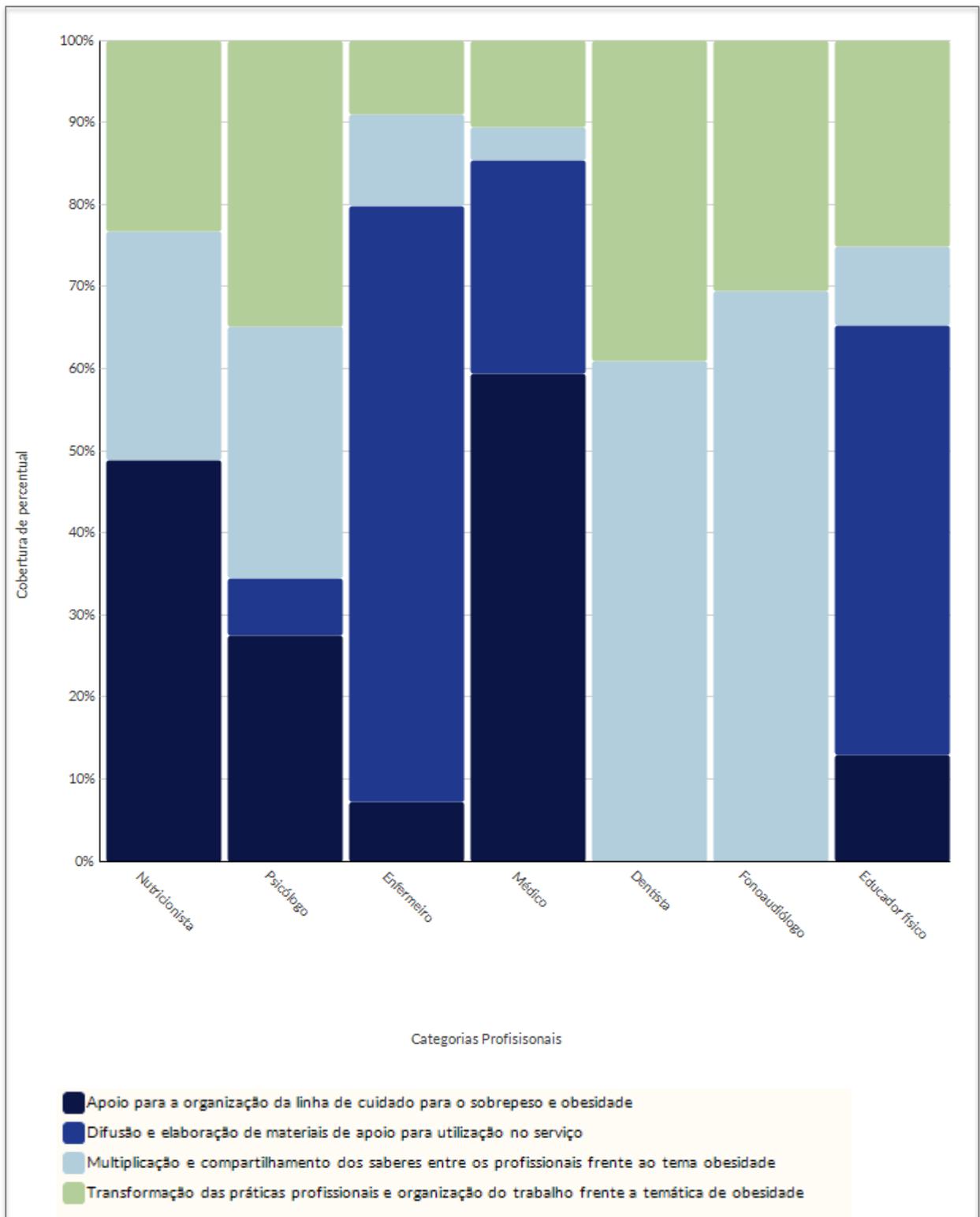
Quanto a **Transformação das práticas profissionais e organização do trabalho frente a temática de obesidade** emergiu como a subcategoria de maior frequência dentre os profissionais entrevistados (Tabela 3), apareceu com a intensidade mais expressiva dentre as falas dos trabalhadores (Gráfico 1), além de citado por todas as categorias profissionais (Gráfico 2).

Gráfico 1. Gráfico de hierarquia das subcategorias associadas a categoria **Potencialidades associadas às práticas de Educação Permanente em Saúde**, de acordo com a intensidade que apareceram nas falas dos profissionais de saúde, 2023.



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 2. Representação das subcategorias referentes a **Potencialidades associadas às práticas de educação permanente em saúde** e relação com as categorias profissionais entrevistadas, 2023.



Fonte: Elaboração própria.

A partir da análise verificou-se que os profissionais identificam que os processos educativos contribuem para construção de espaços de prevenção à obesidade, mudanças de práticas a partir de uma visão mais holística no cuidado às pessoas com obesidade, propiciam uso de novas ferramentas e estratégias no atendimento à essas pessoas de acordo com suas necessidades, além de perceberem que se trata de um processo contínuo e de constantes revisitações. Tais ponderações podem ser identificadas em:

...você trazer novas ferramentas para trabalhar dentro dessa linha de cuidado (P1)

...é a função das capacitações, para que você vá aprendendo cada dia um pouco mais a fazer diferente, para não ficar sempre na mesmice, mudar como estamos fazendo, quero fazer diferente ao olhar para essas pessoas obesas...(P2)

...são importantes esses espaços para saber o que as equipes entendem por obesidade, o que as equipes entendem desses padrões são importantes, como cuidam e direcionam essas pessoas, é preciso falar sobre (...) auxiliar a construirmos esses espaços pensando em prevenção que, hoje, não existe no município (...) nós pensarmos no cuidado, poder discutir esses casos, traz um novo olhar para nós do que nós podemos fazer, outras condutas. (P3)

A gente, com educação permanente, a gente olha para o sujeito de uma forma diferente. A gente olha como um todo. A gente começa a trabalhar pensando no cuidado e não na questão somente de processo saúde e doença. Então, o cuidado passa a fazer muito mais sentido para a gente e eu acho que a gente tem a chance de trabalhar em estratégias que fazem sentido para a pessoa. É o que eu percebo é que, às vezes, algumas equipes e até a gente está sempre se revisitando e tudo mais. (P4)

...qualificou muito a minha consulta de enfermagem tanto para gestante quanto para paciente obeso adulto. (P8)

Isso não é uma abordagem correta para uma pessoa que faz 20 anos que não consegue perder peso (...) E aí eu mudei a minha abordagem (P9)

...quando nós temos capacitação sobre tudo isso percebo que nos ajuda a fazer uma abordagem mais qualificada com esse indivíduo, para que ele possa ter resultado e uma melhora na sua saúde, mudou meus atendimentos com essas pessoas obesas... (P11)

Por isso que eu gostei dessa parte desse curso que estava fazendo, porque tive mais embasamento para poder orientar. (P13)

E a parte da comida comprada fora, de nós não utilizarmos [nome de aplicativo de venda de alimentos], foi o que nós comentamos no curso. Consegui orientar as pessoas que atendo e até mudar algumas coisas na minha vida pessoal, fazer a comidinha mais caseira, evitar os ultraprocessados. (P14)

A atualização técnico-científica em determinado tema ou abordagem é um dos aspectos importantes a serem considerados nos processos de EPS, contudo não se trata do seu foco principal. A qualificação profissional considera remodelação da produção subjetiva, produção de habilidades técnicas e, especialmente, de reflexões adequadas ao contexto do SUS, objetivando, essencialmente, a transformação das práticas profissionais e da própria

organização do trabalho, essa sim, sendo a essência das ações de EPS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Neste sentido, o fato de os profissionais reconhecerem o elo entre EPS e transformações de práticas associados ao cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, parece ir de encontro a ideia de modificação da prática organizativa no serviço que implique em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades, mas, que considere os contextos que mantém e alimenta práticas anteriores (BRASIL, 2009a).

Ademais, identificou-se entre as falas o quanto as práticas de EPS podem reverberar no planejamento e estruturação de grupos de manejo da obesidade:

...porque nós sempre fizemos esse processo de matriciamento, de educação permanente, para montar o tema do grupo, vamos ver juntos, vamos tirar as dúvidas primeiro da equipe para que possamos ir bem-preparados para responder às dúvidas da população (P1)

... pelo fato de ensinar como fazer um grupo, porque o trabalho em grupo é um pouco difícil. É muito mais fácil, talvez, você atender individualmente. Eu acho que na atenção básica, nós sofremos um pouco com essa questão, então precisamos realmente de apoio (...) A expectativa é de que no futuro que eles [se referindo aos profissionais da ESF], pelo menos, tragam os casos diretamente para nós, que eles saibam que o grupo acontece, ajude no constante planejamento do grupo, que eles encaminhem para grupos e que, pelo menos, uma pessoa da equipe participe dos grupos, principalmente desse de obesidade ... (P2)

...nós conseguimos discutir entre nós e pensar o que nós podemos propor também nas nossas atividades coletivas que envolvam esse tema em específico... (P3)

...o mais recente foi o matriciamento da nutri dentro do próprio NASF mesmo que foi para gente fazer o grupo sozinha, sem ela, grupo com obesos. (P4)

As intervenções coletivas possuem enorme potencial de transformação nas práticas das equipes da APS, quando visam superar o velho modelo verticalizado, além de promover o empoderamento das pessoas, estimular o autocuidado e permitir o compartilhamento de experiências (SOEIRO et al., 2019), sendo potencialmente efetivas no cuidado de indivíduos com condições crônicas, como a obesidade (MENDES, 2012). Embora sejam escassas as evidências, parece que abordagens coletivas no manejo da obesidade apresentaram melhores resultados na redução de peso em indivíduos participantes de intervenções coletivas do que em intervenções individuais (PAUL-EBHOHIMHEN & AVENELL, 2009).

LOPES et al. (2021) em pesquisa desenvolvida sob encomenda do Ministério da Saúde, com profissionais de saúde de diversas categorias, cujo objetivo foi analisar o manejo da obesidade no Brasil, verificou que o atendimento em grupo destinado à essa população foi considerado a abordagem mais difícil de ser manejada, especialmente entre as categorias

profissionais de nutricionistas e enfermeiros. Ademais, o estudo constatou obstáculos para essa abordagem coletiva, como a falta de planejamento para os grupos e baixa adesão dos usuários. Outro estudo revelou tensões do trabalho em grupo na ESF, pois tais ações ainda refletem a presença de uma perspectiva fragmentada do cuidado em saúde, um distanciamento na relação entre trabalhadores e indivíduos e o predomínio de uma narrativa de culpabilização e responsabilização individual pela adesão ao tratamento (TIVERON; GUANAES-LORENZI, 2013).

Perante esse cenário desafiador, entende-se que os processos de EPS são necessários e podem contribuir com o planejamento e organização de grupos de manejo da obesidade (BRASIL, 2021), sendo caro que os profissionais do presente estudo reconheçam tal potencialidade e demonstrem-se engajados na problematização e reflexão de como as ações coletivas voltadas ao público com obesidade são desenvolvidas em seus cotidianos no serviço, propondo possíveis remodelações em tais práticas, além de identificarem a necessidade de práticas colaborativas interprofissional para seu pleno desenvolvimento. Ademais, percebem que processos educativos, como matriciamento, podem proporcionar maior autonomia dos profissionais, para que se sintam mais seguros em manejar grupos voltados ao público com excesso de peso.

Neste sentido, relacionada ao aumento da autonomia profissional emergiu a subcategoria **Multiplicação e compartilhamento dos saberes entre os profissionais frente ao tema obesidade**, como uma das potencialidades associadas às práticas de EPS capaz de aumentar a autonomia dos profissionais de saúde colaborando para o cuidado das pessoas com obesidade, conforme observa-se nas expressões:

E eu vejo na minha equipe, às vezes eu não estou e eles fazem o atendimento [às pessoas com obesidade] e um atendimento que consegue falar sobre tudo, consegue falar sobre alimentação, ou quando a equipe toca o grupo e eu não estou. E é supertranquilo. Eu vou sair de férias e nós podemos manter os grupos tranquilamente, porque eu vejo o quanto a equipe tem capacidade para isso, de replicar, sabe? Mas porque nós sempre fizemos esse processo de matriciamento, de educação permanente entre a equipe...(P1)

Depois da pandemia, nós perdemos a nossa nutricionista, ela acabou indo para outro território. Então, hoje, a minha equipe não tem nutricionista. Mas nós mantemos essa proposta do grupo mais voltada para prática de atividade física e de formação de vínculos, estarem se apropriando também das questões do território. Depois do curso, nós estamos planejando levar outras estratégias, principalmente, pensando no guia de alimentação saudável, um pouco dessa discussão também sobre alimentação, sobre horta e voltar mais temas pensando nas pessoas obesas. (P3)

...vou realizar o atendimento e eu já não preciso que a nutri me dê uma orientação. Eu não preciso chamar a nutri para vim dar uma orientação para aquele paciente. Eu

mesmo posso fazer aquela orientação, que não é específica da nutrição. Isso graças aos matriciamentos da nutri... (P4)

Eu não vou precisar dificultar o processo para o próprio usuário do serviço de ter que chamar um médico para ver isso, eu já vou saber fazer. (P14)

Essa subcategoria apresentou-se com intensidade expressiva dentre as falas dos trabalhadores (Gráfico 1) e citado por todas as categorias profissionais (Gráfico 2). Ressalta-se que dentre as narrativas associadas ao compartilhamento de saberes frente a obesidade observou-se um papel de destaque atribuído aos nutricionistas. Os profissionais de saúde tendem a associar o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade como atribuição quase exclusiva do profissional nutricionista, fato este que pode colaborar para a falta de corresponsabilização interprofissional pelo cuidado dos indivíduos com excesso de peso (ARAÚJO et al., 2019; JESUS et al., 2022).

Contudo, no presente estudo, constatou-se que, especialmente os nutricionistas são percebidos por outros trabalhadores também como a categoria profissional com alto potencial matriciador frente a temática de obesidade, sendo mencionado como um dos principais responsáveis pelo compartilhamento de saberes em espaços de educativos, colaborando para a corresponsabilização do cuidado às pessoas com excessos de peso:

...o mais recente foi o matriciamento da nutri dentro do próprio NASF mesmo que foi para gente fazer o grupo sozinha, sem ela, grupo com obesos (P4)

Nós temos uma parceria muito forte com a nutricionista aqui dentro da UBS, a nossa nutri é muito aberta, e ela passa bastante informação para nós...(P12)

...com o apoio da nutri, nós vamos aprendendo um pouquinho mais, para ter essa segurança de atender e fazer as orientações sozinhas. (...) Às vezes, nós ficamos nutri, vem cá, me explica uma coisa. Se nós tivéssemos essa educação permanente de forma contínua, nós não precisaríamos solicitar tanto a nutricionista... (P14)

Ademais, os profissionais percebem que também possuem a responsabilidade de compartilhar esses saberes com seus pares, especialmente quando participam de processos de EPS estruturados, como cursos e oficinas, implicando na ampliação do alcance do cuidado oferecido às pessoas com obesidade:

...porque quando você vai participar de um curso, você já vai com o compromisso de replicar o que você absorveu nesse treinamento para os demais colegas de trabalho. (P8)

... que nós troquemos bastante de opinião o tempo todo, que nós ouçamos profissionais, que nós ouçamos experiência dos profissionais, do técnico de enfermagem, do médico, do recepcionista. (P9)

...a oficina em obesidade é um ganho para o município, um ganho para o profissional no conhecimento. Não é verdade? E isso provavelmente eu vou replicar para minha equipe. (P12)

...nós nos reunimos, eu faço reuniões, daí nós passamos para o pessoal que trata, para propagar. Por isso que eu acho que isso que é educação permanente. É você fazer uma coisa, mas não guardar para você, passar para o outro...(P13)

... sobre a oficina que nós fizemos, de não deixar só para quem estava presente lá. Foi muito enriquecedor mesmo, eu achei fundamental. Mesmo as atividades que vocês trouxeram são coisas que nós conseguimos replicar e que acrescentam. É um exemplo de cuidado de atenção de aprendizado permanente, de nós conseguirmos passar as informações que nós recebemos. E de ter um espaço aberto para isso dentro da UBS ... (P14)

Nestas expressões, percebe-se um reconhecimento dos espaços educativos como locais de troca de saberes, de dar e receber conhecimentos que se complementam, e que permitem a potencialização da colaboração interprofissional, assim como também constatado em estudo de RODRIGUES et al. (2020). A comunicação interprofissional e as práticas colaborativas vem sendo consideradas cruciais para o gerenciamento do cuidado às pessoas com obesidade (BURLANDY et al, 2020; LOPES et al., 2021; JESUS et al, 2022), elencadas como um dos componentes inerentes às ações multiprofissionais que devem ser desenvolvidas, essencialmente na APS, previstas na organização da LCSO (BRASIL, 2013a).

Quanto a subcategoria **Apoio para a organização da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade** emergiu em meio às falas de metade dos profissionais entrevistados (Tabela 3), de modo predominante entre as categorias médicas e de nutricionistas e ausente nas categorias de fonoaudiólogo e dentista (Gráfico 2). Verifica-se que ações de EPS foram associadas à: ampliação da identificação de pessoas com sobrepeso e obesidade e estratificação de riscos; planejamento de ações de prevenção à obesidade; organização do fluxo dos usuários com relação a rede de atenção à saúde; e a própria elaboração e organização da linha de cuidado à nível municipal. Tais aspectos podem ser observados nos trechos:

Todo mundo tem que encaminhar para o núcleo, todo mundo tem que ir para o grupo? Acho que é importante [se referindo aos processos de EPS] até para eles conseguirem reconhecer os diferentes perfis, estratificação de riscos (...) bem necessário para a rede de uma forma geral compreender melhor o funcionamento dali, acaba que a educação permanente se faz realmente necessária para alinhar e organizar as falas dos profissionais, encaminhamentos, o cuidado em si da pessoa com obesidade. (P1)

Mas eu acho que criar um espaço educativo para discutir isso nos serviços é importante e acho que até para nos auxiliar a construirmos esses espaços pensando em prevenção que, hoje, não existe no município. Nós trabalhamos muito pautado na doença em si. (P3)

...eu vejo que com uma educação permanente contribui nisso e com uma maior padronização, normatização desse cuidado, construção de um fluxo, a gente poderia obter mais sucesso quando isso é melhor difundido (P6)

Eu acredito que é muito relevante, muito importante essa capacitação, porque, assim, quanto mais profissionais nós tivermos formados nessa capacitação, mais força para se defender uma linha de cuidado mais efetiva. Não dá para simplesmente implantar uma linha de cuidado sem antes capacitar os profissionais. (P8)

Acredito muito nesses espaços. Eu acho que poderia ser uma estratégia bacana para tirar as nossas dúvidas sobre a linha. E aí a NASF funciona mesmo como esse elo que vai ligando esses pontos e vai tirando essas dúvidas e tecendo a rede (...) foi muito discutido nessa época era como montar a linha de cuidado. O que hoje nós estamos fazendo. Montar essa linha de cuidado, estabelecer como aconteceria... (P10)

...quando você discute um tema e o traz para a mesa, você abre uma janela e você liga o seu radar. Então, às vezes, você está com médico, enfermeiro ou até uma ACS passando na rua e encontra com uma pessoa e já identifica ali um sobrepeso. Então, pode ser que muitas vezes, em alguns atendimentos e com outras pessoas também, com outros profissionais, a obesidade passe batido. Ele pode focar mais em algumas outras questões. Mas a obesidade em si, por muitas vezes passa batida. Então, a discussão é boa, porque ela amplia esse olhar, disso também ser questionado. (P18)

...quando apareceu a oficina, eu já “linquei” essas 40 pessoas que estão na fila da bariátrica e outras que aparecem para mim e não têm esse desejo de fazer uma bariátrica. Mas existe lá um desejo de perder peso. E o manejo com essas pessoas. Então eu achei muito rica e oportuna essa oficina, dar vasão e outras possibilidades para essas pessoas. (P18)

Logo, verifica-se que tais concepções dos trabalhadores vão ao encontro das diretrizes previstas na Portaria nº 424 março de 2013 (BRASIL, 2013a), contribuindo para a organização das ações e serviços de prevenção e enfrentamento das condições de sobrepeso e obesidade na RAS. Tais concepções dos profissionais merecem destaque, haja vista que movimentam os profissionais em direção a construção de espaços educativos que discutam processos e ações que colaborem para a implementação e efetivação da LCSO na região de estudo, o que não foi constatado em outra pesquisa sobre a linha de cuidado, em que ações específicas pautadas nas demandas da população e estruturadas a partir de uma linha de cuidado não se apresentaram como necessidade percebida pelos profissionais e gestores entrevistados (MAXIMIANO, 2016).

Por fim, a subcategoria que emergiu com menor intensidade (Gráfico 1) e frequência (Tabela 3) foi **Difusão e elaboração de materiais de apoio para utilização no serviço**. Tal tema foi percebido como uma das potencialidades da EPS como espaços que poderiam ser utilizados para capilarização de materiais de apoio aos profissionais de saúde, bem como para a produção de recursos educativos frente a temática de obesidade:

Eu identifico isso com uma necessidade sim [se referindo a materiais de apoio], e algo que poderia ser trabalhado nos espaços educativos, essencialmente. (P1)

...eu deixei salvo todo aquele material que utilizamos no grupo, naquele curso que fizemos, não lembro o nome agora. Eu deixei tudo salvo porque eu tinha a intenção usá-lo, porque eu achei ele muito bom, não só com a população, mas para eu ajudar instrumentalizar outros profissionais. (P2)

Mas pensando na educação permanente, pensando em a gente conversar mais sobre esse tema. A gente mesmo produzir materiais educativos e com a visão multiprofissional, seria riquíssimo, esses espaços servem para isso também, produzir conhecimento e reproduzi-los. (P4)

...isso deveria ser mais difundido nas capacitações, com as equipes e na rede. (P6)

...possa até surgir um material desse para nós, a gente participar disso, contribuir, fazer junto nas oficinas. (P12)

Entretanto, FIGUEIREDO et al. (2020) ao estudarem percepções e práticas de profissionais da ESF constataram que todos os entrevistados desconheciam materiais sobre obesidade, e conseqüentemente, não utilizavam as publicações do Ministério da Saúde desenvolvidas para apoiar os profissionais da APS. Em outra pesquisa realizada com profissionais de saúde da APS foi verificado que 7,2% dos trabalhadores consideram que os materiais educativos atuais não se aplicavam à realidade deles e 59,5% apontaram a ausência de materiais rápidos e confiáveis sobre recomendações alimentares, adaptadas às necessidades específicas da população como a obesidade (BRASIL, 2022c). Observa-se certa fragilidade para o cuidado das pessoas com excesso de peso devido a ausência de protocolos específicos para o cuidado dessa população, inclusive, sendo considerada uma das barreiras para o cuidado dessas pessoas (JESUS et al., 2022; LOPES et al. 2021). Corroborando com tais estudos, os profissionais entrevistados trouxeram essa dificuldade em suas falas:

...eu não tenho esse material para trabalhar no meu cotidiano. Eu identifico isso com uma necessidade...(P1)

Porque às vezes mesmo tendo o básico me falta um conhecimento maior para poder levar para aquele paciente [com obesidade], sinto falta de materiais que poderíamos utilizar no dia a dia para orientar. (P12)

Eu nunca tive contato com algum material específico do Ministério da Saúde sobre obesidade.... (P18)

Considera-se caro que os trabalhadores entrevistados também reconheçam que os espaços de EPS possam, dentre outras potencialidades, resultar na produção de materiais de apoio para profissionais de saúde em relação ao cuidado às pessoas com excesso de peso, além da utilização desses espaços para compartilhamento entre os profissionais e difusão dos materiais já conhecidos e utilizados por eles, conforme identificado em:

...o Guia Alimentar, nós sempre gostamos de utilizá-lo como base (...) e esses protocolos novos que lançaram este ano baseados no Guia alimentar também, orientações para a população idosa, para a população adolescente. (P1)

É um material que existe, inclusive no nosso prontuário eletrônico, seria marcadores de consumo alimentar, um questionário padrão que a gente tem no PEC... (P6)

...última vez que fizemos uma educação permanente, eu me baseei em um artigo científico (P10)

... materiais do Telessaúde que era promoção da alimentação adequada e saudável. (P10)

...o caderno de obesidade que a gente utiliza aqui, tem a própria linha de cuidado (...) a gente tem agora o guia da atividade física... (P15)

Assim, os espaços de EPS, potencialmente, podem permitir a capilarização de materiais de apoio para os profissionais, colaborando para a superação do desconhecimento e distanciamento de recursos sobre obesidade que já foram produzidos pelo Ministério da Saúde e projetando sua utilização na prática do serviço.

4.6. DESAFIOS RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A categoria temática “**Desafios relacionados às práticas de Educação Permanente em Saúde**” refere-se às dificuldades que permeiam as ações de EPS no âmbito da APS, expresso por todos os profissionais de saúde entrevistados (Tabela 3). Em relação a este tema, emergiram os subtemas **Pandemia do vírus da COVID-19, Agenda e alta demanda assistencial, Falta de conexão com a realidade do serviço, Direcionamento das ações de educação permanente em saúde voltadas a categorias profissionais específicas, Problemáticas relacionadas as integrações entre as equipes NASF-AB e ESF, Baixa frequência das ações de educação permanente em saúde relacionadas ao tema sobrepeso e obesidade, Baixa motivação e interesse pelos processos educativos com a temática de sobrepeso e obesidade, Baixo engajamento da gestão local, Inadequações relacionadas ao espaço físico, infraestrutura e recursos materiais, Alta rotatividade de recursos humanos e Metodologias e conteúdos considerados inadequados.**

Nota-se, de acordo com o gráfico hierárquico (Gráfico 3), que alguns subtemas aparecem com maior intensidade dentre as falas dos profissionais, o que pode ser observado de acordo com a representação das dimensões ocupadas nos quadrantes do gráfico: quanto maior o quadrante mais intensamente o tema emergiu entre as narrativas dos trabalhadores. Além

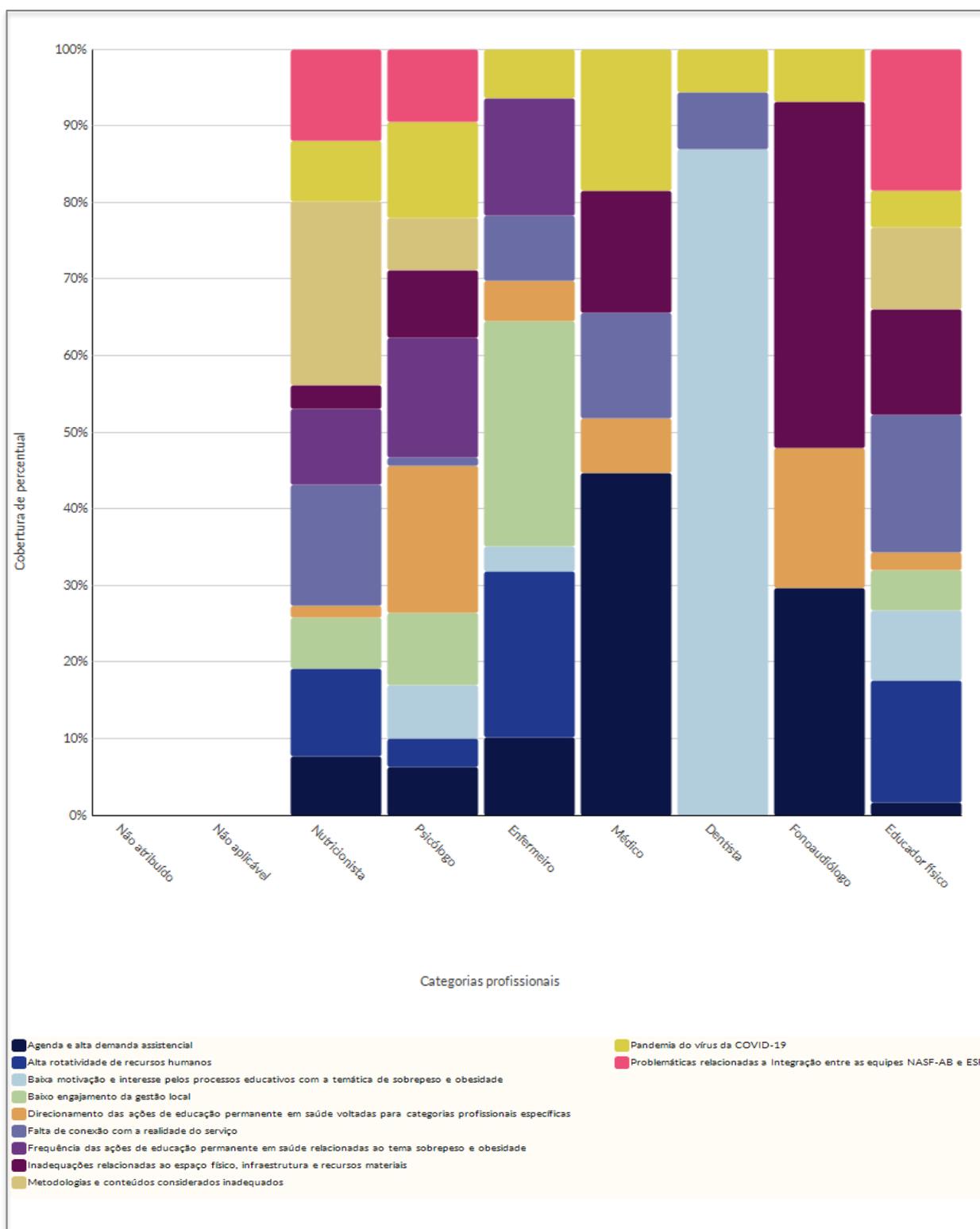
disso, os subtemas aparecem distribuídos de maneira heterogênea entre as diversas categorias profissionais entrevistadas (Gráfico 4).

Gráfico 3. Gráfico de hierarquia das subcategorias associados a categoria **Desafios relacionados com as práticas de EPS**, de acordo com a intensidade que apareceram nas falas dos profissionais de saúde, 2023



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 4. Representação das subcategorias associadas à categoria **Desafios relacionados com as práticas de EPS** e relação com as categorias profissionais, 2023.



Fonte: Elaboração própria.

A subcategoria **Pandemia do vírus da COVID-19** emergiu com a maior frequência dentre os profissionais entrevistados (Tabela 3), apareceu com intensidade expressiva dentre as falas dos trabalhadores (Gráfico 3), além de citado por todas as categorias profissionais (Gráfico 4). A pandemia foi mencionada como acontecimento importante para o entrave das ações de EPS no cotidiano do serviço da APS. A partir da análise das entrevistas verificou-se que a sobrecarga de trabalho, remanejamento dos profissionais para outros locais de atuação na área da saúde, cancelamento dos espaços de matriciamento, processos de EPS que estavam em andamento dentre as ações planejadas pelas equipes e que foram interrompidos, além de profissionais que participaram de processos de EPS e não tiveram a oportunidade de colocar em prática em seu cotidiano do serviço foram alguns dos fatores elencados pelos trabalhadores como consequências da pandemia nos processos de trabalho, conforme evidenciado nas falas:

...As unidades estão muito sobrecarregadas, então nós acabamos perdendo muitos ganhos que tínhamos nesse sentido. Alguns espaços que nós tínhamos protegido com as unidades, nós acabamos perdendo porque o enfermeiro está na vacinação, o outro enfermeiro está tendo que cobrir a unidade inteira sozinho, aquele médico que tinha aquele horário reservado conosco [em relação a horário de matriciamento] já não pode mais porque ele tem que dar conta de atender o COVID, por exemplo. Isso acaba sendo uma grande dificuldade para termos esses espaços [espaços de EPS] que antes eram mais fáceis de conseguir e agora tem sido difícil...(P1)

...Nós temos uma questão também muito forte, falta muito funcionário na atenção básica, porque muitos estão encaminhados para hospitais de campanhas, muitos estão encaminhados para as vacinações, os pontos de vacinação, então as unidades estão com uma defasagem de funcionários muito grande...(P2)

Hoje, devido à pandemia, nós não temos tido processos de educação permanente com a atenção básica... (P3)

...mas nós tínhamos o espaço do cuidar em rede, que era para ser um espaço nesse sentido, de pensar as ações e como potencializá-las. Mas, com a pandemia também, está parado. (P3)

...Eu acho que antes da pandemia a gente estava caminhando para um lado bem legal, pensado na educação permanente mesmo. Diversos encontros. A gente traria vários para conversar. E eu acredito que uma hora ou outra a gente ia chegar nesse tema da nutrição especificamente, mas a questão do sobrepeso e obesidade. E isso ia contribuir...(P4)

...E aí, eu acho que a pandemia acabou estragando bastante, porque o município tem uma equipe de educação permanente. E aqui a gente se encontrava uma vez no mês. Então, uma pessoa, um responsável, um profissional do NASF... um ou mais, geralmente, a gente tinha a equipe inteira, um profissional de cada unidade de saúde, um profissional de cada ponto da atenção especializada e todo mundo discutir assuntos maravilhosos (...) E, que a gente perdeu, que hoje a gente não tem. E a gente está pensando em voltar, ainda esse ano. E eu espero que volte mesmo. (P4)

...Antes da pandemia, a gente tinha planejado algumas coisas bem interessantes para fazer com as equipes de estratégia mesmo, nesse tema de obesidade mesmo. E depois a gente não retornou, mas a gente está pretendendo...(P4)

...Não meu caso, eu fiz o curso e não consegui por muito em prática, porque acabei vindo para fazer esse processo de vacinação da Covid...(P5)

E eu espero poder participar de outros eventos. Mas eu acho que a pandemia está segurando muita coisa, está impedindo que muita coisa de processo de aprendizagem...(P9)

...e nós temos muitas atividades que nós temos que fazer, então vacina, monitoramento de COVID...(P14)

O início do ano de 2020 foi marcado pela pandemia de COVID-19, com a qual o mundo ainda convive, com impactos em vidas humanas, econômicos, sociais, além de repercussões nos processos de trabalho dos profissionais em saúde. A emergência sanitária exigiu desses trabalhadores esforços singulares em suas rotinas de trabalho, contudo parece ter colaborado para que os processos de aprendizagem, que rotineiramente eram vivenciados na APS, fossem atravessados ou deixados à margem, segundo a percepção dos entrevistados.

Em contrapartida, pesquisas acadêmicas, realizadas no período pandêmico, debruçaram-se sobre processos de EPS vivenciados nesse momento nos serviços de saúde, os quais constataram sua relevância como estratégia da educação interprofissional objetivando diminuir os impactos da crise mundial da força de trabalho na saúde através da prática colaborativa dos profissionais de diferentes formações, gerando conhecimento e construção de alianças entre o binômio educação-trabalho, através da problematização e trabalho em equipe, bem como evidenciando a necessária remodelagem da lógica dos processos de trabalho e a relação de aprendizagem dos profissionais de saúde (NEVES et al., 2021; MORAES SAKAMOTO et al., 2021).

Neste sentido, dentre as estratégias de aprendizagem implementadas nos serviços de saúde pelos trabalhadores destacaram-se as reuniões interdisciplinares para implementar ações de atenção as pessoas que contraíram COVID-19, com o envolvimento multiprofissional, fitando à discussão dos casos, compartilhamento de conhecimentos e experiências, em prol da tomada de decisão compartilhada (NEVES et al., 2021), demonstrando a relevância das práticas de EPS também em um contexto emergencial. Assim, percebe-se que a temática envolvendo os cuidados das pessoas com COVID-19 foi evidenciada em estudos sobre EPS, contudo a questão da obesidade não foi mencionada nesses espaços educativos (NEVES et al., 2021; MORAES SAKAMOTO et al., 2021), embora seja uma doença crônica que reconhecidamente é um importante fator de risco para o agravamento da COVID-19 (SILVA, G.M. et al., 2021).

Além disso, diretrizes do atual governo, que colocou em vigência o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019b) promoveu o desmonte do NASF-AB, com a redução de 379 equipes,

com base em dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que associadas a outras portarias publicadas visam a substituição do NASF-AB por outros tipos de equipes multiprofissionais (MATTOS et al., 2022), o que impactará em premissas básicas do NASF, como os processos de matriciamento, em especial no contexto pandêmico, além de impactar diretamente no número de profissionais em atividade, diminuindo a capacidade de resposta do SUS produzindo desassistência também para os indivíduos acompanhados pelas equipes NASF- AB, que representa um potente arranjo estratégico para a abordagem multifatorial de agravos em saúde, como a obesidade.

Outra subcategoria que emergiu com grande frequência das falas dos profissionais de saúde foi **Agenda e alta demanda assistencial** (Tabela 3), aparecendo com a maior intensidade dentre as falas dos trabalhadores quando questionados sobre os desafios enfrentados por eles com relação às práticas de EPS na APS (Gráfico 3). Com relação às categorias profissionais foi um tema que emergiu da narrativa de quase todas as profissões, exceto para o profissional dentista (Gráfico 4). Percebe-se que tal desafio é o que mais se destacou dentre a categoria médica, prevalecendo em relação a outras barreiras que foram mencionadas (Gráfico 4).

Sob a percepção dos profissionais conciliar a agenda profissional do cotidiano na APS associada à alta demanda assistencial e consequente sobrecarga no trabalho, parece influenciar de forma negativa as ações relacionadas à EPS. Os trabalhadores reconhecem a alta procura dos usuários para tratamento e reabilitação de suas necessidades em saúde, e acabam sendo tensionados a priorizarem esses espaços em suas agendas, especialmente através dos atendimentos individualizados, numa lógica de enfoque ao aumento de produtividade. Por sua vez, acabam constatando que deixam em segundo plano outras práticas essenciais e inerentes à APS, como as ações de prevenção de agravos e promoção à saúde, ações coletivas, bem como desenvolvimento e participação em espaços de EPS. Além disso, referem que, quando participam de processos de EPS, e se ausentam, percebem que isso acarreta sobrecarga de trabalho para seus colegas que permanecem na linha de frente. Por fim, relatam sentimento de frustração quando participam de capacitações e saem com o compromisso de replicar para seus colegas de trabalho, mas não veem espaços em suas agendas para que isso aconteça de maneira adequada. Tais ponderações puderam ser notadas nas falas:

...Mas por conta de tudo isso, das dificuldades com as equipes, dificuldade de espaço, de tempo nas agendas e tudo mais...(P1)

A demanda, sem dúvida. A gente tem uma demanda muito grande na atenção primária. Então, ao invés da gente trabalhar ali com o que está dentro das diretrizes do SUS e tudo mais de prevenção e promoção. Meio que as demandas vão engolindo a gente. A gente vai sendo engolida pela demanda. E a gente acaba não fazendo (...) então, essa demanda posterior acaba nos engolindo e a gente acaba não conseguindo fazer o que era o papel da atenção primária. E eu acho que a educação permanente entra em uma dessas coisas que a gente não consegue fazer. (P4)

Então acho que são essas as dificuldades mesmo, conseguir encaixar isso na agenda do profissional de forma que consiga não atrapalhar o atendimento, que consiga ser organizado para que todo mundo consiga participar disso... (P6)

A sobrecarga que recai sobre os poucos que têm, e aí para me ausentar da minha agenda, eu sobrecarrego quem ficou. (P8)

Acho que é a coisa mais importante e é um desafio é enfrentar a própria frustração, porque quando você vai participar de uma capacitação, você já vai com o compromisso de replicar o que você absorveu nesse treinamento para os demais colegas de trabalho. No entanto, você sabe que o espaço para você planejar essa facilitação, ser esse facilitador, não vai ter um espaço na sua agenda. E, é lógico, você absorve o conhecimento, que gostaria para passar para vender a ideia, vamos dizer assim, para sensibilizar outras pessoas, e você sabe que não vai conseguir porque você não tem um espaço na agenda para isso. Enfrentar a própria frustração e persistir é o principal desafio. (P8)

Por isso o psicólogo não dá para parar de atender e participar de cursos. A demanda é muito grande de pacientes necessitando de um atendimento de Psicologia neste momento no nosso município. (P12)

...E de ter um espaço aberto para isso dentro da UBS. Porque, às vezes, nós ficamos tão focados em atender, em atender, em acolher a demanda e não deixar crescer fila, que nós acabamos perdendo o aprendizado mesmo. (P14)

Eu acho que as barreiras são as nossas agendas, que às vezes a gente nesse momento, a gente está com muitas atribuições dentro das unidades. Então, às vezes a gente não consegue, por exemplo, participar de alguns cursos de educação permanente. (P15)

Eu nunca participei de nenhuma educação permanente voltada para esse tema [sobrepeso e obesidade]. Eu acho que do tempo que eu estou aqui teve uma. Só que eu não pude participar por questão de agenda. (P18)

De fato, quando os profissionais de saúde assumem o cuidado de indivíduos e famílias em risco nos territórios adjacentes à UBS, estes são normalmente levados a uma sobrecarga de trabalho, agendas superlotadas, que podem, inclusive, ocasionar danos à saúde mental de tais trabalhadores (LUCCHESI et al., 2009). O excessivo número de famílias acompanhadas pelas equipes das UBS é apontado como o principal problema para o desenvolvimento do trabalho na APS (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010), podendo levar um maior desequilíbrio das equipes de saúde da família e conseqüentemente problemas na qualidade e na quantidade dos serviços prestados, bem como repercutir negativamente nos processos de trabalho desenvolvidos, inclusive relacionados às práticas de EPS.

Neste sentido, RADDATZ (2014) em sua dissertação de mestrado que avaliou percepções dos profissionais de saúde da APS quanto às ações de EPS, destacou a alta demanda assistencial e falta de tempo como principais causas elencadas pelos profissionais como fatores limitantes para o desenvolvimento das práticas de EPS na APS, indo ao encontro dos achados do presente estudo. Por sua vez, a sobrecarga de trabalho é colocada como ponto frágil para as iniciativas de EPS em diversas outras pesquisas, como pontuado pelo trabalho de revisão da literatura de FERREIRA *et al.* (2019). MAXIMIANO (2016) ao avaliar as percepções de profissionais de saúde, quanto às dificuldades encontradas para colocar em prática a LCSO, também destacou a demanda excessiva nas unidades básicas como gargalo a ser enfrentado, principalmente por impedir o bom planejamento assistencial e sua efetividade no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade.

Ao mesmo tempo parece haver certa aceitação na fala dos profissionais de saúde quanto a alta demanda assistencial, sendo algo inerente a APS e que estará sempre presente na rotina assistencial, o que pode provocar nos trabalhadores certa resiliência, resistência e adaptações para manutenção ou participação nos espaços de EPS, salientando certa relação simbiótica entre o contexto assistencial altamente sobrecarregado e as práticas educativas:

Acho que os desafios sempre existem, porque as unidades sempre vão estar cheias, sempre vão ficar com poucos profissionais, já é o normal da nossa realidade, mas eu acho que devemos brigar por esses espaços de matriciamento, são necessários e devem ser assegurados em nossas agendas mesmo frente ao alto número de pacientes na unidade, afinal é para melhorar o cuidado delas, porque se não estiver neste formato muitas vezes as reuniões não vão acontecer. (P1)

Eu estou em cinco unidades. Então, eu não conseguiria, com tanta demanda que já foi dita, no início, eu não conseguiria dar conta se eu não otimizasse os espaços. (P4)

Então, nós temos aulas, sei lá, eu já sei das próximas aulas que nós temos, então, nesse dia, a minha agenda está livre, só que os pacientes que eu atenderia nesse dia eu tenho que colocar em outro dia, porque senão eles vão se perder no meio do caminho. Então, a quantidade de pacientes que nós atendemos, e a quantidade de pacientes da nossa UBS são fatores que dificultam mesmo a participação das atividades. Apesar de todo mundo, por exemplo, hoje eu vou em uma, a próxima quem vai é a psico, nós conseguimos revezar entre nós, mesmo assim é complicado. (P14)

Eu digo que não é nem que atrapalha. Que é questão de agenda. Se é para envolver outros profissionais, casar a agenda é um pouco mais complicado. É dificultoso, vamos dizer assim. Então tem que estar alinhado, com gestores, com outros profissionais. (P17)

Ademais, uma prática comum e que pode vir a ser inadequada e prejudicial, que emergiu dentre as falas dos profissionais, foi que uma alternativa encontrada por eles para

envolvimento com em experiências educativas (como cursos EAD) e conseguir sobrepujar a falta de espaços em suas agendas na APS é a participação nos processos de EPS fora do expediente e/ou local de trabalho:

Acho que ficava muito mais fácil de conseguir participar dessas práticas de educação continuada quando era dentro do horário de trabalho, sabe? Então nas oficinas práticas que a gente fez, era dentro, a gente fechava a agenda para conseguir participar, então era algo planejado, com mais antecedência. Por exemplo, tenho muita vontade de fazer alguns cursos do UNASUS, mas eu não consigo ter tempo para isso, por conta da minha carga de trabalho e diversos tempos livres porque realmente acaba tendo que eu usar um horário fora do trabalho para conseguir encaixar esses cursos, que com certeza agregariam muito na minha prática. (P6)

Além de problemáticas relacionadas a agenda do profissional e a alta demanda assistencial, a subcategoria **Alta rotatividade de recursos humanos** emerge das falas dos profissionais com razoável frequência (Tabela 3) e intensidade (Gráfico 3), e citada pela maioria das categorias profissionais (Gráfico 4). Trata-se de uma adversidade vivenciada na APS que tende a prejudicar as ações de EPS, conforme evidenciado em:

Às vezes acabamos tendo meio que guiar algumas atividades sem as equipes das unidades, porque se ficarmos aguardando o melhor momento, nunca vai chegar esse melhor momento. Há equipes que estão esvaziadas, saem muitos profissionais, demora um pouco para serem repostos. Isso é uma dificuldade de fazermos esse processo de matriciamento e de educação permanente. (P1)

...a rotatividade, algumas equipes se perderam. Alguns médicos saíram. Alguns enfermeiros saíram e tal. E a gente se perdeu um pouquinho nisso. Agora que isso foi ruim para nós. (P4)

Teve a médica que participou no primeiro curso, que era sobrepeso e obesidade, mas ela já se desligou da unidade. (P9)

A dificuldade na manutenção dos trabalhadores na APS tem sido apontada como problema crônico e crítico no SUS, impactando negativamente os processos de trabalho e proporcionando rupturas no cuidar em saúde e na qualificação profissional. Neste sentido, a falta de recursos humanos é identificada por profissionais da APS como um limitador para as ações de EPS nas equipes, prejudicando a construção e manutenção desses espaços (FERREIRA et al., 2019; RADDATZ, 2014).

Além disso, percebe-se que a escassez ou alta rotatividade de profissionais na APS acarreta instabilidade nas equipes de saúde, impactando o avanço do pleno desenvolvimento do programa de estratégia saúde da família. A forma do contrato de trabalho, o perfil do profissional, condições de trabalho, insatisfação na função desempenhada, fragmentação da formação e estilo de gestão autoritário são alguns dos

fatores que colaboram para a alta rotatividade dos profissionais da área da saúde nos serviços (CAMPOS e MALIK, 2008; MEDEIROS et al., 2010).

Para a categoria médica a precariedade das condições em que atuam, a sobrecarga de trabalho, número elevado de atendimentos, pouca valorização dentro da categoria médica, baixa autonomia para atuação, baixa resolutividade das ações e rede deficitária no que tange ao suporte dos outros níveis de atenção à saúde são alguns dos fatores que justificam a rotatividade médica na APS segundo trabalho de BOURGET (2019). Logo, a alta rotatividade dessa categoria profissional pode provocar quebra do trabalho em equipe, ocasionando constante repactuação e reorganização dos processos de trabalho.

Por se tratar de um problema relevante para o SUS é evidente que estratégias e a construção de políticas se fazem necessárias, vislumbrando desencadear mudanças em relação aos vínculos trabalhistas, combate à precarização e más condições de trabalho e apoio à formação de trabalhadores e gestores da saúde (MEDEIROS et al., 2010).

Por outro lado, não somente a questões de mão de obra são colocadas em evidência pelos trabalhadores, mas também quanto às **Inadequações relacionadas ao espaço físico, infraestrutura e recursos materiais** dos locais de atuação:

Em relação ao nosso território, especificamente, nós não temos espaço para trabalhar, então nós ficamos buscando espaço no território (...) espaços que não eram na unidade, porque não temos espaço dentro da unidade, então eu acho que o nosso maior desafio, que nasce hoje dentro do município é a questão física, de espaço. (P2)

Hoje em dia, as dificuldades que a gente tem, hoje em dia os cursos estão sendo feitos EAD e para fazer isso em horário de trabalho, a gente precisa usar computador, internet da unidade, muitas vezes a gente não tem como fazer isso de uma forma que esteja com um funcionamento pleno. (P6)

Nesse dia, a nossa internet estava muito ruim, então eu não consegui entender o começo da aula, mas ela passou sobre a obesidade, as doenças que vêm junto com a obesidade, mas eu não peguei essa parte. Eu peguei a parte mais de discussão final. O sinal aqui é bem ruim ... (P14)

Nós fazemos uma educação permanente e de repente já estamos fazendo dentro do território. Tem esse dificultador, essa barreira também. De repente falta de materiais, tem essa questão... (P17)

As más condições de trabalho, em especial relacionadas à falta de espaço físico nas unidades de saúde, infraestrutura e materiais inadequados, se somam aos fatores que dificultam o desenvolvimento de práticas de EPS (RADDATZ, 2014). Nesta direção, os profissionais de saúde do presente estudo citaram a falta de ambientes adequados para o desenvolvimento de reuniões de matriciamento com as equipes, além disso enfatizarem a

escassez de computadores e frequente instabilidade de acesso à internet como fatores que inviabilizam, especialmente, as experiências EAD ou as tornaram pouco proveitosas.

Outros estudos corroboram com estes achados, indicando que dificuldades com a estrutura física e falta de recursos materiais são fatores limitantes e que devem ser olhados para que as práticas EPS possam ocorrer de maneira plena (RADDATZ, 2014; MARCON, LOPES e LOPES, 2008). Ademais, tais condições inadequadas também foram elencadas como desafiadoras para que a LCSO seja colocada em prática, impactando o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade (MAXIMIANO, 2016). Com isso, percebe-se que as baixas condições de infraestrutura e de espaço físico se configuram como uma questão importante a ser aprimorada na APS, inclusive, prevista na portaria que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2009b). Quando tal portaria é infringida atinge o cuidado em saúde, inclusive de populações específicas como as com sobrepeso e obesidade, além das repercussões negativas nos processos de trabalho e conseqüentemente no desenvolvimento e execução de ações de EPS.

Ademais, parece que quando as ações de EPS ocorrem fora do local de atuação dos profissionais, isto tende a ser visto como transtorno e dificultador para participação nos processos:

Uma coisa que eu sinto muito de dificuldade é que o curso é marcado para você fazer longe do seu local, onde você está alocado de trabalho. E, querendo ou não, isso demanda deslocar-se para outro território, que traz um gasto incluso com estacionamento, com viagem (...) aí eu tenho que me deslocar até outro município, depois eu tenho que retornar para a unidade onde eu trabalho. Então acaba desanimando. (P8)

Percebe-se que a prática de deslocamento pode gerar custos financeiros adicionais para os profissionais, além do tempo despendido em locomoção impactando na organização do trabalho e conseqüente distanciamento do seu cotidiano do serviço. Sabe-se que os processos de EPS visam as modificações das práticas profissionais e organizativas nos serviços de saúde, e que isso implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo considerar os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores (BRASIL, 2009a).

Neste sentido, parece que aquilo que provoca certo distanciamento da realidade do trabalho, gera desconforto e reflexão sobre práticas descontextualizadas, indo ao encontro a outra subcategoria que emergiu das falas dos trabalhadores a **falta de conexão com a realidade do serviço**, algo vivenciado nos processos de EPS que apareceu de forma

relativamente frequente (Tabela 3) e expresso pela maioria das categorias profissionais (Gráfico 4), conforme observa-se em:

Nós entendemos que a pessoa pode estar na especializada, mas o tempo todo ela está na atenção básica. E nós não discutimos muito isso de como que é esse acompanhamento da pessoa obesa ao longo de todo esse processo. Porque muitas vezes a pessoa acaba ficando só ali na atenção especializada mesmo, porque muitas vezes o profissional na básica não sabe como lidar com tudo isso. Então eu acho que faltou trazer mesmo para nossa realidade. Como tinha muitas pessoas da atenção básica ali, faltou trazer essa realidade. (P1)

Acho que foi uma palestra sobre um tema, mas eu acredito que a educação permanente tem que fazer sentido com o seu cotidiano mesmo, tem que fazer sentido com a sua prática, e não fez tanto. Acho que poderia ter sido melhor. (P10)

Eu achei que agora, para a nossa realidade, que poucos grupos fazem, é complicado, eu acho que para o meu cotidiano eu utilizei pouco. (P13)

Uma dificuldade eu acho que é conseguir trazer esse conhecimento teórico para a nossa prática, para a nossa realidade, a realidade do município, o perfil aqui da comunidade, da UBS também, da organização dos funcionários. Parece que muitas vezes isso não é levado em consideração nos processos educativos... (P16)

Quando a realidade dos indivíduos envolvidos nos processos de EPS não é considerada, fere-se aquilo que é premissa para o desenvolvimento da EP: a aprendizagem deve se desenvolver no e para o serviço, onde o binômio aprender-ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e trabalho (BRASIL, 2009a), visando a promoção a transformação das práticas profissionais de maneira significativa, a partir da realidade vivida pelos trabalhadores, refletindo e problematizando os desafios e experiências do dia-a-dia (CECCIM, 2005).

Nesta direção, em estudo realizado por RODRIGUES (2020), com equipes do NASF-AB, os trabalhadores citaram a essencialidade da realização do matriciamento de acordo com as necessidades vivenciadas e identificadas no contexto da unidade de serviço, território e comunidade, inclusive, considerando o contexto epidemiológico dos territórios. Considerando a alta prevalência de pessoas com sobrepeso e obesidade no território nacional (BRASIL, 2019a, 2022c) este olhar abre a cortina para a priorização das ações e definições de atividades de educação permanente que considerem o cuidado dessas pessoas, além de propiciar articulação no cotidiano do trabalho de maneira interdisciplinar entre as equipes NASF-AB e de estratégia saúde da família.

No que tange a interação interprofissional, **problemáticas relacionadas a integração entre as equipes NASF-AB** também emergiram dentre as falas dos

trabalhadores como algo desafiador para as ações de EPS, exclusivamente entre categorias profissionais que compõem as equipes NASF-AB (Gráfico 4), conforme expresso em:

Nós damos o ponta pé inicial porque, como eu te falei, a saúde da família aqui ainda é muito frágil, a maioria dos profissionais não sabem trabalhar dessa forma, juntos. (P2)

Nós estamos com dificuldade de conseguir, inclusive, um espaço de discussão com as equipes, mas eu acho que nós precisamos garantir espaço de educação permanente e de discussão, mesmo, sobre temas variados, inclusive sobre obesidade. (P3)

Está ficando um pouco diferente porque tem vindo algo mais ambulatorial, não sei quanto ainda teremos essa questão de matriciamento, discussão, sentimos essa pressão, mas a gente ainda está atuando nesse modelo de apoio matricial com as equipes. (P14)

Com o NASF sim. Nós conseguimos conversar entre si sobre esse tema. Mas com as equipes ainda não. Nós respondemos algumas questões pontuais da nutrição com relação ao fluxo. Mas falar sobre esse tema não. (P17)

Verifica-se que dentre as barreiras encontradas foram referidas falhas na comunicação entre as equipes, processo de EPS com a temática de obesidade que são vivenciados entre as equipes NASF-AB, mas não entre as equipes ESF e NASF-AB e incertezas sobre a manutenção do modelo de apoio matricial, com impactos profundo nos processos educativos. O fato dos profissionais reconhecerem tais problemáticas, acaba atestando o reconhecimento de pertença e necessária revisão sobre a articulação entre as equipes.

De mesmo modo, RODRIGUES et al. (2020), ao analisar discursos de trabalhadores em saúde, desvelam a compreensão da importância de integração das equipes e apoio matricial, pontuando um olhar atento no modo de produzir saúde, visando uma construção compartilhada entre as distintas especialidades profissionais. Outro estudo ao analisar a perspectiva interdisciplinar da ESF destacou a necessidade de práticas de EPS como estratégia de enfrentamento das dificuldades de integração entre as equipes, para que a interdisciplinaridade em práticas interprofissionais colaborativas possam ser de fato materializadas no cotidiano das equipes (FARIAS et al., 2018).

Apesar de reconhecida a premissa de suporte às equipes ESF, é sabido que esse processo enfrenta dificuldades para que ocorra de maneira articulada (ANJOS et al., 2013), sendo imprescindível que ocorram mudanças na organização dos serviços e na conduta dos trabalhadores, visando à gestão do cuidado em saúde.

Ademais, MATTOS et al. (2022), em estudo qualitativo de análise documental ao buscar compreender a construção e estabelecimento das equipes de NASF-AB ao longo dos anos, constatou grande engajamento das diretrizes de sua implementação entre os anos de 2008 a 2011, universalização do NASF-AB entre 2012 a 2015 e ampliação do apoio entre 2016 a 2018, porém, a partir de 2019, evidenciou uma era de políticas de desmonte do NASF-AB, apontando para mudanças de orientação ao longo dos anos de existência da equipe, especialmente em relação ao conceito do apoio matricial e suas duas dimensões, técnico-pedagógica e clínico assistencial. O estudo ainda demonstra os efeitos do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019b) sobre o NASF-AB, que se materializaram na redução das equipes entre os anos de 2020 e 2021 de modo a ocasionar um reposicionamento e rompimento em algumas das intervenções do NASF-AB no SUS (MATTOS et al., 2022).

Assim, as dificuldades relacionadas à integração entre as equipes ESF e NASF-AB associadas às novas diretrizes políticas possuem o potencial de afetar diretamente os processos pedagógicos e clínicos assistenciais que envolvem tais equipes. O enfoque na produtividade também influencia a forma de interação entre os profissionais, gerando tensões entre uma prática interprofissional mais colaborativa e uma prática mais tradicional, centrada em procedimentos (MATUTA et al., 2015). Conseguir modular as diversas possibilidades de intervenção é fruto de uma construção diária, a partir de revisão das macropolíticas atuais, além de remodelações da micropolítica do trabalho interprofissional, sendo que apoiadores e apoiados precisam também estar abertos ao encontro, a corresponsabilização e a colaboração.

Além disso, o **direcionamento das ações de educação permanente em saúde voltadas para categorias profissionais específicas** emergiu de maneira frequente dentre as falas dos trabalhadores (Tabela 3) e para a maioria das categorias profissionais entrevistadas (Gráfico 4). Enquanto que **processos com metodologias e conteúdos considerados inadequados**, apareceu de maneira não tão frequente (Tabela 3), porém muito citada dentre a categoria dos nutricionistas (Gráfico 4).

Observa-se dentre as falas analisadas que processos educativos vivenciados pelos entrevistados, especialmente relacionados à temática de obesidade e a LCSO, são direcionados a categorias profissionais específicas (nutricionistas e profissionais de educação física, além de médicos) e com uso de metodologias que promovem baixa

participação e interação entre os educandos, como palestras e apresentações exclusivamente expositivas. Tais ponderações são observadas em:

Mas os conteúdos em si realmente não foram tão agregadores. Porque acabou sendo uma coisa muito específica do médico, muito médico centrado e não fez tanto sentido mesmo. (...) Foi em formato de palestra, o evento todo. Não teve nenhuma metodologia ativa, dinâmica, nós não participamos ativamente de nenhum dos temas. Foi realmente só palestra. Você vê que não faz tanto sentido... (P1)

...eu acho que sai muito fora, fica muito no teórico, então acho que até por isso os profissionais não gostem tanto e não achem importante fazer as capacitações. (P2)

Eu acho que desmistificar algumas questões que eles têm, principalmente, em relação à questão da especialidade, de entender o cuidado mais integral do sujeito, entender que qualquer pessoa pode oferecer algo em qualquer questão, qualquer profissional da saúde (...) compartilhar o conhecimento com as outras especialidades, para elas não fiquem em um trabalho só focado no nutricionista. (P3)

Então, a questão da obesidade acaba ficando sempre voltada para uma questão da nutrição e do educador físico, pensando nas atividades físicas. (P4)

Na verdade, ajudaria muito se a capacitação fosse para todos, não apenas para categorias específicas. Que todas tivessem o mesmo compromisso. (P8)

Eles fazem uma apresentação básica sobre o tema, às vezes, é muito médico. Por exemplo, o último que tivemos eu achei muito voltado para o médico, fala bastante de medicação, da cirurgia bariátrica, de exame, então nós ficamos meio perdidos, dá uma fugida. (...) Tem alguns que são bem fechados mesmo, por exemplo, se uma ACS ou um outro profissional estivesse assistindo, não tem como você manter a atenção naquilo, porque não vai nem ser efetivo no trabalho. (P14)

Não ser focada apenas para especialistas ou para pessoas que já estão nessa área, como normalmente acontece. (P18)

É sabido que há uma associação do cuidado e referenciamento das pessoas com sobrepeso e obesidade como atribuição quase exclusiva do profissional nutricionista (ARAÚJO et al., 2019) ou, por vezes, do educador físico, podendo gerar falta de corresponsabilização pelo cuidado dos usuários (JESUS, 2022 et al.; MATUTA et al., 2015), além de tensionar que os próprios processos de EPS, relacionados à obesidade, sejam direcionados para tais categorias profissionais perpetuando um modelo de cuidado com ações que não privilegiam a interdisciplinaridade, especialmente necessária para o cuidado das pessoas com obesidade devido ao caráter multifatorial dessa condição em saúde (BRASIL, 2014a; BURLANDY et al., 2020).

Nesta direção, a percepção dos profissionais sobre o papel da ESF no enfrentamento da obesidade indica desafios na efetivação de um trabalho interdisciplinar e intersetorial (MAXIMINIANO, 2016; FIGUEIREDO et al., 2020). Em estudo de FARIAS et al. (2018) é verificado a existência de obstáculos para interdisciplinaridade no cotidiano de

trabalhadores da ESF relacionando-as ao modelo das graduações em saúde e insuficiência de EP voltada à interprofissionalidade, evidenciando a necessidade de readequar o modelo formativo vigente nos cursos de graduação em saúde, melhorar iniciativas da gestão que viabilizem a integração entre os profissionais e mudanças nas práticas de EPS que fomentem que os profissionais assumam uma relação de diálogo entre os pares e partilhem saberes, promovendo integração e corresponsabilização para o cuidado em saúde.

Quanto às metodologias empregadas para os processos educativos, outros estudos apontam a ocorrência de ações pontuais e expositivas que envolvem a temática da obesidade (FIGUEIREDO et al., 2020), baseados na educação tradicional com uso de técnicas de transmissão de informações, fragmentação disciplinar e alheias à centralidade no cotidiano de trabalho, sem problematizar ou reconhecer questões do território como disparadores de conhecimento (MAGALHÃES et al., 2022). Neste sentido, as metodologias ativas têm sido empregadas como método alternativo a esse modelo tradicional. Em estudo de revisão sistemática de JACOBOSKI e FERRO (2021) evidenciou-se as potencialidades de tal metodologia, que corroboram e confluem com os preceitos da EPS e propõem uma educação centrada no aprendiz e no processo de ensino-aprendizagem. Ademais, aproximam os profissionais da saúde do olhar para a sua realidade, colaborando para desenvolver pensamentos críticos para resolução dos problemas enfrentados por eles (LUZ et al., 2020).

Quanto aos conteúdos abordados nos processos de EPS, no que tange a obesidade e LCSO, segundo a percepção dos trabalhadores entrevistados, estes são considerados ora repetitivos ora muito direcionados a cirurgia bariátrica e fluxo de encaminhamento:

...Mas foi muito voltado para a cirurgia bariátrica, tipo o que é bariátrica, quais são os cuidados. Foi mais voltado mesmo para a cirurgia bariátrica, não tanto para o cuidado ambulatorial, para o cuidado da atenção básica. (P1)

O que acontece é que às vezes vamos para essas educações permanentes, já é falado o que sabemos. Eu acho que precisa trazer coisas mais novas...(P10)

O que tem se falado bastante é do fluxo da cirurgia bariátrica... (P16)

...que essa tem sido uma prioridade nessa questão da obesidade. Eu acho que estão direcionando muito os profissionais quanto ao fluxo da bariátrica. (P17)

O único momento que eu participei de alguma coisa parecida com esse tema foi sobre uma discussão de fluxo sobre as cirurgias bariátricas e os atendimentos. Foram todos os psicólogos e nutricionistas aqui do território que participaram. (P18)

O fato dos processos de EP relacionados a LCSO darem ênfase à cirurgia bariátrica revela o quanto a discussão dos processos de trabalhos e intervenções em saúde, direcionados ao cuidado das pessoas com obesidade, são enfocados na perda do peso corporal como principal desfecho de tratamento. Certamente faz-se necessário discutir a temática de cirurgia bariátrica nos processos educativos relacionado a linha de cuidado, contudo, dado que tal intervenção é necessária para uma parcela mínima de pessoas com essa condição, o destaque nos processos educativos não deveria ser para tal procedimento, especialmente, quando direcionados ao público pertencente a equipe multiprofissional.

Parece haver certa hegemonia da concepção de obesidade como risco à saúde nas políticas que orientam o trabalho no SUS, que por sua vez coloca ao profissional de saúde o papel de normatizar os corpos através de intervenções com enfoque na perda de peso corporal (JESUS et al., 2022), que por sua vez, reverbera nos processos de EPS. Ademais, as raízes do desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade, determinadas socialmente, o ambiente alimentar, políticas públicas de enfrentamento e controle da obesidade, a integralidade do cuidado, longitudinalidade, trabalho multidisciplinar, foco na noção de redes de atenção, linha do cuidado e culturas alimentares e corporais são alguns dos itens que não são tomados como objeto das discussões em EP (MAGALHÃES et al., 2022).

Nesta direção, os profissionais entrevistados, apontam alguns conteúdos e abordagens que não estão sendo trabalhados nos processos educativos, embora percebidos como necessários, tais como: como se dá o acompanhamento da pessoa com sobrepeso e obesidade nos diversos pontos da LCSO; olhar para questões comportamentais e psicológicas; como desenvolver atividades coletivas voltadas às pessoas com obesidade; e compartilhamento de experiências bem sucedidas que podem inspirar novas práticas para cuidado desses indivíduos. Tais ponderações são observadas em:

Nós entendemos que a pessoa pode estar na especializada, mas o tempo todo ela está na atenção básica. E nós não discutimos muito isso, de como que é esse acompanhamento da pessoa obesa ao longo de todo esse processo. (...) Eu acho que faltou falar mesmo do acompanhamento dessas pessoas na atenção básica, desde o início, como você vai entender o problema primeiro, até chegar na bariátrica, o que podemos tentar trabalhar antes de chegar na bariátrica ... (P1)

Mas, como psicóloga, eu sinto um pouco de falta também desse olhar das questões mais psicológicas, mesmo, que faz as pessoas terem essa questão da compulsividade, de uma alteração de humor, mesmo, que acaba interferindo no tratamento, na autoestima (P3)

Mas o que eu acho que hoje está faltando nas ferramentas de educação permanente é a apresentação de experiências bem-sucedidas (...) eu gostaria de conhecer outras experiências para saber se... pode ser que, dentro daquilo que eu tenha na minha

cabeça, já tenha acontecido isso em algum lugar no mundo ou no Brasil. Eu não sei, mas eu gostaria de ver isso no [aspecto] de educação permanente. (P9)

Eu acho que faltou um pouco isso. Como fazer dinâmicas em grupo, com o paciente, que é a proposta da linha de cuidado. (P10)

Assim, as narrativas evidenciam que a forma com que são desenvolvidas as práticas de EPS e seus conteúdos, são relevantes para os trabalhadores e merecem um olhar ampliado, a fim de que as práticas em saúde direcionadas às pessoas com sobrepeso e obesidade sejam potencializadas, a partir de reflexões críticas, profundas e problematizadas dos trabalhadores. Ademais, os profissionais de saúde evidenciaram que além das problemáticas que permeiam “o como” os processos de EP são desenvolvidos, a frequência de tais ações estão aquém das expectativas, emergindo a subcategoria **Baixa frequência das ações de educação permanente em saúde relacionadas ao tema sobrepeso e obesidade**, observado a partir das falas:

É difícil, nós temos muita dificuldade de conseguir fazer isso assim com a frequência que gostaríamos, mas vez ou outra nós conseguimos (...) São espaços bacanas para eles [referindo-se às reuniões de matriciamento], mas não acontecem tanto quanto deveriam acontecer. (P1)

Especificamente, da obesidade, nós nunca chegamos a promover um espaço de discussão específico sobre o tema (...) Apesar de ser também um espaço educativo, as reuniões de equipe, mas não vem como uma proposta de educação permanente pautada nesse tema não, raro acontecer. (P3)

Quando a gente fala em educação, eu já participei de como recebedora de diversos outros temas, mas de sobrepeso e obesidade não. (P4)

De quatro anos que eu estou dentro do NASF, eu participei de uma e vou participar agora de outra. Somente duas. Na minha opinião, eu acho pouco. Principalmente quando você tem uma linha de cuidado da obesidade, essa educação permanente, ela quase não acontece para o profissional. (P10)

Eu ainda não tive nenhum tipo de educação permanente mais voltada para isso, especificamente, desde que eu entrei para essa linha de cuidado. (...) Ainda não aconteceu nesse tempo que eu estou no NASF. Eu ainda não vi acontecer nenhum tipo de capacitação nesse sentido. (P11)

Olha a importância da educação permanente, que eu espero que não seja só em uma oficina de obesidade. Porque muitas vezes é assim que acontece. (P12)

Eu sou muito a favor de educação permanente. E eu acho que é um tema muito pouco abordado (...) eu nunca participei de nenhuma educação permanente voltada para esse tema. Na verdade, eu acho que do tempo que eu estou aqui teve uma. (...) Esse tema em específico, eu acho que nós nunca paramos para debater na equipe do NASF, ou até nas equipes de saúde da família. (P18)

Corroborando com os presentes achados, FIGUEIREDO et al., (2020), em estudo qualitativo a partir de percepção de trabalhadores da ESF, identificou ausência de processos de EP tendo a obesidade como tema principal ou ações educativas pontuais e expositivas

que envolviam obesidade como tema secundário. Sob encomenda do Ministério da Saúde foi realizada uma investigação com 259 profissionais de saúde de nível superior, com exceção do nutricionista, que trabalhavam na assistência à população adulta com doenças crônicas no SUS, incluindo a obesidade, com o objetivo de identificar se, as práticas clínicas, eram realizadas orientações em relação à alimentação e quais os seus conteúdos. Dentre os achados quase a totalidade de profissionais (99,4%) consideraram que durante o atendimento aos indivíduos com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus é necessário realizar orientações alimentares, todavia, somente cerca de 15% sentiam-se totalmente qualificados para realizá-las e quase metade dos participantes (48,8%) apontam a falta de capacitações em serviço relacionadas à temática (BRASIL, 2022c).

Cada vez mais estudos têm demonstrado a necessidade de investimentos que priorizem a temática da obesidade em processos de EPS voltados aos gestores e profissionais de saúde (FIGUEIREDO et al., 2020; JESUS et. al, 2022; MAXIMIANO, 2016; MAGALHÃES et al, 2022; JESUS, et. al, 2022; LOPES et al., 2021), alinhando-se a portaria nº 424 de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013a), que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da RAS das pessoas com doenças crônicas, e coloca em destaque a formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da PNEPS.

Por sua vez, a baixa frequência de ações de EPS relacionados a obesidade e LCSO, elencadas pelos profissionais entrevistados, dentre outros fatores, também foi associada a falta de priorização e planejamento vindo da gestão, emergindo a subcategoria **Baixo engajamento da gestão local**, conforme observado em:

Ter espaços mais abertos para discutir esses temas. Mas não vejo isso como uma aposta, no município... (P3)

...eu como profissional me sentia meio que abandonada no processo de educação permanente (...) E eu vivia fazendo educação permanente [referindo-se a outro local de atuação]. A minha enfermeira vivia fazendo educação permanente. Parece que aqui a gestão não acha relevante. (...) Como é que eu vou exigir de um profissional que ele atenda bem, que ele faça um bom serviço, se eu não promovo para ele um aprendizado, um aprimoramento, uma capacitação? Como que vai ter essa exigência de lá? (P12)

Eu acho que o fato de não ter tido esses processos, de não ter tido a educação permanente, eu acredito que talvez, eu vou ser sincera, falta de preparo de quem está acima de nós lá na Secretaria de Saúde. Porque quem está lá tem que ter esse olhar. Não está tendo agora esse olhar? (...) E quando acontece alguma educação

permanente, por exemplo, vinda do Departamento, do Gabinete, vamos dizer que é muito em cima da hora, que eles avisam. Não há planejamento da gestão. (P18)

À nível da gestão local tem-se evidenciado que ações de incentivo e apoio às práticas de EPS ainda estão aquém do esperado (OLIVEIRA; SANTOS, 2021) ou, por outro lado, observa-se que há um empenho, por parte da gestão, em oferecer atividades de EPS, porém, muitas vezes, não são planejadas de forma adequada ou avaliadas quanto sua efetividade (SILVA et al., 2020).

Em contrapartida, sabe-se do potencial das ações de EPS como ferramenta de gestão (LAMANTE et al., 2019), especialmente pelo fato de ser um espaço reflexivo, que deve ser encarado pelos gestores como prática que se realiza para melhorar o fazer do dia a dia da prática assistencial, que visa a resolução de problemas que até já tinham sido identificados, embora não houvesse espaço e nem ferramentas para buscarem soluções coletivas anteriormente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Logo, as ações de EPS não devem surgir de necessidades individuais ou da gestão, mas sim a partir da problematização do próprio fazer (BARTH et al., 2014). Neste sentido, no presente estudo, verificou-se que a temática da obesidade foi apresentada como necessidade a ser discutida nos processos educativos, especialmente, pelo fato de parte dos profissionais se sentirem inseguros no atendimento dessas pessoas e reconhecerem outros desafios implicados ao processo de trabalho e cuidado das pessoas com excesso de peso, evidenciando que o apoio da gestão torna-se elementar, inclusive para superação de outros desafios tensionados neste trabalho, como agenda profissional sobrecarregada, direcionamento de ações de EPS voltadas a categorias específicas e baixas ações de EPS com o tema de obesidade.

Por fim, os profissionais entrevistados também atribuíram como barreira para as práticas de EPS fatores associados ao âmbito individual dos próprios trabalhadores, como a não valorização dos processos educativos e falta de motivação e/ou interesse para tais práticas educativas relacionadas à temática de obesidade, resultando na subcategoria **Baixa motivação e interesse pelos processos educativos com a temática de sobrepeso e obesidade**, conforme observado em:

... os profissionais de saúde não dão valor às capacitações, essa é a minha percepção, eles não gostam de participar disso. Eu não sei como poderia melhorar isso, eu não consigo visualizar. (P2)

... nós não conseguimos, ainda, sentir das equipes um interesse nesse tema [obesidade]. (P3)

... nem sempre as pessoas estão muito dispostas a discutir, a parar e a ouvir, a pensar, a propor, a ouvir pessoas que estão estudando coisas diferentes, em especial sobre obesidade. Por exemplo, eu não entendo nada da questão do estigma, por exemplo, das pessoas com obesidade. Não vejo outras pessoas querendo dialogar sobre... (P9)

O que eu reparo, que eu acho que isso é uma coisa até falha, eu não sei se é o processo, ou as pessoas que participam. Eu vejo que muitos iniciam os cursos, as oficinas, e não concluem. (...) Então, eu não sei se falta um pouquinho de incentivo, motivação, ou alguma outra coisa. (...) Eu fui porque é de grande interesse para mim. Mas de repente não pode ser para o outro participar deste tema [obesidade]. De repente ele queria outro. (P13)

RADDATZ (2014) em estudo com profissionais da APS, visando discutir as ações de EPS, também verificou como limitador para desenvolvimento de tais práticas a falta de motivação dos trabalhadores em saúde. Sabe-se que a motivação é impulsionada a partir do momento em que se busca algo que faça sentido para os indivíduos ou grupo de pessoas envolvidas, podendo resultar em melhores sentimentos associados às condições e organização do trabalho e, conseqüentemente, atuações mais comprometidas e promissoras nesse contexto (SANTOS; MIRANDA, 2007). Logo, é essencial que os profissionais de saúde estejam motivados, sobretudo acerca dos processos de EPS, para que estes possam atuar de maneira mais engajada, especialmente almejando uma busca contínua a respeito de melhorias acerca da gestão dos processos de trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo percorrido para a construção dessa dissertação de mestrado, que teve início a partir da vivência como bolsista extensionista e facilitadora de processos de qualificação profissional na região do Grande ABC Paulista, chega ao seu fim com diversas reflexões, descobertas e novas inquietações.

Tal experiência foi proporcionada pelas ricas contribuições, individuais e coletivas, através de encontros e trocas com os profissionais de saúde entrevistados e grata colaboração dos gestores dos municípios envolvidos, além da experiência no cotidiano do serviço da APS, leituras diversas sobre a temática de estudo, discussões e reflexões em disciplinas cursadas e constantes debates com a orientadora deste mestrado. Todos esses fatores foram fundamentais para trazer à luz o papel da EPS como componente essencial para organização e produção do

cuidado para pessoas com sobrepeso e obesidade, a partir de estudo de caso na região do Grande ABC Paulista.

A obesidade foi concebida pelos profissionais de saúde como fenômeno multifatorial, além do reconhecimento de princípios norteadores para o cuidado oferecido às pessoas com excesso de peso, tais como acolhimento, humanização, integralidade, longitudinalidade, intersetorialidade e necessidade de abordagem multidisciplinar e multiprofissional, o que poderá colaborar para a efetivação de uma linha de cuidado estratégica e condizente com as reais necessidades da população. A vigilância alimentar e nutricional, abordagem coletiva no manejo da obesidade e uso de práticas integrativas complementares (PICS) foram práticas elencadas pelos profissionais de saúde como fundamentais para a produção do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade e constatadas como inerentes ao âmbito da APS, conforme preconizado pela linha de cuidado.

Entretanto, ainda há predominância de práticas assistenciais unidimensionais, com orientações focadas na perda de peso e responsabilização individual, nas quais os usuários com obesidade foram vistos negativamente como passivos e despreocupados no cuidado, verificado a partir de falas estigmatizantes sobre as pessoas com sobrepeso e obesidade, o que pode contribuir para uma prática de cuidado insuficiente e fragmentada, que caminha em direção oposta as premissas da LCSO.

Constatou-se que profissionais de saúde que possuem formações de base tradicionalmente ligadas à temática de obesidade, como nutricionistas e profissionais de educação física, possuem maior segurança ao ofertar ações de cuidado às pessoas com excesso de peso, contudo, houve predominância do sentimento de insegurança por parte dos trabalhadores, que apontaram a necessidade de ações educativas voltadas à qualificação profissional, que colaborem para sobrepujar tal desafio identificado e para o enfrentamento de outras fragilidades mencionadas, como baixa organização da rede assistencial, invisibilidade desses sujeitos na APS e desconstrução de atitudes negativas e estigma do peso corporal presentes no cuidado ofertado.

Os profissionais de saúde reconhecem o papel da EPS como componente essencial da organização e produção do cuidado para pessoas com sobrepeso e obesidade. Contudo, há dualidade nas concepções sobre o desenvolvimento dos processos educativos, ora compatíveis com práticas da EPS - colocando o cotidiano do serviço como eixo pedagógico, busca por mudanças na lógica do trabalho e pautados no ensino-aprendizagem problematizador

significativo - ora com premissas condizentes a práticas de educação continuada, baseadas na atualização de conteúdos e modelo de transmissão de conhecimento sendo o educando um mero sujeito passivo. Orientar os serviços de saúde pela lógica da PNEPS é algo complexo, pois está diretamente relacionada a sua dimensão política, ideológica e conceitual, que parece ainda não estar bem consolidada, quando considerado seus princípios e diretrizes que nem sempre são percebidos e vivenciados pelos trabalhadores em saúde.

Os processos de EPS foram considerados potentes para a transformação das práticas e da lógica de trabalho, para a difusão e elaboração de materiais de apoio relacionados à temática da obesidade, bem como fundamentais para apoio à organização da LCSO. Já os atendimentos compartilhados multiprofissionais, as reuniões de matriciamento e oficinas temáticas estes foram os principais espaços identificados como promissores para a ocorrência dos processos de EPS, especialmente por proporcionarem problematizações, trocas de saberes e pactuações que permitam modificações no processo de trabalho que envolvem a temática de sobrepeso e obesidade.

Contudo, ainda sim esses espaços foram considerados pouco frequentes, estando aquém da necessidade percebidas pelos profissionais, evidenciando que ainda são necessárias maior valorização e priorização por parte da gestão, além da proposição de alternativas que permitam sobrepujar barreiras como agendas profissionais sobrecarregadas e inadequações relacionadas ao espaço físico e infraestrutura, que também dificultaram a ocorrência das ações de EPS, segundo a percepção dos trabalhadores entrevistados.

Não foram encontrados estudos na literatura que analisassem o papel da EPS perante a implementação da LCSO, assim, espera-se que o presente trabalho possa ter contribuído para o preenchimento dessa lacuna, além de embasar a construção de novas políticas públicas que minimizem os desafios encontrados que perpassam as práticas de EPS, que tenham por objetivo a qualificação profissional desenvolvida a partir do cotidiano dos serviços, que considerem que as realidades do trabalho não são dadas e sim produzidas, que possam apoiar e fazer sentido aos trabalhadores, para que estes se sintam mais seguros frente a produção e organização do cuidado oferecido às pessoas com sobrepeso e obesidade e não perpetuem uma lógica de cuidado fragmentada, unidimensional e estigmatizante.

Por fim, por ser um estudo de caso com recorte específico, apresenta limitações no que diz respeito à universalização dos seus achados, porém proporciona subsídios para novas pesquisas, a fim de explorar não somente como são percebidos os processos de EPS

relacionados à obesidade, mas os caminhos necessários para o aprimoramento de tais processos, considerando o sistema de saúde vivo chamado SUS, a integração em rede além da participação social.

6. REFERÊNCIAS

ALIMENTANDO POLÍTICAS. Sindemia Global: um sumário executivo para decisões políticas sobre alimentação. A Sindemia Global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas - relatório da Comissão The Lancet. Alimentando Políticas, 2019. 20 p.

ANJOS, K.F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, pp. 672-680. 2013 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dCKCW6Y3pXzRpKhD6nChYvy/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 21 novembro 2022.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.281-290, 1995.

ARAÚJO, F.K. et al. Atenção nutricional para obesidade em unidades básicas de saúde. **Rev. Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 13, v. 79:385-393, 2019.

ASKARI, M. et al. Ultra-processed food and the risk of overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **International Journal of Obesity**, v. 44, p. 2080–2091, 2020.

ASSIS, CN. **Práticas de cuidado às pessoas com excesso de peso no sistema saúde: onde ficam os sujeitos e a subjetividade?** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017.

BAHIA, L. et al. The costs of overweight and obesity related diseases in the Brazilian public health system: cross sectional study. **BMC Public Health**, v. 12, nº. 440, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Edições 70, LDA. 2009, 281p.

BARTH, P.O.; AIRES, M.; SANTOS, J. L. G. dos; RAMOS, F. R. S. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 16, n. 3, p. 604–11, 2014. DOI: 10.5216/ree.v16i3.22020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/22020>. Acesso em: 12 dez. 2022.

BISPO JUNIOR, J.P & MOREIRA, D.C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, nº. 9, abr. 2017.

BOURGET, M.M.M. **Fatores de permanência e desligamento de médicos em serviços de atenção primária à saúde na zona Leste do município de São Paulo**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF, 2009a. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília, DF, 2009b. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília (DF), 2011a. 160 p.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015.** Brasília, DF: CAISAN, 2011b. 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF), 2012a.** 84 p.

BRASIL. Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. **Manual orientador para aquisição de equipamentos antropométricos.** Brasília. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº424, 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, DF, 19 mar. 2013a. p. 7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília (DF) Ministério da Saúde, 2013b. 30 p.

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 (DF), 2014a. 120 p.

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

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da saúde. Brasília (DF), 2ª ed., 2014c. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 214 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília (DF), 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº2436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017. p. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 73 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26./2018 - Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS**. 2018b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Atenção primária à saúde e informações antropométricas**. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019a. 66 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília, DF, 2019c. 150 p.

BRASIL. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. 120 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças**

crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030. Documento apresentado para consulta pública. Brasília (DF), 2020b. 122 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021.** Brasília (DF), 2022a. 77 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas [recurso eletrônico].** Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2022b. 30 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde.** Brasília (DF), 2022c. 55 p.

BRITTEN N. Entrevistas qualitativas (capítulo 2). In: Pope, C. & Mays, N. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. Trad. Ananyr Porto Fajardo - 3.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2006. 172 p.

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, nº. 3, jan. 2020.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.42, n.2, p. 347-68, 2008.

CAMPOS, S. da S. et al. Num relance de olhar... a estigmatização das pessoas gordas: do passado aos dias de hoje. **Rev. Hupe**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.90-96, 2015.

CANELLA, D.S., NOVAES, H.M.D. & LEVY, R.B. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, nº. 11, p. 2331-2341, nov. 2015.

CANUTO, R. G.A. et al. Nutritional intervention strategies for the management of overweight and obesity in primary health care: A systematic review with meta-analysis. **Obes Rev.** v. 22, n. 3, e13143, 2021.

- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.
- CONSORCIO INTERMUNICIPAL DO GRANDE ABC. O ABC. [s.d.]. Disponível em: <https://consorcioabc.sp.gov.br/o-grande-abc>. Acesso em: 24 de fev. 2021.
- DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Tradução de Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DIAS, P.C., et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 33, nº 7, 2017.
- DIETZ, W.H. et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. **The Lancet**, v. 385, n. 9986, p. 2521-2533, 2015.
- DIMITROV, U. M. et al. Health at Every Size®-Based Interventions May Improve Cardiometabolic Risk and Quality of Life Even in the Absence of Weight Loss: An Ancillary, Exploratory Analysis of the Health and Wellness in Obesity Study. **Front Nutr**, v. 9:598920.2022. Doi: 10.3389/fnut.2022.598920.
- ESTIVALETI, J.M., GUZMAN-HABINGER, J., LOBOS, J. *et al.* Time trends and projected obesity epidemic in Brazilian adults between 2006 and 2030. **Sci Rep**, v. 12, n. 12699. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41598-022-16934-5>>. Acesso em: 30 dez. 2022.
- FARIAS, D.N. et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.
- FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, março. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- FEUERWERKER, L.C.M. & CAPOZZOLO A.A. Atenção básica e formação em saúde (capítulo 10). In: MENDONÇA M.H.M. et al. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Editora Fiocruz. 2018. p. 291-310.
- FIGUEIREDO, A.T.T., et al. Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. **Rev. de atenção à saúde**. São Caetano do Sul, v. 18, n.64, p. 85-100, 2020.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Rio de Janeiro. Dicionário da educação profissional em saúde: Educação Permanente em Saúde. 2009. Disponível em:

<<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 30 dez. 2022.

GERVAS, J.; MENA, O.P.; MAINAR, A.S. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. **Atención Primaria**, v. 38, n. 9, p. 506-510, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLOBAL HEALTH METRICS. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n 10258, p 1204-1222, 2020a.

GLOBAL HEALTH METRICS. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n 10258, p 1223-1249, 2020b.

GONDIM, S.M.G; FRASER, M.T.D. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Rev. Paidéia**, v.14, n.28, p.139-152, 2004.

GORTMAKER, S.L. et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. **The Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 838-847, 2011.

HAWKES, C. et al. food policies for obesity prevention. **The Lancet**, v. 385, n. 9985, p. 2410-2421, 2015.

HENRIQUE, D.C. et al. Utilização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica (PMAQ-AB) na organização da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade (capítulo 14). In: Akerman M. et al. (org.). *Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS – Vol. I - A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica (PMAQ-AB) para a avaliação da atenção primária em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2020. 460 p.

JACOBOSKI, R; FERRO, L.P. Educação permanente em Saúde e Metodologias Ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e39910313391, 2021.

JAIME, P.C. et al. Brazilian obesity prevention and control initiatives. **Obesity Reviews**, v. 14 (Supl. 2), pp. 88–95, nov. 2013

JESUS, J. G. L de et al. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. **Saúde em Debate** [online], v. 46, n. 132, p. 175-187, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213212>>. Acesso em: 21 novembro 2022.

JESUS, J.G.L. **As contradições intrínsecas ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: um olhar a partir do cuidado da pessoa com obesidade.** 140pp. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

LAMANTE, M.P.S. et al. Educação permanente e as práticas em saúde: concepções de uma equipe multiprofissional. **Rev. Pesquisa Qualitativa.** São Paulo, v. 7, n.14, p.230-244, 2019.

LEOPARDI, M.T. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Editora Pallotti; 2001. Vilela PF, Souza AC. [Liderança: um desafio para os enfermeiros recém-formados]. Ver. *Enferm. UERJ*;18(4):591-7. 2010.

LINHA DE CUIDADO. Brasília, c2023. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>>. Acesso em: 08 abr.2023.

LOPES, et al. Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. **Family Practice**, v. 38, n. 1, p. 4–10, 2021.

LOUZADA, M.L.D.C et al. The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil. **Public Health Nutr**, v. 21, n. 1, p 94-102, 2018.

LUCCHESI, R. *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

LUTOSA, C.F. & CASTANHAR, J.C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Rev. Adm. Pública.** Rio de Janeiro, vol. 37, nº.5, pp. 969-992, 2003.

LUZ, K.E.S., et al. Aplicação de metodologias ativas em núcleo de educação permanente nas organizações de saúde. **Rev. Eletrônica acervo Saúde**, Belém, v. sup. n.48, e2832, 2020.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil.** Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde. Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda. Hotel Sheraton, Rio de Janeiro, jun. de 2010. Disponível em:< http://www.cosemsg.org.br/cosems/images/fbfiles/files/artigo_tendencias_EM_REVIS_O.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2022.

- MAGALHÃES, C. G. et al. Educação permanente em saúde no cuidado às pessoas com educaçãoobesidade: uma revisão de escopo. **Rev. Multidisciplinar Em Saúde**, 2(4), 340, 2022.
- MAIA, TM. & TRAMONTT, C.R. Formação da força de trabalho para as políticas públicas de alimentação e nutrição (capítulo 21). In: Jaime PC. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição. Editora Atheneu. 2019.
- MAIA, TM. **Experiências na qualificação da força de trabalho e produção do cuidado em nutrição para a alimentação saudável na atenção primária**. [tese]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2020.
- MANZINI, E.J. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS. Bauru: USC, 2004.
- MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L; LOPES, M. B. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. **Online Braz Jounal Nursing**, v. 7, n.1, jul. 2008. Disponível em:<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing>>. Acesso em: 16 novembro 2022.
- MARTINS, A.P.B. et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 656-665, 2013.
- MATTOS, M.P. de G.; COSER, A.; SOUSA, G.W. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 09, ago, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>>. Acesso em: 20 novembro 2022.
- MATUTA C.C.G et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.20, n.8, p. 2511-2521, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>> Acesso em: 21 novembro 2022.
- MAXIMIANO, T. O. **Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Botucatu, 2016.
- MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Lajeado, v. 15, junho. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>>. Acesso em: 16 nov. 2022.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, E.E. & FEUERWERKER, L.C.M. Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.A. & GOMBERG, E. Informar e Educar em saúde: análises experiências. 1 ed. v.1. Salvador: editora da UFBA, 2012.

MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MONTEIRO, G.T.M. Formulação e análise de políticas públicas. FGV Management — Cursos de educação continuada. 2004.

MONTEIRO, C.A. et al. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome, FAO. 2019a.

MORAES SAKAMOTO, V.T. *et al.* Ações de Educação Permanente no Contexto da Pandemia COVID-19 na Pediatria: Relato de Experiência. **Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde**, v. 1, n. 01, p. 174-184, nov. 2021.

MORÉ, C.L.O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. Ata do 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2015), 2015.

NASCIMENTO, F.A., SILVA, S.A. & JAIME, P.C. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, nº. 12, dez. 2017.

NEVES, V.N.S. et al. A pandemia da covid-19 e a educação na saúde. **Revi. Humanidades e Inovação**, v.8, n.62, out. 2021.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, US, v. 44, p. e32, 2020.

NILSON, E.A.F; GIANICCHI, B; FERRARI, G. et al. A carga projetada de doenças não transmissíveis atribuíveis ao excesso de peso no Brasil de 2021 a 2030. **Sci Rep** v.12, n. 22483. 2022. Disponível em:< <https://doi.org/10.1038/s41598-022-26739-1>>. Acesso em: 30 dez. 2022

OLIVEIRA, I.M.A; SANTOS, J.S. Política de Educação Permanente em Saúde: análise da gestão regional. **Rev. Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.7, n.2, 2021.

OPAS. Organização Pan-America de Saúde. Estratégia para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis. Washington, D.C., 2012. 30 p.

OPAS. Organização Pan-America de Saúde. Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis. Washington, D.C., 2013. 35 p.

PAIM, M.B.K.; FRANCISCO, D. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Rev. Saúde e Sociedade [online]**. São Paulo, v. 29, n. 1, e190227, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>>. Acesso em: 19 dez. 2022.

PAUL-EBHOHIMHEN, V. & AVENELL, A. A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity. **Obesity Facts**; v. 2, nº. 1, p.17-24, 2009.

PINHEIRO, M.C. et al. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. **Rev Panam Salud Publica**, 43:58. 2019.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T.C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.3, set. 2010.

POPE, C. et al. Analisando dados qualitativos (capítulo 7). In: Pope, C. & Mays, N. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. Trad. Ananyr Porto Fajardo - 3.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2006. 172 p.

RADDATZ, M. **Ações de educação permanente em saúde desenvolvidas por equipes de atenção básica em saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

RAMOS, D.B.N. et al . Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e 00116519, 2020.

RAUBER, F. & JAIME P.C. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição voltadas ao sobrepeso e obesidade (capítulo 13). In: Jaime PC. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição. Editora Atheneu. 2019.

RAUBER, F. et al. Ultra-processed food consumption and indicators of obesity in the United Kingdom population (2008-2016). **Plos One**, v. 15, n. 5, 2020.

REA, L. M.; PARKER, R. A. **Desenvolvendo perguntas para pesquisas**. In: Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 57-75

ROBERTO, C.A. et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **The Lancet**, v. 385, n. 9985, p. 2400-2409, 2015.

RODRIGUES, D.C. et al. Educação permanente e apoio matricial na atenção primária à saúde: cotidiano da saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], Brasília, v. 73, n. 6, agosto. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0076>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ROLIM, M.D. et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n° 8, p. 2359-2369, ago. 2015.

SAMPIERI, et al. Metodologia de pesquisa. Trad. Daisy Vaz de Moraes. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. A enfermagem na gestão em atenção primária. Barueri, SP: Manole, 2007.

SANTOS R.P. et a. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Rev Gaucha Enferm**,v. 33, n°4, p.:14-21. 2012

SANTOS, A.R. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: potencialidades e ressignificações. **Rev. enferm UFPE** [online], Recife, v.14:e245355, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245355>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

SCHMIDT, M.I. et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCHWEICKARDT J.; LIMA R.T.S.; CECCIM R.B. et al. **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

SHEKAR, M. & POPKIN, B.M. Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. **Human Development Perspectives**. Washington, D.C.: World Bank Group, 2020. 233 p.

SILVA, E.A. et al. Análise das atividades de educação permanente para profissionais da atenção primária à saúde. **Almanaque multidisciplinar de pesquisa**, Rio de Janeiro, v.7, n°2, 2020.

SILVA, G.M. et al. Obesidade como fator agravante da COVID-19 em adultos hospitalizados: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem** [online], São Paulo, v. 34, março. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02321>>. Acesso em: 14 novembro 2022.

SOEIRO, R.L. et al. Educação em Saúde em Grupo no Tratamento de Obesos Grau III: um Desafio para os Profissionais de Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n° 1, supl. 1, p. 681-691. 2019.

SOUSA, F.O.S. *et al.* O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, nº. 115, p. 1075-1089, dez. 2017.

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.

SWINBURN, B.A. *et al.* Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. **The Lancet**, v. 385, nº 9986, p. 2534-2545, 2015.

SWINBURN, B.A. *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, nº 10173, p. 791- 846, 2019.

TIVERON, J. D. P.; GUANAES-LORENZI, C. Tensões do Trabalho com Grupos na Estratégia Saúde da Família. **Psico**, v. 44, n. 3, p. 391–401, 2013. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12200>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

VENTURA, M.M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**, v. 20, n. 5, p.383-386, 2007.

WCRF - World Cancer Research Fund International. International food policy framework for healthy diets: NOURISHING. 2013. Disponível em: <<http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

WHO – World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, 2013. 55 p.

WHO – World Health Organization. Cardiovascular diseases. Geneva, 2017. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 11 fev. 2021.

WHO – World Health Organization. Noncommunicable diseases. Geneva, 2018a. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> >. Acesso em: 11 fev. 2021.

WHO – World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

YIN, R.K. Case study research: design and methods. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1994.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi- 2.ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001. 200 p.

ANEXOS

Anexo I - Guia de entrevistas (Profissionais de saúde)

I. Seção de Identificação

IP1. Nome:

IP2. Idade:

IP3. Sexo:

IP4. Formação:

IP5. Cargo/função:

IP6. Tempo de atuação neste cargo (meses):

IP7. Local (is) de atuação:

II. Seção Introdutória.

IIIP1: Conte um pouco sobre sua atuação no momento. Em linhas gerais, quais atividades desenvolve no cargo atual?

III. Seção temática obesidade

IIIP1. Em termos de conhecimento teórico/prático se sente seguro ao desenvolver as atividades (atendimentos individual ou coletivo) voltadas às pessoas com sobrepeso ou obesidade em sua rotina de trabalho?

- a. Se não se sente, por qual motivo? O que acha que falta?
- b. Quais os principais desafios/dificuldades no atendimento dessas pessoas?
- c. Em sua opinião, como é a aderência das pessoas com sobrepeso/obesidade ao tratamento ofertado?
- d. **(Para quem relatar dificuldade na adesão):** quais desafios que você acha que são mais associadas a não adesão ao tratamento?
- e. **(Para quem relatar dificuldade na adesão):** Como é para você para fazer o acompanhamento assistencial de alguém que não adere ao tratamento?
- f. Tem algo mais que gostaria de salientar sobre sua relação com os atendimentos com pessoas com sobrepeso/obesidade?

IIP2. Quais materiais, recursos e/ou fontes de informações você costuma buscar para dar suporte ao seu trabalho com a população com sobrepeso ou obesidade?

IIP3. O você conhece sobre atividades/ações de prevenção, controle e enfrentamento do sobrepeso e obesidade no município onde atua?

- a. Como essas ações estão inseridas em seu processo de trabalho?

IIP4. Você sabe se há uma linha de cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade no município onde atua?

- a. Se sim, em linhas gerais conte um pouco como ela funciona.
- b. Como sua atuação profissional (função atual) está inserida na linha de cuidado?

IV. Seção temática educação permanente em saúde e obesidade

IVP1. Você acha pertinente os processos de educação permanente que abordem a temática do cuidado de indivíduos com sobrepeso/obesidade? Por quê?

- a. Quão importante você acha que são os processos de educação permanente em saúde na implementação das ações na linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade? Por quê?

IVP2. Qual(is) característica(s) marcante/importante(s) você identifica em processos de educação permanente em saúde?

IVP3. Costuma participar de processos de educação permanente em saúde relacionados ao tema do cuidado com indivíduos com sobrepeso/obesidade?

- a. Qual(is) tipo(s) de atividade(s) já participou com esta temática?
- b. Qual sua motivação/o que te faz querer participar (ou não) desses processos?
- c. Quando foi a experiência mais recente?
- d. Foi durante seu cargo/função atual?
- e. Com quem? Outros profissionais envolvidos? Quais?
- f. Quanto tempo durou?
- g. Sabe se teve alguma relação com a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade? (Caso haja no município/local de atuação)
- h. Conte um pouco como foi esse processo/atividade?

- i. Qual formato? Se lembra das metodologias/dinâmicas utilizadas?
- j. Qual sua opinião em relação as metodologias/dinâmicas utilizadas?
- k. Lembra de algum conteúdo específico que foi abordado? Se sim, por que ele lhe chamou a atenção?
- l. Sentiu falta de algum conteúdo? Qual (is)? Por que gostaria que ele(s) fosse(m) abordado(s)?
- m. Como você avalia a utilidade desse processo em sua atuação profissional?
- n. Como você avalia a adequação às suas necessidades de aprendizagem: em aspectos contemplou ou não contemplou?
- o. Quanto esse processo de educação permanente em saúde teve conexão com sua realidade (com seu cotidiano de serviço)? Fez sentido para sua prática profissional?
- p. Considera que foi um processo de educação permanente em saúde?
- q. Se sim, por quê?
- r. Se não, por quê?

IVP4. (Para aqueles que participaram de processos de educação permanente com a temática de obesidade): Para você, como é colocar em prática o aprendizado a partir dos processos de educação permanente em saúde relacionados à temática de enfrentamento e controle da obesidade/LCSO que já participou?

- a. Quais as potencialidades encontradas?
- b. Quais as dificuldades encontradas para colocar em prática tais aprendizados?
- c. Na sua opinião, quais propostas/ações você identifica que ajudariam a sobrepujar tais dificuldades?

IVP5. Já passou por algum processo de educação permanente em relação às práticas integrativas complementares?

- a. Se sim, a temática de sobrepeso/obesidade foi abordada nesse processo?
- b. Como foi a abordagem? Como foi discutido o tema?

IVP6. Como você acha que processos de educação permanente com a temática do cuidado com as pessoas com sobrepeso e obesidade poderia contribuir com o trabalho em equipe no cuidado dessas pessoas?

IVP7. (Apenas para profissionais do NASF-AB): Acha pertinente sua equipe NASF promover momentos de educação permanente, voltados ao cuidado com as pessoas com sobrepeso/obesidade, para as equipes que vocês apoiam? Por quê?

a. Você costuma promover/desenvolver esses momentos em sua rotina de trabalho?

Como?

b. Sua equipe NASF-AB costuma promover esses momentos com as equipes que apoia?

c. Se sim, como o tema é abordado? Quais principais estratégias utilizadas?

V. Seção final

VP1. Gostaria de comentar/destacar algo mais sobre algum tema que abordamos nesta entrevista?

(Agradecimentos)

Anexo II - Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP.

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista

Pesquisador: Patricia Constante Jaime

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12785719.9.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.366.472

Apresentação do Projeto:

"Trata-se de projeto de pesquisa, extensão e formação em serviço para apoio e análise da implementação da linha de cuidado. O projeto está estruturado em quatro eixos: Pesquisa e desenvolvimento, Formação, Avaliação e monitoramento e Difusão científica e disseminação. O primeiro eixo, "pesquisa e desenvolvimento", será realizado por meio de um estudo formativo, de delineamento transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa sobre como a atenção básica está organizada para a implementação da linha de cuidado para

sobrepeso e obesidade nos sete municípios da Região do Grande ABC. Serão adotadas três técnicas de produção de dados: (1) análise dos dados de Sistemas de Informação em Saúde (SISAB-AB, SISVAN e outros), (2) análise documental dos relatórios públicos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e de outros documentos que se mostrarem relevantes, tais como do Plano Plurianual (PPA), Lei De Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), e (3) análise

qualitativa com entrevistas semiestruturadas com informantes-chave e observação participante. Haverá uma adaptação e desenvolvimento das tecnologias de educação permanente que será feita com o objetivo de desenvolver, validar e experimentar protocolos de oficinas educativas que possam ser avaliados, replicados e disseminados em contextos comparáveis. O processo de construção e validação dos protocolos das oficinas ocorrerá em três etapas: elaboração do protocolo; pré-teste e validação. Será analisada a validade

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3081-7779

Fax: (11)3081-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.366.472

de conteúdo do protocolo, na qual se analisa a extensão em que o instrumento/protocolo representa o domínio teórico do referencial utilizado para a sua elaboração. Será empregada a técnica de painel de juízes, na qual especialistas nos domínios teóricos adotados em cada um dos componentes temáticos analisarão o protocolo em questão. O eixo "formação" contará com oficinas para os componentes temáticos adotando os

protocolos desenvolvidos e validados na etapa anterior. Para os profissionais de nível superior do NASF-AB e das ESF a formação presencial será de 30 horas, para agentes comunitários de saúde de 8 horas e para gestores também de 8 horas. Para o eixo de

"Avaliação e monitoramento" a abordagem metodológica será de estudo de caso por se tratar de um fenômeno que não pode ser isolado ou dissociado do seu contexto, sendo a unidade de análise os municípios. A avaliação do projeto será feita por meio da estratégia de análise de implantação com abordagem qualitativa e quantitativa. A análise de implantação consiste justamente em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção. O processo de apoio e educação

permanente desenvolvido para implementação das ações da atenção básica da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade será a intervenção analisada. Tradicionalmente, a avaliação em saúde do tipo análise de implantação é baseada em modelos lógicos ou conceituais. A partir das informações geradas na análise formativa inicial do projeto e do referencial teórico do estudo, o grupo de pesquisadores produzirá um modelo lógico que será validado pelo fórum colegiado da pesquisa. O modelo lógico será uma ferramenta visual para rastreamento e avaliação de como as etapas da intervenção foram implementadas e dos resultados produzidos. O modelo lógico possibilitará a definição de indicadores de processo que serão monitorados ao longo do projeto, tendo também como referência os resultados esperados. O quarto eixo "Difusão científica e disseminação" objetiva a difusão científica e disseminação da experiência através de três estratégias: Produção de artigos científicos; Desenvolvimento de uma plataforma eletrônica do projeto desenvolvida e hospedada no site do CEPEDOC- Cidades Saudáveis; e Organização de uma caixa de ferramentas para gestores municipais com vista à prevenção e controle da obesidade".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral do projeto de pesquisa é fortalecer o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional, de promoção da alimentação adequada e saudável e de atividade física e práticas corporais, de gestão do cuidado e manejo da obesidade com abordagem coletiva e de

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.366.472

articulação interprofissional e intersetorial, como componentes de responsabilidade da atenção básica na implementação da linha de cuidado para sobrepeso

e obesidade, pactuada pela Comissão Intergestores Regional do Grande ABC.

Objetivos Secundários:

Os objetivos específicos do projeto de pesquisa são: 1. Fortalecer a gestão local e apoiar os municípios na implementação das ações no âmbito da atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade; 2. Desenvolver estudo de avaliação formativa que envolverá: (i) elaboração de diagnóstico da organização da atenção básica para a implementação da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios estudados; (ii) avaliação sobre conhecimentos, autoeficácia, eficácia coletiva, habilidades e competências dos profissionais de saúde na prevenção e manejo do sobrepeso e obesidade na atenção básica; 3. Adaptar e/ou desenvolver tecnologias de educação permanente para profissionais de saúde que atuam nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e nas Equipes de Saúde da Família e Atenção Básica (profissionais de nível superior e técnico e agentes comunitários de saúde), nas temáticas de vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e de atividade física e práticas corporais, prevenção, gestão do cuidado e abordagem coletiva no manejo do sobrepeso e obesidade e articulação interprofissional e intersetorial; 4. Sensibilizar e capacitar profissionais de saúde que atuam nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e nas Equipes de Saúde da Família e Atenção Básica (profissionais de nível superior e técnico e agentes comunitários de saúde) nos municípios estudados, utilizando as tecnologias educativas desenvolvidas; 5. Sensibilizar e capacitar gestores municipais de saúde (referências municipais em alimentação e nutrição e atenção básica, gerentes de unidades básicas de saúde, coordenadores/referências municipais do Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde ou similares) e de outros setores com potencial interface no tema da obesidade (como gestores da educação, esporte e lazer, transporte e mobilidade, verde e meio ambiente, cultura, membros do grupo de trabalho intersetorial do Programa Saúde na Escola/PSE e dos Centros de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional/CRESAN, dentre outros) para a gestão local de ações intersetoriais voltadas à prevenção e controle da obesidade no território da atenção básica; 6. Desenvolver pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação acerca da experiência de apoio à linha de cuidado para sobrepeso e obesidade, com recorte das ações desenvolvidas no âmbito da

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3081-7779

Fax: (11)3081-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.366.472

atenção básica, nos municípios estudados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Riscos mínimos, decorrente de eventual desconforto e exposição.

Benefícios:

-Para os profissionais de saúde será uma oportunidade de educação permanente em saúde para qualificação do cuidado com melhor desempenho dos trabalhadores, com aumento de conhecimento, autoeficácia, eficácia coletiva, habilidades e competências na prevenção e manejo do sobrepeso e obesidade na atenção básica.

-Para os gestores os benefícios estão associados a qualificação da implementação da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade nos municípios sob sua responsabilidade, bem como o fortalecimento das ações intersetoriais nos municípios e entre os municípios do Grande ABC, por meio da constituição de comitês municipais e de um eixo temático de ação intersetorial no âmbito do Consórcio Intermunicipal Grande ABC, com o foco na promoção da alimentação saudável e da atividade física e práticas corporais e na prevenção da obesidade".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada. Foi apresentada carta de anuência da Comissão Intergestores Regional do Grande ABC, assinada pela diretora técnica de saúde III, Dra. Vânia Soares de Azevedo Tardelli. Os TCLES são apresentados em duas versões: uma dirigida aos gestores e outra dirigida aos profissionais de saúde, adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1322101.pdf	22/05/2019 13:48:30		Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3081-7779

Fax: (11)3081-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.366.472

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais_de_saude.pdf	22/05/2019 13:45:01	DEBORA HENRIQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores.pdf	22/05/2019 13:43:59	DEBORA HENRIQUE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	23/04/2019 14:47:39	DEBORA HENRIQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CNPq_linha_de_cuidado_chamada26_versao_final.pdf	02/04/2019 16:33:12	DEBORA HENRIQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_assentimento_CIR_GrandeABC.pdf	02/04/2019 16:32:52	DEBORA HENRIQUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 04 de Junho de 2019

Assinado por:

José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

Anexo III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Olá! Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa de mestrado intitulada:

"O papel da educação permanente em saúde na implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade nas ações da atenção primária: um estudo de caso na região do Grande ABC paulista."

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: A obesidade é um importante problema de saúde pública no Brasil. A linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade (LCSO) é uma das ofertas tecnológicas inovadoras do Sistema Único de Saúde, visando superar a fragmentação da atenção e gestão à saúde e propondo diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária nas redes de atenção à saúde. A formação da força de trabalho para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma das diretrizes propostas pela LCSO. A pesquisa tem por objetivo geral analisar o papel da educação permanente em saúde na implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade nas ações da atenção primária, tendo como campo de estudo a região do Grande ABC Paulista. Em termos metodológicos será empregada a abordagem qualitativa, utilizando-se de entrevistas em profundidade com profissionais de saúde dos municípios da região do Grande ABC Paulista.

CONTEXTO E CUIDADOS ÉTICOS: A pesquisa deriva de um projeto matriz, denominado "Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC Paulista", coordenado pela Prof.^a Dr.^a Patrícia Jaime, sendo a Universidade de São Paulo (USP) a instituição executora e tendo o apoio e financiamento do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Por se tratar de um recorte analítico dentro do projeto matriz, a pesquisa utiliza a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP) (Parecer N° 3.366.472; CAAE N° 12785719.9.0000.5421).

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr.(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr.(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a

qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício. Você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, que absorverá qualquer gasto relacionado e garantindo assim a não oneração de serviços de saúde. A pesquisadora irá tratar sua identidade com respeito e seguirá padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais fornecidos. Seu nome, imagem ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr. (a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Por se tratar de um documento digital, este termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado eletronicamente e você receberá uma cópia deste documento através de seu e-mail.

Estou ciente.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA: Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora Débora Henrique Concha certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente a pesquisadora terá acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Débora Henrique Concha no telefone (11) 99507-4689 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que fica na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 15h, telefone (11) 3061-7779, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho.

Declaro que concordo em participar desse estudo

Nome completo:* _____

Número da Carteira de Identidade ou RG (Registro Geral):* _____

Data do preenchimento deste documento:* _____

Desde já agradeço a sua participação!

Pesquisadora: Débora Henrique Concha (Mestranda em nutrição em saúde pública)

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Constante Jaime (Professora titular do departamento de nutrição da FSP/USP)

CURRÍCULO LATTES DA ALUNA



Débora Henrique

[Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/2762183265020994](http://lattes.cnpq.br/2762183265020994)

ID Lattes: **2762183265020994**

Última atualização do currículo em 23/05/2022

Mestranda em nutrição em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Nutricionista graduada pela FSP/USP e com pós-graduação também pela mesma instituição. Membro do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo - NUPENS/USP. Experiência de intercâmbio, com bolsa mérito acadêmico, pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (Portugal) com ênfase em comunicação e nutrição em saúde pública. Possui participação em congressos e seminários com premiação de trabalhos apresentados. Além de possuir vivências na Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Recentemente participou como facilitadora em processos de educação permanente em saúde com uso de metodologias ativas, no formato presencial e EAD, voltados a gestores e profissionais de saúde da atenção primária. Atualmente exerce cargo de nutricionista em equipe multiprofissional na atenção primária à saúde. Desde graduanda destaca sua profunda paixão e interesse pela saúde coletiva no âmbito da atenção primária em saúde, percorrendo estágios extracurriculares, trabalhos e atividades voluntárias nesta área. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Débora Henrique

Nome em citações bibliográficas HENRIQUE, D.

Lattes iD <http://lattes.cnpq.br/2762183265020994>

Formação acadêmica/titulação

2020 Mestrado em andamento em Programa de Nutrição em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.
Título: O papel da educação permanente em saúde na implementação da linha de cuidado para o sobrepeso e obesidade nas ações da atenção primária: um estudo de caso na região do Grande ABC paulista.
Orientador: Patrícia Constante Jaime.

2018 - 2019 Especialização em Nutrição em Saúde Pública (Aprimoramento profissional), (Carga Horária: 1760h).
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.
Título: Avaliação do conhecimento sobre alimentação saudável em profissionais da atenção básica de Diadema: um olhar sob a perspectiva do Guia Alimentar para a População Brasileira.
Orientador: Patrícia Constante Jaime.
Bolsista do(a): Secretaria de Saúde de São Paulo, SES, Brasil.

2012 - 2017 Graduação em Nutrição.
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.
Título: Consumo de alimentos ultraprocessados em detrimento de habilidades culinárias: revisão de implicações e possibilidades para a atuação do nutricionista.
Orientador: Bárbara Hatzlhofer Lourenço.

CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA

	<p>Patricia Constante Jaime Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D</p> <p>Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/6023019204006612</p> <p>ID Lattes: 6023019204006612</p> <p>Última atualização do currículo em 21/12/2022</p>
<p>Nutricionista graduada pela Universidade Federal de Goiás. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Fez pós-doutorado em Epidemiologia Nutricional pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde - NUPENS / USP e em Políticas de Alimentação e Nutrição pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido. É Professora Titular do Departamento de Nutrição da FSP/USP, com ingresso no quadro docente da unidade em 2003. Foi Coordenadora da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (2011 a 2014). Foi Chefe (2017-2019) e Vice Chefe (2019-2021) do Departamento de Nutrição da FSP e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública (2020-2022). Atualmente é Vice-Diretora da FSP, Vice Coordenadora científica do NUPENS/USP e da Cátedra Josué de Castro de Sistemas Alimentares Saudáveis e Sustentáveis sediada na FSP. É pesquisadora membro do Núcleo de apoio a políticas públicas Escola da Metrópole, do Instituto de Estudos Avançados da USP. Tem experiência no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva, atuando nos temas: políticas de alimentação e nutrição, ambiente alimentar, promoção da alimentação saudável e atenção primária em saúde. Bolsista Produtividade em Pesquisa 1D (Texto informado pelo autor)</p>	
<p>Identificação</p>	
<p>Nome Patricia Constante Jaime</p> <p>Nome em citações bibliográficas JAIME, P. C.;Jaime, Patricia Constante;Jaime PC;JAIME, PATRICIA C.;JAIME, PATRÍCIA CONSTANTE;JAIME, P C;JAIME, P.C.;JAIME, PATRICIA;JAIME, PATRICIA C.;JAIME, PATRÍCIA;JAIME, PATRÍCIA CONSTANTE;JAIME, PATRÍCIA C.;JAIME, PATRÍCIA C.;CONSTANTE JAIME, PATRICIA;PATRICIA, JAIME</p> <p>Lattes iD  http://lattes.cnpq.br/6023019204006612</p> <p>Orcid iD  https://orcid.org/0000-0003-2291-8536</p>	
<p>Endereço</p>	
<p>Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Avenida Dr. Arnaldo, 715 2º andar (Departamento de Nutrição) Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617866</p>	
<p>Formação acadêmica/titulação</p>	
<p>1999 - 2001</p>	<p>Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Correções em medidas de consumo alimentar: aplicação na análise da correlação do consumo de cálcio, proteína e energia com a densidade mineral óssea em homens adultos e idosos , Ano de obtenção: 2001. Orientador: Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Consumo alimentar, inquérito alimentar, DMO. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.</p>
<p>1996 - 1999</p>	<p>Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Consumo de cálcio dietético e densidade mineral óssea em homens adultos e idosos, Ano de Obtenção: 1999. Orientador: Maria de Fátima Nunes Marucci. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: osteoporose, densidade mineral óssea, cálcio, idos. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.</p>
<p>1995 - 1995</p>	<p>Especialização em Nutrição Hospitalar Em Hospital Geral. (Carga Horária: 1788h). Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HCFMUSP, Brasil. Título: Reabilitação nutricional em doentes com câncer de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia e intervenção nutricional especializada. Orientador: Andrea Luiza Jorge.</p>
<p>1990 - 1994</p>	<p>Graduação em Nutrição. Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.</p>