



# Implementação do plano municipal de enfrentamento à obesidade no estado do Espírito Santo: dificuldades, avanços e potencialidades

*Implementation of the municipal plan to combat obesity in Espírito Santo state, Brazil: difficulties, advances and potentialities*

Maria del Carmen Bisi Molina<sup>1</sup>, Carla Moronari de Oliveira Aprelini<sup>2</sup>, Carolina Perim de Faria<sup>2</sup>, Erika Cardoso dos Reis<sup>1</sup>, Elma Lúcia de Freitas Monteiro<sup>3</sup>, Letícia Batista de Azevedo<sup>2</sup>, Oscar Geovanny Enriquez Martinez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba/MG, Brasil.

## Correspondência:

mdcarmen2007@gmail.com

## Direitos autorais:

Copyright © 2023 Maria del Carmen Bisi Molina, Carla Moronari de Oliveira Aprelini, Carolina Perim de Faria, Erika Cardoso dos Reis, Elma Lúcia de Freitas Monteiro, Letícia Batista de Azevedo, Oscar Geovanny Enriquez Martinez.

## Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Submetido:

9/2/2022

## Aprovado:

15/9/2023

## ISSN:

2446-5410

## RESUMO

**Introdução:** A obesidade é uma epidemia mundial considerada um dos principais problemas de saúde pública. Para apoiar os municípios no cuidado da obesidade em seus territórios, no estado do Espírito Santo foi realizado o curso de enfrentamento à obesidade, com desenvolvimento de oficinas para construção do plano municipal de enfrentamento à obesidade no SUS, direcionado a gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi identificar avanços, dificuldades e potencialidades na implementação do plano municipal de enfrentamento à obesidade elaborado pelos gestores e profissionais de saúde no ES, em 2020. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, quali-quantitativo desenvolvido junto aos 38 municípios concluintes do curso de enfrentamento à obesidade no Espírito Santo. Os dados foram obtidos entre junho e julho de 2021 por meio de questionário semiestruturado aplicado aos concluintes do curso. Realizou-se estatística descritiva para questões de múltipla escolha e análise temática do conteúdo para questões discursivas. **Resultados:** Os resultados indicaram que 80% dos municípios não conseguiram implementar o plano, e a pandemia de covid-19 foi o motivo mais citado (70,8%), seguido da alta rotatividade profissional (50,0%). Entre os que implementaram o plano, a coordenação do cuidado está centrada nos profissionais médico e nutricionista, e a Atenção Primária à Saúde é o local da abordagem inicial no fluxo de acompanhamento. **Conclusão:** A construção do plano nos municípios apresenta muitas barreiras que demandam reorganização e articulação municipal para garantir a integralidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Obesidade; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Obesity is a worldwide epidemic considered one of the main public health problems. For municipalities in the care of obesity in their territories, in the state of Espírito Santo, a course was held to face the development of workshops for the construction of the municipal plan to face obesity in the SUS, aimed at managers and professionals of Primary Health Care. **Objective:** The objective of this study was to identify advances, difficulties and potentialities in the implementation of the municipal plan to combat obesity prepared by managers and health professionals in ES, 2020. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, quali-quantitative study developed with the 38 municipalities graduating from the course to fight obesity in Espírito Santo. Data were obtained between June and July 2021 by completing the semi-structured course applied to. Descriptive statistics were performed for multiple choice questions and thematic content analysis for discursive questions. **Results:** The results indicate that 80% of the authors cited did not implement professional turnover due to COVID-19, which was the most important reason (70.8%), followed by high turnover (50.0%). Among those implementing the plan, care coordination is focused on medical professionals and nutritionists, and primary health care is the site of the initial approach in the follow-up flow. **Conclusion:** The construction of the plan in the cities presents many barriers that demand reorganization and municipal articulation to guarantee the integrity of the care.

**Keywords:** Obesity; Public health; Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica não transmissível (DCNT) de caráter multifatorial e de alta complexidade, considerada um grave problema de saúde pública que atinge em torno de 39,0% da população mundial e de ocorrência crescente, passando de 11,8% em 2012 para 13,1% em 2016 entre adultos, em todo o mundo<sup>1-3</sup>. No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019, mais da metade dos adultos (60,3%) apresentava algum grau de excesso de peso<sup>4</sup>. No estado do Espírito Santo (ES), um estudo analisou as tendências nas prevalências do sobrepeso e da obesidade utilizando dados do Sistema Sisvan-Web, Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família e/ou e-SUS Atenção Primária e identificou valores crescentes de sobrepeso (5,5 a 8,6%) e obesidade (4,4 a 8,3%), em ambos os sexos, entre os anos de 2009 e 2018<sup>5</sup>. Além dos prejuízos à saúde de forma independente, o excesso de peso é fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, diferentes tipos de câncer, dentre outras morbidades<sup>6</sup>.

No Brasil, as ações para prevenção e cuidado da pessoa com obesidade estão pautadas nas diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) com foco em vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e à nutrição<sup>7</sup>. Mais recentemente, a pandemia de covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, provocou mudanças na organização dos serviços essenciais de saúde, com efeitos adversos no cuidado, especialmente de populações mais vulneráveis, com destaque para pessoas com DCNT<sup>8</sup>.

Para apoiar os municípios no enfrentamento à obesidade em seus territórios, no estado do ES foi realizado, no período de março a setembro de 2020, o curso de enfrentamento à obesidade, direcionado a gestores e profissionais de saúde da APS. O curso faz parte do projeto de enfrentamento à doença no Espírito Santo: do diagnóstico ao desenvolvimento de estratégias na Atenção Primária à Saúde (APS), que incluiu oficinas para construção do plano municipal de enfrentamento à obesidade no SUS com criação de protocolo de atendimento e encaminhamento, rotinas de práticas educativas

e outras estratégias para qualificação da prevenção, diagnóstico e cuidado do sobrepeso e obesidade no território, com ênfase na APS e Atenção Especializada ambulatorial.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar os avanços, as dificuldades e as potencialidades na implementação do plano municipal de enfrentamento à obesidade no SUS, elaborado pelos gestores e profissionais de saúde durante o curso de enfrentamento à obesidade no Espírito Santo (EOB-ES), no ano de 2020.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo do tipo transversal, quali-quantitativo, realizado no estado do Espírito Santo, Brasil. Em dezembro de 2020, o estado possuía 809 unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que representa uma cobertura de 65,1% da população<sup>9</sup>.

Participaram deste estudo gestores e profissionais de saúde da APS dos 38 municípios que colaboraram na elaboração dos planos municipais e concluíram o curso enfrentamento à obesidade no Espírito Santo (EOB-ES) de 2020. Para cada município, foi identificado um respondente, profissional ou gestor, participante do curso, atuante e ativo localmente.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a julho de 2021 por meio de questionário semiestruturado, composto por 34 questões, discursivas e de múltipla escolha, elaboradas a partir de componentes e eixos prioritários do *Caderno de Atenção Básica – Estratégias para Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Obesidade* do Ministério da Saúde<sup>10</sup>. Assim, foram estabelecidas dimensões e subdimensões para avaliar a implementação do plano no município, conforme descrito no Quadro 1.

Foi realizado contato telefônico prévio com os respondentes para explicar os objetivos do estudo e, posteriormente, foi enviado um link para acesso direto ao instrumento de coleta de dados e ao termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo está de acordo com os princípios contidos na Declaração de Helsinque e foi aprovado pelo Comitê

**QUADRO 1.** Dimensões e subdimensões de análise da implementação do plano municipal de enfrentamento à obesidade no SUS

Dimensões	Subdimensões
Operacionalização e implementação do plano elaborado	Situação de implementação do plano Impedimentos para implementação do plano Modificações no plano Causas da modificação do plano
Recursos Humanos	Categorias profissionais envolvidas no plano Categorias profissionais responsáveis por identificar casos com necessidade de encaminhamento ou acompanhamento Profissionais especializados disponíveis para atendimento no fluxo de acompanhamento
Processo de cuidado da obesidade na RAS	Pontos da rede de atenção que integram o plano Conhecimento da APS sobre cuidado dos usuários em outros pontos da rede de atenção Acompanhamento de usuários no pós-operatório tardio (após 18 meses) da cirurgia bariátrica pela APS Abordagem inicial da pessoa com obesidade no fluxo de atendimento

Fonte: Os autores.

de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Vila Velha com n.º de parecer 3.730.617. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo às determinações da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional da Saúde.

Para avaliação das questões discursivas, foi aplicada a análise temática do conteúdo<sup>11</sup> com organização e sistematização textual e agrupamento dos elementos comuns, orientada pelas dimensões elaboradas (Quadro 1). Para cada dimensão estabelecida, emergiram categorias descritivas que ilustram as dificuldades, os avanços e as potencialidades da implementação do plano. As concepções dos respondentes para cada dimensão estão descritas em citações individuais dos entrevistados. Os respondentes foram identificados como “participantes” e numerados de acordo com a ordem de retorno das respostas, garantindo o sigilo das informações de identificação. A análise quantitativa foi realizada por meio de estatística descritti-

va (frequências absolutas e relativas) utilizando o *IBM SPSS Statistics* versão 24.0, e os resultados foram apresentados em tabelas.

## RESULTADOS

Dos 38 municípios concluintes do curso de enfrentamento à obesidade no Espírito Santo (EOB-ES), 30 (78,9%) responderam a esta pesquisa. Dentre os respondentes, a maioria (86,7%) exercia suas funções na assistência à saúde e possuía formação em nutrição (70,0%), seguida de enfermagem (20,0%), educação física, fisioterapia e medicina, com 3,3%, cada. Sobre a situação da gestão no município, 53,3% relataram que os gestores não conhecem o plano de enfrentamento à obesidade do município e que houve troca da gestão municipal, ao menos uma vez, após a elaboração do plano.

O plano municipal de enfrentamento à obesidade não foi implementado em 80,0% dos municípios

que responderam à pesquisa. A Tabela 1 apresenta os dados sobre a operacionalização do plano.

**TABELA 1.** Operacionalização e implementação do plano municipal de enfrentamento à obesidade

Item avaliado	n	%
<b>Situação da implementação do plano (n=30)</b>		
Implementado parcialmente	6	20,0
Não implementado	24	80,0
<b>Impedimentos para implementação (n=24)</b>		
Pandemia de covid-19	17	70,8
Alta rotatividade de profissionais	12	50,0
Mudança na gestão	10	41,7
<b>Modificações no plano durante a sua execução (n=6)</b>		
Não	2	33,3
Sim, das ações e do cronograma	3	50,0
Sim, somente do cronograma	1	16,7
<b>Causa das modificações do plano (n=4)</b>		
Pandemia de covid-19	3	75,0
Falta de equipamentos para atendimento	1	25,0

Fonte: Os autores.

Dentre os principais motivos citados pelos municípios, 70,8% relataram que a pandemia impediu a implementação do plano, como observado no fragmento abaixo.

Principalmente por causa da pandemia. Tanto pela impossibilidade de formação de grupos, como pelo aumento da demanda de serviços das ESF diante desse cenário (Participante 12).

Além da pandemia, a alta rotatividade dos profissionais (50,0%) e a mudança de gestão municipal (41,7%) foram os principais fatores citados que contribuíram para que o plano não fosse implementado.

Foi elaborado, durante o curso, o plano municipal por 2 enfermeiras e 1 nutricionista que trabalhavam na UBS do município, porém antes de findar o ano 2020, as enfermeiras foram trabalhar em outro município e, eu, nutricionista, quando na troca de gestão fui remanejada para Secretaria Municipal de Educação e Cultura, então não conseguimos em grupo passar o nosso plano elaborado durante o curso (Participante 3).

Entre os municípios que implementaram o plano, 50,0% (n=3) relataram necessidade de alteração durante a sua execução, e a pandemia de covid-19 (75,0%) foi o motivo mais citado para isso.

No que se refere às categorias profissionais envolvidas e às dificuldades para implementação do plano, a profissão de nutricionista aparece como parte da equipe em todos os municípios.

Sobre o profissional responsável pela identificação dos casos para encaminhamento e acompanhamento, todos os municípios incluíram o médico como profissional responsável, sendo que em 16,7% desses municípios apenas o médico realiza essa função, e em 83,3% dos municípios mais de três categorias profissionais são responsáveis por identificação de casos para acompanhamento e encaminhamento. Sendo as mais citadas, médico (100%), enfermeiro (83,3%), nutricionista, profissional de educação física e psicólogo, com 66,7% cada.

É uma dificuldade fazer com que todos os profissionais entendam que a obesidade é uma doença multifatorial e que a responsabilidade no acolhimento e cuidado é de todos e não apenas do nutricionista (Participante 18).

Todos os municípios relataram que há profissionais especializados disponíveis para atendimento. Entre esses profissionais, o nutricionista aparece como opção em todos os municípios, sendo que 66,7% deles possuem seis ou mais profissionais disponíveis para atendimento e 33,3% possuem duas ou menos categorias profissionais envolvidas nos atendimentos. Além do nutricionista, o psicólogo, o assistente social e o fisioterapeuta foram as categorias mais citadas para realização do atendimento à pessoa com obesidade, com 66,7% cada, seguido de pediatra, profissional de educação física e psiquiatra, disponíveis em 50,0% dos municípios, além de ortopedista e endocrinologista, ambos citados por 16,7% dos respondentes.

Outro fator limitante é que algumas especialidades importantes para o acompanhamento da pessoa com sobrepeso e obesidade não são ofertadas diretamente pelo município, recaído na atenção secundária, tornando o acesso por vezes mais difícil e demorado (Participante 18).

A falta de profissionais e serviços essenciais para o cuidado das pessoas com obesidade é relatada pelos profissionais como um limitador para a oferta do cuidado integral. Isso acontece porque, no Brasil, as ações de saúde no âmbito da atenção primária são de responsabilidade dos municípios, e a atenção especializada ambulatorial e hospitalar são de responsabilidade estadual ou ofertadas em parceria dos municípios com o estado e federação.

Na Tabela 2 são apresentados os dados sobre o processo de cuidado da obesidade na RAS. Em todos os municípios, a APS integra a rede de atenção à saúde, e os centros de especialidades foram citados por 66,7% dos municípios e as unidades hospitalares por 50,0% dos municípios como pontos que integram a rede de cuidado das pessoas com diagnóstico de obesidade.

A porta de entrada deste usuário é a APS. O encaminhamento para demais pontos seguirá o preconizado no plano municipal, que foi construído baseado na logística disponibilizada até o momento (Participante 22).

Sobre o acompanhamento da APS, metade dos municípios relataram que a APS não tem conhecimento sobre os cuidados ofertados aos usuários em outros pontos da rede. Além disso, em todos os municípios onde há oferta de cirurgia bariátrica

(66,7%), a APS faz o acompanhamento pós-cirúrgico tardio (após 18 meses).

Tendo em vista o fluxo definido dentro do município que preconiza a APS como porta de entrada, um dos desafios encontrados foi conscientizar os profissionais envolvidos no acolhimento e cuidado do indivíduo com excesso de peso (Participante 2).

## DISCUSSÃO

No estado do ES, os resultados deste trabalho indicaram que a maior parte dos municípios não conseguiu implementar o plano ESB-ES, mesmo que parcialmente. A pandemia de covid-19 se destaca como principal motivo que impediu a implementação do plano e contribuiu para alterações nos planos dos municípios que iniciaram o processo.

Iniciativas de enfrentamento do sobrepeso e obesidade vêm ganhando espaço nas pautas dos governos municipais nos diversos estados brasileiros, como em Angra do Reis<sup>12</sup>, no Rio de Janeiro, e Palmas<sup>13</sup>, no estado do Tocantins, com implantação local de programas do Governo Federal, impulsionados pelo manual instrutivo da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO).

O enfrentamento da pandemia de covid-19 impôs necessidade de mudanças no cuidado à saúde e

**TABELA 2.** Processo de cuidado da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Item avaliado	n	%
<b>Pontos da rede que integram o plano (n=6)</b>		
APS	6	100
APS e Centro de especialidades	4	66,7
APS, Centro de especialidades e Unidade Hospitalar	3	50,0
<b>Acompanhamento da APS no cuidado dos usuários em outros pontos da RAS (n=6)</b>		
Sim	3	50,0
Não	3	50,0
<b>Acompanhamento pela APS no pós-operatório tardio (após 18 meses) da cirurgia bariátrica (n=4)</b>		
Sim	4	100
<b>Abordagem inicial da pessoa com obesidade na APS (n=6)</b>		
Sim	6	100

Fonte: Os autores.



reorganização da rede assistencial em todo o país. Entre indivíduos com DCNT, foi observado que o tratamento de metade das pessoas com hipertensão ou diabetes foi interrompido de modo parcial ou total durante a pandemia<sup>14</sup>. Nos hospitais brasileiros, 17,2% de cirurgias ou atendimento médico agendados para pessoas acima de 50 anos foram cancelados devido ao direcionamento de esforços para suprir as demandas de pessoas com covid-19<sup>11</sup>. A pandemia também impôs modificações na reestruturação do processo de trabalho em saúde na APS, envolvendo desde adequações estruturais, como questões logísticas e equipamentos, até redirecionamento de fluxo e recursos humanos<sup>15</sup>.

Além do aumento da demanda nos serviços de saúde em diferentes níveis, o distanciamento social imposto pela alta transmissibilidade do vírus limitou o desenvolvimento de atividades coletivas, o vínculo presencial entre a comunidade e a equipe de saúde e, ainda, reuniões presenciais destinadas ao planejamento de atividades<sup>16</sup>. Esses fatores somados explicam o alto percentual de municípios que não implementaram o plano e as alterações sofridas nos municípios que o executaram, ocasionadas pela pandemia de covid-19, o que evidencia a necessidade de repensar estratégias de gestão que minimizem esses impactos para garantir assistência e continuidade de serviços e ações de saúde no âmbito do SUS.

Outro aspecto mencionado como empecilho para efetivação do plano foram as trocas, ou substituições, de profissionais nos diversos pontos da rede envolvidos no plano de enfrentamento. A alta rotatividade é um dos fatores críticos para o sucesso na implementação da rede de cuidados, uma vez que causa uma descontinuidade na atenção e prejudica a qualidade da assistência, especialmente na APS, que tem seu modelo baseado em vínculo entre profissionais e comunidade, além de prejuízos na organização e manutenção do fluxo de atendimento<sup>17</sup>. Em estudo realizado em 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, foi evidenciado que a alta rotatividade de profissionais é um dos desafios para implantação de iniciativas municipais de enfrentamento ao sobrepeso e à obesidade, além de impactar na manutenção de ações e fluxos

de atendimento, consolidação de equipes multidisciplinares e estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional<sup>18</sup>.

A mudança da gestão política foi outro fator apontado como impedimento para implantação do plano. A descontinuidade administrativa ocasionada pela mudança política contribuiu para o aumento da rotatividade profissional e interrupções e/ou modificações em ações, projetos e programas em andamento<sup>25</sup>. Nesse sentido, a qualificação dos vínculos de trabalho se configura como importante estratégia para fortalecimento e qualificação da força de trabalho e para gestão na atenção nutricional no âmbito do SUS<sup>10</sup>.

Embora uma avaliação nacional<sup>19</sup> sobre disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos publicada em 2020 tenha identificado que a estrutura nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras é capaz de suprir as ações de cuidado à obesidade, neste estudo, a ausência ou escassez de equipamentos adequados foi apontada como motivo para atrasos no cronograma de implementação do plano. Esse achado pode estar associado à ausência de itens específicos, como foi observado no mesmo estudo supramencionado, o qual identificou que a balança de 200 kg, item importante para avaliação de pessoas com obesidade, é o instrumento menos disponível nas UBS. Itens como mobiliários e equipamentos adequados ao atendimento à pessoa com obesidade estão previstos em documentos oficiais<sup>20,21</sup> e são importantes para não comprometer o acolhimento e causar constrangimento ao usuário, além de contribuir para o adequado diagnóstico nutricional. De modo geral, os centros especializados para atendimento à pessoa com obesidade possuem equipamentos adequados, no entanto, há necessidade de que esses espaços integrem de maneira efetiva a RAS, não se constituindo em locais isolados dentro do sistema ou do fluxo de atendimento<sup>26</sup>.

No que diz respeito aos profissionais envolvidos no cuidado da pessoa com obesidade, verificou-se ainda que a coordenação do cuidado está direcionada a duas categorias profissionais: nutricionista e médico. O profissional nutricionista está presente em todos os municípios avaliados como profissional envolvido no plano e profissional especializado

disponível para atendimento ao usuário com obesidade, já a identificação e o encaminhamento da pessoa com obesidade são citados por todos os municípios como responsabilidade médica, sendo que em um município essa atividade é exclusiva do médico.

O cuidado da obesidade por meio da abordagem multiprofissional é necessário devido à sua etiologia multifatorial e alta complexidade dos seus fatores determinantes<sup>22</sup>. Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro (2018) destacou que indivíduos com obesidade acompanhados por equipe multiprofissional tiveram mudanças positivas no estilo de vida<sup>23</sup>. Os resultados encontrados neste estudo mostram equívocos na implementação do plano em alguns municípios, já que a organização do cuidado deve ocorrer de forma articulada e multiprofissional<sup>24</sup>. Assim, apesar da identificação de várias categorias profissionais envolvidas, ainda é possível observar uma compreensão que reforça o modelo biomédico que pode impactar na eficácia do cuidado.

A gestão do cuidado da obesidade se afasta do modelo centrado no médico por se basear na integralidade das ações e na construção em RAS, no entanto, verifica-se que a intersectorialidade no âmbito da saúde ainda está em processo de construção e persistem alguns entraves para construção da transversalidade de ações, especialmente no que se refere à promoção da saúde<sup>25</sup>. No Brasil, a organização da atenção no SUS ainda se encontra fragmentada no que se refere a programas, ações e práticas, o que vai na contramão do enfrentamento à obesidade, que necessita de uma rede integrada e articulada que envolva profissionais de diversas áreas em todos os níveis de atenção<sup>26</sup>.

Além disso, as ações de promoção e educação em saúde são atribuições que devem ser compartilhadas por todos os membros das equipes da atenção. A publicação do Marco de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as políticas públicas consolida e reforça o caráter transdisciplinar, intersectorial e multiprofissional da EAN e seu papel no cuidado das pessoas com obesidade<sup>27</sup>.

Destaca-se ainda que, embora todos os profissionais da APS sejam responsáveis pelo cuidado da pessoa com obesidade, a presença do profissional nutricionista envolvido no plano em todos os municípios

respondentes é um achado importante. Tradicionalmente, o nutricionista é o profissional responsabilizado para atuar no enfrentamento à obesidade. Sua presença nas ações de enfrentamento à obesidade é vista como facilitadora, minimizando os desafios de outros profissionais em fornecer informações sobre alimentação<sup>28</sup>, uma vez que o nutricionista exerce um papel central, realizando funções assistenciais e ainda articulando ações com os demais profissionais, promovendo, assim, a corresponsabilização dos cuidados com a obesidade no âmbito do SUS<sup>29</sup>.

Em relação ao processo de cuidado na RAS, em todos os municípios que implementaram o plano, a APS integra os pontos de atenção na rede e é apontada como local da abordagem inicial no fluxo de acompanhamento da pessoa com obesidade. A organização do cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade se inicia, preferencialmente, na APS devido à sua proximidade na vida das pessoas, à compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde do seu território, o que faz da APS local privilegiado para ações de promoção de saúde e enfrentamento à obesidade.

As atribuições da APS no cuidado das pessoas com obesidade envolvem o acolhimento adequado, as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, estratificação de risco, ações intersectoriais de promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, promoção de práticas corporais e atividade física, apoio ao autocuidado e assistência terapêutica multiprofissional<sup>26</sup>. A APS se destaca ainda por ser coordenadora do cuidado e da trajetória do indivíduo, garantindo a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção à saúde.

Sob esse aspecto, observou-se que 50,0% dos municípios não realizam acompanhamento dos usuários em outros pontos da rede de atenção. Nesse sentido, para que a APS cumpra seu papel de coordenadora e articuladora do cuidado, é importante implementar mecanismos eficientes de gestão do cuidado no município que incluem adequados sistemas de informação e regulação, bem como educação permanente dos profissionais envolvidos<sup>20</sup>. O Ministério da Saúde estabelece que a organização da LCSO deve estar articulada entre os diversos atores da RAS com definição de estabelecimento de

fluxos de referência e contrarreferência para adequada assistência da pessoa com obesidade no SUS, e a APS deve manter o vínculo com os usuários, a fim de cumprir seu papel de coordenadora do cuidado na RAS.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam que, de uma forma geral, as dificuldades apresentadas para implementação do plano municipal de enfrentamento à obesidade são problemas transversais à implementação de ações no âmbito dos SUS, que demandam articulação e coordenação do cuidado em RAS, evidenciando ainda os impactos causados pela pandemia de covid-19 nas ações e nos serviços de saúde no Brasil.

O cenário vivenciado na pandemia, que impôs limitações à realização de ações presenciais não urgentes nos serviços de saúde, induz de certo modo a reflexão sobre o cuidado das pessoas com doenças crônicas que não chegam aos serviços de saúde. É preciso pensar em práticas de saúde inclusivas que alcancem àqueles que estão fora dos muros das unidades de saúde da APS e, considerando uma doença tão estigmatizada como a obesidade, são muitas as pessoas que não se sentem à vontade para buscar ajuda, ou, quando buscam, não se sentem incluídas no processo de cuidado.

Portanto, destaca-se a necessidade de reorganização municipal perante a novas demandas (decorrentes ou não da pandemia da covid-19), a consolidação da APS como coordenadora do cuidado das pessoas com obesidade, garantindo a interdisciplinaridade, intersetorialidade e a integralidade do cuidado e, acima de tudo, a oferta de cuidados em saúde que priorizem as pessoas, e não o seu peso corporal.

Importa ressaltar que este estudo possui limitações metodológicas, como o questionário auto-aplicável, que pode implicar erros de interpretação de questões e respostas equivocadas. Além disso, o fato de não ter avaliado a implementação do plano sob o ponto de vista do usuário, e de o questionário ter sido direcionado a apenas um profissional en-

volvido no plano, pode levar a resultados sob a perspectiva única do profissional respondente.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization: Institute For Health Metrics and Evaluation. Genève: WHO; 2017.
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The state of food security and nutrition in the world 2020: transforming food systems for affordable healthy diets [Internet]. Rome, Italy: FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO; 2020 [cited 2021 Sep 3]. (The State of Food Security and Nutrition in the World [SOFI]). Available from: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/ca9692en/>.
3. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. A sindemia global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas: relatório da comissão The Lancet. Versão traduzida ao português. The Lancet. 2019; 393(10173):791-846.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Vol. 3 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [cited 2021 Set 3]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>.
5. Aprelini CM de O, Reis EC dos, Enríquez-Martinez OG, Jesus TR de, Molina M del CB. Tendência da prevalência do sobrepeso e obesidade no Espírito Santo: estudo ecológico, 2009-2018. Epidemiol Serv Saúde. 2021; 30(3):e2020961. doi: 10.1590/S1679-49742021000300017.
6. World Health Organization. World Economic Forum. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low and middle income countries [Internet]. Geneva: WHO; 2011. [cited 2021 Sep 3]. Available from: [https://www.who.int/nmh/publications/best\\_buys\\_summary.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf?ua=1)
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 83 p. [cited 2021 Set 3]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf).
8. Macinko J, Woolley NO, Seixas BV, Andrade FB de, Lima-Costa MF. Health care seeking due to COVID-19 related symptoms and health care cancellations among older Brazilian adults: the ELSI-COVID-19 initiative [Internet]. Cad Saúde Pública. 2020 [cited 2021 Ago 18]; 36(Suppl. 3):e00181920-e00181920. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/VKBdWbCL5pct69VnvshJ4h/?lang=en>
9. e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. [cited 2021 Ago 18]. Available from: <https://gestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>



10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2021 Set 3]. (Cadernos de Atenção Básica, 35) Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf).
11. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 1 st. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
12. Prefeitura Municipal de Itaitiaia. Plano de Governo de Itaitiaia 2017/2020 [Internet]. 2017 [cited 2021 Set 3]. Disponível em: [https://divulgacandcontas.tse.jus.br/dados/2016/RJ/58440/2/190000021007/proposta\\_governo1471205766051.pdf](https://divulgacandcontas.tse.jus.br/dados/2016/RJ/58440/2/190000021007/proposta_governo1471205766051.pdf).
13. Prefeitura Municipal de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde. Plano Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade [Internet]. Palmas. 2019 [cited 2021 Set 3]. Available from: <http://repositorio.sau.gov.br/document/view/299>
14. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Aug 11]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2020](https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020).
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao covid-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Set 3]. Available from: [http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes\\_notas\\_oficios/recomendacoes\\_adequacao\\_acs\\_versao-001.pdf](http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf).
16. Maciel FBM, Santos H LPC dos, Carneiro RA da S, Souza EA de, Prado NM de BL, Teixeira CF de S. Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020; 25(Suppl. 2):4185-95. doi: 10.1590/1413-812320202510.2.28102020.
17. Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OM de FL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Suppl. 1):1521-31. doi: 10.1590/S1413-81232010000700064.
18. Ramos DB das N, Burlandy L, Dias PC, Henriques P, Castro LMC, Teixeira MRM, Bocca CL, Araujo, TS, Caldas, FA, Souza, TR, Souza, SR, Cruz, MC. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(6): e00116519. doi: 10.1590/0102-311X00116519.
19. Brandão AL, Reis EC dos, Silva CVC da, Seixas CM, Casemiro JP. Structure and adequacy of work processes in the care of obesity in Brazilian Primary Care. *Saúde debate*. 2020; 44(126):678-93. doi: 10.1590/0103-1104202012607.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção Às Pessoas com Doenças Crônicas. Organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [cited 2021 Ago16]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/documentos/manual\\_instrutivo\\_linha\\_cuidado\\_obesidade.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf).
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 424, de 16 de março de 2012. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Ago 16]. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html).
22. Tavares TB, Nunes SM, Santos M de O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Rev. Méd Minas Gerais*. 2010; 20(3):359-66.
23. Reis EC. Avaliação do componente ambulatorial especializado da linha de cuidado para obesidade grave na cidade do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018 [cited 2021 Ago16]. Available from: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34136/2/ve\\_Erika\\_Cardoso\\_ENSP\\_2018](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34136/2/ve_Erika_Cardoso_ENSP_2018).
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Organização Pan-Americana da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, 10). [cited 2021 Ago17]. Available from: <https://atencao basica.sau.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>.
25. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública*. 2000; 34(6):35-45.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Organização Pan-Americana da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, 10) [cited 2021 Ago 17]. Available from: <https://atencao basica.sau.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>.
27. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas [Internet]. Brasília: MDS; 2012 [cited 2021 Ago 17]. Available from: [https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco\\_EAN.pdf](https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf)
28. Rigon S do A, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(3):e00164514. doi: 10.1590/0102-311X00164514.

29. Junqueira T da S, Cotta RMM. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(5):1459-74. doi: 10.1590/1413-81232014195.11932013.

## DECLARAÇÕES

### **Contribuição dos autores**

Concepção: MCBM, CMOA, ECR. Metodologia: MCBM, CMOA, ECR, ELFM, LBA. Coleta de dados: CMOA, ELFM, LBA. Tratamento e análise de dados: ELFM. Discussão dos resultados: MCBM, CPF, ECR, LBA, OGEM. Redação: CMOA, ELFM. Revisão: ECRM, OGEM. Aprovação da versão final: MCBM, CMOA, CPF, OGEM.

### **Financiamento**

O artigo contou com financiamento próprio.

### **Conflito de interesse**

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### **Aprovação no comitê de ética**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Vila Velha sob o número de parecer 3.730.617.

### **Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais**

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

### **Editores responsáveis**

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Renata Junqueira Pereira.

### **Endereço para correspondência**

Rua Dois, Campus Morro do Cruzeiro, Ouro Preto/MG, Brasil, CEP: 35400-000.