

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Norma Sueli Marques da Costa Alberto

Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde no Piauí:
um estudo de avaliabilidade

Rio de Janeiro

2021

Norma Sueli Marques da Costa Alberto

Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde no Piauí:
um estudo de avaliabilidade

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos Saúde-Doença: Produção-Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Denise Cavalcante de Barros.

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Santuzza Arreguy Silva Vitorino.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Line of care for overweight and obesity in the primary health care system in piauí: a feasibility study.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A3341 Alberto, Norma Sueli Marques da Costa.
Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde no Piauí: um estudo de avaliabilidade / Norma Sueli Marques da Costa Alberto. — 2021.
234 f. : il. color. ; graf. ; mapas

Orientadora: Denise Cavalcante de Barros.
Coorientadora: Santuzza Arreguy Silva Vitorino.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Estudos de Viabilidade. 2. Obesidade. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Avaliação em saúde. 5. Rede de Cuidados Continuados de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.398098122

Norma Sueli Marques da Costa Alberto

Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde no Piauí:
um estudo de avaliabilidade

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos Saúde-Doença: Produção-Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 29 de outubro de 2021.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Wanessa Debôrtoli de Miranda
Universidade Federal de Minas Gerais.

Prof. Dr. Paulo Germano Frias
Insituto Materno Infantil de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^a. Dr^a. Ana Laura Brandão
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^a. Dr^a. Santuzza Arreguy Silva Vitorino (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^a. Dr^a. Denise Cavalcante de Barros (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

*“Ao único que é digno de receber a honra e a glória, a força e o poder
Ao Deus eterno e imortal, invisível, mas real
A Ele ministramos o louvor.”*

A Ernesto, Melissa e Ramon porque

*“[...] Somos corpo, e, assim, bem ajustados
Totalmente ligados, unidos, vivendo em amor
Uma família, sem qualquer falsidade
Vivendo a verdade, expressando a glória do Senhor [...]”*

Ao meu pai Nonato (*in memoriam*) e **à minha mãe Bida**,
por todo o esforço despendido para me ofertar uma educação de qualidade que me permitisse
chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é um gesto de reconhecimento por uma bênção, um convívio, um ensinamento, uma oportunidade de evolução. Deixo aqui meus mais sinceros agradecimentos, na certeza que o espaço não me permitirá expressar a grandeza desse sentimento, e o receio de não mencionar todas as pessoas que os merecem.

Sou grata ...

A “o Alfa e o Ômega, o Primeiro e o Último, o Princípio e o Fim” (Ap. 22:13), por todo o bem que tem feito a mim, pela graça da aprovação no doutorado, por ter estado comigo em toda essa trajetória e por ter, nos momentos de tempestade, tomado o remo na mão e me conduzido na travessia até aqui.

A Ernesto, Melissa e Ramon, por serem o sentido da minha vida, por acreditarem em mim, pelo apoio desde quando tudo ainda era um sonho, por compreenderem minhas longas ausências no nosso prazeroso convívio, pelo amor, por existirem.

À Fiocruz/ENSP, pela oportunidade concedida aos estados do Piauí, Maranhão e Pará de um curso de doutorado modulado, no formato de consórcio de programas de pós-graduação, que nos permitiu estudar mantendo os vínculos trabalhistas e familiares, e, ainda, por nos proporcionar professoras e professores tão capacitados e queridos, com quem criamos fortes laços.

À Coordenadora do Consórcio de Programas de Pós-graduação, Silvana Granado, e à atual Coordenadora do Programa de Saúde Pública, Vera Lúcia Luíza, por conduzirem tão bem esse formato inovador de doutorado.

Às minhas orientadoras Denise Barros e Santuzza Vitorino, pelas ricas contribuições desde a qualificação do projeto, pelos ajustes precisos e desafios apresentados, que me fizeram amadurecer como aluna-pesquisadora e como pessoa; pela motivação no percurso e pelo produto construído coletivamente, elementos tão importantes para a realização desse sonho.

Ao Prof. Dr. Osmar Cardoso, um amigo que surgiu no percurso, pela prontidão em me receber, a disponibilidade de me orientar em parte do trabalho e pelo ombro amigo, tão significativo em momentos tão incertos desse caminho.

Às professoras mulheres que compuseram a banca de defesa, Ana Laura Brandão, Wanessa Debôrtoli, Ana Reis, Theonas Gomes e Marly Cruz, e ao Prof. Paulo Germano Frias, pelo tempo e proeza dedicados à avaliação e às contribuições à tese.

À SESAPI, nas pessoas de Cristiane Moura Fé e Herlon Clístenes, por me facultar tempo, confiança e apoio para cursar o doutorado e aos colegas do órgão que torceram por esta conquista.

Às e aos representantes dos municípios, que prontamente aceitaram participar da Oficina de Avaliação em Saúde/Modelização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade e pela contribuição na construção de uma importante etapa para a tese.

Ao Centro Universitário Uninovafapi, pelo apoio financeiro em parte do curso e, na pessoa da colega Sheila Vasconcelos, então Coordenadora do Curso de Nutrição, por me permitir manter o amado exercício da docência durante o curso. Estendo a gratidão às colegas do curso pelo incentivo contínuo.

Ao amado irmão Sidney, pelo apoio incondicional, por preencher na minha família, mais precisamente, junto aos meus filhos, tantas ausências causadas pela minha imersão no curso.

À amiga Carmen Ramos, por seu grande incentivo desde o início para que eu concorresse à seleção do doutorado, mesmo quando tudo parecia tão improvável, e por seu ‘ouvido amigo’ nos momentos finais.

Às amigas Theonas Gomes e Gisela Brito, em nome de quem agradeço às demais amigas e aos amigos do coração, pela torcida constante e verdadeira, pela amizade sincera.

À turma do doutorado, pelos laços de amizade construídos, pelo convívio agradável, com partilha de sonhos, receios, apoios e conquistas nesse processo de aprendizado, lembranças que estão cravadas na minha história.

À amiga Profa. Dra. Nadir Nogueira, pela referência profissional desde a graduação na UFPI e por ter marcado de maneira significativa o início da minha vida na pesquisa científica.

Às minhas amigas-irmãs em Cristo, Eline, Evelina e Evangelina, que, à luz da Palavra Sagrada, me mantiveram confiante de que eu não estava sozinha no barco, que havia um timoneiro vigilante e apoiador fiel durante toda esse navegar desafiador.

*À toda a minha família, dos membros mais próximos aos mais distantes, neste plano ou *in memoriam*, que emanou energia, torcida e confiança para o êxito deste sonho.*

Para vocês ofereço estas músicas que representam meus sentimentos de ontem, de hoje e, espero, que de sempre:

<https://www.youtube.com/watch?v=5NnJc0hlmLs>

<https://youtu.be/J4Y9VWKJ6o8>

https://youtu.be/09_s_Kh8sls

E pensando na pessoa com obesidade...

*“Nesse corredor
Portas ao redor
Querem escolher, olha só
Uma porta só*

*Uma porta certa
Uma porta só
Tentam decidir a melhor
Qual é a melhor?*

*Não importa qual
Não é tudo igual
Mas todas dão em algum lugar
E não tem que ser uma única*

*Todas servem pra sair ou para entrar
É melhor abrir para ventilar
Esse corredor*

Marisa Monte, Arnaldo Antunes, Dadi (2021)
<https://www.youtube.com/watch?v=80GGyFtgjN0>

RESUMO

A linha de cuidado do sobrepeso e obesidade foi implantada no Brasil visando o enfrentamento da obesidade, condição de saúde associada ao aumento do adoecimento e mortalidade precoce. Sua operacionalização deve ser intersetorial, mas no setor Saúde se constitui prioridade da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, na perspectiva da integralidade do cuidado. Diante da sua importância e por ser uma intervenção recente, com poucas avaliações sobre o seu funcionamento, despertou o interesse de investigar se a linha é passível de avaliação. O presente estudo objetivou realizar um estudo de avaliabilidade da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde do estado do Piauí, na perspectiva de contribuir para futuras e amplas avaliações da intervenção. Para a sua realização, adotou-se a estrutura metodológica de Thurston e Ramaliu (2005), consistindo nas seguintes etapas: I) Identificação e análise de documentos de órgãos oficiais brasileiros e revisão da literatura sobre a LCO; II) Descrição da intervenção, com definição dos objetivos, das diretrizes e atividades que a compõem; III) Identificação e diálogo com informantes-chaves do âmbito estadual e municipal e especialistas da área; IV) Elaboração coletiva do modelo lógico da intervenção, por meio de oficina com caráter formativo e reflexivo; V) Formulação das perguntas avaliativas emanadas do modelo lógico; VI) Definição de um modelo teórico de avaliação da LCO na APS, que apontou aspectos contextuais influenciadores da intervenção e o foco da avaliação. O estudo de avaliabilidade revelou que a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde do Piauí se constitui em uma aposta governamental com diretrizes e objetivos claros, coerentes com referenciais nacionais e evidências científicas, prevista para ser operacionalizada em rede, sob a premissa da integralidade do cuidado. Nesse sentido, o estudo atestou que a intervenção é passível de avaliações futuras e, considerando o seu atual *status*, em processo de desenvolvimento no Estado, recomendou a análise de implantação. A partir desse aporte, seguiu-se o Planejamento da Avaliação, em duas subetapas: a) Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento, com critérios e indicadores sobre a estrutura e o processo de trabalho; e b) Seleção dos casos, com definição de critérios para a escolha dos municípios, fonte de informação e método para a coleta de dados e parâmetros de análise.

Palavras-chave: Estudo de viabilidade. Obesidade. Atenção Primária à Saúde. Redes de cuidados continuados de saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

The line of care for overweight and obesity was deployed in Brazil aiming to fight obesity, condition which is associated with illness and early mortality. Its operation must be intersectoral, but in the healthcare sector it is a priority in the network of attention to people with chronic diseases in the perspective of integral care. Given its importance and for being a recent intervention, with few evaluations on its effectiveness, it has sparked interest for investigating if this line is liable to investigation. This study aimed to carry out research to assess the evaluability of the line of care for overweight and obesity in the scope of primary health care in the state of Piauí – Brazil, hoping to contribute to future and comprehensive evaluations of this intervention. For such, this study adopted the Thurston and Ramaliu (2005) methodological structure, consisting of the following steps: I) Identification and analysis of documents from official Brazilian institutions and literature review on LCO; II) Description of the intervention, with the definition of objectives, guidelines and activities that compose it; III) Identification and dialogue with key-informants in state and municipality scopes and specialists in the area; IV) Collective elaboration of a logical model for the intervention by means of a workshop designed to train and provoke reflection; V) Formulation of assessment questions come from the logical model; VI) Definition of a theoretical assessment model of LCO in PHC, which pinpointed contextual aspects that influenced the intervention and the focus of the assessment. The study of evaluability showed that the line of care for overweight and obesity in the scope of primary health care in Piauí is a governmental bid with clear guidelines and objectives, which is in consonance with national references and scientific evidence, designed to be operationalized in a network, under the premise of integral care. In this regard, this study attested that the intervention is liable to future assessment and, considering its current status, as it is being developed in the state, it has recommended the analysis of deployment. Based on this input, the study carried out the Assessment Planning in two sub-stages: a) Elaboration of the Analysis and Judgement Matrix, with criteria and indicators about the structure and the work process; and b) Sorting of cases, with the definition of criteria for selecting the municipalities, sources of information and the method for data collection and analysis parameters.

Key words: Feasibility Study; Obesity; Primary Health Care; Continued Health Care Networks; Assessment of Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Série temporal do percentual de ≥ 18 anos do estado do Piauí com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), segundo o sexo. Vigitel 2006 - 2019.....	37
Figura 2	Percentual de obesidade entre pessoas acompanhadas pela vigilância alimentar e nutricional no estado do Piauí, segundo o índice de massa corporal e a faixa etária, no ano de 2020. Piauí, 2021.....	37
Figura 3	Ações da atenção primária à saúde para pessoas adultas, de acordo com o índice de massa corporal.....	60
Figura 4	Distribuição dos municípios piauienses segundo os Territórios de Desenvolvimento/Regiões de Saúde (11) e Macrorregiões de Saúde. Piauí, 2020.....	78
Figura 5	Distribuição dos municípios piauienses segundo a nova regionalização municipal (12). Piauí, 2020.	79
Figura 6	Etapas do estudo de avaliabilidade da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde. Piauí, 2021.....	82
Figura 7	Fluxograma das etapas desenvolvidas na Oficina de elaboração e pactuação do modelo lógico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde. Piauí, 2019.....	104
Figura 8	Diretrizes da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.....	110
Figura 9	Competências da atenção primária à saúde para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.....	111
Figura 10	Linha do tempo dos referenciais legais e teóricos para o desenvolvimento da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade. Piauí, 2021.....	115
Figura 11	Distribuição geográfica dos municípios participantes da construção e validação do modelo lógico da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no âmbito da atenção primária à saúde no Piauí, por macrorregião de saúde. Teresina, Piauí, Brasil, 2019.....	121
Figura 12	Fluxograma das etapas desenvolvidas na Oficina de elaboração e pactuação do modelo lógico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde. Piauí, 2019.....	122
Figura 13	Modelo lógico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde no Estado do Piauí.....	128
Figura 14	Linha do tempo dos referenciais legais e teóricos para o desenvolvimento da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade. Piauí, 2021.....	152
Figura 15	Modelo lógico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde no Estado do Piauí.....	156

Figura 16	Modelo teórico da avaliação de implantação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde de municípios do Piauí.....	158
Figura 17	Racionalidade da matriz de análise e julgamento da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.....	160
Figura 18	Distribuição dos municípios segundo a condição para implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na atenção primária à saúde, a partir da disponibilidade de estrutura das UBS e das atividades das equipes de Saúde da Família no Piauí. PMAQ – III Ciclo (2015-2017). Piauí-Brasil, 2021.....	192
Quadro 1	Organização dos municípios piauienses por macrorregião e regiões de saúde. Piauí, 2016.....	80
Quadro 2	Distribuição de publicações brasileiras relacionadas à obesidade segundo a fonte de origem. Brasil, 2021.....	83
Quadro 3	Referenciais teóricos e legais que embasam o desenvolvimento da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.....	85
Quadro 4	Variáveis utilizadas para o diagnóstico da disponibilidade de estrutura e das atividades realizadas por profissionais correspondentes à linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde no estado do Piauí.....	103
Quadro 5	Municípios participantes da construção e pactuação do modelo lógico da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, segundo dados de financiamento de ações de alimentação e nutrição. Piauí-Brasil, 2019.....	123
Quadro 6	Matriz de análise e julgamento da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde. Piauí, 2021.....	221
Gráfico 1	Distribuição (%) das Unidades Básicas de Saúde (N=964) segundo a disponibilidade de equipamentos e insumos e das atividades profissionais que conformam a estrutura para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde no Piauí. PMAQ – III Ciclo (2015-2017). Piauí – Brasil, 2021.....	189

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição (%) das Unidades Básicas de Saúde* e Equipes de Saúde da Família** segundo a disponibilidade de estrutura e realização das atividades profissionais para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (CI \geq 70%). PMAQ – III Ciclo (2015-2017). Piauí – Brasil, 2020.....	190
Tabela 2	Prevalência e Razão de Prevalência das condições para implantação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (CI \geq 70%) segundo a estrutura das unidades básicas de saúde* e as atividades das equipes de saúde da família** no estado do Piauí. PMAQ – III Ciclo (2015-2017). Piauí, Brasil, 2021.....	191

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
A&N	Alimentação e Nutrição
APS	Atenção Primária à Saúde
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CIB	Comissão Intergestores Biparte
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EA	Estudo de Avaliabilidade
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EC	Estudo de Caso
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública de Sérgio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FAPEPI	Fundação de Amparo à Pesquisa no Piauí
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IDHm	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LC	Linhas de Cuidado
LCO	Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
MAJ	Matriz de Avaliação e Julgamento
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
MT	Modelo Teórico
MTA	Modelo Teórico de Avaliação

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PAB	Piso da Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SEPLAN	Secretaria de Estado de Planejamento
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Território de Desenvolvimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
WHO	<i>World Health Organization</i>

APRESENTAÇÃO

Sou Norma Sueli, várias mulheres em uma só. Sou do mar, do bar, do lar, daqui (do Nordeste, do Piauí) e de acolá. Sou do campo e da cidade. Sou de onde eu quiser estar. Sou ativista de direitos humanos, da segurança alimentar e nutricional, da agroecologia e da justiça social por convicção.

Sou a filha de D. Albidaide Alves e do Sr. Nonato Marques. Funcionária pública, nutricionista. Docente na Nutrição por paixão. Sou estudante e eterna aprendiz por determinação. Sou esposa do Ernesto e mãe da Melissa e do Ramon de alma e coração.

A Saúde Pública sempre foi uma bandeira de estudo e de militância. Minha formação e pós-graduações foram voltadas para avaliar políticas públicas; foi assim no estágio em Nutrição Social, na especialização e no mestrado. Por último, ter tido a oportunidade de fazer o doutorado nessa área e em uma renomada instituição do país e internacionalmente, a Fiocruz, se mostrou para mim um grande presente de Deus.

O curso que nos foi oferecido tem um formato pioneiro, inovador, de agrupar em um consórcio “**Doutorado em Saúde, Ambiente e Sociedade**” cinco programas de pós-graduação da Fiocruz – Saúde Pública, Epidemiologia em Saúde Pública, e Saúde Pública e Meio Ambiente (da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca), Medicina Tropical (do Instituto Oswaldo Cruz), e Saúde da Mulher e da Criança (do Instituto Nacional da Saúde Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira). Esta tese se insere no Programa de Saúde Pública.

A definição do objeto de estudo – Linha do Cuidado do Sobrepeso Obesidade – foi motivada por minha formação, pela vivência técnica na Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) e pela militância pela integralidade da atenção à saúde, as quais evidenciaram a importância de ações articuladas para o enfrentamento da obesidade no Piauí e a relevância da sua avaliação.

Desde o princípio, quando da seleção para o curso, além do aprimoramento na arte da pesquisa científica, eu tinha o propósito de, ao final, oferecer um produto à gestão de saúde – estadual, das regiões de saúde e dos municípios – que pudesse auxiliar na implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no Estado. E assim percorri o curso e a pesquisa, na busca por um produto acadêmico e um instrumento social.

Eu busquei e pude contar com o apoio da SESAPI/Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Município, onde me vinculo como técnica, para a realização da pesquisa,

desde a proposta inicial, e procurei evitar de todas as maneiras conflitar os interesses inerentes em ambas as funções – gestora e pesquisadora. Sinto que consegui.

O contexto da pandemia covid-19 alterou completamente a minha rotina de vida, afetou muitos dos meus planos de realizar uma pesquisa de análise de implantação, culminando com, pelo menos, um estudo de caso. Precisei mudar a direção do barco. Exigiu de mim muita perseverança e a adoção de alternativas nunca pensadas para poder seguir firme no propósito de alcançar meu sonho. Porém, tenho que convicção que “o coração do homem pode fazer planos, mas a resposta certa vem dos lábios do senhor” (Provérbios 16:1).

Eu finalizo esse percurso com um Estudo de Avaliabilidade da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde do Piauí, uma estratégia metodológica recente e ainda pouco utilizada na área da Saúde (BARATIERI *et al.*, 2019), o que exigiu permanente diálogo com as orientadoras e longas buscas e releituras e artigos sobre o método, visto que é timidamente abordado em livros da área de avaliação.

Chego ao final desse estudo com o sentimento de dever cumprido com muita dedicação, mas com a humildade de reconhecer que essa é apenas uma pequena contribuição para tão complexa intervenção. O produto deste trabalho apresenta diversas possibilidades de uso e traz consigo a expectativa de poder auxiliar o gerenciamento da intervenção, no sentido de que as pessoas com obesidade venham a ter o acesso ao cuidado integral à saúde ampliado no estado do Piauí.

Esta tese, elaborada a seis mãos e com todo o coração, está embasada em documentos oficiais sobre a intervenção, em evidências científicas acerca da obesidade e do seu enfrentamento, em marcos sobre integralidade do acesso, nos referenciais de avaliação em saúde, com enfoque para o estudo da avaliabilidade e a análise da implantação, e parte do pressuposto de que saúde e nutrição adequadas são um direito de todas as pessoas e que é um dever do Estado garantir as condições para a concretude desses direitos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3	JUSTIFICATIVA	26
4	REFERENCIAL TEÓRICO	28
4.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DA OBESIDADE.....	28
4.2	PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA OBESIDADE.....	35
4.3	INICIATIVAS POLÍTICAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE.....	38
4.3.1	Estratégias internacionais de controle da obesidade	38
4.3.2	Políticas públicas brasileiras para controle das doenças crônicas não transmissíveis e da obesidade	41
4.3.3	Ações de alimentação e nutrição no cuidado à obesidade na Atenção Primária à Saúde	44
4.4	A LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE: CONCEITO, CONTEXTO DAS AÇÕES ENVOLVIDAS E SITUAÇÃO NO ESTADO DO PIAUÍ.....	50
4.4.1	O setor saúde, as redes de saúde e a intersetorialidade e suas contribuições para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade	51
4.4.2	A integralidade das ações da Atenção Primária à Saúde e sua contribuição para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade	54
4.4.3	A vigilância alimentar e nutricional e sua contribuição para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade	59
4.4.4	Potencialidades e desafios para a implantação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no Piauí	62
4.5	AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	67
5	MATERIAL E MÉTODOS	75
5.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	75
5.2	O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	81
5.2.1	Identificação e análise de documentos teóricos e legais e revisão da literatura sobre a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade	82
5.2.2	Descrição da intervenção	95
5.2.3	Identificação e diálogo com informantes-chaves	95

5.2.4	Elaboração e pactuação do modelo lógico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.....	95
5.2.5	Definição das perguntas avaliativas.....	96
5.2.6	Definição de um modelo teórico da avaliação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária em saúde.....	97
5.3	PLANEJAMENTO DA AVALIAÇÃO.....	100
5.3.1	Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ).....	100
5.3.2	Seleção dos casos para avaliação.....	102
5.4	CONDUTAS ÉTICAS.....	105
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	106
6.1	MANUSCRITO 1 – MODELIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PIAUÍ: UMA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA.....	107
6.2	MANUSCRITO 2 – ARTIGO 1 – O ESTUDO DA AVALIABILIDADE DA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PIAUÍ.....	144
6.3	MANUSCRITO 3 – ARTIGO 2 – CONDIÇÕES DE ESTRUTURA E DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS PARA A LINHA DE CUIDADO DA OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ.....	170
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	193
	REFERÊNCIAS.....	195
	APÊNDICE A – FOTOS DA OFICINA.....	218
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	219
	APÊNDICE C – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO DA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE.....	221

1 INTRODUÇÃO

A Obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura corporal, em quantidade que determina prejuízos à saúde do indivíduo e associa-se a riscos para a saúde devido à relação com complicações metabólicas. É um agravo multifatorial, geralmente, desencadeado pelo desbalanço energético, cujas causas relacionam-se a questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas, o que evidencia a sua complexidade (WHO, 2000; 2020).

Apesar do reconhecimento dessa multifatorialidade etiológica, pessoas com obesidade são comumente culpabilizadas por sua condição, revelando o olhar simplista sobre o agravo, a despeito da sua complexidade e forte interação com o ambiente (ROBERTO *et al.*, 2015; SCHUTZ *et al.*, 2019; WHO, 2020a; CMAJ, 2020; HENRIQUES *et al.*, 2020), aqui entendido como o ambiente físico, econômico, político e sociocultural, oportunidades e condições que influenciam escolhas alimentares e o estado nutricional das pessoas (SWINBURN *et al.*, 2015).

Do ponto de vista da saúde pública, a obesidade se constitui concomitantemente em doença e em fator de risco para outras doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer (WHO, 2020; SBC, 2019; BRASIL, 2014; INCA, 2017) e, por isso, consta na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), na categoria de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Como condição complexa, crônica e recorrente, se expressa em redução da qualidade de vida, maior carga de doenças e limitações sociais para indivíduos com obesidade e seus familiares (WHO, 2000; SWINBURN *et al.*, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade a mais importante desordem nutricional, devido ao aumento constante da prevalência nas diferentes faixas etárias e condições socioeconômicas (WHO, 2000). O consumo excessivo de alimentos e bebidas nutricionalmente pobres e a inatividade física figuram entre os principais impulsionadores da pandemia (SWINBURN *et al.*, 2011; BRASIL, 2011; 2014; ROBERTO *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2017). Entretanto, essas práticas estão intimamente ligadas ao modelo de desenvolvimento, predominantemente econômico, vigente no mundo.

Atualmente, considera-se que, em conjunto com a desnutrição e as mudanças climáticas, a obesidade conforma a Sindemia Global, um agrupamento das três epidemias que apresentam determinantes comuns na sua etiologia, os quais se relacionam à forma como os alimentos são atualmente produzidos, distribuídos e excessivamente consumidos, e que afetam atores sociais comuns (SWINBURN *et al.*, 2019). Nesse sentido, o seu controle requer mudanças sistêmicas,

como nos sistemas alimentares, na conformação das cidades, mas também na abordagem clínico-social do agravo, entre outras.

A prevalência mundial da obesidade quase triplicou desde 1975, afetando todas as faixas etárias, todos os grupos sociais de países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo que em crianças e adolescentes o aumento foi de quase cinco vezes (WHO, 2020a). Caso as tendências permaneçam, até 2025 a prevalência global atingirá 18% nos homens e ultrapassará 21% nas mulheres (NCD, 2016).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, o mais recente inquérito populacional brasileiro representativo que apresenta dados de antropometria, revelou que a obesidade atingiu 21,8% dos homens e 29,5% das mulheres (BRASIL, 2020). Existem dados que mostram ascensão do sobrepeso e da obesidade entre crianças e adolescentes, independente do sexo e das classes sociais, muitos dos quais tornar-se-ão adultos com obesidade (SBC, 2019).

A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, mostra que a obesidade apresenta aumento contínuo entre os adultos das capitais brasileiras desde 2006, com maior predominância entre as pessoas menos escolarizadas e com menor renda. A edição da pesquisa em 2020 revelou que a média nacional de prevalência da obesidade foi de 20,3%, com similaridade entre os gêneros. Em Teresina-PI, o agravo acomete 17,6% dos maiores de 18 anos, com leve predominância entre as mulheres (BRASIL, 2020a).

O controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) requer governança, ações e políticas públicas que possibilitem a prevenção e a redução dos fatores de risco, o acesso aos cuidados de saúde, a vigilância e o monitoramento, além do enfrentamento aos determinantes sociais, incluindo sistemas alimentares não sustentáveis e o ambiente obesogênico (BRASIL, 2011; SWINBURN *et al.*, 2015). Ademais, intervenções individualizadas, como a assistência a pessoas com DCNT, que inclui consultas médicas, acesso a medicamentos, exames bioquímicos e ações de educação em saúde, promovem melhoria nas condições de saúde dos indivíduos (MALTA *et al.*, 2017).

Apesar das recomendações e dos compromissos assumidos em pactuar uma agenda para o cuidado da obesidade, salvo algumas áreas isoladas, nenhum país tem conseguido reverter a pandemia, e ainda existe um longo caminho a percorrer para reorientar práticas nesse sentido. Soma-se a isso o fato da carga de saúde e econômica causada pela obesidade ser tratada de forma desfocada de desafios sistêmicos (ROBERTO *et al.*, 2015; SWINBURN *et al.*, 2019; WHO, 2020).

A elaboração de diretrizes clínicas para orientar esse cuidado tem sido adotada em diversos países. Uma revisão de literatura realizada por Semlitsch *et al.* (2019) identificou 19 diretrizes e 711 recomendações publicadas nas nações “Estrato A” da OMS, voltadas para o manejo da obesidade em adultos. Elas abordam desde a equipe multidisciplinar necessária, condutas profissionais, que partem do diagnóstico nutricional, até programas de apoio a mudanças comportamentais. Fica evidente que o foco das diretrizes é a Atenção Primária à Saúde (APS), por seu caráter míster de acolhimento e acompanhamento de casos.

A adoção de diretrizes clínicas baseadas em evidências voltadas para o manejo da obesidade como rotina nos serviços de saúde, associadas a mecanismos de integração da APS com a atenção especializada, favorece a implantação de uma linha de cuidado organizada e resolutive (MENDES, 2011). As linhas de cuidado consistem na organização da atenção e dos serviços de saúde a partir da incorporação de evidências sobre protocolos e diretrizes terapêuticas e a conduta clínica da equipe de saúde (ROTTER *et al.*, 2013), cuja implementação e êxito dependem dos gestores e profissionais da área.

O Brasil tem um histórico de políticas que visam contribuir com a prevenção de doenças e com a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Desde o ano 2000, o Ministério da Saúde (MS), como o principal proponente de políticas públicas para o cuidado da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS), orienta que as ações devem ser executadas de forma compartilhada com estados e municípios, seguindo as orientações do pacto federativo, na perspectiva da rede de atenção à saúde (RAS) e da multiprofissionalidade (BRASIL, 2006; 2012; 2013; 2014; 2014a; 2020b; 2021).

De forma mais específica, e em consonância com o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis (2013-2020), adotado pela OMS a partir da 66ª. Assembleia Mundial de Saúde, em 2013 o MS reorganizou a prevenção e o tratamento do excesso de peso como Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade. Esta é prevista como uma intervenção prioritária na RAS para as Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013) e inclui a assistência da alta complexidade ao indivíduo com obesidade (BRASIL, 2013a), concepção reafirmada mais recentemente (BRASIL, 2017).

A Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, que, pela gravidade da obesidade, será neste trabalho abreviada como LCO, objetiva romper com a fragmentação no atendimento integral à pessoa com obesidade e envolve ações como: diagnóstico; estratificação de risco, outros fatores de risco e comorbidades; oferta integral de cuidados; sistemas de informação; monitoramento dos determinantes; intersetorialidade; financiamento; formação profissional;

apoio diagnóstico e terapêutico; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

A LCO se insere entre as políticas a serem desenvolvidas por meio da relação interfederativa, onde os entes – união, estados e municípios – são corresponsáveis por sua implantação, mesmo que sem vinculação hierárquica. Nesse sentido, a clara descrição dos papéis das diferentes esferas governamentais, em especial, das secretarias estaduais e municipais de saúde, bem como, a explicitação dos mecanismos articuladores destas esferas, numa lógica de cooperação e complementação, são elementos importantes para a implementação das intervenções públicas (SEMINÁRIO, 2002).

As ações previstas na LCO permeiam os três níveis de atenção à saúde, contudo, é na APS, onde elas devem ser concentradas. Em geral, este nível de atenção é o de primeira escolha do usuário, ao qual cabe a reorganização da prática assistencial. A APS é um campo com grande potencial de ações intersetoriais de promoção da saúde e de articulação com os demais níveis da atenção, por meio dos mecanismos de referência e contra-referência (AVENDONK *et al.*, 2012; BRASIL, 2014; 2017; FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017; SEMLITSCH *et al.*, 2019; SCHUTZ *et al.*, 2019).

Apesar do caráter intersetorial e multiprofissional inerente à LCO, o desenvolvimento das suas ações cabe, em primeira instância, à Estratégia Saúde da Família (ESF) e não pode estar desatrelado de macropolíticas que oportunizem ambientes e modos de vida saudáveis, especialmente, as que se referem à alimentação e nutrição (VITORINO; BARROS; CRUZ, 2017; SEMLITSCH *et al.*, 2019). A atenção nutricional desempenha papel de destaque, tendo em vista que permeia todo o cuidado, partindo do diagnóstico nutricional e envolvendo a promoção da alimentação saudável e a prevenção e tratamento de agravos (BRASIL, 2013b).

No Piauí, a LCO foi elaborada pela gestão estadual (PIAUI, 2016) e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite em 2016 (PIAUI, 2016a), baseada no diagnóstico local da obesidade para apontar atribuições a serem desenvolvidas em parceria com os municípios, contemplando os diversos níveis de atenção à saúde no Estado, de forma articulada com outros programas, equipamentos públicos e redes de saúde, em coerência com a proposta nacional (BRASIL, 2013).

Entretanto, segundo relatos de gestores, a implantação da LCO ainda se encontra em fase preliminar de implantação no âmbito da APS, enquanto que o tratamento cirúrgico (BRASIL, 2013a), que evidencia a abordagem curativa do agravo (DIAS *et al.*, 2017), recebe mais atenção, provavelmente, pelo maior aporte de recursos financeiros atrelados. Para alcançar a resolutividade necessária e contribuir com a melhoria do perfil epidemiológico e nutricional

da população no âmbito da APS, a LCO precisa ser concebida e institucionalizada por gestores e profissionais deste nível de atenção.

A reorganização dos serviços na perspectiva de linhas de cuidado favorece uma abordagem integrada e intersetorial da obesidade. Nesse sentido, a estrutura das unidades básicas de saúde (UBS) e o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) são essenciais para a configuração de um modelo assistencial que contribua para a integralidade do cuidado (BRANDÃO *et al.*, 2020), possibilitando serviços acolhedores e resolutivos e ações oportunas de identificação e apoio às pessoas em risco nutricional ou com o agravo.

Nessa perspectiva, o MS implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), visando, por indução financeira, fortalecer e avaliar padrões da gestão, do processo de trabalho e dos indicadores do acesso e da qualidade da APS (BRASIL, 2015; CHAVES *et al.*, 2018). Nesse sentido, o PMAQ possibilita avaliar quantitativamente aspectos tanto da infraestrutura das UBS como das atividades realizadas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) (BRANDÃO *et al.*, 2020; BRASIL, 2015), o que indica a sua viabilidade para avaliar as condições da APS necessárias à implantação e funcionamento da LCO.

A extinção do PMAQ em 2020 e a criação do Programa Previne Brasil, via Portaria MS nº 2.979/2019, mudou a lógica de financiamento e, por conseguinte, de trabalho da APS no país. Considerando que o PMAQ norteava os gestores acerca de uma assistência à saúde de qualidade, e que, por meio de indicadores quantitativos e qualitativos, demonstrava espaços e práticas que precisavam ser estimulados ou aprimorados, imagina-se o impacto sobre a LCO.

Entretanto, para proceder a avaliação de uma intervenção, em especial as complexas, como é a LCO, é adequado realizar um estudo exploratório do objeto de interesse, a exemplo do estudo de avaliabilidade (EA). Esta etapa indica se há justificativa para uma avaliação vasta e aprofundada e pode demarcar, de forma precisa, os objetivos do programa, bem como, desnudar áreas críticas que merecem mais atenção (SILVA, 2005).

Também chamado de avaliação da capacidade de avaliação, o EA serve, entre outros propósitos, para preparar avaliações de ações, programas e políticas, definir uma agenda de pesquisa pragmática baseada na prática e, no campo da saúde pública, contribuir para melhorar as intervenções em saúde (LEVITON *et al.*, 2010).

Os EA consistem em um conjunto de procedimentos que antecedem a avaliação, considerados fundamentais no processo avaliativo. A partir desse tipo de estudo obtém-se elementos para o planejamento de avaliações, o qual favorece o aumento dos seus potenciais e o uso racional dos recursos (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020).

A realização de um processo avaliativo requer que sejam elencadas perguntas capazes de nortear a busca pelas respostas necessárias para compreender a intervenção que se pretende avaliar. As avaliações relevantes prescindem da formulação de boas perguntas que indiquem a existência de incertezas, a necessidade de descobertas em torno do objeto a ser avaliado (SILVA, GASPARINE; BARBOZA, 2017). Esta ação deve envolver a participação de diferentes grupos de atores envolvidos na intervenção, desde a concepção, construção até à utilização da avaliação (DUBOIS, CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Nessa perspectiva, e visando verificar se a LCO concebida pode ser avaliada de forma sistemática, para o desenvolvimento deste estudo partiu-se da seguinte pergunta investigativa: A LCO no âmbito da Atenção Primária em Saúde no estado do Piauí apresenta condições para ser avaliada?

Em face da demanda crescente de pessoas com obesidade por serviços de saúde organizados e resolutivos que atendam adequadamente às suas necessidades, e as investidas governamentais para o estabelecimento da LCO, mostra-se estratégico avaliar esta intervenção nos municípios e oferecer subsídios à gestão local na perspectiva da sua consolidação como política promotora da atenção integral à saúde.

Diante do exposto, considera-se que um EA da LCO poderia apontar elementos estratégicos para ampliar a compreensão sobre a intervenção e favorecer a utilização do processo avaliativo com vistas ao seu aprimoramento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um estudo de avaliabilidade da Linha de Cuidado da Obesidade na Atenção Primária à Saúde do estado do Piauí.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever a racionalidade da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (LCO) no âmbito da Atenção Primária à Saúde;
- ✓ Elaborar um modelo teórico de avaliação da LCO na APS, considerando aspectos externos e político-organizacionais com potencial de influenciar a sua implantação;
- ✓ Elaborar uma matriz de análise e julgamento da intervenção a partir dos componentes estrutura e processo de trabalho;
- ✓ Avaliar a disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da APS correspondentes à LCO no estado do Piauí.

3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, observa-se a mesma tendência mundial para a transição nutricional, na qual os fatores que convergiram para esse fenômeno datam de períodos bem anteriores a sua evidência mais recente na agenda pública, como um desafio para a saúde. Essa transição se caracteriza pelo crescimento do sobrepeso e da obesidade, paradoxalmente à involução da desnutrição.

A progressão do excesso de peso, intimamente relacionada à estrutura econômica, social e cultural da sociedade ao longo dos tempos, tem sido atrelada quase que restritamente a práticas alimentares inadequadas e inatividade física, deslocadas de outros determinantes sociais. Ao mesmo tempo, registram-se avanços importantes no reconhecimento de que seu enfrentamento requer compreensão histórica e uma abordagem sistêmica.

A partir dos anos 2000 a obesidade tem sido destaque nas agendas de políticas públicas brasileiras, com apostas para abordagens holísticas sobre o agravo, de modo interdisciplinar e intersetorial. Assim, compreende-se que as políticas precisam ser desenvolvidas nos três níveis de sistemas de saúde, e ao mesmo tempo, promoverem a integração com outras políticas, serviços e ações que impactam sobre os diferentes territórios e modos de vida, contribuindo efetivamente com a prevenção e o controle do agravo.

A organização das ações de controle da obesidade, proposta como linha de cuidado no Brasil, em 2013, reconhece a APS como o espaço de excelência para o funcionamento da LCO no SUS. Ela foi reafirmada pela Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), com eixos de estratégias para além do setor saúde, estando em uma conformação coerente com o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

Essas iniciativas desencadearam um movimento de mobilização das secretarias de saúde para, de forma compartilhada e tripartite, organizarem espaços, serviços e processos de trabalho adequados e convergentes à prevenção do agravo. Imaginava-se, que esse movimento reverberasse na implantação de LCO locais e com a detenção da obesidade.

Entretanto, o cenário epidemiológico da obesidade nos estados brasileiros, inclusive no Piauí, contradiz essa hipótese e, ao tempo em que sugere a continuidade de um importante desafio para a saúde pública, evidencia a relevância da LCO. No Piauí, apesar dos esforços para potencializar a capacidade resolutiva da APS, com adesão a políticas nacionais e iniciativas locais junto aos municípios – capacitação, monitoramento, apoio técnico e co-financiamento – esse nível de atenção ainda está muito fragilizado em termos de gestão e da execução das ações.

Essa fragilidade pode incidir sobre a implantação da LCO, o que exporia os indivíduos dela necessitados à baixa resolutividade do seu problema de saúde. Assim, considerando-se a demanda crescente pela LCO e a sua complexidade, justifica-se realizar processos avaliativos que permitam analisar o seu desenvolvimento na APS e que forneçam subsídios para (re)orientar medidas voltadas para o alcance dos seus objetivos.

Entretanto, para além do desejo e da necessidade implícita de realizar uma avaliação, é conveniente, previamente, investigar a sua viabilidade. Os Estudos de Avaliabilidade (EA) trazem consigo o potencial de esclarecer a importância, a aplicação e a abrangência da avaliação, de apontar perguntas de pesquisas claras e passíveis de serem respondidas, além de indicar componentes da intervenção que merecem foco e olhar apurado.

Entre os pressupostos teóricos que norteiam a proposta de um EA da LCO na APS está que, apesar dos diversos documentos e do incentivo financeiro voltados para a implantação da LCO, existem condicionantes estruturais que impedem o seu funcionamento adequado, em especial, em municípios com menor porte populacional, distantes do centro da gestão de saúde estadual e com escassos recursos para este fim. Esse fato gera uma percepção comum entre os sujeitos correlatos de que a avaliação da intervenção é desnecessária, o que pode ser revertido (ou não) com um EA.

Vislumbra-se também que existe dificuldade operacional, logística e financeira da gestão estadual para acompanhar e apoiar a gestão municipal na implantação da LCO, bem como de monitorar e avaliar o seu desempenho, o que impede mensurar mais aprofundadamente o alcance dos objetivos da intervenção. Esses limites provocam incipiência de planejamento factível e de organização das ações coerentes com o enfrentamento local da obesidade.

Não se tem conhecimento no estado do Piauí de estudos avaliativos acerca da LCO, outro motivo que justifica realizar um EA da intervenção, considerando a sua contribuição para a definição de indicadores a serem utilizados posteriormente e de forma continuada pelos envolvidos. Nesse mesmo sentido, os resultados do estudo podem subsidiar o planejamento e a organização do cuidado da pessoa com obesidade no Piauí.

O apontamento de questões e modelos bem delimitados de avaliação a partir do EA da LCO na APS poderá contribuir para romper as barreiras desmotivadoras e impeditivas da prática avaliativa e indicar caminhos para se encontrar respostas capazes de explicarem o que influencia o funcionamento local da LCO. Em última instância, vislumbra-se que esse processo de pré-avaliação e, posteriormente, a própria avaliação podem fortalecer a gestão para a tomada de decisão em prol de resultados satisfatórios da intervenção

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DA OBESIDADE

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem mundialmente o problema de saúde de maior magnitude, sendo as principais causas da mortalidade geral, além de gerarem incapacidades, perda da qualidade de vida, diminuição da produtividade e afetarem social e financeiramente famílias, comunidades e sociedade (BRASIL, 2011). Nas Américas, esse grupo de doenças representa uma grave ameaça ao desenvolvimento econômico e social na região, sendo responsáveis por 80,7% de todas as mortes, destas, 38,9% prematuras, em pessoas com menos de 70 anos de idade. No Brasil, 73,9% da mortalidade geral ocorre em consequência das DCNT (PAHO, 2019) e essas doenças têm afetado especialmente populações de baixa renda e baixa escolaridade (BRASIL, 2020a).

Por se caracterizarem como condições de saúde que evoluem de forma lenta, de etiologia multicausal, que desencadeiam múltiplos sintomas e que costumam levar à incapacidade funcional, as DCNT inserem-se no grupo das condições crônicas, as quais requerem um sistema de saúde organizado numa perspectiva de RAS, tendo a APS como ordenadora da rede, ao ponto de responder a esse grupo de doenças de forma proativa, contínua e integrada (MENDES, 2012).

Os principais riscos relacionados às DCNT compõem quatro grupos de determinantes interdependentes: sociais, biológico-comportamentais, comerciais e o ambiente físico onde as pessoas vivem e trabalham (HATEFI *et al.*, 2018), entre os quais encontram-se tabagismo, álcool, obesidade, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011). O sedentarismo e dietas hipercalóricas são uma tendência de estilos de vida menos saudáveis em todos os países, intimamente relacionados à globalização (HATEFI *et al.*, 2018). A redução do impacto das DCNT depende da redução dos seus determinantes e dos fatores de risco, o que salvaria vidas e propiciaria impulso no desenvolvimento econômico dos países (WHO, 2021).

Por serem as DCNT um problema global, seu enfrentamento requer estratégias globais articuladas, que transcendam a soberania nacional, como: I) mitigação de externalidades transfronteiriças – a exemplo das cadeias de *fast-food* –; II) fornecimento de bens públicos globais – investimentos na atenção integral à saúde, especialmente, na APS, e provimento de medicamentos para pessoas vulneráveis; III) liderança e governança globais – para proteger a regulamentação, as restrições comerciais e de *marketing* e impostos que reduzem os fatores de risco de importantes atores contrários. Somado a isso é recomendada união das pessoas com

DCNT para pressionar o poder público para a adoção de tais mecanismos (OPAS, 2014; WHO, 2017; HATEFI *et al.*, 2018).

As doenças crônicas relacionadas à alimentação têm apresentado continuamente demandas cada vez maiores aos sistemas de saúde. Esse cenário tende a piorar nos próximos 20 anos, devido ao crescimento populacional, às mudanças climáticas e à urbanização que convergem para os sistemas alimentares e exige a integração de esforços entre o poder público, o setor privado e a sociedade civil (GLOBAL, 2016).

A preocupação global com o impacto das DCNT sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas está explícita na Agenda 2030, um conjunto de compromissos políticos assumidos por diversos países, entre eles, o Brasil, para o desenvolvimento das sociedades. No que se refere à saúde, a Organização das Nações Unidas (ONU) se propôs a alcançar a cobertura universal de saúde e o acesso a cuidados de saúde resolutiva, para o que estabeleceu entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) “reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por DCNT, a partir de ações de prevenção e tratamento [...]” (ONU, 2015).

No panorama das DCNT, a obesidade se sobressai por se constituir concomitantemente em doença, categorizada na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (WHO, 2000), e em fator de risco para outras doenças, como diabetes, hipertensão e câncer (BRASIL, 2014; SBC, 2019; WHO, 2020; SILVA *et al.*, 2021). No Brasil, mais recentemente, a obesidade tem sido reconhecida como manifestação da insegurança alimentar, atrelada a má alimentação que gera má nutrição (BRASIL, 2011; 2013; 2014b), apesar desta ainda ser uma abordagem incipiente (DIAS *et al.*, 2017).

A obesidade é considerada a mais importante desordem nutricional no mundo, revelada pelo aumento constante da prevalência em diferentes faixas etárias e condições socioeconômicas e em ambos sexos (WHO, 2000; SWINBURN *et al.*, 2019). Como condição complexa, crônica e recorrente, se expressa em redução da qualidade de vida, maior carga de doenças e limitações sociais para indivíduos com obesidade e seus familiares (SWINBURN *et al.*, 2019). Ademais, tem sido associada a aproximadamente 200 doenças metabólicas, mecânicas e mentais, cuja prevalência cresce de acordo com o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) (SCOTT; KAHAN, 2018).

Definida como o acúmulo excessivo de adiposidade abdominal, a obesidade é consequência do desbalanço energético positivo causado pelo consumo de energia superior ao gasto. Tal condição prejudica a saúde, eleva os riscos de complicações a médio e longo prazos e reduz a vida útil (WHO, 2000; 2020). O excesso de peso e as comorbidades associadas são

responsáveis pela diminuição de três anos na expectativa de vida dos brasileiros e provocam uma queda de 5% no Produto Interno Bruto do país (BRASIL, 2020b).

Assim como outras DCNT, a obesidade, em especial a mórbida, tem forte impacto nos custos do SUS e na economia nacional, por meio da mortalidade e das aposentadorias precoces, do absenteísmo e do presenteísmo (BAHIA *et al.*, 2012; NILSON *et al.*, 2020). Entre os anos de 2008 a 2010, os custos estimados de doenças associadas ao excesso de peso alcançaram cerca de US\$ 2,1 bilhões em um ano, sendo US \$ 1,4 bilhão devido a internações e US\$ 679 milhões devido aos procedimentos ambulatoriais; aproximadamente 10% desse valor foram atribuíveis ao excesso de peso, com custos superiores para as mulheres (73,3%), especialmente, por irem mais às consultas ambulatoriais (BAHIA *et al.*, 2012).

Estudo realizado entre os anos 2008 e 2011 identificou aumento de R\$16.260.197,86 no custo total do tratamento da obesidade no SUS, com maiores gastos na faixa etária de 30 a 59 anos, entre as mulheres e pessoas brancas. Os gastos foram mais concentrados nas Regiões Sul e Sudeste com 70% e 80%, respectivamente. Também foi possível observar aumentos nos gastos das comorbidades associadas à obesidade – diabetes, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio – (MAZZOCCANTE; MORAES; CAMPBELL, 2012).

A busca pelos serviços de saúde é duas vezes maior entre as pessoas adultas com DCNT comparadas com as sem DCNT, em ambos sexos (MALTA *et al.*, 2017). O custo financeiro com hospitalizações e gastos ambulatoriais por obesidade aumentou 37% entre 2011 e 2018, totalizando R\$ 669 milhões (BRASIL, 2020b). Em 2018 os gastos com hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram R\$ 3,45 bilhões, sendo que desses custos, 11% foram referentes ao tratamento da obesidade (NILSON *et al.*, 2020).

Em relação ao que impulsiona e mantém a obesidade, coexistem perspectivas simplistas, aparentemente divergentes: por um lado, que a base do problema são as escolhas individuais, muitas vezes culpabilizando o indivíduo em detrimento da interação com o ambiente em que ele vive; por outro, que o ambiente é o principal determinante, com destaque para a influência dos sistemas alimentares sobre o comportamento das pessoas (SWINBURN *et al.*, 2011; ROBERTO *et al.*, 2015). Essa dicotomia gera diferentes abordagens no tratamento da obesidade (SEMLITSCH *et al.*, 2019).

A responsabilização individualizada da obesidade e a discriminação, comum, inclusive, em ambientes de cuidados de saúde e escola, gera culpa e vergonha sobre as pessoas que convivem com a doença, as quais são vistas como sem força de vontade para enfrentar o problema. Esse estigma interfere negativamente sobre o aprofundamento e a qualidade da

assistência à essas pessoas e contribui para o crescimento da morbidade e a mortalidade (SCHUTZ *et al.*, 2019; CMAJ, 2020; SCHWENKE *et al.*, 2020; JIMENEZ; SANTOS, 2021).

Frequentemente, as pessoas com obesidade são vistas como seres acéfalos, sendo desrespeitadas como indivíduos que vivem em sociedades nas quais a maioria de nós é vulnerável a ambientes obesogênicos (SWINBURN *et al.*, 2019). Fatores como idade mais jovem, sexo masculino e menor número de encaminhamento a especialistas têm sido atribuídos a maior frequência de atitudes estigmatizantes (SCHWENKE *et al.*, 2020).

É comum culpabilizar o indivíduo com obesidade por seu estado de saúde, lhe atribuindo rótulos como “resistentes” ou “indisciplinados”, com hipervalorização das causas pessoais entre os condicionantes da obesidade (BURLANDY *et al.*, 2020), desconsiderando outros aspectos envolvidos nessa condição. O estigma da gordofobia – preconceito e discriminação com pessoas gordas – nega a acessibilidade e direitos básicos e, portanto, geram exclusão social (JIMENEZ; SANTOS, 2021).

Possuir um corpo excessivamente gordo é está sujeito a possibilidade de experiências constrangedoras em diversos espaços do cotidiano das pessoas, como ser impedido de usar transporte coletivo devido às catracas, não poder sentar-se por não dispor de cadeiras adequadas, não adquirir a roupa que deseja porque não dispõe de tamanhos grandes, nas UBS não poder ser mensurada a pressão ou pesado por não disporem de equipamentos adequados, entre outros (CASEMIRO; CARDIM; SEIXAS, 2021).

Ao conceber a existência de pessoas com obesidade e o conjunto de fatores que se entrelaçam, os serviços públicos e privados precisam se estruturar no sentido de acolhê-las e proporcionar-lhes condições para uma vida normal, com os devidos ajustes exigidos físicos, atitudinais e relacionais necessários à condição. Diversas evidências científicas caracterizam a obesidade como de etiologia multicausal, relacionada à interação de fatores genéticos, metabólicos, comportamentais e ambientais, com este último considerado a causa substancial do aumento da prevalência (BRASIL, 2011; WHO, 2013; SWINBURN *et al.*, 2015; DIAS *et al.*, 2017; UNICEF, 2019; CMAJ, 2020).

A obesidade é reflexo de sistemas alimentares e humanos complexos, que estimulam o consumo excessivo de alimentos e bebidas nutricionalmente pobres, baixa ingestão de cereais, frutas e hortaliças e a inatividade física, condutas impulsionadoras da pandemia (SWINBURN *et al.*, 2019; WHO, 2020). Este cenário impõe articular o cuidado individual com ações que impactem sobre o ambiente obesogênico, com foco na criação de ambientes alimentares saudáveis, combinando responsabilidades entre indivíduos, organizações da sociedade civil e

poder público (SWINBURN *et al.*, 2013; 2019; HENRIQUES *et al.*, 2018; BULANDY *et al.*, 2020; NUPENS; CÁTEDRA, 2021).

Renato Maluf adota uma abordagem sistêmica para tratar de sistemas alimentares e os define como:

conjuntos complexos determinados por fluxos interdependentes entre seus componentes, cuja evolução envolve complementos, conflitos e contradições e, conseqüentemente, requerem mecanismos públicos e privados para coordenar os componentes desses sistemas que não funcionam harmoniosamente e podem evoluir em variadas direções (MALUF, 2021, p. 2).

O sistema alimentar vigente explora vulnerabilidades biológicas, psicológicas, sociais e econômicas das pessoas, induzindo-as ao consumo de alimentos com baixa qualidade nutricional, sustentando, assim, os ambientes alimentares insalubres (ROBERTO *et al.*, 2015). As transformações sociais e econômicas pelas quais a sociedade brasileira passou nas últimas décadas estabeleceram um estilo de vida caracterizado pelo consumo excessivo de alimentos obesogênicos que, aliado ao sedentarismo não tem sido favorável à saúde da população, contribuindo para o ganho de peso e impulsionado a pandemia da obesidade (BRASIL, 2011; 2014; ROBERTO *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2017; SWINBURN *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2021).

Existem diversas evidências que o consumo de alimentos ultraprocessados é, hoje, o fator preponderante de danos no valor nutricional da dieta, e que padrões alimentares baseados nesses produtos desencadeiam um ou mais desfechos negativos de saúde, como a obesidade e o diabetes e outras doenças crônicas associadas a essas duas condições. Pesquisadores brasileiros defendem que a reestruturação de sistemas alimentares deve considerar “a natureza, a extensão e o propósito do processamento de alimentos” (NUPENS; CÁTEDRA, 2021).

O relatório do Painel Global sobre Agricultura e Sistemas Alimentares para Nutrição destaca que os legisladores precisam atuar efetivamente para controlar o excesso de peso e as doenças relacionadas à alimentação, sob o risco dos países sofrerem graves conseqüências em termos de mortalidade, saúde física e mental, perdas econômicas e degradação do meio ambiente. Para isso, os sistemas alimentares precisam ser reorganizados de forma que possam nutrir ao invés de meramente alimentar as pessoas (GLOBAL, 2016).

Belik (2020) demonstrou que a aquisição de refeições prontas ou de alimentos ultraprocessados tem predominado nos últimos anos no Brasil. O consumo de alimentos *in natura* diminuiu 7%, enquanto que o de ultraprocessados subiu 46%, em um período de 16 anos. A compra de refeições prontas subiu 250%, enquanto que a de ingredientes culinários diminuiu. Entre os fatores influenciadores dessa mudança do hábito alimentar estão falta de

tempo, preço acessível e propaganda. O consumo excessivo de ultraprocessados tem provocado efeitos perversos na saúde, com aumento de DCNT, como a obesidade e outras.

No que se refere aos aspectos biológicos da obesidade, a genética e o metabolismo são apontados como possíveis contribuintes: em situações adversas, de déficit de energia, o organismo reduz o gasto energético como estratégia de sobrevivência, mas diante do aumento da ingestão de alimentos, o corpo pode ganhar peso; o apetite, o comportamento alimentar e o gasto energético são influenciados pela genética; desordens endócrinas, hipotireoidismo, alterações hipotalâmicas, hipogonadismo e ovariectomia podem desencadear a obesidade; mutações hormonais e em neuropeptídeos, nos seus receptores e mecanismos regulatórios podem levar à obesidade (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

A obesidade, por sua vez, desencadeia várias complicações. O tecido adiposo em excesso influencia a homeostase e predispõe o indivíduo ao desenvolvimento de doenças como diabetes tipo 2, da vesícula biliar, hepática gordurosa não alcoólica e gota. O excesso de gordura corporal é uma fonte rica em adipocitocinas e mediadores inflamatórios, que podem alterar o metabolismo da glicose e da gordura, acarretando aumento cardiometabólico e o risco de cânceres, como de cólon, rins, esôfago, endométrio e mama e, assim, reduzir a expectativa de vida de 06 a 14 anos (CMAJ, 2020).

No atual contexto da pandemia de Covid-19 a obesidade tem sido listada entre os principais fatores de risco para a doença, chegando a ser apontada como a principal comorbidade associada aos óbitos em pessoas com menos de 60 anos no Brasil (BRASIL, 2020c; ROCHA *et al.*, 2021), sendo o risco de morte por Covid-19 até quatro vezes maior em pessoas com obesidade (MALAVAZOS *et al.*, 2020).

Os mecanismos pelos quais a obesidade contribuiria para o agravamento da infecção pelo SARs-COV2 são: amplificação do processo inflamatório, danos aos sistemas respiratório e cardiovascular, metabolismo glicídico, formação de trombos e desregulação do sistema imune (BOLSONI-LOPES; FURIERI; ALONSO-VALE, 2021).

Nogueira-de-Almeida *et al.* (2020) corroboram com essa constatação, tendo em vista que a obesidade relaciona-se, na maioria dos casos, com resistência à insulina, dislipidemia, hipertensão, altos níveis de citocinas pró-inflamatórias e baixa ingestão de nutrientes essenciais, fatores que comprometem o funcionamento dos órgãos e aumentam o risco de tromboembolismo, desencadeiam alterações na resposta imune, perpetuação da resposta inflamatória crônica e aumentam a necessidade de assistência ventilatória, sendo esse um fator de forte correlação com infectados pelo coronavírus.

Rocha *et al.* (2021), constataram, a partir de uma revisão sistemática da literatura, que pessoas com sobrepeso e obesidade apresentam maior risco de desenvolverem a forma grave da Covid-19, precisam ser hospitalizados com maior frequência e, nestes casos, são mais admitidos em unidades intensivas de cuidado, necessitando, na maioria dos casos, de assistência respiratória assistida, o que culmina com maior mortalidade por COVID-19.

A avaliação clínica da pessoa com obesidade inclui o histórico da doença, o exame físico, a avaliação do estilo de vida, o estado psicológico e a avaliação laboratorial (SCHUTZ, *et al.*, 2019). Para diagnosticar e monitorar a obesidade a OMS e *guidelines* de diversos países adotam o IMC, por o considerarem a medida mais adequada, “embora bruta” a ser aplicada em nível populacional; como não corresponde ao mesmo grau de adiposidade em indivíduos distintos, deve ser considerado um guia aproximado (WHO; 2020; FORGIONE *et al.*, 2018).

O IMC serve para avaliar ambos sexos e as diversas faixas etárias e permite classificar os indivíduos e grupos de acordo com o estado nutricional. Podendo ser usado para estimar a prevalência da doença, bem como os riscos a ela associados; o índice é obtido pela divisão do peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado, sendo o ponto de corte para a obesidade $IMC \geq 30,0 \text{ Kg/m}^2$ (WHO, 2000; 2020; FORGIONE *et al.*, 2018). Para crianças e adolescentes deve-se relacionar o IMC segundo a idade e o sexo, expresso em escore-z (BRASIL, 2011a; 2020; SCHUTZ, *et al.*, 2019).

Apesar da impossibilidade de o IMC mensurar a composição corporal e, por conseguinte, parecer inadequado para o diagnóstico da obesidade, o MS segue as recomendações da OMS e essa medida foi incorporada à VAN (BRASIL, 2011a). Para Dias *et al.* (2017 p. 3) “seu uso como critério para identificar sobrepeso/obesidade como fator de risco para DCNT, e não de diagnóstico nutricional *per se*, ainda parece ser adequado, particularmente em serviços de saúde”.

A circunferência da cintura é considerada um indicador relativamente bom para mensurar a gordura visceral e pode ser usado para avaliar os riscos cardiometabólicos relacionados à disposição da gordura corporal. Valores de referência para a normalidade são de <80 cm para mulheres e <94cm para homens. Essa medida é mais relevante para os casos de IMC menor 35 kg/m^2 , mas pode ser combinada em um modelo preditivo (SCHUTZ, *et al.*, 2019).

4.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA OBESIDADE

Nas três últimas décadas, a obesidade tem sido destaque na agenda pública internacional por apresentar proporções globais e prevalência crescente; no Brasil, isso se deu, especialmente, nos últimos quinze anos (DIAS *et al.*, 2017). A obesidade não tem sua etiologia totalmente esclarecida, sendo causada pela interação de diferentes fatores (UNICEF, 2019). A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo (WHO, 2020), impulsionado, principalmente, por mudanças no sistema alimentar global, que produz e comercializa de forma eficaz alimentos ultraprocessados (SWINBURN *et al.*, 2011; 2013).

O sobrepeso e a obesidade apresentam aumento simultâneo em quase todos os países, afetando todas as áreas sociais, grupos culturais e econômicos. A obesidade afeta um número cada vez maior de pessoas em todo o mundo. Em 2025, a prevalência global é prevista chegar a 18% nos homens e ultrapassar 21% nas mulheres (WFO, 2020). Existem padrões presumíveis em subpopulações: em países de baixa renda, a obesidade afeta principalmente adultos de meia-idade (em particular, mulheres) de ambientes urbanos ricos; ao passo que em países de alta renda acomete ambos os sexos e todas as faixas etárias, mas é desproporcionalmente maior em grupos vulnerabilizados (SWINBURN *et al.*, 2011).

Estudos populacionais demonstram um aumento da obesidade em fases do ciclo de vida cada vez mais precoces, sendo a doença pediátrica mais frequente, o que impõe às crianças formarem a primeira geração com uma expectativa de vida menor que a de seus pais. A prevenção é a única maneira de deter o seu avanço, devendo haver uma soma de esforços intersetoriais para o alcance desse propósito (BRASIL, 2010; MORETZSOHN; ROCHA; CAETANO, 2016).

A prevalência de excesso de peso entre as crianças e adolescentes está aumentando em quase todos os países. Estima-se que em 2018 aproximadamente 40 milhões (cerca de 6%) de crianças com menos de cinco anos de idade em todo o mundo estavam com excesso de peso, o que representa um crescimento de 33% desde o ano 2000. Na faixa etária de 5 a 19 anos, essa condição parece afetar mais de 340 milhões (cerca de 18%) (UNICE, 2019).

A estimativa do número previsto de pessoas com obesidade, na faixa etária 5 a 19 anos, no ano de 2030 no Brasil é 7.664.422, o que indica uma possibilidade de 2% do país atingir o objetivo da OMS de reduzir a obesidade até 2025 (WORLD OBESITY, 2019). Esta projeção assemelha-se a de Silva *et al.* (2021), para a população adulta, a partir da série temporal dos fatores de risco e proteção de DCNT de 2006 a 2019.

No Brasil, registra-se ascensão do excesso de peso entre crianças e adolescentes, dos quais uma proporção expressiva tornar-se-á adultos com obesidade (SBP, 2019). A Pesquisa Nacional de Saúde (2019), identificou uma prevalência de obesidade entre adolescentes de 15 a 17 anos de 8,0% entre as meninas e 5,4% entre os meninos. Entre as pessoas adultas, 60,3% apresentavam excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$); a obesidade foi observada em 21,8% dos homens e em 29,5% das mulheres. Entre as pessoas idosas, 24,8% estavam com obesidade (BRASIL, 2020).

A prevalência de obesidade identificada nas duas edições da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF – (2002-2003 e 2008-2009), e nas duas PNS (2013 e 2019) aumentou gradativamente, atingindo em 2019 mais do dobro dos valores encontrados em 2002-2003. Em todas as edições, a prevalência foi mais elevada entre as mulheres (BRASIL, 2020). Esse crescimento também foi encontrado na análise temporal dos fatores de risco e de proteção das DCNT, com aumento significativo ($p < 0,05$) na obesidade entre 2006 e 2019, em ambos os sexos, cuja média atual é de 20,3% (SILVA *et al.*, 2021).

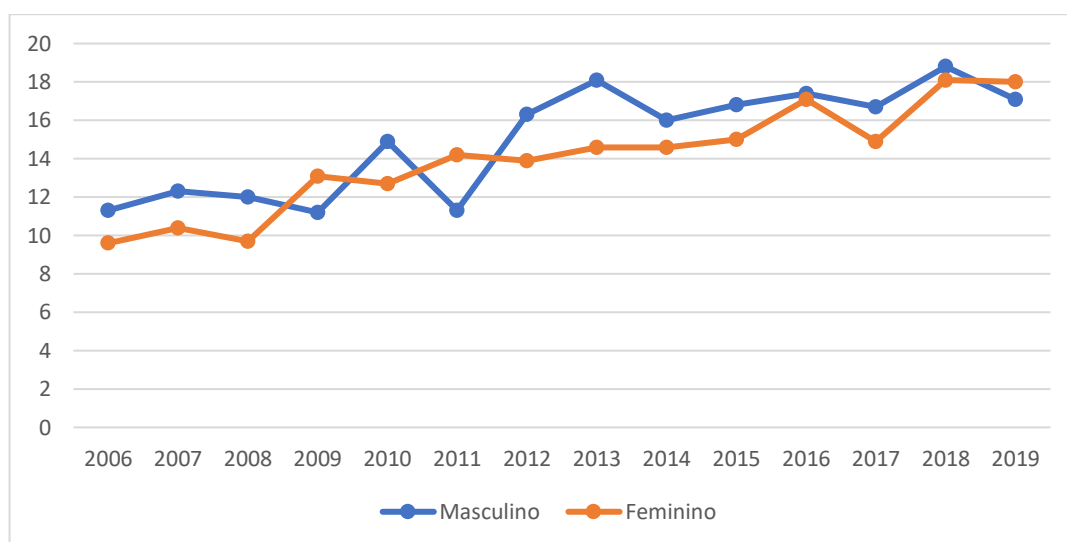
Considerando o público assistido pela APS no país em 2019, 63% estavam com excesso de peso, sendo o Nordeste a região com menor prevalência (60,2%); a obesidade acometia 28,5% dos usuários desse nível de atenção. No Piauí, 57,9% desses usuários tinham excesso de peso, sendo 35,4% com sobrepeso e 22,5%, com obesidade (BRASIL, 2020b).

A despeito dos números alarmantes, apenas 10% dos indivíduos com obesidade dispõem de diagnóstico, e destes, menos de 2% recebem assistência, apesar do tratamento clínico (mudança de estilo de vida e medicamentos) possibilitar a redução média de 10% do peso corporal, e do tratamento cirúrgico reduzir em média 30% do peso (ANS, 2017). Estes dados, somados aos das pesquisas nacionais, recrudescem a importância de medidas efetivas de prevenção e controle da obesidade no país.

No âmbito do estado do Piauí, o panorama dos fatores de risco e proteção de DCNT revelou que o excesso de peso acometia 52,7% dos teresinenses maiores de 18 anos em 2019, sendo maior entre os homens (56,3%) do que entre as mulheres (49,7%); a obesidade afetava 17,6% desse grupo, sendo maior no sexo feminino (18%) do que no masculino (17,1%). Essas condições aumentam com a idade, até 64 anos, e diminuem com a maior escolaridade (BRASIL, 2020a).

Em consonância com o comportamento nacional da obesidade, a prevalência no Piauí cresce em ambos os sexos e sugere tendência de diminuição entre os homens e estabilidade entre as mulheres (Figura 1).

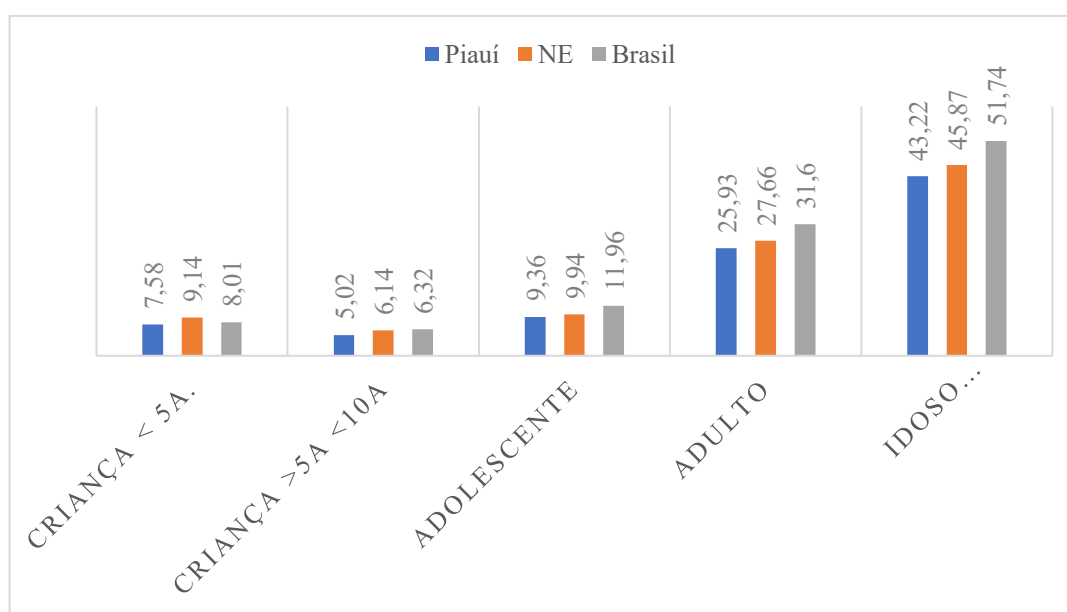
Figura 1 – Série temporal do percentual de ≥ 18 anos do estado do Piauí com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), segundo o sexo. Vigilante 2006 - 2019.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Pesquisa Vigilante 2019 (BRASIL, 2020a).

Considerando o público acompanhado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no Piauí, verifica-se elevação do percentual de sobrepeso/obesidade de acordo com o aumento da idade em ambos os sexos (Figura 2).

Figura 2 – Percentual de obesidade entre pessoas acompanhadas pela vigilância alimentar e nutricional no estado do Piauí, segundo o índice de massa corporal e a faixa etária, no ano de 2020. Piauí, 2021.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Sisvan Web, 2021.

Arelado ao cenário de excesso de peso no Piauí, o consumo alimentar verificado no SISVAN, em 2018, revelou que 42% dos analisados realizavam as refeições assistindo à televisão; que os alimentos ultraprocessados – biscoito recheado, embutidos e macarrão instantâneo – eram consumidos por 25%, 21% e 30% da amostra, respectivamente (SOUSA; LUSTOZA, 2020). Entre pessoas idosas, 29% faziam uso de bebidas e 28%, consumiam macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado (PEREIRA; SAMPAIO 2019).

O panorama de sobrepeso e obesidade relativos ao Piauí aponta a necessidade de revisão ou aprimoramento das intervenções a favor da prevenção e do controle do agravo no Estado. Considerando que as práticas alimentares e de atividade física, principais determinantes relacionados ao ganho de peso, sofrem forte influência do contexto social (MALUF, 2021) no qual as pessoas vivem, é imperativo desenvolver medidas efetivas que favoreçam um estilo de vida saudável, tanto em âmbito global, como local.

Especialmente, desde 2011, o Brasil tem estabelecido planos, políticas e programas com o propósito de prevenir e controlar as DCNT, entre os quais, intervenções voltadas à obesidade (BRASIL, 2011; 2012; 2013; 3013a; 2014; 2014b; 2017a; 2018; 2019; 2020d). Entretanto, apesar dos esforços dos países em pactuar uma agenda para esse enfrentamento, nenhum tem conseguido reverter a epidemia e existe um longo caminho a percorrer para reorientar práticas de saúde no país. Soma-se a isso o fato da carga de saúde e econômica causada pela obesidade ser desfocada de desafios sistêmicos (SWINBURN *et al.*, 2019; WHO, 2020).

4.3 INICIATIVAS POLÍTICAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE

4.3.1 Estratégias internacionais de controle da obesidade

A determinação multifatorial da obesidade envolve determinantes sociais, biológico-comportamentais, comerciais e o ambiente físico, o que requer para o seu cuidado o desenvolvimento de estratégias variadas, pelos diferentes níveis de gerenciamento do agravo, inclusive, algumas que ultrapassam cenários nacionais, como regionais e globais (WHO, 2013; HATEFI *et al.*, 2018; NUPENS; CÁTEDRA, 2021).

A forte influência que a globalização exerce sobre a organização das sociedades e sobre o modo de viver das pessoas, coloca todos os países em risco. Entre os exemplos de riscos à saúde estão as ‘externalidades transfronteiriças’, como é o caso das cadeias de *fast food*. Ademais, a incipiência na proteção da regulamentação e do comércio, nas medidas de restrição do *marketing* e no estabelecimento de impostos que previnam DCNT tem contribuído para esse

cenário de risco e, por isso, essas medidas precisam ser ajustadas no sentido da prevenção desse grupo de doenças (SWINBURN *et al.*, 2011; WHO, 2013; HATEFI *et al.*, 2018).

Nesse sentido, organismos internacionais têm elencado um conjunto de medidas capazes de impactar positivamente em nível mundial o controle da obesidade e de outras doenças crônicas, que possibilitem menor custo aos países para o devido enfrentamento, e ainda mantenham sua autonomia para definição das prioridades em saúde, a saber: ambientes e alimentação saudáveis, acesso universal a cuidados resolutivos e proteção para populações vulneráveis devem ser o foco das funções globais (WHO, 2013; HATEFI *et al.*, 2018).

Considerando a importância de reduzir a morbidade e a mortalidade mundiais, a OMS adotou, a partir de 2004, a Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, que tinha como objetivo geral promover e proteger a saúde, focando em dois dos principais fatores de risco para DCNT – dieta e atividade física. Para tal, previa o desenvolvimento de políticas públicas globais, regionais e nacionais que promovessem tais práticas de forma saudável, a conscientização sobre a influência dos referidos fatores sobre a saúde, além de monitoramento e pesquisas sobre eles (WHO, 2004).

Em continuidade e reforço às investidas internacionais de enfrentamento às DCNT, a OMS elaborou, com a participação de profissionais, da academia, da sociedade civil e do setor privado, entre outros, o *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*, que abrange medidas de várias intervenções, como as da Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde. Entre os objetivos do Plano está diminuir o crescimento da obesidade e a insuficiência de atividade física (WHO, 2013).

Esse objetivo é coerente com as “melhores apostas” consideradas pela OMS como mais custo efetivas para prevenção e controle de DCNT: a promoção e o esclarecimento da população sobre alimentação e atividade física e a criação de ambientes favoráveis a essas práticas de modo saudável. Essas ações devem ser priorizadas porque, além de provocarem resultados satisfatórios na prevenção de doenças e mortes, diminuem os custos para o sistema de saúde (SWINBURN *et al.*, 2019; BRASIL, 2011; WHO, 2009; 2013; 2020).

Olhando para o grupo mais vulnerável a ambientes insalubres, os países das Américas pactuaram o *Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes*. O documento parte de evidências de que o aumento do peso e da obesidade e outras DCNT se deve, especialmente, ao consumo de alimentos pouco nutritivos, ricos em açúcar, gordura e sal, incluindo bebidas, e à restrição de espaços destinados ao lazer e à prática de atividade física. Em consonância com o Plano Global, ele prevê medidas fiscais sobre produtos obesogênicos, regulamentação da comercialização, rotulagem, promoção da alimentação saudáveis desde a

amamentação e no âmbito escolar, e adequação de ambientes favoráveis à atividade física (OPAS, 2014; GUEDES; MELO, 2021).

Em diferentes países as populações enfrentam obstáculos de acesso e utilização dos serviços de saúde, o que se traduz na principal barreira para enfrentar às DCNT. Por isso, a OMS recomenda aos países promover a cobertura universal de saúde como estratégia para o controle das DCNT e a sua inclusão como o elemento-chave para alcançar os objetivos de desenvolvimento acordados internacionalmente. Ademais, no planejamento de saúde devem constar prevenção e controle dessas doenças, de acordo com a realidade e prioridades locais, integrando cobertura de saúde e desenvolvimento sustentável (WHO, 2013; MALTA *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a ONU deliberou sobre a Agenda 2030, um plano de ação global voltado para o desenvolvimento sustentável nas dimensões econômica, social e ambiental. Ela é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) e 169 metas, que partiram de documentos sobre direitos humanos, sustentabilidade e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e pretende avançar nas metas não alcançadas. Entre os compromissos assumidos pelos estados-membros está a prevenção e o tratamento de DCNT, com a garantia de sistemas sustentáveis de produção de alimentos, a promoção do esporte e outros (ONU, 2015).

A alimentação está contemplada em quase todos os ODS, mas Jaime *et al.* (2018), consideram que para prevenir a obesidade são necessárias

regulação sanitária – aqui compreendida a partir de um conceito ampliado de risco sanitário em alimentos que vai muito além da inocuidade química, física ou microbiológica, perpassando por dimensões relacionadas ao controle da qualidade nutricional dos alimentos industrializados, da publicidade e políticas de rotulagem; incluindo, assim, práticas de comunicação e educação em saúde que estimulem a consciência sanitária dos consumidores e do conjunto de atores sociais do sistema alimentar (JAIME *et al.*, 2018 p. 6).

Tratando mais especificamente da má nutrição, que envolve desnutrição, carências de micronutrientes, sobrepeso e obesidade, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a OMS estabeleceram o período de 2016 a 2025 como a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (WHO, 2018). O Brasil participou ativamente das discussões e foi o primeiro país a se comprometer com a Década. Atualmente, coordena duas Redes de Ação para países da América Latina e Caribe: uma sobre guias alimentares e outra sobre redução do consumo de sal (PINHEIRO, *et al.*, 2019; BORTOLINI *et al.*, 2020).

As ações de nutrição pactuadas pelos países se mostram propulsoras para alcançarem os ODS (WHO, 2018). Teóricos brasileiros têm defendido o estabelecimento de uma agenda única da nutrição (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; JAIME; SANTOS, 2014), que contemple ações de promoção da alimentação saudável, prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais e a VAN voltadas tanto para a desnutrição, quanto para a obesidade.

4.3.2 Políticas públicas brasileiras para controle das doenças crônicas não transmissíveis e da obesidade

A responsabilidade de promover qualidade de vida e evitar doenças está muito condicionada ao estabelecimento de políticas públicas que favoreçam um estilo de vida saudável, que envolvam a criação de espaços coletivos que possibilitem práticas alimentares adequadas (escolha, preparo e consumo), disponibilidade alimentar promotora de saúde e sustentabilidade, regulação da indústria e atividade física regular, por exemplo (WHO, 2020a), de forma a reverter as vulnerabilidades biológicas, psicológicas, sociais e econômicas das pessoas (ROBERTO *et al.*, 2015).

O Brasil participou ativamente da construção internacional em defesa de uma reorientação do modelo assistencial de saúde que culminasse com um sistema descentralizado e promotor de saúde. A partir da década de 80, o país protagonizou acontecimentos decisivos para a incorporação da promoção da saúde nas políticas públicas, prática a ser desenvolvida em todos os níveis de atenção e gestão do SUS. Como exemplo dos fatos, a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária e a Constituição Federal de 1988, marcos na defesa da vida que estabeleciam a saúde como um direito humano irrevogável (DIAS *et al.*, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2020).

A partir da criação do SUS, em 1988, o Brasil assumiu a responsabilidade da oferta e do financiamento de serviços de saúde e adotou a descentralização como um dos pilares da gestão. A partir de então, progressivamente, os municípios passaram a implantar serviços e ações básicas de saúde, como a promoção da saúde (MALTA *et al.*, 2016; MENDES, 2019). Desde então, diversas políticas e programas de saúde têm sido implementados visando garantir oferta de serviços e ações mais eficientes, resolutivos e com acesso equitativo, o que contribuiu para o alcance da integralidade da atenção, um dos princípios do SUS.

O Ministério da Saúde (MS), a partir de um processo participativo, instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 (BRASIL, 2010a), a qual foi revisada em 2014 (BRASIL, 2014a), que por sua vez, foi revogada em 2017. A PNPS expressa o

compromisso do estado brasileiro e a corresponsabilidade dos municípios com a qualidade de vida da população, a partir da ampliação e do aprimoramento da promoção da saúde nos estabelecimentos e na gestão do SUS (BRASIL, 2018; DIAS *et al.*, 2017).

De uma forma geral, a promoção da saúde é concebida como um conjunto de estratégias de produção da saúde que visam corresponder às demandas sanitárias individuais e coletivas e possibilitar melhoria na qualidade de vida às populações (BRASIL, 2014a). As ações de promoção da saúde no Brasil estão demarcadas pelos princípios do SUS, como a integralidade e a equidade do cuidado, a participação social e outros (MALTA *et al.*, 2016).

A PNPS reconhece que as bases da saúde e do bem-estar são geradas social e economicamente e, portanto, são extrínsecas ao setor Saúde (BRASIL, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2020). Nesse sentido, a sua operacionalização deve ocorrer em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar e integrado, no setor Saúde em formato de RAS e, ao mesmo tempo, deve se comunicar de forma intersetorial com outras políticas e redes, como a de proteção social, a de assistência e a da previdência social (BRASIL, 2018; DIAS *et al.*, 2018; MALTA *et al.*, 2018).

Para promover as mudanças desejadas no trabalho em saúde com vistas à saúde e à qualidade de vida, a PNPS está articulada com outras políticas públicas que apresentam objetivos comuns, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Estas políticas se relacionam diretamente com os eixos prioritários da PNPS ‘práticas alimentares adequadas saudáveis’, na perspectiva da SAN e do direito humano à alimentação adequada, e as ‘práticas corporais e atividades físicas’, a partir da disponibilidade de espaços públicos condizentes com a demanda, os quais configuram-se também como grandes desafios (MALTA *et al.*, 2016; 2018; BRASIL, 2018).

Entretanto, apesar de normatizada há mais de uma década, as ações de promoção da saúde, não trouxeram os avanços esperados para o modelo de produção de saúde e de enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-adoecimento (MALTA *et al.*, 2018). Entre as dificuldades apontadas estão a precariedade de estrutura física, financeira e de pessoal na APS, pouco conhecimento e baixa incorporação das ações pelos profissionais, baixa adesão da população, inexistência de indicadores de monitoramento e avaliação dessas ações (DIAS *et al.*, 2018) e dificuldade no exercício da intersetorialidade (BRASIL, 2018).

Esse cenário compromete o controle de doenças como a obesidade, a qual requer a promoção permanente de um estilo de vida saudável, como as práticas alimentares promotoras de saúde e a regularidade na atividade física, atenção de qualidade, e dificulta o desenvolvimento de outras políticas afins. Gonçalves *et al.* (2020) consideram que com planejamento participativo, investimentos financeiros, integração de redes que deem

sustentabilidade à PNSP e fomento à pesquisa na área pode-se alcançar a resolutividade necessária à política, em especial, na APS.

A PNAB, que regulamenta as ações no âmbito da APS, foi instituída em 2006 e passou por revisões em 2012 e em 2017. A APS constitui-se um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, realizada por equipe multiprofissional, de forma a garantir a integralidade no cuidado e impactar na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes dessa nos indivíduos, nas famílias e nas coletividades (BRASIL, 2017a; MALTA *et al.*, 2018).

A APS é considerada a porta de entrada do sistema de saúde para a maioria da população, o primeiro nível de contato com o SUS, aquele mais próximo às famílias e à comunidade. É esse nível de atenção que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e a efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população (CECILIO *et al.*, 2012; JUNQUEIRA; COTTA, 2014; SPINA *et al.*, 2018). Para desenvolver essa atribuição a APS requer gestão e logística de funcionamento adequadas à realidade local e ações intersetoriais convergentes para tal.

Percebe-se nos documentos do SUS, a reafirmação dos atributos da APS, que foram estabelecidos em 1978 e ampliados em 2002:

“primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária como necessários para conformar a APS como uma estratégia de organização dos sistemas de atenção à saúde como um todo e que orienta os recursos para as necessidades da população e coloca menos ênfase nas tecnologias mais densas volta- das para as condições e eventos agudos e praticadas, principalmente, nos hospitais” (MENDES, 2011 p. 91).

No âmbito da APS, a ESF é estabelecida como o meio prioritário para expandir e consolidar as ações básicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, implementar os programas e estratégias da PNAB e contribuir para a reorganização da prática assistencial centrado nas necessidades dos indivíduos numa lógica de RAS (MANCUSO *et al.*, 2012; BARRETO; NERY; COSTA, 2012; FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017; BRASIL, 2017a; BORTOLINI *et al.*, 2020).

Visando fortalecer as ações da APS no país, o MS implantou o Programa de Melhoria da Qualidade do Acesso (PMAQ), que tinha entre suas diretrizes melhorar os padrões da gestão, do processo de trabalho das eSF e dos indicadores de acesso e qualidade da APS. Numa lógica

de adesão voluntária, o Programa envolvia as três esferas de governo, com condução do MS e atuava em parceria com universidades brasileiras (BRASIL, 2011d; 2015a), com as quais eram previstos qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes e financiamento vinculado ao desempenho (CARDOSO, 2018).

A partir do terceiro ciclo a operacionalização ocorria em três fases: I) Adesão e contratualização; II) Certificação, na qual se insere a avaliação; III) Recontratualização; e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, os quais compunham um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da APS (BRASIL, 2015). O PMAQ era desenvolvido em ciclos; o primeiro foi concluído em 2012, o segundo, ocorreu entre 2013 e 2014 e o terceiro, entre os anos 2015 e 2017 (CARDOSO, 2018).

O componente avaliativo do PMAQ era constituído por: I – Avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da APS, a partir da busca de evidências para padrões previamente definidos; II – Avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados pelas equipes; e III - checagem da autoavaliação pelas eSF (BRASIL, 2015). Entre as ações alvo do PMAQ algumas correspondem às previstas para a LCO, como a promoção da alimentação saudável, prevenção de agravos nutricionais, vigilância alimentar e nutricional, geração e análise de informações de saúde e nutrição, práticas educativas e terapêuticas entre outras (BRASIL, 2012a; 2015a).

A avaliação externa no Programa envolvia cinco dimensões: I) Gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica; II) Estrutura e condições de funcionamento da UBS; III) Valorização do trabalhador; IV) Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; V) Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário. A dimensão III era constituída pela subdimensão “Ações específicas para o cuidado integral”, na qual se inseriam áreas prioritárias, como “doenças crônicas” e “atenção nutricional” (BRASIL, 2015).

O Módulo III do PMAQ refere-se à avaliação das potencialidades da gestão por resultados e possibilita a investigação do desempenho para aprimoramento das ações de alimentação e nutrição na APS. Um instrumento que ilumina uma intervenção é a sua avaliação. Nessa perspectiva o PMAQ se apresenta como um instrumento estratégico para fornecer elementos de análise das ações relacionadas ao cuidado da obesidade na APS.

4.3.3 Ações de alimentação e nutrição no cuidado à obesidade na APS

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) representa o compromisso do estado brasileiro com a melhoria das condições de saúde, alimentação e nutrição (A&N) da

população, orientada pelos princípios do SUS e é balizada pelos direitos à saúde e à alimentação adequada e saudável. A PNAN é organizada em diretrizes que englobam o escopo da atenção nutricional, com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição, ações que podem ser voltadas a indivíduos, a família e a comunidade. Para tanto, faz-se necessário o estabelecimento de uma rede de apoio institucional nos estados e nos municípios (BRASIL, 2013b).

As ações de A&N, que se iniciaram antes do SUS e se estabeleceram a partir da sua criação (BORTOLINI *et al.*, 2020), foram institucionalizadas como política, com a publicação da PNAN em 1999 (BRASIL, 1999), a qual foi atualizada em 2011, sob os auspícios da SAN (BRASIL, 2013b; 2006). No âmbito da APS, entre as atribuições da eSF que compõem o cuidado à obesidade, estão a promoção da alimentação saudável, a vigilância alimentar e nutricional (VAN) e a prevenção de agravos nutricionais, entre os quais, a obesidade (BRASIL, 2012; 2017)

Diversos marcos legais no Brasil contemplam a A&N: a Lei Nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), regulamentada pelo Decreto Nº 7.508/2011, que compreende a alimentação como condicionante e determinante da saúde e as ações de A&N como transversais e complementares às ações de saúde (BRASIL, 2011b); a Lei Orgânica de SAN, que reconhece a alimentação como um direito humano (BRASIL, 2006); o Decreto 7272/2010, que institui a Política Nacional de SAN e valoriza o fortalecimento das ações no SUS (BRASIL, 2010b; JAIME *et al.*, 2018); e a Emenda Constitucional Nº 64/2010, que insere a alimentação entre os direitos sociais previstos na Constituição (BRASIL, 2010c).

O atual cenário epidemiológico nutricional na população brasileira, caracterizado por uma diminuição da desnutrição e aumento da prevalência de excesso de peso em todas as faixas etárias (BRASIL, 2020; 2020a; 2020b), e as demandas crescentes de atenção à saúde decorrentes das DCNT (MALTA *et al.*, 2016) justificam a incorporação das ações de A&N no contexto da APS, tendo as eSF como protagonistas da sua implementação (BRASIL, 2009). O cuidado nutricional qualificado na APS é uma estratégia barata, rápida e eficiente de prevenir novos casos de obesidade e outras DCNT (JUNQUEIRA; MOTTA, 2014).

Esse complexo cenário aponta para o desafio sanitário e político do fortalecimento institucional da rede de nutrição no SUS nas três esferas de governo (COUTINHO; GENTIL TORAL, 2008), e nos diversos níveis de atenção à saúde, a começar pela APS, nível de atenção de excelência para prevenir e controlar agravos ao exercer os seus atributos (MENDES, 2011). No entanto, a primazia do modelo biomédico, curativo e de alta complexidade na saúde pública

brasileira é tido como o principal impeditivo para a sua efetivação, ficando em posição secundária em termos da priorização no SUS (RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016).

Para Bortolini *et al.* (2020), os compromissos que o Brasil assumiu junto à FAO para a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição se comunicam com as diretrizes da PNAN, as quais apontam as linhas de ação para a tão almejada melhoria das condições sanitárias, alimentares e nutricionais da população brasileira. Em consonância com a PNAN diversos programas têm sido implantados no país, os quais, direta ou indiretamente, contribuem para a prevenção e o controle da obesidade.

No âmbito do SUS, destacam-se a *Estratégia Amamenta Alimenta Brasil*, voltada para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de dois anos de idade (BRASIL, 2020e); de forma intersetorial com a Educação, o *Programa Saúde na Escola* (PSE), destinado a promover saúde e educação integral a crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira e que prevê ações de VAN, promoção da SAN e de práticas corporais (BRASIL, 2007; DIAS *et al.*, 2017).

Com esse mesmo propósito, e vinculado ao PSE, em 2017 o MS lançou o *Programa Crescer Saudável*, um conjunto de ações articuladas entre saúde e educação voltadas para a promoção e proteção da saúde, diagnóstico e tratamento da obesidade, incentivo à prática corporal e de atividade física com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade em menores de 10 anos (PINHEIRO *et al.*, 2019; BRASIL, 2019).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), criado em 2004 e extinto em 2019, na perspectiva de impactar sobre a insegurança alimentar com a oferta de alimentos de qualidade à população mais vulnerabilizada socialmente, implantou iniciativas por meio do *Programa de Aquisição de Alimentos* (PAA) e a *Rede de Equipamentos Públicos de A&N*, que é constituída por *Restaurantes Populares, Cozinhas Comunitárias e Feiras Livres*, os quais encontram-se em franca incipiência por escassez de recursos provocados pelas medidas de ajuste fiscal a partir de 2016 (FIAN, 2019) e recentes medidas governamentais.

Sob a responsabilidade do Ministério da Educação, o *Programa Nacional de Alimentação Escolar* (PNAE) busca ofertar alimentação adequada e saudável nas dimensões sanitárias, nutricionais, culturais e de sustentabilidade, o que é condizente com a prevenção de agravos, como a obesidade, em ampla expansão entre crianças e adolescentes (OPAS, 2014; MORETZSOHN; ROCHA; CAETANO, 2016; UNICEF, 2019).

Para apoiar o trabalho dos profissionais de saúde no cuidado à obesidade são disponibilizados subsídios orientadores da atenção às pessoas com DCNT e cursos a distância

por meio das plataformas UnaSUS, RedeNutri, Telessaúde e Secretaria de Atenção Primária à Saúde sobre alimentação saudável e obesidade. Como exemplo um protocolo clínico para manejo da obesidade, um manual para a abordagem coletiva da obesidade na APS e um manual para tratamento da obesidade na infância e suas comorbidades (BORTOLINI *et al.*, 2020).

No que se refere à promoção da alimentação saudável, destacam-se os Guias adotados no país, que funcionam como instrumento pedagógico intrinsecamente relacionado à PNAN: o *Guia alimentar para a população brasileira*, lançado em 2006 e revisado em 2014 (BRASIL; 2014c), o *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos* (BRASIL, 2019a) e os *Protocolos de uso do Guia para a população adulta e idosa* (BRASIL, 2021a; 2021b). Esses documentos têm como base a Classificação Nova que categoriza os alimentos segundo o propósito e a extensão do processamento industrial, e desaconselham o consumo de produtos ultraprocessados por sua relação com DCNT, como a obesidade (NUPENS; CÁTEDRA, 2021).

Outro instrumento pedagógico voltado para a promoção de práticas alimentares saudáveis é o *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas*, publicado pelo MDS com o objetivo de promover um campo comum de reflexão e orientação da prática, em especial nos serviços públicos, mas passível de ser adotado em vários outros campos de atuação (BRASIL, 2012a).

A educação alimentar e nutricional (EAN) se propõe a promover, de forma permanente e transdisciplinar, a autonomia das pessoas para formação voluntária de hábitos alimentares saudáveis, em todas as fases do curso da vida. O escopo das ações deve abranger aspectos desde a produção, abastecimento e processamento dos alimentos até a sua utilização biológica (BRASIL, 2012a; FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017). A autonomia não é um dom natural, mas um aprendizado social e depende de esforço sistemático e planejado, e de condições que possibilitem a reflexão, o debate e a participação dos sujeitos (CAMPOS, 2015).

No que se refere à alimentação, é salutar reconhecer que as escolhas não individualizadas, mas influenciadas por um conjunto de fatores, como os interesses e as pressões do mercado de alimentos. A estratégia para alcançar essa percepção é investir em comunicação e educação em saúde sobre alimentação e nutrição, na perspectiva problematizadora, tanto para profissionais qualificarem a atuação, quanto para indivíduos e coletividades optarem por práticas promotoras da saúde e da sustentabilidade ambiental (BRASIL, 2012a; ROBERTO *et al.*, 2015).

Apesar do reconhecimento da importância das atividades educativas, a prevenção tem sido posicionada em segundo plano, gerando dificuldades entre os usuários do SUS em aderirem às ações coletivas, o que pode ser reflexo da cultura curativa dos serviços

(FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017). Nesse sentido, a atenção nutricional, seja individualizada ou coletivizada, deve ser pautada nos princípios da EAN, como valorizar conhecimentos e práticas populares, integrando teoria e prática acerca do tema. No contexto da EAN o aconselhamento ao usuário do SUS não encontra espaço para proibições ou permissões, mas deve ser pautado em uma escuta acolhedora e respeitosa e deve considerar os aspectos biopsicossociais envolvidos no comportamento alimentar (MACEDO; AQUINO, 2018).

O panorama de políticas de alimentação apresentado indica a ampliação da diversidade de campos para o desenvolvimento das ações de A&N e a abrangência crescente da sua abordagem, caracterizada nos momentos históricos mais recentes pelo reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença e da importância da intersetorialidade para que elas contribuam com a integralidade do cuidado.

Outro pilar do cuidado à obesidade é a promoção da atividade física, realizada em coerência com a PNPS e a PNAB (BRASIL, 2018; 2017a), além de constar entre planos e estratégias do setor Saúde que visam promover um estilo de vida saudável ou, mais precisamente, controlar a obesidade. O MS tem investido financeiramente no *Programa Academia da Saúde* nos municípios, o qual se configura como um dos pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2014d), cujas ações compõem a LCO (BRASIL, 2013; 2017).

As políticas promotoras da atividade física precisam ser abrangentes, integradas e desenvolvidas de forma intersetorial, contemplar todos os ciclos de vida, e considerando as demandas e condições locais. Devem ser previstas formas de financiamento das ações, legislação e intervenções no meio urbano e de transporte que promovam vida com qualidade, como a criação de espaços públicos seguros, iluminados e que possibilitem o deslocamento das pessoas a pé e em bicicletas (MALTA; MERHY, 2010).

A atenção dada a programas de promoção da atividade merece ser ampliada, partindo de uma instituição como uma das prioridades políticas de saúde e se concretizando em espaços que a propicie como rotina. Silva, Souza e Starepravo (2020) registram que, considerando as diretrizes da PNAB e as responsabilidades dos estados com a implantação de programas dessa natureza, eles encontram-se muito incipientes nas agendas política e governamental no país e as que existem são voltadas ao público idoso.

Até o ano de 2019, existiam 1.443 polos do Programa em funcionamento, com mais 2.468 concluídos ou em construção em todo o país (PINHEIRO *et al.*, 2019). Em continuidade à promoção da atividade física, em junho de 2021, o MS lançou o *Guia de Atividade Física para a População Brasileira*, o qual consta de um conjunto de recomendações sobre a prática para que a população possa aderir como rotina e melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2021).

Além das práticas mais comuns de controle das DCNT, como as relacionadas à alimentação e à atividade física, outros saberes têm sido incorporados no SUS, como formalizado na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, criada em 2006 e revisada em 2017 e em 2018, ampliando o seu escopo de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS). Atualmente, o MS autoriza o desenvolvimento de 29 PICS (BRASIL, 2015b; DACAL; SILVA, 2018).

As PICS têm sido lenta e gradualmente implantadas no país. Entre as dificuldades apontadas encontram-se o pouco conhecimento sobre essas terapias e a inexistência de profissionais habilitados para realizá-las no âmbito da RAS (DACAL; SILVA, 2018). A efetivação das PICS poderia ser um elemento promissor para a LCO, intervenção que enfrenta barreiras para implantação e oferta nos serviços de saúde.

Reconhece-se que as ações de promoção da saúde necessitam de maior adesão pelos profissionais e pela comunidade adscrita para o seu desenvolvimento, e encontraram na APS o seu campo de excelência, mesmo sendo previstas para os diversos níveis de atenção no SUS (BRASIL, 2018; DIAS *et al.*, 2018). Entretanto, a saúde pública, em especial, o campo da promoção da saúde, pode ser ameaçado em face da grave crise política, econômica e institucional que assola o país, principalmente, a partir de 2016. As medidas de cortes orçamentários federais estabelecidas para os 20 anos seguintes, devem afetar significativamente os municípios e estados brasileiros, com diminuição da oferta de ações e serviços de saúde, e traçando um futuro com mais incertezas para o SUS (MALTA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2021).

A organização do cuidado à obesidade e outras DCNT no Brasil é ancorada pela concepção das RAS, a partir da gestão da clínica, sem se restringir ao processo de adoecimento (BURLANDY *et al.*, 2020). A RAS é considerada a estratégia capaz de suplantando a fragmentação da gestão e da atenção à saúde nos territórios e de aprimorar o funcionamento político-organizacional do sistema de saúde local, possibilitando ao usuário o acesso a serviços e ações efetivos e eficientes, que correspondam às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

Seguindo essa lógica de pensamento, o MS redefiniu as diretrizes de organização da RAS das pessoas com doenças crônicas e estabeleceu a LCO como prioritária. A implantação da LCO deve ser apoiada pelo MS, mas é responsabilidade de estados, regiões de saúde e municípios, os quais orientam o fluxo dos indivíduos no sistema de acordo com o agravamento do caso (BRASIL, 2013). Até dezembro de 2019, 21 estados encontravam-se em fase de implantação da LCO, totalizando 43 linhas no país (BORTOLINI, *et al.*, 2020).

4.4 A LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE: CONCEITO, CONTEXTO DAS AÇÕES ENVOLVIDAS E SITUAÇÃO NO ESTADO DO PIAUÍ

Apesar do reconhecimento da multicausalidade da obesidade, que envolve aspectos para muito além dos biológicos, e da multiplicidade de medidas a serem adotadas por setores diversos, além do setor saúde, para fins deste trabalho o enfoque apresentado para a LCO volta-se para as responsabilidades do SUS, em especial, no âmbito da APS. Contudo, sem deixar de abordar o papel do setor saúde em articular outros órgãos também implicados no enfrentamento à obesidade, respaldados pelas diretrizes da PNAN.

4.4.1 O setor saúde, as redes de saúde e a intersetorialidade e suas contribuições para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade

Os sistemas de atenção à saúde são dispositivos institucionais para responder às demandas de saúde das populações, que se manifestam nas suas condições agudas ou crônicas de saúde. As condições agudas apresentam manifestações repentinas e curta duração, enquanto que as crônicas iniciam lentamente e perduram por tempo médio ou longo, às vezes, até o fim da vida, como é a obesidade e outras DCNT. Nesse sentido, é coerente e se espera que o sistema se organize de tal maneira que possa apreender de forma ampliada as necessidades de saúde, articulando ações de prevenção e tratamento dos agravos (MATTOS, 2004; MENDES, 2012).

Contudo, o desencontro histórico entre o sistema de saúde e as condições de saúde, a hegemonia do modelo assistencial e a fragmentação institucional do SUS podem contribuir para a baixa resolutividade das ações. Nesse sentido, desde 2010, o Brasil tem buscado reorganizar a atenção à saúde com a consolidação das RAS, um modelo estruturado em sistemas integrados com potencial para favorecer a intrassetorialidade e a intersetorialidade e tornar mais custo-efetivas as ações de promoção e controle de doenças (MENDES, 2012; DIAS *et al.*, 2017).

As RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, visando prover atenção qualificada, integral, permanente, resolutiva, acolhedora, equitativa e economicamente eficiente (BRASIL, 2010 p. 1). As RAS têm formato horizontal, com os pontos de atenção à saúde e seus sistemas de apoio dispostos em um mesmo nível, sem hierarquia, revelando sua igualdade de importância no cuidado à saúde (MENDES, 2012).

Ao adotar as RAS, o MS parte do pressuposto que o modelo assistencial em curso, voltado para o atendimento de condições agudas em declínio, não é capaz de suprir as atuais e crescentes demandas de saúde da população, que se expressam no aumento constante das condições crônicas (MENDES, 2010; BURLANDY *et al.*, 2020). Existem evidências de que as RAS podem melhorar a clínica, os resultados em saúde, a satisfação dos usuários e racionalizar custos dos sistemas de saúde (MENDES, 2010). É na concepção de RAS que estão organizadas as linhas de cuidado, entre elas, a LCO, com a perspectiva de uma abordagem integral e uma articulação intra e intersetorial.

As linhas de cuidado são recomendações desenvolvidas de forma sistemática e orientadas por diretrizes clínicas, com o objetivo de garantir integralidade na atenção à saúde. A partir delas ficam estabelecidos as ações e os serviços a serem implementados nos diversos pontos de atenção (primário, secundário e terciário) de uma RAS. As linhas apresentam os fluxos assistenciais que devem ser oferecidos ao usuário, de acordo com suas necessidades sanitárias (MENDES, 2011) e articulam recursos e atividades locais e da região de saúde à qual estão vinculados (BRASIL, 2014e).

O cuidado, anteriormente concebido no tratamento hospitalar, curativo de doenças, com a ênfase dada à APS a partir da criação do SUS, suscitou outras concepções e consequências no processo de produção de saúde, como a autonomia e o protagonismo do usuário, a partir de um ato de cuidar não tecnicista, mas integral, como objeto da práxis da equipe multiprofissional, que culmine com satisfação desse usuário (ROOSLI; PALMA; ORTOLAN, 2020).

Considerando a óptica sanitária, o cuidado, por si, significa pensar no outro como um ser integral, o que requer dos profissionais de saúde um desenvolver de práticas humanísticas, solidárias, que possibilitem o alívio, o bem estar, a cura, e até o estilo de vida do receptor do cuidado. O ato de cuidar é relacional, entre o profissional e o usuário, compreendendo este como co-responsável por sua condição de saúde e o pelo ato de cuidado (de si mesmo) (CARNUT, 2017).

No Brasil, o cuidado da obesidade pelo poder público foi historicamente incorporado pelo setor Saúde, priorizando o enfoque biológico, sendo mais recentemente ampliado com abordagens advindas do campo da SAN (DIAS *et al.*, 2017; BURLANDY *et al.*, 2020). No âmbito do SUS, a PNAN, reconhece a obesidade como um dos importantes desafios a serem enfrentados, por isso, suas ações estão voltadas para a organização do cuidado integral ao indivíduo com agravos relacionados à A&N (BRASIL, 2013b).

Com a institucionalização da Política de SAN, que entende a obesidade também como uma manifestação insegurança alimentar, torna-se mais evidente a importância da implantação de macropolíticas nacionais, regionais e locais efetivas e integradas que oportunizem ambientes e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2014; 2014b; CUPPARI, 2014; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017). Por isso é imprescindível investir em sistemas alimentares que sejam sustentáveis, que possibilitem o acesso a alimentos promotores de saúde e da SAN (BURLANDY *et al.*, 2020; NUPENS; CÁTEDRA, 2021).

No âmbito do SUS, em face do panorama crescente da obesidade em todas as fases de vida, sendo vista como um dos principais fatores de risco para DCNT, o MS priorizou a LCO na RAS para Pessoas com Doença Crônica como estratégia de organizar a prevenção e o tratamento da obesidade, e definiu a ESF como o modelo assistencial de excelência para a reorganização da APS. Neste nível de atenção a LCO organiza os fluxos dos usuários e as atribuições de cada ponto de atenção, bem como a comunicação entre eles, na busca pela efetivação dos princípios éticos e organizacionais do SUS (BRASIL, 2010; 2013; 2013a; 2014e; 2017).

Para contribuir com a capilaridade da LCO o MS apoiou estados e municípios por meio das diretrizes de organização do cuidado integral às pessoas com obesidade, bem como com projetos de pesquisa, ensino e extensão em parceria com 22 universidades públicas para apoiar a implantação da intervenção. Em 2019 dispunha-se de 20 estados em processo de implantação das linhas (PINHEIRO *et al.*, 2019), entre eles, o estado do Piauí (PIAÚÍ, 2016).

Uma linha de cuidado é desenvolvida a partir de recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem disponibilizadas aos usuários, funcionando em formato de rede e envolvendo serviços diversos. O seu início se dá na entrada do usuário em qualquer ponto de assistência, podendo ser no atendimento em domicílio, na UBS, nos ambulatórios, em serviços de urgência, ou seja, em qualquer lugar onde ocorra o encontro entre o usuário e o profissional de saúde (MALTA; MERHY, 2010).

Reis, Rodriguez e Rodrigues fazem uma consideração interessante acerca da nomenclatura ‘linha de cuidado’ (LCs):

Apesar da expressão “Linhas de cuidado” suscitar a imagem de uma sequência coordenada de pontos assim como apresenta a geometria, na prática as LCs nem sempre seguirão a ideia de uma linha como um caminho reto e único, composto por etapas. Ela pode ser representada em muitos casos como uma “trama” ou “conjunto de fios entrelaçados”, e esse trançado envolve muitas mãos. (REIS; RODRIGUEZ; RODRIGUES, 2021 p. 102-103).

As ações da LCO devem ser incorporadas na rotina dos serviços de saúde, sem ignorar a necessidade de macropolíticas que oportunizem ambientes e modos de vida saudáveis (VITORINO; BARROS; CRUZ, 2017; PINHEIRO *et al.*, 2019). Essas ações permeiam os três níveis de atenção à saúde, hierarquizados no que se refere a recursos tecnológicos para as ações de promoção, proteção ou reabilitação (MATTOS, 2004).

Para se alcançar uma organização no formato de rede e, por conseguinte, linhas de cuidado resolutivas e humanizadas, precisa-se dispor de um Estado comprometido com o direito à saúde e as condições para realizá-lo. O texto constitucional atribui ao Estado o dever de assegurar o direito à saúde e à nutrição de forma universal, e define o que foi adotado como um dos princípios do SUS o “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” (BRASIL, 1988, Art. 198). Henriques *et al.* (2018), consideram que o grau de intervenção do Estado depende do seu empenho na formulação e na execução das políticas públicas em favor dos interesses coletivos, o que passa pela consolidação das RAS.

Para o desenvolvimento das suas atribuições, a LCO foi organizada em três componentes: I) Atenção Básica, que envolve VAN, promoção da saúde e do autocuidado, assistência terapêutica pré e pós-cirúrgica, coordenação do cuidado para além da APS e acolhimento nos Pólos de Academia da Saúde; II) Atenção Especializada, nos subcomponentes Ambulatorial, que engloba assistência especializada para pacientes advindos da APS e ou demandantes de cirurgia; Hospitalar, que concentra o tratamento cirúrgico e a contra-refrência para os outros níveis de atenção no pós cirurgia; e Urgência e Emergência, que prestam assistência a eventos agudos; e III) Sistemas de Apoio e Logísticos, que abrangem exames diagnósticos, assistência farmacêutica e transporte sanitário (BRASIL, 2013).

A LCO tem início na entrada do usuário, que pode ocorrer em qualquer ponto de atenção do SUS e, a partir desse lugar, se inicia (ou não) um percurso por outros pontos, de acordo com as necessidades de cada usuário (CECILIO; MERHY, 2003). Para que a LCO se concretize faz-se necessário que cada ponto de atenção reconheça sua co-responsabilidade e que sejam disponibilizados sistemas de apoio e logístico e marcos legais que deem suporte à intervenção (REIS; RODRIGUEZ; RODRIGUES, 2021). Entretanto, para tanto faz-se necessário, além de gestão eficiente, recursos financeiros destinados à efetivação das intervenções.

O Brasil adota como definição da atenção básica (neste trabalho nominada conforme organismos internacionais de Atenção Primária à Saúde – APS –) o seguinte:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem 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, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a p. 1).

A APS consiste no espaço da RAS onde o usuário primeiro busca resolver suas necessidades de saúde, que é capaz de ofertar cuidados integrais e se configura ainda como o centro de comunicação e ordenação dessa rede (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Dispor de um serviço instalado próximo ao domicílio, que possa atender a demanda de saúde logo que se manifeste ou quando for conveniente ao usuário e que seja acolhedor favorece a formação de vínculos e a coordenação de cuidados pela ESF, tornando a APS um componente estratégico da RAS para a integralidade da atenção à saúde (MOTTA; SILVA; CASEMIRO, 2021).

No que se refere à LCO, compete ainda à APS: a VAN da população adstrita para estratificação de risco; ações intersetoriais de promoção da saúde, da alimentação saudável e atividade física e prevenção do sobrepeso e da obesidade; assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos com esses agravos, de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas, inclusive após acompanhamento pós-operatório; coordenar o cuidado para outros pontos de atenção; e garantir o acolhimento das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS (BRASIL, 2013). Para além da APS, o tratamento clínico da obesidade pode incluir medicamentos e, em casos específicos, a realização de cirurgia bariátrica (ANS, 2017).

4.4.2 A integralidade das ações da APS e sua contribuição para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade

No âmbito da APS, a LCO terá mais chances de lograr êxito se esse nível de atenção à saúde for *resolutivo*, ou seja, que tenha capacidade de atender mais de 85% dos problemas da população, se for *comunicativo*, que ordene os fluxos e contrafluxos dos usuários, dos produtos e das informações entre os componentes das RAS, e se tiver *responsabilização*, ou seja, que tenha comprometimento econômico e sanitário com a população adscrita (MENDES, 2011).

Ao cumprir esses atributos, a APS é um espaço de excelência (mas não o único) para o desenvolvimento da integralidade do cuidado, um dos princípios éticos mais sensíveis à organização da LCO. Entretanto, o panorama crescente de obesidade e as suas consequências sanitárias e sociais revela o quanto ela é despercebida e o seu cuidado é frágil. Para Hartz e

Contandriopoulos (2004), a integralidade não é uma tarefa fácil e exige, além de gestão eficiente, recursos financeiros destinados à efetivação das intervenções.

Os atributos da APS têm mais chances de ser atingidos ao dispor de apoio matricial para as ações, o que está posto com a criação do NASF, constituído de uma equipe multidisciplinar que não consta nas eSF (BRASIL, 2008). Por sua variedade de saberes e tecnologias na atenção à saúde, o NASF exerce um papel potencializador da resolutividade da APS, ampliando a oferta de cuidados e contribuindo para a integralidade nesse nível de atenção (SILVA; COSTA; MEDEIROS, 2021).

A concepção de integralidade adotada neste trabalho sobre a LCO na APS parte das reflexões de Mattos (2004), que considera mais adequado defendê-la como a articulação entre as ações de prevenção e as de assistência no mesmo nível de atenção à saúde. Para o autor a integralidade parte de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde, identificadas direta ou indiretamente, mediante uma prática profissional intersubjetiva e dialógica com o usuário que procura os serviços de saúde. A partir dessa identificação, a terapêutica é definida em conjunto e de acordo com o contexto do encontro entre o profissional e o usuário. Malta e Merhy (2010 p. 597) atestam que “a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede”.

Esse olhar dos autores é complementar ao de Hartz e Contandriopoulos (2004), que consideram que a integralidade se constitui na integração de pontos de atenção da RAS, o que revela a limitação de que nenhum deles, de forma isolada, dispõe dos recursos, insumos e habilidades necessários à resolução das necessidades de saúde das pessoas, nos diversos ciclos da vida. Esse fato impõe a adoção de mecanismos de gestão que estabeleça as condições para a comunicação dos pontos de atenção e o compartilhamento de responsabilidades em torno do cuidado em saúde.

Casemiro, Cardim e Seixas (2021) nos lembram que a vida acontece em grupos e que a escuta atenta das vozes dos usuários, das falas entrecortadas, dos silêncios dos indivíduos que buscam os serviços de saúde precisa ser valorizada e adotada como prática de saúde. Essa conduta, que não significa que seja fácil, mas estritamente importante, amplia as possibilidades de os profissionais planejarem intervenções mais coerentes com as demandas identificadas ou sentidas dos sujeitos do SUS.

Devido à gravidade inerente à obesidade, às comorbidades que a ela se associam, e pelas especificidades do desenvolvimento dessa condição de saúde, o usuário do sistema pode necessitar de um ou outro ponto de atenção da RAS ou de vários ao mesmo tempo. Considerando esse contexto, a APS é a “agulha que costura” essa rede e que organiza o

caminhar desse usuário pela LCO, sem o que a integralidade é ferida (REIS; RODRIGUEZ; RODRIGUES, 2021).

A APS, pelas atribuições e pelas expectativas criadas em torno de respostas condizentes com os problemas de saúde da população, merece ser organizada de forma que a sua estrutura, aqui considerando os aspectos físicos e de pessoal, e os processos de trabalho dos profissionais de saúde possam ser consoantes com as necessidades dos usuários que a ela recorrem, com uma clínica ampliada e universalmente acessível, convergindo para a integralidade do cuidado.

A estrutura adequada possibilita desde a acessibilidade física aos serviços e todas as suas dependências, como o acesso a procedimentos relacionados ao cuidado, que na LCP parte do diagnóstico nutricional e da estratificação de risco, os quais vão orientar a melhor conduta terapêutica. O processo de trabalho, por sua vez, contribui para o cuidado desde o acolhimento do usuário até a oferta de uma atenção baseada em evidências e a continuidade da atenção, de acordo com a realidade singular de cada usuário.

As características da estrutura incidem sobre o desenvolvimento das práticas de saúde e, conseqüentemente, sobre seus resultados, apesar de não existir uma relação certa de causa-efeito, mas de possibilidades (MOTTA; SILVA; CASEMIRO, 2021). A organização da LCO na APS prevê UBS com rampas de acesso, portas e cadeiras largas, macas e balanças com capacidade maior de 200 kg, esfigmomanômetro e outros itens, a oferta e o acesso regular a exames e medicamentos necessários, o apoio matricial, a articulação com outros pontos de atenção da RAS, além de outros aspectos inerentes ao tratamento da obesidade. Além disso, a eSF deve estar apta e sensibilizada para a problemática da obesidade, entendendo-a como um importante agravo à saúde cujo controle pode se dá no âmbito da APS, na maioria dos casos (BRASIL, 2014).

A garantia das condições de acesso das pessoas com obesidade aos serviços de saúde é imprescindível, sob o risco de não chegarem ou não serem motivadas a voltar para dar continuidade do cuidado. A inexistência ou a precariedade da estrutura é um fator que por vezes contribui para o constrangimento, a estigmatização e a exclusão dessas pessoas, especialmente, as que apresentam a forma mais grave da obesidade. Como exemplo citam-se mobiliários e equipamentos inapropriados para o peso elevado.

A efetivação da LCO se dá mediante a articulação entre a micropolítica (ou microprocessos) e a macropolítica (ou macroprocessos). Na perspectiva da micropolítica a sua organização pressupõe a responsabilização, o vínculo e o cuidado do profissional e do sistema de saúde pela pessoa com obesidade. A relação entre o profissional e o usuário, quando desenvolvida de forma interativa, dialógica, possibilita trocas e compartilhamentos em torno do

desejo de resolver as necessidades de saúde daquele momento, culminando com um acordo em torno do plano de cuidado singular para esse usuário. Além disso, é importante que a eSF se comunique com outros profissionais necessários ao cuidado (CECILIO; MERHY, 2003; MALTA; MERHY, 2010).

Na perspectiva da macropolítica, o funcionamento da LCO depende da responsabilização da gestão no ato de cuidar, que se traduz na garantia dos microprocessos e da sua comunicação com os macroprocessos. Estes envolvem o financiamento, a regulação do acesso, a qualificação dos profissionais em torno do cuidado, legislações a favor da intervenção, a organização da vigilância e informações em saúde, a integração entre os níveis de atenção, entre outros. A LCO se concretiza de fato quando micro e macroprocessos se entrelaçam e se complementam (CECILIO; MERHY, 2003; MALTA; MERHY, 2010).

Entretanto, apesar de existirem diversos normativos orientadores da LCO e, em especial, do funcionamento da APS como ordenadora da RAS, desafios de diversas naturezas são apontados na literatura para o desenvolvimento do cuidado nesse nível de atenção.

Em termos de cuidado, Casemiro, Cardim e Seixas (2021) identificaram invisibilidade da pessoa com obesidade na APS. Via de regra, essas pessoas procuram as UBS por queixas secundárias à obesidade, e o excesso de peso costuma passar despercebido tanto pelo usuário como pelo profissional de saúde (mesmo sendo esse apenas um dos aspectos a serem considerados no encontro); quando a abordagem ocorre, é recriminatória e preconceituosa, provocando resistência em buscar os serviços. Atitudes dessa natureza dificultam a criação do vínculo, tão importante para fixar o usuário à LCO, afastando-o das ações necessárias à sua condição.

Figueiredo *et al.* (2018), encontraram situação semelhante na avaliação de beneficiários do PMAQ no Brasil. Nas consultas com os profissionais de saúde a abordagem se restringia às queixas que conduziram os usuários ao serviço de saúde, sem que outros aspectos também importantes para a saúde não tenham sido analisados, dialogados ou percebidos. Esse fato aponta para o desafio do reconhecimento institucional da APS como coordenadora e ordenadora da RAS.

Os fatores que influenciaram o ganho de peso devem ser elemento presente nos diálogos entre os profissionais e os sujeitos com obesidade para que, conjuntamente, o cuidado seja organizado em um 'projeto terapêutico singular', considerando as especificidades de cada caso (REIS; RODRIGUEZ; RODRIGUES, 2021). Mas, sem a devida responsabilização do profissional com o usuário e com o cuidado necessário, essa construção fica prejudicada. A frágil formação de vínculos na APS pode ser devido à dificuldade de fixação de profissionais

de saúde nos municípios, à grande rotatividade por motivos diversos, como oferta salarial pouco atrativa, condições de trabalho inadequadas, entre outros (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Outro aspecto identificado é que, apesar das diretrizes clínicas para o cuidado de DCNT estarem estabelecidas cientificamente, elas não se concretizam na rotina dos profissionais de saúde, o que provoca um cuidado incipiente e até ineficaz. Essa prática incompleta coloca em risco a vida dos usuários e elevam os custos do sistema de saúde (MALTA; MERHY, 2010). O cotidiano dos serviços de saúde pode ser um elemento que automatiza a prática profissional, mas não pode se distanciar das bases científicas que fundamentam a conduta adequada às condições de risco ou de adoecimento.

Apesar dos determinantes sociais relacionadas à obesidade terem sido inseridos entre os conteúdos da formação profissional, o foco predominante são os parâmetros e condicionantes biomédicos, que somado à fragilidade de práticas interdisciplinares (RAMOS *et al.*, 2020) e a oferta de soluções de cuidado inadequadas às realidades dos usuários (FIGUEIREDO *et al.*, 2018), distancia o profissional das condutas reconhecidamente postas para o enfrentamento da obesidade.

Desafios na APS também são encontrados em relação aos espaços físicos e equipamentos. Apesar da grande disponibilidade de estrutura identificada por indicadores do PMAQ no Brasil para a área de alimentação e nutrição – instalações das UBS, equipamentos e insumos –, menos de ¼ desses serviços possuíam balança com capacidade entre 150Kg e 200Kg, item imprescindível ao diagnóstico e monitoramento da obesidade (MOTTA; SILVA; CASEMIRO, 2021). Serviços especializados para obesidade e/ou DCNT costumam dispor de espaço físico e equipamentos adequados, os quais devem ser melhor integrados à RAS, sob o risco de se constituírem pontos “paralelos” ao sistema (RAMOS *et al.*, 2020).

Desafios também são comuns em relação ao processo de trabalho, aqui concebido como o jeito de fazer saúde dos profissionais, aspecto significativamente importante para concretizar o vínculo entre os usuários e o sistema de saúde e, por conseguinte, para contribuir com o princípio da integralidade. Entretanto, esse fazer não depende apenas da motivação e da qualificação profissional. Nele estão envolvidos vários elementos como o ambiente, as condições de trabalho, a organização dos serviços, as tecnologias disponíveis, as relações interpessoais da equipe, o apoio da gestão para o cuidado entre outros.

Considerando a integralidade de responsabilidade dos cuidadores, o processo de trabalho deve ser voltado para identificar e responder às demandas de saúde dos usuários que buscam o serviço com estas expectativas. Mattos (2004 p. 1.413) refere que “uma primeira dimensão da integralidade [...] se expressa na capacidade dos profissionais para responder ao

sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea [...]”. Para tanto, é imprescindível o estabelecimento de um trabalho em redes macro e microinstitucionais voltadas para a assistência ao beneficiário (CECILIO; MERHY, 2003).

Dados nacionais do segundo ciclo do PMAQ sobre o processo de trabalho das equipes da APS relacionados à obesidade revelaram que menos da metade das equipes realizam consultas para tratar a obesidade, pouco mais da metade realizam atividades coletivas, um terço faz registro dos casos de obesidade sob sua responsabilidade ou fazem encaminhamento dos casos a partir da estratificação de risco e nestes casos, menos da metade têm registro desses encaminhamentos (MOTTA; SILVA; CASEMIRO, 2021).

Esse cenário revela a fragilidade do cuidado à obesidade na APS e as potenciais consequências, como a limitação de acesso de muitos usuários ao diagnóstico nutricional, a ações básicas de prevenção de complicações e participação em grupos – que poderiam contribuir com a sua qualidade de vida –, e a impossibilidade de usufruir de serviços especializados e de serem acompanhados na sua condição. Cabe à gestão da LCO na APS buscar mecanismos para estabelecê-la como a coordenadora do cuidado na RAS.

4.4.3 A vigilância alimentar e nutricional e sua contribuição para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade

A organização da atenção na LCO deve ser orientada a partir do diagnóstico nutricional, numa ação de VAN para identificação dos casos, e a partir da estratificação de risco a partir do IMC. A VAN pode ser desenvolvida em qualquer nível e ponto de atenção do sistema. Na APS ela deve se constituir como rotina das eSF, seja de forma programada ou por demanda espontânea, e contemplar as diversas faixas etárias, independente da condição de saúde que levou o usuário à UBS. Nesse contexto, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) se mostra como um potencializador das ações da APS (BRASIL, 2008; 2014). As ações de saúde a serem realizadas na APS para indivíduos adultos a partir da estratificação de risco pelo IMC estão dispostas na Figura 3.

Figura 3 –Ações da Atenção Primária à Saúde para pessoas adultas, de acordo como o índice de massa corporal.

IMC <25 kg/m ² NORMAL	IMC de 25 a 29,9 kg/m ² SOBREPESO	IMC >=30 e < 39,5kg/m ² OBESIDADE (Grau I e II com e sem comorbidades)	IMC >=40 OBESIDADE (Grau I,II com e sem comorbidades)
<ul style="list-style-type: none"> •Vigilância alimentar e nutricional •Incentivo à <u>alimentação</u> adequada e <u>saudável</u> •Estímulo à atividade <u>física</u> 	<ul style="list-style-type: none"> •Vigilância alimentar e nutricional •Incentivo à <u>alimentação</u> adequada e <u>saudável</u> •Estímulo à atividade <u>física</u> •Prescrição dietética (para os casos com <u>comorbidades</u>)* 	<ul style="list-style-type: none"> •Vigilância alimentar e nutricional •Incentivo à <u>alimentação</u> adequada e <u>saudável</u> •Estímulo à atividade <u>física</u> •Prescrição dietética* •Terapia comportamental* •<u>Farmacoterapia</u>* 	<ul style="list-style-type: none"> •Vigilância alimentar e nutricional •Incentivo à <u>alimentação</u> adequada e <u>saudável</u> •Estímulo à atividade <u>física</u> •Prescrição dietética* •Terapia comportamental* •<u>Farmacoterapia</u>* •Acompanhamento <u>pré</u> e <u>pós</u> cirúrgico
Apoio diagnóstico e terapêutico			
Regulação e sistema de informação			

Fonte: Adaptado de Brasil (2014); Reis, Rodriguez e Rodrigues (2021).

Legenda: Comorbidades: Hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e/ou outras DCNT desencadeadas ou agravadas pela obesidade.

*Quando necessário, após avaliação com a equipe de Apoio Matricial.

A partir do diagnóstico da obesidade cabe aos profissionais de saúde investigar elementos que podem contribuir com o ganho de peso, como a presença de doenças e uso de medicamentos, além disso, as comorbidades e os fatores de risco envolvidos no caso para elaborar, com a anuência do usuário, a terapêutica adequada (MALTA; MERHY, 2010; REIS; RODRIGUEZ; RODRIGUES, 2021).

A atenção nutricional, uma das diretrizes da PNAN transversal aos diversos níveis de atenção, encontra na APS o campo mais amplo e promissor para o seu desenvolvimento, devido ao seu nível de capilaridade e por ser o espaço da RAS mais acessível à população. Ela engloba ações de promoção da alimentação saudável e prevenção, vigilância e tratamento de agravos relacionados à alimentação e nutrição – como a obesidade – a serem desenvolvidas de forma integrada na APS (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; BRASIL, 2013b; BARROS *et al.*, 2013; BORGES E LACERDA, 2018).

A VAN é uma das ações mais tenazes na APS a qual, a partir da mensuração sistemática e criteriosa de dados antropométricos e do consumo de alimentos, permite conhecer o perfil nutricional e alimentar da população, e serve de subsídio para orientar o planejamento e o trabalho de gestores e profissionais de saúde locais para a recuperação e/ou manutenção do

estado de saúde do indivíduo (BRASIL, 2014; CUPPARI, 2014; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017a; BORTOLINI *et al.*, 2020).

Os dados da VAN são uma importante ferramenta para os profissionais da APS diagnosticarem os distúrbios de maior risco ou mais prevalentes, os segmentos e grupos mais afetados e, por conseguinte, planejarem a intervenção nutricional que corresponda à necessidade individual ou coletiva (BRASIL, 2013b; 2009a). Além disso, poderão contribuir para a avaliação do impacto das ações na saúde da população (BARROS *et al.*, 2013).

O diagnóstico precoce da obesidade, assim como a implantação de intervenções terapêuticas adequadas, são fundamentais para a promoção da saúde e diminuição dos indicadores de morbimortalidade na população. A antropometria é o método básico para a avaliação da composição corporal, cujas medidas incluem peso, altura e perímetros de quadril, cintura, cabeça e pescoço, entre outras. Além disso, deve-se realizar a avaliação nutricional e metabólica detalhada de modo a identificar o quanto cada fator interfere no balanço energético diário (BRASIL, 2014; CUPPARI, 2014).

Outro elemento importante para traçar o perfil do indivíduo com obesidade é conhecer o seu consumo alimentar para, a partir dele, estabelecer metas para redução do peso no curto, médio e longo prazo e para a adoção de práticas alimentares saudáveis (BRASIL, 2014; 2014b). O planejamento dessas metas deve se basear na adoção de práticas relacionadas a escolha de alimentos, comportamentos alimentares, prática de atividade física, estilo de vida, de forma que o peso venha a atingir um nível que possibilite a melhora no estado de saúde ou a redução dos riscos e complicações (ABESO, 2009; CUPPARI, 2014).

O estabelecimento de metas para a pessoa com obesidade deve ser avaliado e, caso se concretize, deve ser feito com muita cautela e, necessariamente, em consonância com o usuário, pois ao tempo que pode estimular a busca pelo seu alcance, pode provocar ansiedade nesta busca e, em não atingindo, um sentimento de insucesso pessoal que pode comprometer a continuidade do cuidado. O despertar para um comportamento mais saudável e para as consequências naturais dele advindas parece ser mais humanizado e menos pragmático.

Quanto ao tratamento da obesidade, a dietoterapia ou o aconselhamento nutricional, deve ser personalizada e fomentar a autonomia do indivíduo para que ele, de forma consciente, sabedouro dos benefícios de práticas saudáveis, venha a adotar uma alimentação promotora de saúde (CUPPARI, 2014; MACEDO; AQUINO, 2018). A dietoterapia deve considerar a história clínica do indivíduo, seu contexto social e cultural e o estágio de mudança de comportamento em que ele se encontra. Preferencialmente, a abordagem deve ser multidisciplinar para que,

além dos fatores clínicos e nutricionais, outros devem ser considerados. Essa ação é complementar à promoção de estilo de vida saudável (CUPPARI, 20014).

A organização da oferta dos cuidados em alimentação e nutrição no âmbito da APS requer que o nutricionista do NASF, em parceria com os profissionais da eSF, elabore, adapte e estabeleça protocolos terapêuticos (BRASIL, 2009a; BARROS *et al.*, 2013) a serem adaptados aos usuários. Reafirmando o importante papel do NASF no fortalecimento da APS, o estudo de Motta, Silva e Casemiro (2021) revelou que mais de 70% das equipes desenvolviam ações de atenção nutricional.

Existem evidências dos resultados satisfatórios da APS no sistema de saúde de diversos países, tais como: maior coerência, porque os sistemas estão organizados baseada nas demandas de saúde locais; maior efetividade, porque impactam sobre as condições de saúde; maior eficiência, pois são baratos e evitam procedimentos de alto custo; maior equidade, pois diferenciam grupos e territórios mais vulnerabilizados e evitam que gastem excessivamente com saúde; maior qualidade, porque priorizam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e disponibilizam ferramentas tecnológicas adequadas para o cuidado (MENDES, 2011).

4.4.4 Potencialidades e desafios para a implantação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no Piauí

Os planos nacionais e os programas federais, via de regra, são orientadores da atuação dos municípios para o cuidado à obesidade e outras DCNT, a partir das adaptações à realidade local. A adesão aos programas pelos estados e municípios é desejável e oportuna, pois fomenta o enfrentamento desse grave problema de saúde pública, que é a obesidade, por meio de recursos financeiros específicos, como a promoção da alimentação adequada e saudável, o PSE, o Crescer Saudável, o Programa Academia da Saúde, os quais são financiadas pelo Piso de Atenção Básica (PAB) e a assistência farmacêutica, conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e/ou pela Farmácia de Medicamentos Estratégicos.

O Plano Estadual de Saúde, elaborado para o período de 2016 a 2019, expressa o compromisso da SESAPI e instâncias vinculadas com o fortalecimento do SUS, nas três esferas de atenção, com o cofinanciamento da APS e com o controle social, entre outros, elementos fundamentais para o enfrentamento às DCNT, entre as quais a obesidade (PIAUI, 2016b). Em consonância com os objetivos e metas do Plano e com o apoio do Ministério da Saúde (BORTOLINI *et al.*, 2020), em 2016 a SESAPI elaborou a Linha de Cuidado para a Prevenção

e o Tratamento do Sobrepeso e da Obesidade (PIAUI, 2016) e a pactuou na pactuou na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (PIAUI, 2016a).

Em apoio ao enfrentamento às DCNT no Estado, está em curso, desde 2016, um projeto envolvendo a SESAPI e o Banco Mundial, que contempla a instalação ou reestruturação de unidades de saúde de média complexidade intituladas Centros de Especialidades em Doenças Crônicas (CEDC) em funcionamento no município de Parnaíba, com previsão de ampliação para os demais municípios-sede das macrorregiões, o que ficou comprometido com o advento da pandemia Covid-19, que levou os municípios a reorientar e priorizar espaços físicos e processos de trabalho para o controle da nova doença.

Para qualificar a atenção, o trabalho dos profissionais deve estar balizado por diretrizes clínicas e ser desenvolvido em consonância com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (MENDES, 2012). A partir de 2017, foi implantado, em parceria com o CONASS, o Projeto Planificação, com o propósito de organizar a APS em rede e, assim, contribuir com a integralidade da atenção na Região de Saúde Planície Litorânea, que conta com 11 municípios adscritos. Entretanto, por incompatibilidade política, o projeto sofreu descontinuidade.

Entre os anos 2018 e 2020, foi desenvolvido outro projeto com essa parceria, com uma perspectiva mais ampliada de organização da atenção, o PlanificaSUS, que prevê o apoio técnico gerencial à gestão estadual e à municipal de saúde para o planejamento e a organização de macroprocessos da APS e da atenção ambulatorial especializada, na lógica das RAS, com vistas a responder às demandas e expectativas da população. Com o apoio dos gestores municipais esse projeto teve a adesão de 11 municípios do Território Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, a saber: Arraial, Brejo, Canto do Buriti, Francisco Ayres, Floriano, Guadalupe, Itaueiras, Landri Sales, Porto Alegre do Piauí, São José do Peixe e São Miguel do Fidalgo, localizados no Região de Saúde Vale dos Rios Piauí e Itaueiras. A segunda etapa está prevista para iniciar em 2021.

Com o propósito de incluir cuidados adicionais às ações da APS, o Piauí oferta, desde 2017, práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) (BRASIL, 2019b), um conjunto de serviços médicos e terapêuticos, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde. Com ênfase na APS, visa somar-se ao conjunto de ações voltadas para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2015b). Dos 224 municípios piauienses, 161 ofertavam PICS, distribuídas entre os 360 serviços cadastrados para tal em 2019 (BRASIL, 2019b).

Entre as políticas públicas federais que contribuem para o enfrentamento à obesidade, dos 224 municípios piauienses, 51 dispõem de, pelo menos, um Polo de Academia da Saúde em funcionamento, pilar importante para o cuidado à obesidade. O PSE e o Programa Crescer Saudável estão implantados em todos os municípios do Estado, para os quais são disponibilizados recursos federais para o desenvolvimento das ações de VAN, promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física e o atendimento individualizado a escolares com obesidade (<https://egestorab.saude.gov.br>).

Desde 2011, municípios do Piauí se credenciaram ao PMAQ, ao ponto de, em 2018, totalizarem 213 municípios com eSF que aderiram ao Programa, representando 1/3 das eSF do Estado. Para o apoio destas e demais equipes, existem 256 NASF implantadas com financiamento federal, sendo 105 NASF Tipo I, 58 do Tipo II e 93 do Tipo III, o que corresponde a uma cobertura superior a 90,0% no Estado (<https://egestorab.saude.gov.br>).

A sustentabilidade das intervenções promotoras de um estilo de vida saudável passa pela instituição deles na agenda política nacional e local. Em estudo sobre pautas políticas e governamentais relacionadas à atividade física no país, Silva, Sousa e Starepravo (2020) encontraram que os Programas Academia da Saúde, Academia da Cidade e Academia ao Ar Livre estavam presentes nos planos de governo para as eleições de 2018 de apenas quatro estados, sendo que no Nordeste, somente no do Rio Grande do Norte. Em se tratando dos Planos Plurianuais 2019-2021, os programas constavam em sete estados, sendo um deles o Piauí.

No que se refere à assistência de Alta Complexidade para as pessoas com obesidade, a Fundação Piauiense de Serviços Hospitalares lançou, em janeiro de 2020, o ‘Programa Bariátrico do Hospital Getúlio Vargas’, unidade de saúde de referência estadual e regional, habilitada para realizar a cirurgia bariátrica. A partir de então, o estabelecimento ficou apta a receber recursos federais para a LCO. Segundo informação de dezembro de 2020, o hospital já havia realizado 30 procedimentos em apenas três meses, o que tem sido comemorado pelos gestores (PIAÚÍ, 2020).

Com o propósito de elaborar um planejamento de ações intersetoriais de enfrentamento à obesidade, foi organizado em 2017 um grupo de trabalho na SESAPI envolvendo técnicos de outros órgãos. Entre os produtos do grupo destaca-se a Portaria SESAPI/GAB. Nº 1.997/2017, que dispõe sobre as ações de promoção da alimentação adequada e saudável nos ambientes de trabalhos no âmbito da SESAPI e de entidades vinculadas (PIAÚÍ, 2017), a qual foi amplamente distribuída no órgão para conhecimento e adoção por parte dos setores.

Esse conjunto de investimentos na gestão e na assistência, somado ao Plano Estadual de Saúde, elaborado para o período de 2020 a 2023 (PIAÚÍ, 2020a), sinaliza o compromisso da

SESAPI com o fortalecimento do SUS, da APS e com o controle social, entre outros elementos importantes para o enfrentamento às DCNT. Entretanto, a obesidade não aparece explicitamente como uma prioridade na pauta política no Piauí.

Em termos de iniciativas não governamentais, desde 2014 o Estado conta com o *GastroGatos*, um grupo terapêutico de apoio e acompanhamento às pessoas com obesidade formado por indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica ou que utilizam outros métodos de tratamento. O grupo realiza reuniões semanais, com a participação de profissionais de categorias diversas, tendo o psicólogo com presença fixa. Nelas são compartilhadas dúvidas e saberes na perspectiva do melhor manejo da obesidade.

Ademais, o grupo possui redes sociais, como *Instagram* (@gastrogatospi) e *Facebook* (Gastrogatos PIAUÍ), que aumentaram suas atividades, especialmente, devido à pandemia Covid-19. Atualmente, o *GastroGatos* está em processo de transição para ser uma associação formal. Como frutos do trabalho do grupo foi instituído o Dia Estadual de Combate à Obesidade (12 de novembro), por meio da Lei Nº 7.105/2018 (ALEPI, 2019), e proposto o Dia Municipal, instituído pelo Projeto de Lei Nº 350/2017 (SBCBM, 2017).

O monitoramento de indicadores e metas de fatores de risco e proteção para DCNT na população brasileira entre os anos 2006 e 2019 demonstrou que a maioria dos indicadores teve pior desempenho a partir de 2015, coincidindo com o período de corte de recursos para as políticas públicas. Ademais, as projeções indicam que metas de diminuir a prevalência de obesidade e do consumo de álcool até 2025 não seriam alcançadas (SILVA *et al.*, 2021). A pouca autonomia financeira de estados e municípios contribuem para a descontinuidade das políticas públicas em curso.

Vivencia-se desde os meados da década 2010 e, mais fortemente, no atual momento do País, uma postura política conservadora, autoritária e antidemocrática que afeta diretamente os direitos humanos e sociais, na qual as políticas que contribuem para a concretude desses direitos são vistas como as causadoras do desequilíbrio fiscal nas contas públicas. Em face dessa concepção, a ordem é reorganizar a gestão financeira com redução da responsabilidade estatal e ampliação da participação do setor privado nessas políticas (MOROSINE; FONSECA; LIMA, 2018).

A partir de 2016, para enfrentar a crise econômica, o Brasil instituiu a medida conhecida como “teto dos gastos”, a qual prevê que, durante 20 anos, as despesas com serviços públicos e de investimentos fiquem atreladas à variação da inflação, o que impede o seu crescimento real. Essa medida vem impactando diversos programas e ações sociais, como alguns relacionados à A&N: Programa de Aquisição de Alimentos, Programa Bolsa Família, EAN,

Promoção e Fortalecimento da Agricultura Familiar, Distribuição de Alimentos a Grupos Populacionais Especiais, Equipamentos e Serviços Públicos de Apoio à Produção e Abastecimento de Alimentos (FIAN-Brasil, 2019). Esse corte afeta todos os municípios, em especial as pessoas vulnerabilizadas nestes residentes.

No âmbito do setor Saúde, várias mudanças se seguiram ao “teto de gastos”. Em 2017 foi lançada a nova PNAB (BRASIL, 2017a), que estabeleceu uma nova estrutura para a APS e que foi considerada por várias organizações governamentais e não governamentais um retrocesso ao modelo assistencial em construção. Entre os prejuízos identificados com as mudanças propostas está a nova configuração das equipes, que tira a centralidade das eSF de caráter integral, baseado na ESF, historicamente concebida como a ordenadora da APS (MOROSINE; FONSECA; LIMA, 2018).

Como parte do Programa Previne Brasil, que institui novas formas de financiamento do SUS, a saber do PIB-Variável e do custeio do NASF, a Nota Técnica N° 3/2020, desobriga a constituição das equipes multidisciplinares do NASF e os municípios ficam com a liberdade de as constituir da forma que lhe aprouver, sem considerar os parâmetros até então vigentes, estabelecidos de forma que essa equipe pudesse ampliar e articular o trabalho da ESF. O credenciamento de NASF-AB foi suspenso desde 2020 (BRASIL, 2020f; RADIS, 2020). Essa é uma das diversas medidas de austeridade fiscal adotadas no país para corresponder às exigências do Banco Mundial à concessão de empréstimos a países emergentes (FIAN-Brasil, 2019).

Essas medidas de austeridade, somadas a desafios históricos que vivencia no setor Saúde, impõem um repensar de práticas de gestão de atenção no sentido de superar essas barreiras e continuar na busca pela garantia de uma saúde e nutrição adequadas. Para a efetiva implantação da LCO na APS, vislumbra-se como importante: o apoio político e logístico da gestão de saúde (estadual e municipal, especialmente); o fortalecimento da RAS para articular a APS e a assistência especializada ambulatorial e hospitalar, bem como, os pontos de atenção inerentes a cada um destes níveis; a formação de um grupo gestor da intervenção, de forma a conhecer o panorama local da obesidade, o fluxo dos usuários e a estrutura local que poderia compor a LCO – serviços, pessoal, financiamento –, planejar medidas de enfrentamento e monitorar o desenvolvimento destas.

Considerando a dependência significativa que os municípios, em especial, de pequeno porte (significativa maioria no Piauí) têm dos recursos federais para a operacionalização das políticas sociais, e as responsabilidades dessa esfera administrativa com a LCO (BRASIL, 2013), acredita-se que esse corte de recursos pode afetar significativamente a implantação da

intervenção. Esse impacto deve estar sendo ou será sentido na esfera municipal, que reverbera negativamente sobre o acesso a profissionais que apoiavam as eSF no seu cuidado, e afeta a integralidade do cuidado, tanto na perspectiva intrapontos de atenção (MALTA; MERHY, 2004) quanto entre esses pontos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Não se tem conhecimento de estudos sobre a LCO no Piauí, entretanto, na prática, verifica-se a realização de ações isoladas em alguns municípios, geralmente atreladas a datas comemorativas alusivas à obesidade e ou ao compromisso de profissionais mais sensíveis à causa. Esse fato nos faz questionar sobre o panorama de enfrentamento à obesidade na esfera municipal, ou seja, se a LCO está implantada de fato e quais os fatores que incidem sobre a implantação. A avaliação em saúde parece ser o meio mais prudente para fornecer respostas a essas indagações (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1993).

Guerrero *et al.* (2014 p. 32) consideram que para alcançar a efetividade esperada as políticas e os programas sociais devem ser planejados e avaliados, “mesmo em situações nas quais estão maximizadas as necessidades sociais e minimizados os recursos que podem viabilizá-los”. As avaliações, sejam elas preliminares ou definitivas, fornecem subsídios para se mensurar o quanto as intervenções públicas estão coerentes com seus objetivos, se correspondendo ao fim para o qual elas foram planejadas e o seu alcance na população-alvo.

4.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O sistema de saúde é um campo complexo, no qual os problemas de saúde e as intervenções que visam resolvê-los se relacionam, em parte, cercados por incertezas. Diante disso, a avaliação em saúde é um importante mecanismo para compreender esses sistemas, analisar os contextos e subsidiar os tomadores de decisão (CHAMPAGNE *et al.*, 2011), além de possibilitar melhorar a qualidade da oferta de serviços, dando mais racionalidade e pertinência às ações de saúde (TANAKA; RIBEIRO; ALMEIDA, 2017).

Reconhecida como um componente da gestão, a avaliação visa subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços, avaliar a incorporação de práticas na rotina dos profissionais e medir o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre a saúde da população. Entretanto, a avaliação em saúde é ainda um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde (TANAKA; RIBEIRO; ALMEIDA, 2017).

A avaliação enquanto instrumento técnico-jurídico é importante para que os cidadãos tenham seus direitos respeitados quanto ao acesso a serviços de qualidade (SILVA;

GASPARINE; BARBOZA, 2015). Avaliar consiste em emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção, a partir do uso de dispositivos capazes de fornecerem informações que sejam cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela como um todo ou sobre um dos seus componentes (CHAMPAGNHE *et al.*, 2011). Esse julgamento pode se configurar em uma avaliação normativa, quando usa critérios e padrões, ou uma pesquisa avaliativa, quando aplica métodos científicos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1993).

Quanto à utilidade, uma avaliação de qualidade busca dirimir dúvidas, contribuir para a efetividade de uma intervenção e fundamentar a tomada de decisões. O seu sentido ético alia-se ao seu valor técnico e de responsabilidade social (MINAYO, 2005; 2006). Avaliar intervenções sociais e de saúde tem sido cada vez mais comum, seja para as organizações apresentarem resultados de programas de cooperação, para dar transparência na condução das ações para legitimar ou provar a eficácia de intervenções públicas, por exemplo (PAIM, 2005; MERCADO; BOSI, 2006; MINAYO, 2006; GURGEL *et al.*, 2014).

A avaliação enquanto técnica e estratégia investigativa consiste em questionar de forma sistemática o mérito e a relevância de determinado tema ou programa. No que se refere a programas sociais, a avaliação assume um sentido nobre de fortalecer a busca pela realização dos direitos humanos. Além disso, uma avaliação de qualidade é capaz de minimizar incertezas, aprimorar a efetividade das ações e subsidiar a tomada de decisões (MINAYO, 2005).

A maioria das práticas de avaliação converge para o modelo tradicional, fundamentado no positivismo, o qual parte do pressuposto de que a realidade é reflexo de fatos objetivos, observáveis e quantificáveis e se utiliza instrumentos quantitativos para analisar as estruturas dos programas, como eles são desenvolvidos processualmente e quais resultados alcançam. Assim, a avaliação pode ser validável, generalizável e científica (MINAYO, 2005; MERCADO; BOSI, 2006).

Confrontando o modelo positivista, mais recentemente, vem se estabelecendo a abordagem compreensiva/qualitativa, que parte de outro paradigma, que valoriza a participação e as percepções dos atores envolvidos na intervenção e que considera que o êxito e as limitações de um programa se devem às relações e às representações. Essa abordagem se inclui entre os enfoques emergentes de avaliação, considerados mais eficazes (MINAYO, 2005; MERCADO; BOSI, 2006).

O envolvimento de atores sociais implicados na intervenção, com suas compreensões e opiniões calcadas pela vivência junto à implementação é uma característica da avaliação de quarta geração, a qual valoriza as vozes dos sujeitos com a perspectiva de aprofundar o entendimento sobre os fenômenos que envolvem a sociedade e de alcançar um consenso sobre

a realidade em estudo atores (FALSARELLA, 2015; COUTO; CARRIERE; CKAGNAZAROFF, 2019).

Guba e Lincoln (2011), analisando o percurso histórico da avaliação identificam quatro gerações desta prática, as quais tiveram início no ambiente escolar: I) Primeira Geração – Avaliação como medida (até 1930): centrada no que é quantificável é, em geral, descontextualizada, normativa, valoriza a objetividade, com simples verificação de acertos e erros, sem fornecer informações sobre o processo ensino-aprendizagem, e as pessoas relacionadas ao objeto da avaliação – alunos – não são envolvidos no processo e o avaliador é neutro; II) Segunda Geração – Avaliação como descrição (1930 a 1945): nesta fase a quantificação torna-se um meio para realizar a avaliação, que passa a adotar a verificação e descrição do alcance dos objetivos; entretanto, não aprofunda a interpretação dos resultados e nem a qualidade dos objetivos projetados; III) Terceira Geração – Avaliação como juízo de valor (1946 a 1988): mudança no juízo sobre o objeto da avaliação, que passa a adotar critérios de apreciação da intervenção e considerar o contexto no qual a intervenção se dá, facilitando a tomada de decisões; IV) Quarta Geração – Avaliação como negociação e construção (após 1980): desenvolvida por Guba e Lincoln, abrange, aprimora e soma aspectos positivos das outras gerações, tornando-se mais aprofundada e complexa, associando métodos qualitativos e quantitativos de avaliação; caracteriza-se, especialmente pelo envolvimento dos participantes, pela negociação e a construção social do conhecimento sobre o objeto da avaliação.

Para Falsarella (2015), a avaliação de quarta geração possui quatro ideias centrais: I) oposição à investigação positivista; II) o foco sobre o significado humano da vida social e sua clarificação pelo investigador; III) a compreensão de que o mundo vivido é uma construção dos atores sociais que constroem o significado social do presente e reinterpretem o passado; IV) a relevância dada à compreensão, à explicação e à interpretação como atividades humanas por excelência.

Nessa sintonia, a avaliação participativa enseja um processo de parcerias entre avaliadores e pessoas afetadas e/ou envolvidas por um programa ou serviço e que não são avaliadores senso estrito, como profissionais do serviço, usuários, gestores etc., esclarecendo-as, quanto à forma e ao conteúdo do estudo pretendido ou em curso, e aumentando sua capacidade de interferência na realidade cotidiana. Nesse sentido, a avaliação assume também um papel emancipatório (FURTADO; CAMPOS, 2008; DUBOIS, CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Nesse cômputo da investigação avaliativa, surge a metodologia da triangulação de métodos, a qual conjuga a presença do avaliador externo, as abordagens quantitativa e

qualitativa, a análise do contexto, da história, das relações e das representações e a participação. Esse tipo de avaliação integra análise das estruturas, dos processos e dos resultados, o entendimento das relações envolvidas na implantação das intervenções e a compreensão dos atores sobre o programa (MINAYO, 2005).

Intervenções podem ser uma técnica, uma prática, uma organização, projetos, programas ou políticas, ou seja, qualquer sistema organizado de ação de saúde pública que visa reduzir riscos e danos. Ela interage com o contexto no qual está implantada, é mutável a depender do tempo e do espaço social, e pode ser mediada por um processo de reflexividade (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1993; CRUZ, 2013). Composta por meios físicos e financeiros, pessoas e símbolos, uma intervenção é constituída por “cinco componentes: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e um contexto específico em um determinado momento” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1993 p. 2; CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

Como tal, uma intervenção pode se constituir em um objeto de investigação científica, sendo, então, “passível de modelagem”. A arte de modelagem, inicia-se com a idealização do objeto-modelo, a partir de um desenho que materialize o pensamento sobre as características ideais, para depois integrá-lo a uma teoria que possa ser comparada com a realidade, o modelo teórico (MEDINA *et al.*, 2005). A teoria se manifesta nas tramas relacionais entre os componentes da intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000 *apud* HARTZ; SILVA, 2005).

A modelização consiste na elaboração de desenhos ou esquemas visuais que representem a intervenção, seus movimentos e seus vínculos a partir da sua teoria (MEDINA *et al.*, 2005). Apesar da modelização possuir inúmeras terminologias no campo da avaliação, Champagne *et al.* (2011 b) adotam três categorias de modelo: o *causal*, que expressa o problema escolhido para ser resolvido e as suas causas; o *lógico teórico*, que expressa o percurso imaginado entre as causas proximais e as distais; e o *lógico operacional*, que demonstra a relação entre as estruturas e os processos até a primeira mudança alcançada, e representa a operacionalização, de fato, da intervenção em curso.

Hartz e Silva (2005) utilizam duas classes de modelo, o *teórico*, que consiste numa representação conceitual do objeto-modelo, ou seja, que apresenta as bases teóricas que sustentam a intervenção; e o *lógico*, que revela a lógica de implantação e de funcionamento do programa, com seus componentes e as relações que o envolvem. Segundo as autoras, “no campo da avaliação, a ideia que melhor operacionaliza o objeto-modelo é a expressão ‘modelo lógico’”

(ML). Para fins deste trabalho adotaremos a esta terminologia, que mostra semelhança com a concepção do *modelo lógico operacional* de Champagne *et al.* (2011b).

O ML consiste na representação gráfica das relações entre a intervenção e o efeito, ou mais precisamente, entre os recursos necessários para o funcionamento do programa, as atividades planejadas e os resultados que a intervenção se propõe a alcançar. Em última instância, explicita os passos sequenciais que conduzem aos efeitos, a melhora da situação problema, em um desenho que pode adquirir, por exemplo, o formato de fluxograma ou tabela, por exemplo (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b; CRUZ, 2013).

“Medir, pesar e interpretar as ações do poder público na saúde é uma necessidade” (GURGEL, 2014, p17), mas é preciso atentar para a qualidade dos instrumentos de medida, a qual pode ser mensurada pela sua confiabilidade, que se relaciona à medição fiel da intervenção, e pela sua validade ou precisão (FRIAS; LIRA; HARTZ, 2005). Um ML bem elaborado, com a participação de mãos e olhares diversos, interessados na intervenção, possibilita gerar perguntas avaliativas mais claras e passíveis de resposta e a avaliação pretendida tem mais chance de ser adequada e alcançar os propósitos para os quais foi planejada.

Em face da riqueza de ações que a APS engloba, a diversidade de tecnologias que utiliza para desenvolvê-las, a multiprofissionalidade que lhe é peculiar, a sua proposta democrática de gestão, a variedade de sujeitos sociais envolvidos e os problemas de saúde que se propõe a resolver, esse campo da Saúde se apresenta como um espaço que merece ser avaliado continuamente, na perspectiva do seu aprimoramento e do alcance dos seus objetivos.

Nesse contexto, a LCO é uma intervenção que, por sua importância para a concretude da integralidade no cuidado à pessoa com obesidade, pela complexidade de arranjos que requer do sistema, pelas características desafiadoras para a sua implantação, bem como, pela necessidade de compreensão dos fenômenos que a influenciam, pode se constituir em objeto de avaliação.

O ato de avaliar é complexo (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1993) e demanda planejamento minucioso, investimentos substanciais e acordos entre os atores sociais implicados na intervenção quanto ao objeto e aos objetivos da avaliação, bem como acerca dos instrumentos que a possibilite (GUERRERO *et al.*, 2014). Como etapa preliminar de uma ampla avaliação é recomendável realizar um estudo de avaliabilidade (EA) para verificar as possibilidades de avaliações posteriores e indicar o foco e os métodos da avaliação (LEVITON *et al.* 2010; GUIMARÃES; HARTZ; LUZ, 2016).

O EA é uma estratégia avaliativa que visa oferecer um plano de avaliação que inclua as relações entre as partes interessadas e a operacionalização da intervenção, e a análise da

plausibilidade e da factibilidade dos seus objetivos (THURSTON; RAMALIU, 2005). O EA subsidia a tomada de decisão sobre o melhor plano de avaliação da intervenção ou orienta estratégias para que a avaliação se concretize (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020).

Dessa feita, o EA volta-se para a análise da teoria do programa, mirando o futuro, embasado no ML, nos recursos possíveis de serem mobilizados e nas metas a percorrer. Essa pré-avaliação pode indicar elementos a serem aprimorados mesmo antes da avaliação propriamente dita ser realizada e apontar o tipo de avaliação mais adequada para o contexto da intervenção (GUERRERO *et al.*, 2014). O resultado do EA possibilita que avaliações posteriores sejam executadas com maior facilidade e favorecem a racionalização de recursos (THURSTON; RAMALIU, 2005; NATAL *et al.*, 2010).

A realização de EA como etapa preliminar à avaliação tem sido estimulada desde a década de 1970 (LEVITON *et al.*, 2010) para orientar um melhor processo avaliativo. No Brasil, a partir dos anos 2000, essa pré-avaliação vem sendo desenvolvida com mais frequência (LEVITON *et al.* 2010; BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020) e tem possibilitado compreender melhor as intervenções e mensurar a viabilidade de futuras avaliações (LEVITON *et al.* 2010; GUIMARÃES; HARTZ; LUZ, 2016).

O EA é uma estratégia custo-efetiva, pois oferece um método potencialmente econômico de avaliação, elaborado a partir do ML da intervenção e da análise da suficiência e importância dos recursos e das atividades para o alcance do objetivo desejado. Ademais, os resultados do EA podem impedir que avaliações onerosas sejam realizadas, como no caso de intervenções que precisam aprimorar suas atividades (LEVITON *et al.*, 2010).

Os EA podem avaliar políticas, programas, serviços, redes de formação, práticas assistenciais, ferramentas pedagógicas, indicadores em saúde, entre outros. Entre as bases teóricas desta etapa avaliativa destacam-se dois grupos de autores, Thurston e Ramaliu, e Leviton *et al.*, que apontam procedimentos metodológicos, capazes de subsidiar a busca pelas respostas almejadas e apoiar os gestores na tomada de decisão em torno da intervenção e sobre a sua avaliação.

Thurston e Ramaliu (2005) sugerem que o EA seja desenvolvido em sete etapas: I) Delimitação da intervenção, apontando metas, objetivos e atividades que a compõem; II) Análise documental/revisão da literatura acerca da intervenção de interesse; III) Modelagem da intervenção; IV) Descrição do funcionamento da intervenção; V) Elaboração de um modelo avaliativo factível; VI) Identificação de informantes-chave; e VII) Estabelecimento de acordos a favor da avaliação subsequente. Para os autores esta estrutura metodológica é capaz de garantir êxito à realização de um EA de qualidade.

Cada uma dessas etapas fornece importantes elementos para se compreender melhor a intervenção que se pretende avaliar, por isso a importância de seguir esse rigor metodológico que envolve o EA. Por possuir um caráter interativo, ao envolver pessoas-chave interessadas na intervenção, a teoria do programa e o modelo de avaliação podem ser apreciados, ratificados ou retificados durante o seu desenvolvimento e/ou após a proposta avaliativa ser apresentada. Esse desenho metodológico concede ao EA o papel de potencializar avaliações subsequentes acerca da intervenção.

Baratieri *et al.* (2019) defendem que as etapas não devem assumir uma posição hierárquica, rígida ou linear, mas que possam ocorrer de forma flexível, em um movimento cíclico durante o desenvolvimento do EA. As autoras esperam que o EA forneça, ao final do seu desenvolvimento, a descrição da intervenção, as perguntas-chaves que devem nortear a avaliação, um plano avaliativo e uma aliança com os informantes-chave sobre o processo de avaliação.

Essa mesma lógica de pensamento é adotada por Leviton *et al.* (2010), os quais consideram que o EA é constituído de quatro elementos: I) Compreensão do desenho da intervenção, seus objetivos e metas; II) Análise de documentos relacionados; III) Elaboração do ML; IV) Envolvimento de informantes-chave em momentos diversos do estudo; e V) Apresentação de relatório contendo a plausibilidade do ML para alcançar os objetivos e metas desejados, a indicação de áreas que merecem ser aprimoradas, opções de modelos de avaliação, perguntas avaliativas que podem ser usadas e recomendações de avaliações.

A adoção de procedimentos metodológicos rigorosos fornece ao EA maior credibilidade aos seus resultados, ampliando suas chances de uso pelos atores sociais interessados na intervenção, seja no âmbito acadêmico, da gestão – em qualquer esfera administrativa – da sua operacionalização de fato, bem como, dos usuários. A ação de uso pode ser no sentido de prosseguir com mais segurança e racionalidade a avaliação pretendida ou de buscar estratégias para qualificar a oferta da intervenção junto à sociedade, na perspectiva de corresponder melhor às suas necessidades de saúde.

A despeito da ampliação do volume e das potencialidades de EA desenvolvidos no Brasil nos últimos anos (LEVITON, *et al.*, 2010; BARATIERI *et al.*, 2019), os estudos têm apresentado importantes deficiências, o que pode comprometer a sua validade, confiabilidade e utilização por interessados na intervenção ou pesquisadores da área; ademais, pode impedir sua publicação em periódicos de qualidade reconhecida (BARATIERI *et al.*, 2019).

Ao realizar uma revisão de 21 artigos, Baratieri *et al.* (2019), encontraram como limitações: inadequação de objetivo e pergunta de pesquisa para EA; incompatibilidade entre

finalidade, método, resultados e recomendações; ausência de informação quanto ao papel e o envolvimento dos informantes-chave e dos pesquisadores no decorrer da pesquisa, e sobre a aprovação desta pela equipe da intervenção; omissão quanto à análise dos dados; não descrição das medidas adotadas para garantir a validade e confiabilidade dos dados; ausência de pergunta avaliativa e de matriz avaliativa; e frágil abordagem sobre o potencial de contribuição do EA ou da avaliação em saúde para ampliar o conhecimento acadêmico.

Diante dos achados, as autoras apresentam recomendações para o desenvolvimento de EA no sentido de aprimorar esse método avaliativo (BARATIERI *et al.*, 2019 p. 249):

1. Explicitar modelo e conceito de EA que orienta o estudo;
2. Realizar e apresentar minuciosamente a modelagem do programa;
3. Estabelecer objetivos e questão de pesquisa adequados para EA;
4. Alinhar propósito/perguntas, procedimentos, resultados e recomendações;
5. Usar dois ou mais procedimentos de coleta de dados;
6. Descrever relação do pesquisador com o local de pesquisa;
7. Descrever concordância da equipe do programa com a realização do EA;
8. Envolver *stakeholders* em todas as etapas do EA;
9. Descrever os procedimentos de análise de forma suficiente;
10. Estabelecer e descrever critérios de validade e confiabilidade dos dados;
11. Apresentar as limitações do estudo;
12. Quando o programa for avaliável, apresentar pergunta avaliativa;
13. Contribuir para o conhecimento acadêmico na área do objeto de estudo por meio de recomendações e contribuições sobre EA e/ou avaliação em saúde;
14. Contribuir para o aumento do conhecimento sobre o objeto pelos profissionais, o que permite colaborar para a resolução de problemas na implementação de programas.

Primar pelo rigor metodológico e coerência interna entre os elementos de um EA potencializa a sua finalidade, que é a análise da capacidade avaliativa de uma intervenção (OLIVEIRA *et al.*, 2015), além de que o plano de avaliação produzido favorece a utilização pelos interessados na intervenção (MIRANDA *et al.*, 2018). Nesse sentido, os seus resultados podem apresentar mais chance de subsidiar o poder decisório em torno da implantação da intervenção e, em termos acadêmicos, contribuir para ampliar o aporte teórico sobre o método.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um Estudo de Avaliabilidade (EA) da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (LCO) no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), realizado com base nos pressupostos de Thurston e Ramaliu (2005), teóricos de referência em estudos dessa natureza na área da saúde.

O EA foi escolhido por ser um precursor sistemático útil para avaliações, quer sejam de natureza qualitativa ou quantitativa, porque o seu desenvolvimento tem apresentado contribuições para melhorias de programas (LEVITON *et al.*, 2010; MIRANDA *et al.*, 2018; BARATIERI *et al.*, 2019).

Neste capítulo serão descritos o cenário do estudo, as etapas de desenvolvimento do EA, que inclui a descrição da intervenção, a definição de um modelo teórico da avaliação da LCO na APS e a elaboração da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ). Ademais, apresenta-se uma estratégia de seleção de casos para uma futura avaliação.

5.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Dados dos contextos político-organizacional e externo do Estado e dados da intervenção são apresentados para subsidiar a compreensão sobre onde o estudo foi realizado e em que cenário a LCO está inserida, com a descrição de fatores que podem influenciar o seu funcionamento. Do contexto externo descrevem-se dados demográficos, econômicos, epidemiológicos, de recursos assistenciais e de cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS). Do contexto político-organizacional aborda-se a organização em saúde a partir do processo de regionalização e da implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), estrutura e atividades para a LCO.

O cenário do estudo foi o estado do Piauí e o foco de análise, a LCO na APS. O Piauí está localizado na Região Nordeste do Brasil e possui uma população estimada para o ano de 2020 em 3.281.480 hab., distribuídos em 224 municípios, com concentração de 65,77% na zona urbana. A pirâmide etária atual é alargada nas faixas de 15 a 34 anos, revelando um estado com maior concentração de adolescentes e adultos jovens, sem grandes diferenças entre os sexos (IBGE, 2021).

A base da economia piauiense é, predominantemente, o setor de serviços (comércio), a indústria (química, têxtil, de bebidas), a agricultura (soja, algodão, arroz, cana-de-açúcar, mandioca) e a pecuária extensiva. Somam-se a produção de mel, do caju e o setor terciário no

município de Picos e, a produção de biodiesel através da mamona, no município de Floriano. A renda per capita é da ordem de R\$ 6.051,00 e o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,646 (PIAUÍ, 2020a). O rendimento per capita mensal domiciliar, estimado para 2020 foi de R\$ 859,00. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) calculado em 2010 foi de 0,646. Cada um desses valores confere ao Estado o 24º lugar no *ranking* do país (IBGE, 2021).

Em relação à educação, em 2019, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – Ideb – das escolas públicas do Piauí alcançou a meta projetada para o Estado em dois estratos de anos de estudo. Para o 5º ano, o Ideb foi de 5,4 e para o 9º ano, 4,9, enquanto que as metas eram, respectivamente, 4,9 e 4,6 (IDEB, 2019). Entretanto, a rede pública cresceu em 2019, mas ainda não alcançou 6,0, índice que poderia garantir maior número de alunos evoluindo no aprendizado e com um fluxo adequado no sistema de ensino (QEDU, 2019).

Ainda de acordo como o Ideb 2019, a rede pública estadual do Piauí atingiu o seu melhor desempenho desde que o indicador foi criado, em 2005, passando a ser o terceiro estado do Nordeste com melhor nota no Ensino Médio. O Ideb do Ensino Médio da rede estadual, que abrange 461 escolas e cerca de 95 mil estudantes, passou de 2,3, em 2005, para 3,7, em 2019, uma evolução de 62% (PIAUÍ, 2020b).

No que se refere à oferta de serviços e de ações de saúde, o Piauí conta com uma cobertura populacional de 99,36% pela ESF, dispõe de 152 Academias da Saúde habilitadas, 101 NASF Tipo I, 58 NASF Tipo II, 102 NASF Tipo III, três NASF intermunicipais, 943 ESF habilitadas, 311 equipes do Programa Mais Médicos, 1.200 Equipes de Saúde Bucal modalidade I, 44 Equipes de Saúde Bucal modalidade II, 7.191 Agentes Comunitários, 31 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 67 CAPS (<https://datasus.saude.gov.br>).

A rede assistencial dispõe de 2.650 estabelecimentos de saúde, sendo 60,83% públicos, que abrangem 106 hospitais gerais, 22 hospitais especializados, 17 maternidades e leitos obstétricos em 49 hospitais gerais. Estima-se 3,02 leitos por 1.000 hab, sendo 2,76 leitos do SUS. A regulação do acesso ao sistema ocorre nos 13 hospitais regionais, 05 hospitais especializados, hospitais escola e 01 hospital de base, em Teresina, e 01 Laboratório de Saúde Pública. Devido à fragilidade dos sistemas municipais de saúde em termos de capacidade tecnológica e recursos humanos, os municípios tendem a direcionar os casos não resolvidos para Teresina, onde se concentram os serviços de alta complexidade, o que contribui para a sobrecarga do sistema local e compromete o acesso e a resolutividade da assistência (PIAUÍ, 2019).

O perfil epidemiológico do Piauí apresenta certa proximidade do nacional no que se refere às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O diagnóstico de hipertensão arterial e

de diabetes mellitus mais recente em Teresina é de 22,4% e de 6,3%, sendo ambos mais frequentes entre as mulheres. Em ambos os sexos a frequência desses diagnósticos aumenta com a idade e diminui com a evolução da escolaridade (BRASIL, 2020a). Dados do SISVAN (2019) atestam que o excesso de peso acometia 57,9% da população de 18 anos e mais, sendo que 22,5% tinham obesidade. Ao realizar uma comparação retrospectiva, identifica-se uma variação da obesidade de 18,4% em 2015 para 22,5% em 2019, o que posiciona o agravo como importante problema de saúde pública que merece ser enfrentado (BRASIL, 2020a).

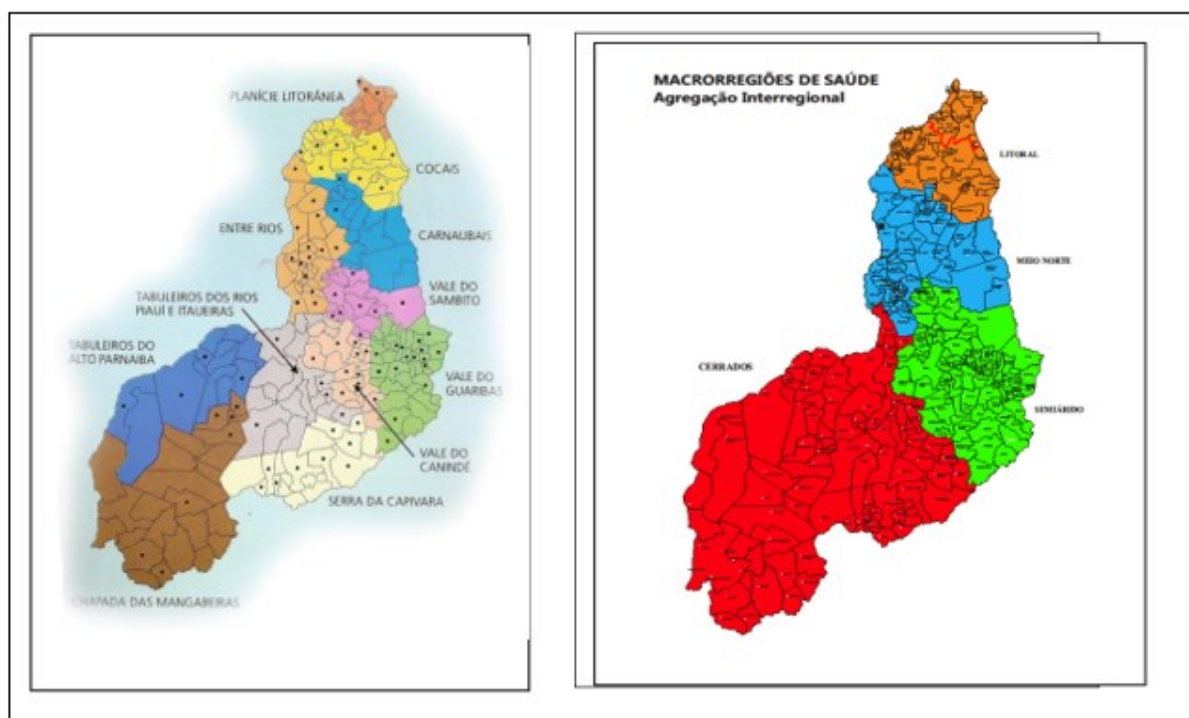
Por outro lado, a insegurança alimentar é outra condição que merece atenção no Estado, tendo em vista que se constitui em estado de vulnerabilidade social e, ao mesmo tempo, um fator de risco para outras condições, como de saúde, nutrição e inclusão social. A insegurança alimentar em todos os seus estratos, tem acometido um significativo número de famílias desde que começou a ser mensurada. Em 2004, mais de 10% da população piauiense apresentava insegurança alimentar do tipo grave, valor que diminuiu e se posicionou entre 4 a 10% nos anos de 2009 a 2018 e que voltou ao patamar inicial, em 2020 (REDE PENSSAN, 2021).

Historicamente, um importante contingente de famílias piauienses apresenta dependência financeira de benefícios sociais. Mais recentemente, a Pesquisa PNAD Covid-19 (2020) revelou que 57,5% dos domicílios do Estado receberam o auxílio emergencial do governo federal em novembro de 2020, e que a média dos rendimentos provenientes desse benefício no mesmo período foi de R\$ 552,00, inferior à média nacional, de R\$ 558,00 (IBGE, 2020).

Em termos político-organizacional, para fins de planejamento e gestão, com vistas ao desenvolvimento de regiões do Estado, o Governo tem adotado a regionalização como uma diretriz de ordenamento da ação estatal no campo da saúde desde os anos 80 e vem, de forma progressiva, proporcionando o aprimoramento das relações intergovernamentais, a ampliação da descentralização do cuidado em saúde, a autonomia para o planejamento, a tomada de decisões, a alocação e aplicação de recursos, visando aumentar a capacidade instalada e a resolutividade assistencial. Nesse sentido, as regiões de saúde têm se estabelecido um campo de práticas sanitárias e políticas, de diálogos, de negociação e acordos a favor da governança territorial, os quais têm ocorrido na comissão intergestora bipartite (CIB) e, especialmente, nas 11 comissões intergestores regionais (CIR) (PIAUI, 2019).

O Plano Diretor de Regionalização agrupa 224 os municípios em 11 Territórios de Desenvolvimento (TD), os quais compõem quatro Macrorregiões – Litoral, Meio Norte, Semiárido e Cerrado – (Figura 4) (PIAUI, 2020a; NOBRE; CARVALHO, 2020; IBGE, 2021). No setor Saúde os TD são Regiões de Saúde (PIAUI, 2020a).

Figura 4 – Distribuição dos municípios piauienses segundo os Territórios de Desenvolvimento/Regiões de Saúde (11) e Macrorregiões de Saúde. Piauí, 2020.



Fonte: Plano Estadual de Saúde, 2016-2019 e 2020-2023.

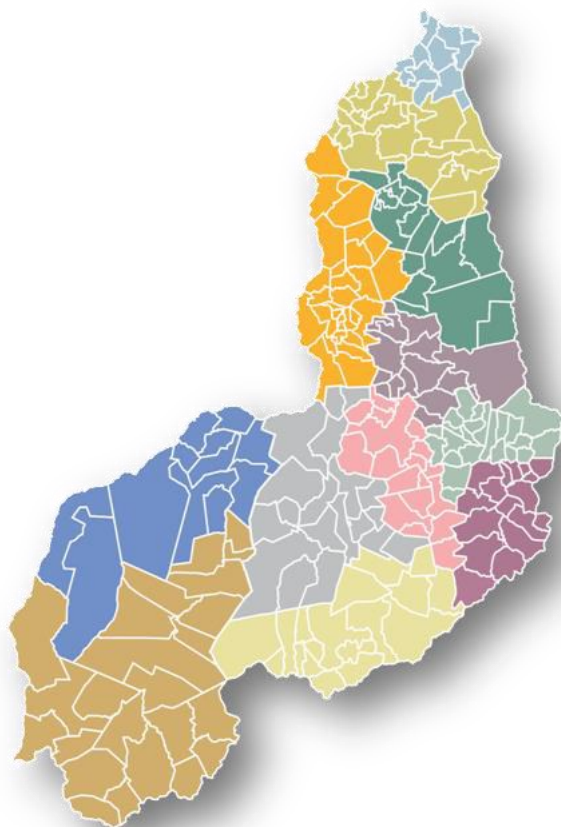
Nos TD/Regiões de Saúde foram agrupados municípios com identidades cultural, política, econômica, social e regional, mas com preservação das responsabilidades locais pela implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os municípios-sede das macrorregiões são Floriano, Parnaíba, Picos e Teresina (PIAÚI, 2016b), onde estão instaladas as 1.251 eSF que cobrem 99,63% do contingente populacional (BRASIL, 2018a). Cada estrutura administrativa dessas possui uma coordenação vinculada e financiada pela SESAPI, na perspectiva de possibilitar que o papel da gestão estadual se aproxime dos municípios, contribuindo com o fortalecimento do SUS no Estado.

Vale destacar que em 2015 a Secretaria Estadual de Planejamento (SEPLAN), para atender aos reclames dos Conselhos Territoriais de Desenvolvimento Regional quanto a uma nova configuração no agrupamento dos municípios, constituiu o 12º TD – Chapada Vale do Rio Itaim –, o qual passou a ser composto por 16 municípios anteriormente vinculados ao TD Vale do Rio Guaribas. A sede do novo TD é o município de Paulistana (Figura 5).

Entretanto, para fins de organização do setor Saúde, a SESAPI pactuou-se com a SEPLAN um período de cinco anos para se adequar ao novo desenho de regionalização do

Estado (PIAUÍ, 2020a). Como até o momento da pesquisa a SESAPI ainda adotava a primeira regionalização, este estudo foi desenvolvido considerando as 11 Regiões de Saúde vigentes.

Figura 5 – Distribuição dos municípios piauienses segundo a nova regionalização municipal (12 Regiões de Saúde). Piauí, 2020.



Fonte: PIAUÍ, 2020.

A distribuição dos municípios por macrorregião e região de saúde com o respectivo porte populacional constam no Quadro 1. Apenas os municípios de Teresina e Parnaíba apresentam mais de 100.000 hab. e nos demais 198 municípios do Estado a população é inferior a 20.000 hab. (IBGE, 2021).

Quadro 1 – Organização dos municípios piauienses por macrorregião e regiões de saúde. Piauí, 2016.

MACRORREGIÃO LITORAL						
REGIÕES DE SAÚDE	Nº MUNIC POR REGIOES	POPULAÇÃO POR REGIÃO	POPULAÇÃO GERAL MACRO	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL		
				< 20.000 hab	De 20.000 a 100.000 hab	> 100.000 hab
Planície Litorânea	11	273.189	654.986	08	02	01
Cocais	22	381.797		16	06	-
Total	33	654.986	654.986	24	08	01
MACRORREGIÃO MEIO NORTE						
REGIÕES DE SAÚDE	Nº MUNIC POR REGIOES	POPULAÇÃO POR REGIÃO	POPULAÇÃO GERAL MACRO	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL		
				< 20.000 hab	De 20.000 a 100.000 hab	> 100.000 hab
Entre Rios	31	1.196.477	1.367.412	26	04	01
Carnaúbais	16	170.935		15	01	-
Total	47	1.367.412	1.367.412	41	05	01
MACRORREGIÃO SEMI-ÁRIDO						
REGIÕES DE SAÚDE	Nº MUNIC POR REGIOES	POPULAÇÃO POR REGIÃO	POPULAÇÃO GERAL MACRO	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL		
				< 20.000 hab	De 20.000 a 100.000 hab	> 100.000 hab
Vale do Guaribas	42	368.048	579.681	40	02	-
Vale do Canindé	14	106.548		13	01	-
Vale do Sambito	14	105.085		13	01	-
Total	70	579.681	579.681	66	04	-
MACRORREGIÃO CERRADOS						
REGIÕES DE SAÚDE	Nº MUNIC POR REGIOES	POPULAÇÃO POR REGIÃO	POPULAÇÃO GERAL MACRO	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL		
				< 20.000 hab	De 20.000 a 100.000 hab	> 100.000 hab
Vale Rios Piauí e Itaueiras	28	205.270	588.725	26	02	-
Serra da Capivara	18	144.622		16	02	-
Chapada das Mangabeiras	23	192.400		21	02	-
Tabuleiros Alto Parnaíba	5	46.433		04	01	-
Total	74	588.725	588.725	67	07	-
Total Geral	224	3.190.804	3.190.804	198	24	02

Fonte: PIAUÍ, 2016a.

Com o propósito de organizar a oferta de ações e serviços de saúde e fortalecer o enfrentamento às DCNT, a SESAPI tem buscado organizar redes de atenção à saúde (RAS) com base nas linhas de cuidado, considerando o perfil epidemiológico do Estado, segundo os recortes populacionais, o gênero e os ciclos de vida, com destaque para a Rede Cegonha e a Rede de Combate ao Câncer (PIAUI, 2019), já implantadas e a linha de cuidado da obesidade, aprovada em 2016 (PIAUI, 2016a)

O Plano Estadual de Saúde mais recente registra que a atual Programação Pactuada Integrada, elaborada em 2009 e aprovada na CIB em 2011, encontra-se impossibilitada de corresponder às necessidades de saúde da população, no que se refere à capacidade instalada e à oferta de serviços nos municípios em gestão plena do sistema de saúde, sobretudo, no que se refere à atenção especializada (PIAUI, 2020a). Esse pode ser um fator limitador da implantação das intervenções de saúde no Estado.

5.2 O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

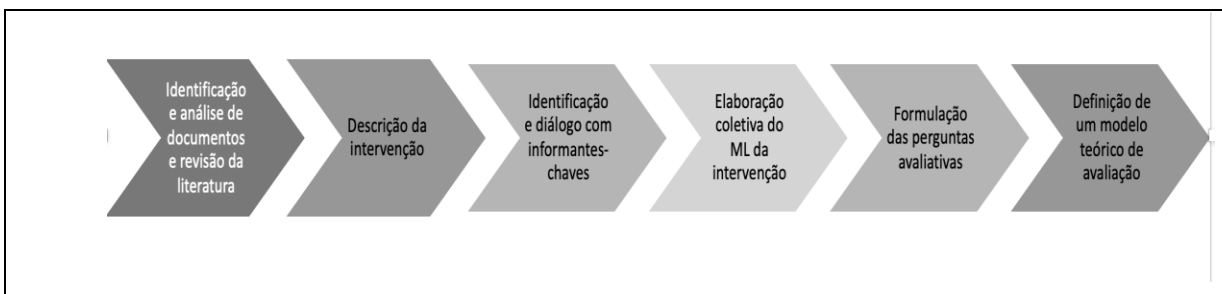
O modelo de EA adotado neste estudo foi o de Thurston e Ramaliu (2005), os quais partem do pressuposto que todas as intervenções são passíveis de avaliação. Nesse sentido, propõe uma estrutura avaliativa de sete etapas capaz de culminar, ao final, com a descrição detalhada do programa, as perguntas-chaves a serem adotadas na avaliação, um plano avaliativo e uma aliança entre os avaliadores e demais interessados na intervenção sobre todo o processo.

As etapas empregadas pelos autores são: I) Delimitação da intervenção, apontando metas, objetivos e atividades que a compõem; II) Análise documental/revisão da literatura acerca da intervenção de interesse; III) Modelagem da intervenção; IV) Descrição do funcionamento da intervenção; V) Elaboração de um modelo avaliativo factível; VI) Identificação de informantes-chave; e VII) Estabelecimento de acordos a favor da avaliação subsequente.

Visando a corresponder aos objetivos da pesquisa, o EA foi desenvolvido a partir das seguintes etapas: I) Identificação e análise de documentos e revisão da literatura sobre a LCO no Brasil e Piauí; II) Descrição da intervenção, com definição dos objetivos, das diretrizes e das atividades que a compõem; III) Identificação e diálogo com informantes-chaves; IV) Elaboração coletiva do ML da intervenção, contemplando os recursos necessários, as atividades pretendidas, os impactos esperados e as conexões causais presumidas; V) Formulação das perguntas avaliativas; VI) Definição de um modelo teórico de avaliação da LCO na APS. Estas etapas contribuirão para o Planejamento da Avaliação, o qual foi composto por duas subetapas:

a) Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento da intervenção; e b) Seleção dos casos. As etapas estão ilustradas na figura 6.

Figura 6 – Etapas do estudo de avaliabilidade da linha de cuidado da obesidade na atenção primária à saúde. Piauí, 2021.



Fonte: Elaboração própria. 2021.

5.2.1 Identificação e análise de documentos teóricos e legais e revisão da literatura sobre a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade

Esta etapa exploratória visou à aproximação com o objeto de estudo, a LCO, para obter subsídios para a sua compreensão e descrição (OLIVEIRA *et al.*, 2015; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017; SILVA, GASPARINE; BARBOZA, 2017). A identificação e a análise de documentos sobre a intervenção permitiram conhecer diretrizes, objetivos, operacionalização, financiamento e outros (THURSTON; RAMALIU, 2005; LEVITON *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2015; BARATIERI *et al.*, 2020).

Procedeu-se à busca dos documentos em páginas oficiais dos governos federal e estadual das áreas de saúde e de segurança alimentar e nutricional disponíveis na internet. Adotou-se como recorte temporal a criação legal do SUS (1990) até o mês de julho de 2021, usando os seguintes termos “obesidade”, “linha de cuidado” e “doenças crônicas não transmissíveis”.

Adicionalmente, acessou-se documentos referenciados nas publicações encontradas e outros divulgados por meio de redes sociais oficiais e em *sites* de referência nacional que abordassem a intervenção. Foram incluídos documentos de origem brasileira e cujo título e/ou o conteúdo contemplasse os termos supracitados, sendo selecionados os que tratavam diretamente da organização e operacionalização da LCO, os que abordavam ações relacionadas à prevenção e controle da obesidade e os que versavam sobre direitos da pessoa acometida pelo agravo.

A revisão da literatura também auxiliou na compreensão da intervenção a partir dos olhares de outros avaliadores. O aporte teórico, legal e científico da LCO subsidiou as etapas de descrição e de modelização da intervenção. Foram identificados 103 documentos, sendo 88 de cunho nacional, 01 internacional assinado pelo Brasil e 14 estaduais. A distribuição dos documentos segundo a categoria está apresentada no quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição de documentos brasileiros relacionados à obesidade segundo a fonte de origem. Brasil, 2021.

Abrangência Nacional		
Documento	Quantidade Identificada	Órgão responsável
Portaria	33	MS
Manual, Protocolo, Marco de Referência, Orientações e Nota Técnica	10	MS, SBP, ANS
Política e Programa	08	MS
Lei, Decreto e Carta de Direito	07	Presidência da República e Conselho Nacional de Saúde
Plano e Resolução pró Plano	07	MS, MDS e CAISAN
	07	MS
Caderno e Cartilha	06	MS
Diretrizes, Estratégias e Contribuições	05	OMS, CAISAN, ABESO
Matriz e Organização da LCO	02	MS
Posicionamento e Nota com posicionamento	02	INCA E CFN
Resultados e Subsídios	02	MS/OPAS e CAISAN
Subtotal	89	-
Abrangência Estadual		
Lei	04	Governo do Estado
Normas e Diretrizes Terapêuticas	04	SESAPI
Plano	02	SESAPI
LCO/Resolução pró LCO	02	SESAPI
Portaria	01	SESAPI
Programa	01	UFPI/SESAPI
Subtotal	14	-
TOTAL	103	-

Fonte: Elaboração própria, 2021.

As publicações foram organizadas em ordem cronológica, considerando o tipo e a fonte de origem, por nível de abrangência – nacional e estadual –, o qual subsidiou uma linha do tempo com informações mais concisas (Quadro 3).

Após a conclusão desta etapa foram publicados pelo Ministério da Saúde em 2021, cinco importantes documentos relacionados diretamente à obesidade, quais sejam:

- i) Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico].
- ii) Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS. Ministério da Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- iii) Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde: caderno de atividades educativas. Ministério da Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais.
- iv) PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas [recurso eletrônico].
- v) Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais.

Quadro 3 – Referenciais teóricos e legais que embasam o desenvolvimento da Linha de Cuidado da Obesidade. Continua...

Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso
No âmbito federal				
1	1990	<i>Portaria MS Nº 1.156, de 31 de agosto de 1990.</i> Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN –.	Objetiva monitorar o perfil alimentar e nutricional no país e identificar áreas e grupos de risco nutricional para subsidiar para o planejamento e as intervenções em saúde.	http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_sisvan.pdf
2	1990	<i>Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.</i> Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o SUS.	Reconhece como determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a atividade física e o acesso a serviços de saúde, entre outros, e inclui a VAN e a orientação alimentar no campo de atuação do SUS.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
3	1990	<i>Portarias MS Nº 79 e Nº. 80, de 16 de outubro de 1990.</i> Estabelecem estratégias de apoio técnico e operacional para a VAN e a implementação do Sisvan.	Fortalecimento do diagnóstico alimentar e nutricional e do seu monitoramento pelo SISVAN.	https://aps.saude.gov.br/noticia/2396
4	1999	<i>Portaria MS Nº 710 – 10/06/1999.</i> Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	Dentre suas diretrizes constam a promoção de práticas alimentares saudáveis, a VAN, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, e a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País.	http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan.pdf
5	2002	<i>Guia alimentar para crianças menores de dois anos (MS)</i>	Orienta práticas alimentares adequadas para a infância – aleitamento materno e alimentação complementar.	https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Guia-alimentar-criancas-2-anos.pdf
6	2003	<i>Política Nacional de Alimentação e Nutrição – 2ª. edição revista (MS)</i>	Mantém a promoção de práticas alimentares saudáveis, a VAN, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação entre as diretrizes.	http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan.pdf
7	2004	<i>Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física.</i> (Assinatura pelo Governo Brasileiro na 57ª Assembleia da OMS).	No item 3 recomenda que os países orientem o investimento e a gestão dos recursos a fim de reduzir a prevalência das DCNT e os riscos relacionados à alimentação inadequada e ao sedentarismo.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_alimentacao_saudavel.pdf
8	2004	<i>Portaria Nº 2.246/GM, de 18 de outubro de 2004.</i> Institui orientações para ações de VAN, na APS.	Visa o fortalecimento da VAN no âmbito da atenção básica do SUS, e recomenda que a coordenação seja, preferencialmente, por nutricionista.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2246_18_10_2004.html
9	2005	<i>Portaria Nº 2.608/GM – 28/12/05.</i> Define recursos financeiros para a vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis.	Incentiva a estruturação de ações de VAN e de estímulo à alimentação saudável e à prática de atividade física por parte por parte das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das capitais.	http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria2608_28_12_05.pdf

Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso
No âmbito federal				
10	2006	<i>Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006.</i> Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).	Alerta para o corte do Piso da Atenção Básica (PAB) dos municípios ou do Distrito Federal caso estes não realizem alimentação regular do SISVAN.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
11	2006	<i>Portaria MS Nº 687, de 30 de março de 2006 –</i> Aprova a Política Promoção da Saúde (PPS).	Entre as ações de promoção da saúde a serem priorizadas no SUS para o biênio 2006- 2007 estão a alimentação saudável e a atividade física.	http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf
12	2006	<i>Portaria Interministerial MS e MEC Nº 1.010, de 08 de maio de 2006.</i> Institui diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas.	Orienta medidas que favoreçam o desenvolvimento de ações que promovam e garantam a adoção de práticas alimentares mais saudáveis no ambiente escolar.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html
13	2006	<i>Lei Nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.</i> Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN.	Reconhece a alimentação adequada como um direito humano e estabelece o SISAN como a estratégia intersetorial para a sua realização.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11346.htm
14	2006	<i>Cadernos de Atenção Básica Nº 12: Obesidade (MS)</i>	Organização da atenção na prevenção e acompanhamento da obesidade: critérios para referência e contrarreferência no SUS, com base no IMC; estabelecimento do fluxo de atenção para prevenção, tratamento e acompanhamento da obesidade nos níveis de complexidade no SUS.	http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf
15	2006	<i>Guia alimentar para a população brasileira:</i> promovendo a alimentação saudável	Contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira, adequadas para a prevenção de outras doenças crônicas não-transmissíveis,	http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf
16	2007	<i>Portaria SAS/MS Nº 492, de 31 de agosto de 2007.</i> Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave	Estabelece o hospital como a Unidade que oferece assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, em condições adequadas ao atendimento das pessoas com obesidade grave.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_comp.html
17	2007	<i>Decreto Nº 6.286 – 5 de dezembro de 2007.</i> Institui o Programa Saúde na Escola.	Orienta que as ações de saúde sejam intersetoriais, entre a saúde e a rede de educação pública básica, entre as quais a avaliação nutricional dos escolares e a promoção da alimentação saudável.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
18	2008	<i>Portaria MS Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.</i> Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	Cria equipes multiprofissionais para apoiarem à ESF e estabelece que ações de alimentação e nutrição sejam desenvolvidas na APS – controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como, sobrepeso, obesidade e DCNT –.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
19	2008	<i>Portaria Nº 1.424 – 10/07/2008.</i> Estabelece o repasse financeiro para a estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das SES e SMS.	Amplia o repasse de recursos financeiros da ação Alimentação e Nutrição para Municípios com mais de 200.000 habitantes.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1424_10_07_2008_comp.html

Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso
No âmbito federal				
20	2008	<i>Manual de Orientação: Obesidade na infância e adolescência</i> (3ª. ed. revisada e ampliada – Sociedade Brasileira de Pediatria/Departamento de Nutrologia.	Objetiva auxiliar o pediatra a utilizar ferramentas para estabelecer o diagnóstico, complicações, comorbidades, tratamento, prognóstico e o seguimento de crianças e adolescentes com obesidade.	https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_Obesidade_-_3a_Ed_web_compressed.pdf
21	2008	<i>Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan web</i> (MS).	Objetiva consolidar os dados da VAN, desde dados antropométricos e dos marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
22	2008	<i>Protocolos do SISVAN</i> (MS).	Orienta a coleta de dados antropométricos e de consumo alimentar, segundo a faixa etária, e recomenda o registro no SISVAN- web.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_sistema_vigilancia_alimnetar.pdf
23	2009	<i>Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica em Saúde</i> (MS).	Organiza as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde da APS visando o aperfeiçoamento da gestão da PNAN, PPS, PNAB.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf
24	2009	<i>Cadernos de Atenção Básica Nº 27 - Diretrizes do NASF</i> (MS)	Descreve o papel do NASF no fortalecimento da ESF, por meio de ação interdisciplinar, matricial, com processo de trabalho organizado a partir das necessidades de saúde da população.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf
25	2010	<i>Plano Nacional de Saúde 2009-2011</i> (MS)	1ª Diretriz - Vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos – destaca a necessidade de enfrentamento dos fatores de risco para as DCNT, como, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a obesidade, entre outros.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf .
26	2010	<i>Política Nacional de Promoção da Saúde</i> (3ª edição) (MS)	Entre as estratégias de implantação da PNPS está o apoio à implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
27	2010	<i>Portaria MS Nº 1.630 – 24/06/2010.</i> Dá continuidade ao repasse de recursos para as ações de alimentação e nutrição às SES e SMS.	Amplia o repasse de recursos financeiros das ações de alimentação e nutrição para Municípios com mais de 150.000 habitantes.	http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria1630_24_06_2010.pdf
28	2010	<i>Portaria MS Nº 4.279 – 30/12/2010.</i> Estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS.	Entre as diretrizes consta “Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção”, para o que aponta como estratégia a organização das linhas de cuidado.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
29	2011	<i>Plano Nacional de Saúde 2012-2015</i> (MS)	Define entre as metas implantar academias de saúde, para alcançar 4.000 em 2015, e aumentar a cobertura do SISVAN em 25%.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf
30	2011	<i>Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT entre 2011-2022</i> (MS)	Define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
31	2011	<i>Portaria Nº 719/GM/MS, de 07 de abril de 2011.</i>	Institui o Programa Academia da Saúde.	https://atencao_basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf

Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso
No âmbito federal				
32	2011	<i>Lei Nº 12.401, de 28 de abril de 2011.</i> Alterou a Lei no 8.080, de 1990.	Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12401.htm
33	2011	<i>Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.</i> Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990.	Avança na construção das RAS nas Regiões de Saúde.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
34	2011	<i>Portaria MS Nº 1.654 de 19 de julho de 2011.</i> Institui o PMAQ e o incentivo financeiro correspondente.	Objetiva induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Entre os componentes está a avaliação externa, que abrange indicadores de estrutura das UBS e do processo de trabalho da ESF, relacionados à LCO.	http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf
35	2011	<i>Portaria Nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.</i>	Aprova a PNAB e estabelece nova organização para a atenção básica.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
36	2011	<i>Portaria MS Nº 2.685, de 16 de novembro de 2011.</i>	Renova o repasse de recursos para as ações de alimentação e nutrição.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2685_16_11_2011.html
37	2011	<i>Portaria MS Nº 3.156, de 27 de dezembro de 2011.</i> Habilita municípios a receberem recursos financeiros para estruturação da VAN em UBS com equipes que aderiram ao PMAQ.	Incentiva a estruturação da VAN na APS, com recursos para a aquisição de equipamentos adequados.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3156_27_12_2011.html
38	2011	<i>Portaria MS Nº 3.157, de 27 de 12 de 2011.</i> Homologa municípios polo para recebimento do incentivo para ações do Programa Academia da Saúde e para estruturação da VAN.	Incentiva a estruturação de academias da saúde e da VAN em municípios polo, com recursos para a aquisição de equipamentos adequados.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3157_27_12_2011.html
39	2011	<i>Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do SISVAN (MS)</i>	Divulga informações básicas sobre antropometria, visando a coleta de informações necessárias para a Vigilância Nutricional entre indivíduos de diferentes fases do curso da vida.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
40	2011	<i>Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Conselho Nacional de Saúde)</i>	Ferramenta de comunicação dos direitos e deveres do cidadão quanto ao atendimento de saúde no setor público ou privado.	http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf
41	2012	<i>Portaria Nº 23/SVS/MS, de 09 de agosto de 2012</i>	Estabelece recursos financeiros para implantação e fortalecimento da vigilância e prevenção de DCNT.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2012/prt0023_09_08_2012.html
42	2012	<i>Resolução CAISAN Nº 01, de 30 de abril de 2012.</i>	Institui o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2012-2015).	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=73&data=04/05/2012
43	2012	<i>Política Nacional de Atenção Básica (Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) (MS).</i>	Revisa diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso
No âmbito federal				
44	2012	<i>Marco de referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as políticas públicas (MS).</i>	Valoriza as ações de EAN como um instrumento fomentador da realização do DHAA e da qualificação das ações de alimentação e nutrição, especialmente, nos serviços públicos.	http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao_Alimentar_Nutricional/1_marcoEAN.pdf
45	2013	<i>Portaria MS Nº 424, de 19 de março de 2013.</i> 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.	Organiza a atenção à saúde com enfoque ao sobrepeso e obesidade na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html
46	2013	<i>Portaria MS Nº 425, de 19 de março de 2013.</i> Estabelece novo regulamento técnico, normas e critérios para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade.	Estabelece o hospital como a Unidade que oferece assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, em condições adequadas ao atendimento das pessoas com obesidade grave e determina que eles façam parte da RAS.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html
47	2013	<i>Portaria MS Nº 1.920, de 5 de setembro de 2013.</i> Institui a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	Integra a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável visando a melhora no perfil nutricional das crianças, diminuição de deficiências nutricionais, do baixo peso e do excesso de peso.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html
48	2013	<i>Lei Nº 12.864, de 24 de setembro de 2013.</i> Altera o caput do Art. 3º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.	Inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm
49	2013	<i>Política Nacional de Alimentação e Nutrição</i> (atualizada).	Abrange a atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
50	2013	Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias	Objetiva estabelecer diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na RASPCD e subsidiar sua organização.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf
51	2014	<i>Guia Alimentar para a População Brasileira – 2ª edição</i> (MS)	Fornecer recomendações alimentares para a população brasileira, apresenta a classificação dos grupos alimentares conforme seu grau de processamento e aponta a relação do consumo de ultraprocessados com as DCNT.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
52	2014	<i>Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios</i> (CAISAN)	Incentiva estados e municípios a implantarem ações que contribuam para a redução da obesidade no país.	http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf
53	2014	<i>Portaria Nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014</i> (atualiza a Portaria N. 252/GM/MS, de fevereiro de 2013).	Redefine a RAS das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso
No âmbito federal				
54	2014	<i>Organização Regional da LCO na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Manual Instrutivo (MS).</i>	Apresenta instruções para apoiar os gestores na organização da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na RAS às pessoas com doenças crônicas no estado, no município e nas regiões de saúde.	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf 48
55	2014	<i>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 (MS/OPAS)</i>	Apresenta diagnóstico da obesidade no Brasil, analisa condicionantes, práticas de atenção à saúde e experiências de manejo da obesidade.	http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/12/Obesidade.pdf
56	2014	<i>Cadernos de Atenção Básica, Nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (MS).</i>	Apoia às equipes de saúde na organização da RAS às Pessoas com Doenças Crônicas, de forma a qualificar o cuidado integral para prevenção de doenças crônicas e suas complicações.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
57	2014	<i>Cadernos de Atenção Básica Nº 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade (MS).</i>	Fornece subsídios aos profissionais da ABS para o cuidado integral do indivíduo com excesso de peso, a partir da inclusão na rotina dos serviços o manejo alimentar e nutricional.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
58	2014	<i>Cadernos de Atenção Básica Nº 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (MS).</i>	Ferramenta para implantação e a qualificação do processo de trabalho do NASF, em consonância com as diretrizes da política nacional.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
59	2014	<i>Subsídios da Câmara Interministerial de SAN para a discussão sobre “SAN nos Centros Urbanos”.</i>	Apresenta um diagnóstico do consumo alimentar da população brasileira, aponta desertos alimentares e os programas que contribuem com SAN no país.	http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/caisan_nacional/documentos/alimentacao_saudavel/Subsidio_CAISAN_Plenaria_CONSEA_SAN_Centros_Urbanos_novembro_2014.pdf
60	2014	<i>Portaria MS Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).</i>	Entre as diretrizes está o planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com vistas à construção de ambientes saudáveis, entre outros.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf
61	2014	<i>Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes (OMS/OPAS/MS)</i>	Expectativa dos Estados membros (Brasil) criarem ambientes que promovam a alimentação saudável e a atividade física para todos, especialmente crianças e adolescentes.	https://www.paho.org/bra/images/stories/UTF/GCV/planofactionchildobesity-por.pdf?ua=1
62	2014	<i>Cartilha Academia da Saúde (MS)</i>	Entre os objetivos estão: - Desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; e “Aumentar o nível de atividade física da população”.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf
63	2015	<i>Marco de Referência para a VAN na Atenção Básica (MS).</i>	Apoia profissionais e gestores para a organização da VAN para além da da APS; inclui profissionais dos Nasf, Consultórios na Rua e dos Programas Saúde na Escola e Academia da Saúde, por exemplo.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf

Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso
No âmbito federal				
64	2015	<i>Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica</i> (MS).	Apresenta orientações sobre os novos formulários para avaliação do consumo alimentar, visando a melhorias no processo de trabalho das equipes.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf
65	2015	<i>Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015</i> . Dispõe sobre o PMAQ.	Visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica,	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
66	2015	<i>Pacto Nacional pela Alimentação Saudável</i> (Decreto Nº 8.55303 de novembro de 2015) – MDS, FNDE/MEC, MS, MDA –	Chamado aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a se comprometerem com a produção, a disponibilidade e o estímulo ao consumo de alimentos saudáveis para prevenção da obesidade e outras doenças relacionadas à alimentação e nutrição.	https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/carta-de-servicos/desenvolvimento-social/inclusao-social-e-produtiva-rural/pacto-nacional-para-alimentacao-saudavel-1
67	2016	<i>Plano Nacional de Saúde 2016-2019</i> (MS).	Entre os objetivos visa fortalecer a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, por meio da expansão dos serviços habilitados para realização de procedimentos em alta complexidade em obesidade, entre outros.	https://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/bitstream/handle/123456789/1048/plano_nacional_saude_2016_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
68	2016	<i>Portaria Nº 308/GM/MS, de 4 de março de 2016</i> . Prorroga os prazos de que tratam a Portaria no 670/GM/MS, de 3 de junho de 2015.	Amplia o prazo para estados, municípios e o Distrito Federal organizarem as linhas regionais de cuidado do sobrepeso e obesidade.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0308_04_03_2016.html
69	2016	<i>Diretrizes brasileiras de obesidade 2016</i> /ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4. ed.	Orienta o diagnóstico e o tratamento dietético, cognitivo-comportamental, farmacológico em adultos e em crianças e adolescentes do sobrepeso e da obesidade.	https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf
70	2017	<i>Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional</i> [recurso eletrônico] (MS).	Apoia trabalhadores e gestores com ferramentas e conhecimentos sobre o processo de trabalho dos Nasf junto às equipes de referência da Atenção Básica quanto aos cuidados em alimentação e nutrição.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_saude_familia_atencao_nutricional.pdf
71	2017	<i>Portaria MS Nº 62, de 1 de agosto de 2017</i> . Altera as Portarias Nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013 e Nº 425/GM/MS, de 19/05/ 2013	Orienta o fluxo para credenciamento do estabelecimento de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade e deixa a cargo das SMS, SES e distritos de saúde organizar a LCO.	http://www.fehosp.com.br/files/circulares/5eca68cec746cc829f11985ba3640863.pdf
72	2017	<i>Portaria Nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017</i> . Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).	Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
73	2017	<i>Nota Técnica Nº 51, de 25 de outubro de 2017</i> - CGAA/DAB/SAS/MS	Orienta o fluxo de envio de dados antropométricos e de consumo alimentar pelas equipes da APS por meio da integração entre a Estratégia e-SUS AB e o SISVAN.	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_51_sei_2017.pdf

Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso
No âmbito federal				
74	2017	<i>Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira</i> [recurso eletrônico] (ANS).	Apresenta esclarecimentos, parâmetros e orientações sobre obesidade.	https://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Saude_Suplementar_Brasileira.pdf
75	2017	<i>Posicionamento INCA/MS acerca do sobrepeso e obesidade.</i>	Estabelece a obesidade como prioritário em sua agenda, devido à associação entre o sobrepeso e obesidade com o aumento do risco de diversos tipos de cânceres.	http://www1.inca.gov.br/rbc/n_63/v01/pdf/03-posicionamento-instituto-nacional-de-cancer-jose-alencar-gomes-da-silva-acerca-do-sobrepeso-e-obesidade.pdf
76	2017	<i>Manual de Orientação – Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência</i> (Sociedade Brasileira de Pediatria).	Apresenta orientações para promoção e práticas de atividade para pediatras, educadores físicos, escolas, pais, crianças e adolescentes e sugere políticas públicas relacionadas, com vistas ao enfrentamento da obesidade.	https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19890d-MO-Promo_AtivFisica_na_Inf_e_Adoles.pdf
77	2018	<i>Política Nacional de Promoção da Saúde (MS).</i>	Aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com participação social e dos movimentos populares.	http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
78	2018	<i>II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2016-2019) - Revisado (CAISAN).</i> Incorporou as deliberações da V CNSAN+2 (2018).	Desafio 5 - Promoção da alimentação saudável, estratégias de educação alimentar e nutricional (EAN) e medidas regulatórias. Desafio 6 - Controlar e prevenir os agravos decorrentes da má alimentação.	http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Caisan_Nacional/PLANSAN%202016-2019_revisado_completo.pdf
79	2019	<i>Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (MS).</i>	Fornece à sociedade orientações atualizadas e objetivas, em linguagem acessível sobre a alimentação infantil.	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
80	2019	<i>Portaria MS Nº 2.264, de 30 de agosto de 2019.</i> Habilita municípios com adesão ao PSE e Crescer Saudável (2019/2020) a receberem recursos.	Fortalece as ações de prevenção da obesidade e estabelece que estas serão acompanhadas pelos sistemas de monitoramento da APS.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.264-de-30-de-agosto-de-2019-215326621
81	2019	<i>Programa Crescer Saudável –2019/2020 – Instrutivo (MS).</i>	Orienta ações de diagnóstico nutricional, promoção da alimentação saudável, de atividade física regular e o atendimento às crianças com obesidade na APS do município.	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/instrutivo_crescer_saudavel_2019_2020.pdf
82	2020	<i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos (MS/Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC).</i>	Apresenta informações sobre o diagnóstico e rastreamento do sobrepeso e obesidade na população, a descrição da mudança de hábitos alimentares, a prática de exercícios físicos e outras medidas para a redução de peso e sua monitorização pelo paciente.	http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_PCDT_567_Sobrepeso_e_Obesidade_em_adultos.pdf

Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso
No âmbito federal				
83	2020	<i>Manual – Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia (MS).</i>	Reorganiza o processo de trabalho para atenção de pessoas com doenças crônicas no contexto da pandemia Covid-19.	https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/novembro/03/manual_como-organizar-o-cuidado-de-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps-no-contexto-da-pandemia.pdf
84	2020	<i>Portaria Nº 2.994, de 29 de outubro de 2020. Institui incentivo financeiro para atenção às pessoas com obesidade, DM ou HAS na APS, no contexto da pandemia do coronavírus (MS).</i>	Visa fortalecer a atenção às pessoas com obesidade e outras doenças crônicas na APS, por meio da organização da assistência baseada em protocolos e em linhas de cuidado, buscando a redução de complicações associadas à Covid-19, incluindo ações de promoção da saúde e de prevenção.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.994-de-29-de-outubro-de-2020-285765919
85	2020	<i>Nota do CFN sobre gordofobia, de 24 de setembro de 2020.</i>	Convida à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade.	https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBIA.pdf
86	2020	<i>Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio à implantação e implementação</i>	Elaborado com contribuições das gestões estaduais e municipais para apoiar a implantação e a implementação do Programa Academia da Saúde	https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ0MQ==
87	2021	<i>Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população adulta (Fascículo 1).</i>	Visa contribuir para a qualificação do trabalho dos profissionais e equipes de APS (SUS) e reforçar as recomendações para a alimentação saudável voltadas para a população adulta.	http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf
88	2021	<i>Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa (Fascículo 2).</i>	Visa contribuir para a qualificação do trabalho dos profissionais e equipes de APS (SUS) e reforçar as recomendações para a alimentação saudável voltadas para a população idosa.	http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf
89	2021	<i>Guia de Atividade Física para a População Brasileira (MS)</i>	Recomendações sobre atividade física para uma vida saudável.	https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
No âmbito estadual				
90	2003	<i>Lei Complementar Nº 028, de 09 de junho de 2003/ Subsessão 11– Cria o Consea-PI.</i>	<i>Objetivo do órgão: propor diretrizes para a Política Estadual de SAN, que configurem a alimentação saudável como direito de cada cidadão.</i>	http://www.cge.pi.gov.br/legis/legislacao/lei-complementar-estadual-028-2003-dispoe-sobre-a-lei-organica-da-administracao-publica-do-estado-do-piaui.pdf
91	2003	<i>Lei Estadual Nº 5.361, de 29 de dezembro de 2003 - Dispõe sobre a composição e o funcionamento do Consea-PI.</i>	<i>Distribui a composição do Consea em 2/3 da sociedade civil, 1/3 do poder público e reafirma o seu objetivo de propor diretrizes da Política Estadual de SAN a serem implementadas pelo poder público e órgãos afins.</i>	http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/ato/12389
Nº	Ano publicação	Referencial teórico e legal	Descrição da relação com a Linha de Cuidado da Obesidade	Via de Acesso

	cação			
No âmbito estadual				
92	2009	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional Nº 5.862 de 01 de julho de 2009 – (LOSAN-PI)	<i>Dispõe sobre o SISAN no PI e a Política de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Piauí - PSAN-PI e dá outras providências.</i>	https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=152123
93	2014	Lei Estadual Nº 6.552, de 07 de julho de 2014 – Altera a Lei Nº 5.862 de 01 de julho de 2009.	<i>Atribui à Secretaria de Assistência Social e Cidadania – SASC – a responsabilidade pela SAN no Estado do Piauí</i>	http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario/2014/07/DIARIO08_088a5a9fe6.pdf
94	2016	Plano Estadual de Saúde do Piauí 2016 – 2019 (SES).	Objetivo 1120 - Aprimorar e implantar as RAS nas regiões de saúde, com ênfase na RAS das pessoas com doenças crônicas, entre outras. Objetivo 0714 . Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população (DCNT).	http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/896/Plano_Estadual_2016_a_2019_vers_o_final_.pdf
95	2016	Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Estado do Piauí (SES).	Organiza da LCO no Piauí a partir do Plano Diretor de Regionalização – PDR –Macrorregiões, 11 Regiões de Saúde e 28 aglomerados.	PIAÚI, 2016 (impresso)
96	2016	Resolução Comissão Intergestores Bipartite Nº 042/2016.	Aprova a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Estado do Piauí.	https://diarios.s3.amazonaws.com/DOEPI/2016/08/pdf/20160817_11.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEA067SMCVA&Expires=1617729931&Signature=CDW1p2IUjprF%2FveDpHfv9bVgLSY%3D
97	2017	Portaria SESAPI Nº 1.997, de 13 de novembro de 2017. Dispõe sobre a promoção das ações de alimentação saudável nos ambientes de trabalho vinculados à SESAPI.	Orienta que a promoção da alimentação saudável seja adotada referência para a promoção da saúde e da qualidade de vida nos na sede e em entidades vinculadas à SESAPI.	https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=354771
98	2018	EcoSUS-PI – Programa de Enfrentamento e controle da Obesidade no âmbito do SUS no Piauí (UFPI/SES)	Projeto em parceria que visa desenvolver atividades de pesquisa, extensão e formação na Atenção Básica de Saúde no Piauí.	https://ecosuspi.com.br/o-ecosus/
99	2020	Plano Estadual de Saúde do Piauí 2020 – 2023 (SES).	Objetivo 4: Reduzir os riscos, agravos e a morbimortalidade, decorrente de DCNT, entre outras.	http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/2109/PLANO_ESTADUAL_DE_SAUDE_-_2020_-_2023.pdf
100	2020	Normas e Condutas Terapêuticas Aplicáveis à Atenção Nutricional Especializada Ambulatorial (SES).	Orienta condutas profissionais a serem desenvolvidas por nutricionistas em ambulatórios nos Centros de Especialidades em Doenças Crônicas no Estado do Piauí.	http://www.saude.pi.gov.br/paginas/superintendencia-de-atencao-integral-a-saude-supat
101	2020	Normas e Condutas Terapêuticas Aplicáveis à Atenção Psicológica Especializada Ambulatorial (SES).	Orienta condutas profissionais a serem desenvolvidas por psicólogos em ambulatórios nos Centros de Especialidades em Doenças Crônicas no Estado do Piauí.	http://www.saude.pi.gov.br/paginas/superintendencia-de-atencao-integral-a-saude-supat
102	2020	Normas e Condutas Terapêuticas Aplicáveis à Enfermagem Especializada Ambulatorial (SES).	Orienta condutas profissionais a serem desenvolvidas por enfermeiros em ambulatórios nos Centros de Especialidades em Doenças Crônicas no Estado do Piauí.	http://www.saude.pi.gov.br/paginas/superintendencia-de-atencao-integral-a-saude-supat
103	2020	Diretrizes para a Intervenção do Assistente Social na Atenção Especializada Ambulatorial no Estado do Piauí (SES).	Orienta condutas profissionais a serem desenvolvidas por assistentes sociais em ambulatórios nos Centros de Especialidades em Doenças Crônicas no Estado do Piauí.	http://www.saude.pi.gov.br/paginas/superintendencia-de-atencao-integral-a-saude-supat

5.2.2 Descrição da intervenção

A análise dos documentos oficiais e a revisão da literatura sobre o tema possibilitou descrever a intervenção, apresentando a finalidade, os objetivos, as diretrizes, as atividades e as responsabilidades compartilhadas previstas para a sua implantação.

5.2.3 Identificação e diálogo com informantes-chaves

Com a expectativa de conhecer o panorama da intervenção no Estado, as potencialidades e as limitações sentidas, a partir dos olhares de gestores e de outros interessados na intervenção, buscou-se identificar setores e técnicos diretamente envolvidos no âmbito da SESAPI e, a partir desses, foram identificados informantes-chave de municípios de referência em atividades de prevenção e controle da obesidade.

O diálogo com os gestores estaduais se deu em reuniões intrasetoriais, desde a elaboração da proposta de pesquisa até o planejamento da Oficina de Modelização da LCO. Na Oficina, que primou por adotar metodologia ativa, além dos gestores estaduais, pode-se compartilhar impressões e saberes com gestores e técnicos municipais e com especialistas de universidades públicas. Devido ao contexto da pandemia Covid-19 não foi possível dar continuidade ao envolvimento dos gestores no processo de elaboração do modelo teórico de avaliação, fase que deverá ser desenvolvida oportunamente, no pós-pandemia, quando o convívio coletivo e a liberdade de ir e vir forem restabelecidos.

5.2.4 Elaboração e pactuação do modelo lógico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade

Na perspectiva da avaliação de quarta geração, adotou-se para esta etapa de modelagem (THURSTON; RAMALIU, 2005) a construção colaborativa, valorizando-se as vozes de atores sociais envolvidos com a intervenção (FALSARELLA, 2015; COUTO; CARIERE; CKAGNAZAROFF, 2019). O envolvimento desses atores, desde a elaboração da proposta é uma das etapas cruciais do EA, para que eles, além de contribuírem com a materialização da intencionalidade da avaliação, possam fazer uso prático posterior da avaliabilidade.

Foram convidados informantes-chave com o objetivo de elaborar um entendimento conjunto sobre a intervenção e desenvolver um plano de avaliação plural e exequível. Este processo, por proporcionar a reflexividade sobre as próprias práticas, se propõe a servir de

subsídio para impulsionar a implantação da LCO no nível local e, em última instância, contribuir com a integralidade do cuidado às pessoas com obesidade.

O trabalho de campo foi desenvolvido por meio da “*Oficina sobre Monitoramento e Avaliação em Saúde com enfoque na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde*”, realizada nos dias 22 e 23 de outubro de 2019 (Apêndice A). A Oficina foi planejada e realizada com a colaboração da SESAPI, por meio da Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Municípios (SUPAT) e da Gerência de Atenção à Saúde e com representação da Gerência de Atenção Básica. O convite para a Oficina foi formalizado pela SUPAT, que destacava a importância do evento para a gestão em saúde.

A realização da Oficina contou com o apoio do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no fornecimento dos manuais do monitor (CRUZ, 2013) e do aluno (CRUZ, 2013a) para o desenvolvimento da atividade. As professoras orientadoras da doutoranda contribuíram desde a concepção do evento, quanto na sua execução, com exposição e mediação das rodas de conversa. A oficina foi desenvolvida a partir de uma dinâmica acolhedora, integrativa, com metodologia ativa e exposição dialogada (SILVA; MIGUEL; TEIXEIRA, 2011; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

A atividade de modelização possibilitou representar a LCO a partir da teoria que lhe dá suporte e, assim, permitirá realizar uma avaliação mais qualificada da intervenção, a qual deve ser realizada a partir da definição de perguntas que norteiam o processo avaliativo.

5.2.5 Definição das perguntas avaliativas

O Modelo Lógico (ML) da LCO, pactuado entre os informantes-chave, subsidiou a identificação de perguntas avaliativas, as quais apontam indicadores de interesse para a avaliação (MIRANDA *et al.*, 2018). Foram definidas perguntas relacionadas aos componentes técnicos e estruturais e aos resultados da intervenção.

As perguntas se configuraram como questões ‘exploratórias’, que são mais objetivas, cujas respostas podem ser quantificadas, e como questões ‘explicativas’, que se propõem a investigar vínculos operacionais, relações entre organização de serviços e resultados, associação entre intervenção e contextos, causas que levaram a determinada condição de saúde, por exemplo. Essas questões podem ser utilizadas em pesquisas isoladas ou associadas em uma mesma pesquisa. Entretanto, as ‘explicativas’ tendem a ser mais convenientes para os estudos de caso (YIN, 2015).

Para realizar um processo avaliativo coerente, capaz de sanar dúvidas sobre a intervenção, a escolha das perguntas avaliativas é um ponto crucial. A falta de clareza dessas perguntas gera um diagnóstico, mas não uma avaliação de fato (MIRANDA *et al.*, 2018). Identificou-se perguntas que têm potencial de serem respondidas via processo avaliativo.

5.2.6 Definição de um modelo teórico da avaliação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária em saúde.

Visando responder às perguntas avaliativas emanadas do ML, foi elaborado um modelo teórico de avaliação da LCO. Entre as etapas do EA, a elaboração de um modelo avaliativo cumpre o papel de indicar aspectos, definidos a partir de uma fundamentação teórico-legal e da teoria do programa. Estes aspectos podem ser utilizados numa avaliação sistemática, estratégica ou mesmo normativa da intervenção e apoiam gestores e pesquisadores no momento de mensurar e/ou ajustar a ação social, seja no processo de implantação, seja uma avaliação de impacto sobre a saúde das pessoas-alvo, que pode ser desenvolvida na esfera estadual ou regional, ou circunscrita em um território mais local, como um estudo de caso municipal. Tais ambientes são chamados por Silva *et al.* (2005 p. 210), respectivamente, de “espaço particular” e “espaço singular”.

O modelo avaliativo proposto pretende orientar avaliações no “espaço singular”, considerando que é no município onde se efetiva a implantação da LCO. Em se tratando mais diretamente da gestão de saúde, o contexto interno é constituído por um sistema interdependente descrito por Matus (1997) como 'triângulo de governo', cujos componentes são: I) projeto de governo, que se refere às apostas do poder público para alcance dos objetivos da intervenção, como pactuações, financiamento, monitoramento da intervenção a partir de indicadores e outras; II) capacidade de governo, que envolve às ações próprias da gestão como coordenação da intervenção, contratação de equipes profissionais, organização dos serviços de saúde e das práticas do cuidado; e III) governabilidade, que corresponde às condições basilares para execução do projeto de governo, como autonomia para o gerenciamento de recursos e materiais necessários à intervenção (SILVA *et al.*, 2005; VITORINO, 2017).

O adequado desenvolvimento da LCO no âmbito da APS requer sinergia entre esses três componentes, sendo que a governabilidade depende de fatores como o “capital político”, ou seja, a influência política do governo vigente; a capacidade de governo está subordinada à existência do “capital intelectual” da gestão, ou seja, o acúmulo teórico e operacional adquirido

pelo gestor e sua equipe; e o projeto de governo, espelhar a combinação dos dois capitais supra mencionados na proposta da intervenção (SILVA *et al.*, 2005 p. 210).

Além do contexto interno político-organizacional do município, o modelo teórico da avaliação propõe investigações acerca do contexto externo no qual a LCO se insere, ou seja, fora do setor Saúde, a fim de conhecer informações sociodemográficas, como renda, redes socioassistenciais, organização comunitária, panorama da violência local, sistema alimentar, entre outros; o perfil epidemiológico, como a prevalência de doenças e fatores de risco mais relacionados à obesidade; e informações sobre recursos e cobertura populacional da intervenção, entre outros (CHAMPAGNE *et al.*, 2011c; VITORINO, 2017).

A análise do contexto externo possibilita um olhar atencioso para as características do território, as quais sofrem influência de fatores sociais, econômicos e culturais no qual está inserida a intervenção e a situação problema alvo desta intervenção. Os indicadores devem, então, ser definidos a depender da abrangência ou do foco da avaliação pretendida, e podem ser mensurados a partir de sistemas de informação, de documentos locais e, especialmente, deve-se valorizar o diálogo com informantes-chave locais, quer sejam atores da gestão, do cuidado, ou usuários da intervenção.

As perguntas avaliativas indicaram, além dos contextos interno e externo, a dimensão e as subdimensões que devem compor o modelo teórico da avaliação, a saber: a dimensão *acesso* e suas subdimensões *disponibilidade* e *adequação*, bem como a subdimensão *cobertura*.

O *acesso* é uma dimensão intimamente relacionada aos princípios éticos do SUS – universalidade, equidade e integralidade – e, portanto, é fundamental que seja elemento de pesquisa e, em primeira instância, seja pauta política nos planos de governo. Entretanto, Travassos e Martins (2004) demonstram que existem muitas diferenças em torno do conceito de acesso, inclusive, uma dupla terminologia – acessibilidade e acesso –, bem como, existem discordâncias quanto ao foco de análise dessa dimensão.

Alguns autores consideram o *acesso* como o ingresso ou a utilização do sistema de saúde, enquanto que outros o caracterizam como fatores que influenciam o ingresso ou a utilização dos serviços para suprir suas necessidades de saúde (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Em relação ao foco de análise, existem aqueles que focam nos resultados do sistema de saúde, outros, nos processos de trabalho dos serviços ou, ainda, nas conexões entre os componentes do sistema, organizados em busca do alcance dos objetivos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para fins deste trabalho, e considerando a complexidade de fatores que interferem sobre a implantação da LCO, optamos por adotar o termo e a concepção de Penchansky e Thomas

(1981; CRUZ, 2006), de que o *acesso* consiste na adequação entre a oferta de cuidados pelo sistema de saúde e as demandas da população, assim como a satisfação desta. Essa linha de pensamento remete às funções da gestão de planejar e organizar a LCO e a responsabilidade dos serviços de saúde de oferecer o cuidado condizente com as necessidades da pessoa com obesidade.

Nesse sentido, foram definidas para análise as dimensões *disponibilidade e adequação*, que compõem os ‘critérios de oferta’ nos pontos de atenção da LCO, e a *cobertura*, como ‘critério da utilização’, que pode informar sobre o alcance populacional da LCO. Assim como Vitorino (2017 p. 85), as dimensões *oportunidade, acessibilidade e aceitabilidade*, que “pressupõem o envolvimento da população usuária dos serviços” não foram consideradas nesta proposta.

A dimensão *disponibilidade* foi escolhida por referir-se ao tipo e à quantidade de serviços ofertados em relação às necessidades de saúde dos usuários (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; CRUZ, 2006; VITORINO, 2017), revelando-se, então, como primordial para avaliar se componentes estruturais da LCO – ações e recursos físicos (estrutura física, materiais e equipamentos), financeiros e de pessoal – disponíveis são suficientes às demandas das pessoas com obesidade. Nesta dimensão ainda são foco da avaliação a atividades previstas no ML da LCO para cada um dos componentes técnicos – *gestão e cuidado* –.

A *adequação*, dimensão que corresponde à forma de organização dos recursos em relação às necessidades da população e à capacidade dos usuários de se adaptarem à organização (CRUZ, 2006), pode informar se as tecnologias utilizadas nos serviços de saúde estão em conformidade com as recomendações dos organismos oficiais e da comunidade científica. Na LCO, considera-se intrínseca à adequação a qualidade técnico-científica das ações do *cuidado* – diagnóstico nutricional, promoção da saúde, prevenção e de tratamento da obesidade –, bem como a atividades relacionadas à *gestão*.

A dimensão *cobertura*, que consiste na proporção da população que necessita de uma dada intervenção de saúde e que usufruiu desta intervenção (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), revela a capacidade dos procedimentos inerentes ao cuidado à obesidade alcançarem o público-alvo, e informa a quantidade de usuários acompanhados. Entretanto, essa dimensão não informa “sobre a oportunidade ou sobre a qualidade desse acompanhamento” (VITORINO, 2017 p. 87). De acordo com Travassos e Martins (2004), “a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde”, por isso, estes devem ser organizados no sentido de contribuir para garanti-la ao público alvo.

A dimensão e as subdimensões selecionadas para análise a partir das perguntas avaliativas, e que compõem o modelo teórico da avaliação da intervenção, subsidiaram a elaboração da matriz de análise e julgamento da LCO para emissão do juízo de valor sobre a implantação da intervenção.

5.3 PLANEJAMENTO DA AVALIAÇÃO

Concluído o Estudo de Avaliabilidade, partiu-se para o planejamento da avaliação da LCO, o qual envolve duas etapas: a elaboração da matriz de análise e julgamento e a seleção dos casos a serem avaliados.

5.3.1 Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ)

A avaliação de uma intervenção requer, inspirada no seu funcionamento representado pelo Modelo Lógico (ML), a elaboração de uma matriz de análise que apresente e explicita os critérios, parâmetros e fontes de informação que serão utilizados para emitir o juízo de valor. As MAJ são instrumentos técnicos capazes de identificar informações acerca do objeto em estudo, que articula os seus diversos componentes e que devem contemplar, além do monitoramento das características da intervenção, as relações de causa-efeito presumidas no ML, sem desconsiderar os possíveis fatores contextuais que influenciam a sua implantação (MEDINA *et al.*, 2005; HARTZ; SILVA, 2005; SILVA, GASPARINE; BARBOZA, 2017).

Intervenções públicas, ou seja, ações, políticas ou programas sociais, para que alcancem a efetividade necessária, precisam ser planejadas adequadamente e avaliadas periodicamente, mesmo quando em situações de poucos recursos para a sua implantação (GUERRERO *et al.*, 2014). As MAJ são norteadoras da avaliação e devem ser elaboradas de forma a terem qualidade, ou seja, capazes de mensurar fiel e precisamente a intervenção (FRIAS; LIRA; HARTZ, 2006).

De posse do ML pactuado, foi elaborada uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), dividida didaticamente nos componentes técnicos *gestão* e *cuidado*, os quais contemplaram insumos, critérios/indicadores, forma de mensuração, parâmetros de referência, fontes de verificação e os valores máximos atribuídos. “A definição de dimensões de uma avaliação depende de medidas acuradas, as quais dependem de fontes legítimas de informação, da escolha das unidades métricas utilizadas, dos critérios e indicadores e da arquitetura que organiza a relação entre pergunta avaliativa e informações a serem coletadas.” (VITORINO, 2017 p. 163).

A escolha dos insumos e critérios/indicadores da MAJ foi baseada no ML pactuado, no modelo teórico da avaliação e nas dimensões definidas (o *acesso*, com as subdimensões relacionadas à oferta, *disponibilidade* e *adequação*; e a utilização dos serviços, pela subdimensão *cobertura*). Além disso, levou em consideração os seguintes aspectos: a relevância, que se refere ao impacto sobre a qualidade da atenção prestada; a viabilidade de mensuração, que envolve a facilidade de medida e a disponibilidade e qualidade dos dados; a capacidade de indicar potencialidades e fragilidades da intervenção; e a aplicabilidade para os interessados em avaliar a LCO (GUIMARÃES; HARTZ; LUZ, 2016).

O item “como medir” apresenta indicativo de maneiras de mensuração de cada critério/indicador, de forma que tenha certo padrão nessa ação para, assim, poder ser replicada adequadamente e tais componentes serem comparados em outros momentos distintos e com avaliações de outros territórios. De forma geral, neste item se averigua a disponibilidade do critério/indicador respectivo, a qual requer estrutura, documento ou prática que a comprove.

A definição dos parâmetros de referência foi baseada nos referenciais teóricos, legais e científicos da LCO, no resgate do diálogo dos informantes-chave presentes na Oficina e na pactuação entre a autora e suas orientadoras. Os indicadores foram estabelecidos e quantificados considerando o padrão-ouro de desempenho da intervenção, mas reconhecendo o intermediário, o aceitável e o inadequado de cada critério/indicador existente na MAJ. Para alguns critérios que dispunham de parâmetros pré-estabelecidos pela literatura, legislação, normativas e outras, estes foram adotados.

Entre as fontes de verificação previu-se aquelas capazes de fornecer dados primários e secundários. Entre as fontes de dados primários constam visita *in loco* aos serviços, observação direta de condutas e entrevistas com gestores, profissionais e usuários. Como fonte de dados secundários encontram-se a análise de documentos e de bancos de dados de domínio público, como aqueles utilizados para realizar análise da situação de saúde da população de um dado território.

A utilização de diferentes fontes de informação para responder os critérios/indicadores possibilita contemplar a diversidade de elementos contextuais importantes na mensuração, muitas vezes ocultados pela abordagem meramente quantitativa (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011) e oportuniza o acesso a informações quantitativas e qualitativas para a análise e julgamento da intervenção, tornando assim a avaliação mais rica e confiável.

Ademais, utilizar múltiplas fontes para verificação dos dados de interesse para avaliar uma intervenção, apesar de se apresentar como um enorme desafio para alguns avaliadores, promove o encontro destes com diferentes aspectos do objeto em análise, muitas vezes nem

previstos na MAJ, cujo acréscimo traz mais elementos à compreensão e à explicação da intervenção. Yin (2015) refere que a maior vantagem do uso de fontes múltiplas de evidência é o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, cujos resultados são mais convincentes e acurados.

5.3.2 Seleção dos casos para avaliação

Com a perspectiva de escolher municípios a serem avaliados a partir dos subsídios construídos, foram definidos critérios para seleção dos casos, forma de coleta de dados, fonte de informações e parâmetros para análise dos dados.

Um estudo transversal descritivo foi desenvolvido a partir de dados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ (realizado entre os anos 2015 e 2017), tomando como base o Módulo I, que se refere à infraestrutura das UBS, e o Módulo II, que envolve atividades realizadas pelos profissionais da ESF. O banco de dados é de acesso público no site do MS (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>), do qual foram selecionados indicadores que possuem correspondência com a LCO.

Entre os 224 municípios piauienses, 216 contratualizaram o terceiro ciclo do PMAQ; destes, 213 foram incluídos neste estudo. O critério de inclusão adicional foi apresentarem, pelo menos, 70% das equipes contratualizadas. Avaliou-se a totalidade de equipes que aderiam ao programa nestes municípios, por isso utilizou-se o censo e não amostragem, não ocorrendo inferência estatística. O p foi calculado apenas no cálculo da razão de prevalência.

Avaliou-se a disponibilidade de estrutura das UBS (equipamentos, insumos e documentos) e das atividades realizadas pelas eSF que se relacionassem ao cuidado da obesidade. A escolha das variáveis deu-se pela relevância de cada item para o desenvolvimento da LCO, conforme documentos oficiais nacionais sobre a intervenção (BRASIL, 2013; 2014; 2020b; WHO, 2020). As variáveis são dicotômicas e foram avaliadas como *sim* (= 1,0) e *não* (= 0,0), utilizando uma planilha elaborada para este fim, na qual constavam 13 variáveis sobre estrutura e 14 sobre atividades (Quadro 4).

Quadro 4 – Variáveis utilizadas para o diagnóstico da disponibilidade de estrutura e das atividades realizadas por profissionais correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde no estado do Piauí.

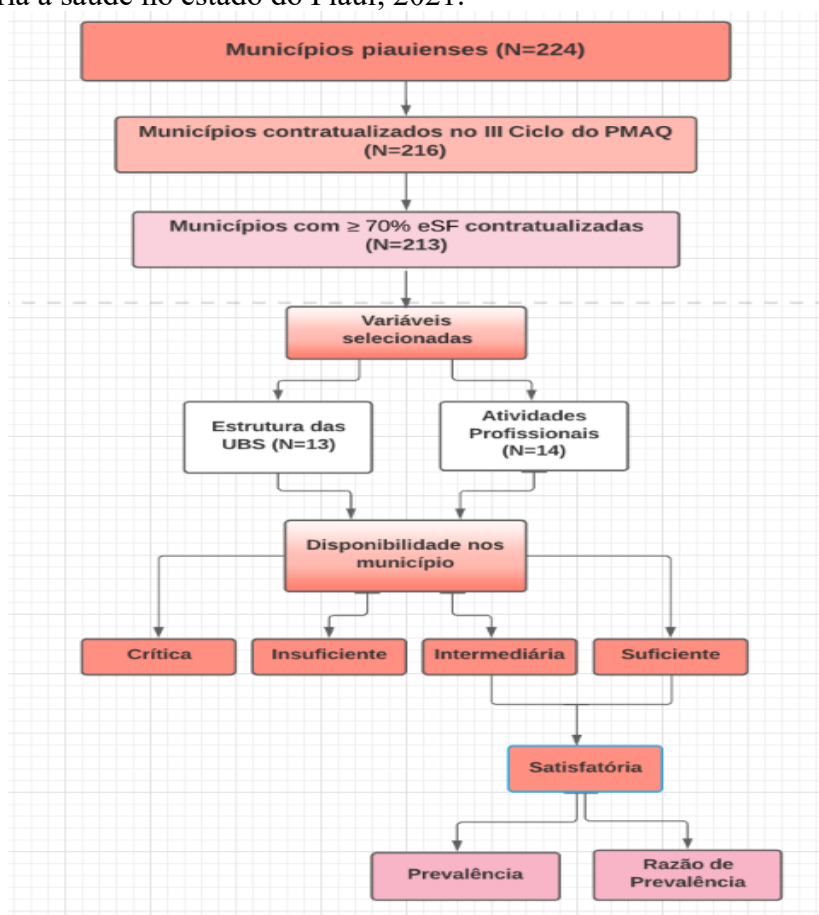
Nº	I. Estrutura das Unidade Básicas de Saúde	Parâmetros	Pontuação Máxima (PM) (pt)	Pontuação Obtida (PO) (pt)
		Sim (1) / Não (0)		
1	Balança Antropométrica 150,0kg ou 200,0 Kg	Sim (1) / Não (0)	1,0	
2	Balança Infantil	Sim (1) / Não (0)	1,0	
3	Caderneta de Saúde da Criança	Sim (1) / Não (0)	1,0	
4	Caderneta da Gestante	Sim (1) / Não (0)	1,0	
5	Caderneta do Adolescente sempre disponível	Sim (1) / Não (0)	1,0	
6	Caderneta do Idoso ou equivalente sempre disponível	Sim (1) / Não (0)	1,0	
7	Fita Métrica	Sim (1) / Não (0)	1,0	
8	Entrada externa adaptada para cadeiras de rodas	Sim (1) / Não (0)	1,0	
9	Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas...)	Sim (1) / Não (0)	1,0	
10	Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas	Sim (1) / Não (0)	1,0	
11	Régua Antropométrica Adulto	Sim (1) / Não (0)	1,0	
12	Régua Antropométrica Infantil	Sim (1) / Não (0)	1,0	
13	Sala exclusiva para atividades coletivas	Sim (1) / Não (0)	1,0	
Subtotal I			13,0	
II. Atividades realizadas pelas Equipes de Saúde da Família				
1	Encaminha para serviço especializado	Sim (1) / Não (0)	1,0	
2	Exames solicitados pela equipe e ofertados pela rede de serviços (Creatinina)	Sim (1) / Não (0)	1,0	
3	Exames solicitados pela equipe e ofertados pela rede de serviços (Perfil Lipídico)	Sim (1) / Não (0)	1,0	
4	Exames solicitados pela equipe e ofertados pela rede de serviços (Hemoglobina Glicosilada)	Sim (1) / Não (0)	1,0	
5	Oferta ações voltadas à atividade física	Sim (1) / Não (0)	1,0	
6	Desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo p/ crianças até seis meses	Sim (1) / Não (0)	1,0	
7	Desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança	Sim (1) / Não (0)	1,0	
8	Realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos	Sim (1) / Não (0)	1,0	
9	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento	Sim (1) / Não (0)	1,0	
10	A equipe realiza consulta de puericultura em crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)	Sim (1) / Não (0)	1,0	
11	Registra o estado nutricional das crianças do território)	Sim (1) / Não (0)	1,0	
12	Desenvolve ações voltadas à promoção à saúde/Ações de apoio ao autocuidado	Sim (1) / Não (0)	1,0	
13	Utiliza o novo Guia Alimentar para a População Brasileira	Sim (1) / Não (0)	1,0	
14	Realiza o acompanhamento de usuários com obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²)	Sim (1) / Não (0)	1,0	
Subtotal II			14,0	
TOTAL			27,0	

Fonte: Elaboração própria, adaptação do banco de dados do PMAQ – III Ciclo (2015-2017).

A disponibilidade de estrutura e das atividades foram avaliadas individualmente pela diferença percentual entre a pontuação máxima possível (PMP) e a pontuação obtida (PO), conforme a fórmula: $Escore\ Final = (\sum PO / \sum PMP) \times 100$. A disponibilidade de cada unidade de análise foi classificada de acordo com os pontos de corte em *crítica* – pontuação entre 0,0 e 49% (zero a seis itens); *incipiente* – entre 50% e 69% (sete a nove itens); *intermediária* – entre 70% e 89% (10 a 12 itens); *suficiente* – $\geq 90\%$ (13 a 14 itens). Os referidos pontos de corte foram definidos a partir dos referenciais da LCO e considerando a disponibilidade minimamente necessária para a sua implantação.

Considerou-se *satisfatória* a unidade de análise que apresentasse disponibilidade de 70% ou mais dos itens da planilha (classificações *intermediária* e *suficiente*). Os dados foram estratificados por porte populacional dos municípios e pelas macrorregiões. Utilizou-se a medida da prevalência para analisar os municípios e a razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para comparar a disponibilidade pelas macrorregiões. A sequência de etapas desta análise diagnóstica está sintetizada na figura 8.

Figura 7 – Fluxograma das etapas cumpridas para estimar a disponibilidade da estrutura e das atividades profissionais correspondentes à linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde no estado do Piauí, 2021.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Os dados foram processados no Programa *Microsoft Office Excel*® (*Microsoft Corp.*, Estados Unidos) e o *software* estatístico *Stata*® 14.0, com licença 10027 (*Stata Corp*, *College Station*, Estados Unidos), e organizados segundo as macrorregiões de saúde e o perfil populacional dos municípios (IBGE, 2021).

5.4 CONDUTAS ÉTICAS

Desde a concepção da proposta de realizar o estudo de avaliabilidade da LCO na APS no estado do Piauí, primou-se pelo envolvimento de gestores diretamente relacionados à intervenção no âmbito da SESAPI para o diálogo. Objetivou-se identificar possibilidades de parcerias para a avaliação, bem como para adquirir subsídios da vivência prática junto à intervenção. Esse diálogo possibilitou a identificação de outros informantes-chaves no órgão e nos municípios, além da indicação de documentos referentes à intervenção elaborados pelo poder público local.

Previamente ao registro do projeto na Plataforma Brasil, recebeu-se autorização da SESAPI para a realização da pesquisa. O projeto de pesquisa observou os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 466/2012 (BRASIL, 2012b), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz sob CAAE N° 18081919.9.0000.5240. Os participantes consentiram formalmente a sua participação na Oficina (Apêndice B).

Os produtos deste trabalho serão divulgados a quem direito e a quem interessar, em formatos diversos e de forma gradativa, incluindo publicação científica, material técnico, informativo etc.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em consonância com o Regulamento do Curso de Doutorado em Saúde, Ambiente e Sociedade, promovido pela Fiocruz, os resultados desta tese compõem-se de três manuscritos relacionados aos objetivos pré estabelecidos, sendo um capítulo de livro e dois artigos.

O capítulo, intitulado *Modelização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde: uma construção compartilhada*, compõe o livro “Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas” (no prelo) e descreve o processo de elaboração do modelo lógico da LCO na APS, que contempla objetivos, diretrizes, responsabilidades, resultados esperados da intervenção, as relações entre esses componentes e as premissas para o seu funcionamento.

O Artigo 1, intitulado *Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde: um estudo de avaliabilidade*, descreve o desenvolvimento e os resultados do estudo de avaliabilidade da LCO na APS, com enfoque para o modelo teórico de avaliação da intervenção e a matriz de análise e julgamento.

O Artigo 2, intitulado *Condições de estrutura e das atividades profissionais para a linha de cuidado da obesidade na Atenção Primária em Saúde no estado do Piauí*, descreve uma estratégia de diagnóstico e análise da estrutura das unidades básicas de saúde e as atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família correspondentes à LCO, a partir de dados do PMAQ, com vistas a contribuir com a seleção dos casos para o estudo da intervenção.

6.1 MANUSCRITO 1 – CAPÍTULO DO LIVRO “AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS” (no prelo).

MODELIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA

Norma Sueli Marques da Costa Alberto – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí

Santuzza Arreguy Silva Vitorino – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Denise Cavalcante de Barros – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

O estudo da obesidade sob o olhar da gestão e do cuidado no campo da saúde não é mero interesse científico, o que por si só, já seria relevante, mas uma inquietação das autoras, como cidadãs, que acreditam no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, para onde, em última instância, convergem as complicações desse grave problema de saúde pública. Apesar de não ser o único responsável por frear a obesidade no país, é no SUS onde estão concentrados programas, serviços, profissionais e ações de saúde capazes de prevenir e tratar a obesidade. Por isso, é salutar avaliar o desenvolvimento de intervenções que convergem para esses objetivos, como a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCO).

Reconhecemos a avaliação em saúde como uma prática com potencial de promover auto-reflexões sobre condutas de gestão, condições de trabalho dos profissionais, de contribuir com a revisão e o aprimoramento de processos de trabalho, de estimular a análise do contexto no qual estes são desenvolvidos, além de fomentar a ampliação da efetividade e da eficiência dos serviços públicos, em busca da integralidade do cuidado.

A produção técnico-científica que descreve insumos básicos, recursos financeiros e que orienta práticas profissionais acerca da prevenção e do controle da obesidade tem sido crescente no país. A abordagem sobre o agravo envolve dimensões políticas e técnicas que não podem ser dissociadas no momento de avaliar a LCO, que visa o seu controle. Por isso, ao planejar representar a intervenção é importante elaborar um desenho que comporte simultaneamente aspectos éticos, políticos e técnicos a ela relacionados e que seja passível de um consenso entre especialistas no assunto (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

A obesidade possui um caráter múltiplo e heterogêneo que se configura uma integração de fatores os quais, além dos biológicos e de causa individual, envolve outros, históricos, econômicos, sociais e culturais. Essa multiplicidade de determinantes relaciona-se com toda a

cadeia de produção de alimentos e coloca em risco não apenas a saúde dos indivíduos, como também a sustentabilidade ambiental, econômica e social, desde o nível local. Por isso, o cuidado à pessoa com obesidade extrapola o campo da Saúde e requer articulação intersetorial para a prevenção e o controle da doença (BRASIL, 2014; 2014a; SWINBURN *et al.*, 2019).

Nesse sentido, vislumbra-se que conhecer o funcionamento da LCO, entendendo-a como uma intervenção, requer construção e pactuação coletivas da sua racionalidade, com envolvimento de pessoas de diferentes campos, imbricadas com a intervenção, de forma que o seu modelo lógico e a sua proposta avaliativa se aproximem o máximo possível da realidade em estudo, e que venha, futuramente, a contribuir com a tomada de decisões a seu favor.

1. Contextualizando a obesidade e o seu enfrentamento

No panorama epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a obesidade se sobressai pelo fato de se constituir concomitantemente em doença e fator de risco para outras doenças crônicas (DC), como diabetes, hipertensão e câncer (POULAIN, 2013; BRASIL, 2014b; INCA, 2017). O estilo de vida peculiar da sociedade moderna tem provocado um padrão de consumo alimentar que, aliado ao sedentarismo, não tem sido favorável à saúde da população (WHO, 2020). Entretanto, esse estilo de vida está intimamente relacionado ao modelo de desenvolvimento, predominantemente econômico, vigente no mundo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade como a mais importante desordem nutricional, baseada no aumento constante da sua prevalência nas diferentes faixas etárias e condições socioeconômicas (WHO, 2000). A obesidade, em conjunto com a desnutrição e as mudanças climáticas conformam a Sindemia Global (SG), que consiste no agrupamento das três epidemias com determinantes comuns na etiologia, relacionados à forma como os alimentos são atualmente produzidos, distribuídos e excessivamente consumidos, e que afetam atores sociais comuns (SWINBURN *et al.*, 2019).

No enfrentamento desses sistemas que impulsionam a SG faz-se necessária uma mudança no planejamento e na relação entre os formuladores de políticas públicas e o mercado. O panorama de desigualdade e de malefícios verificados com a SG requer soluções imediatas e perenes que favoreçam o estado nutricional adequado às pessoas e a sobrevivência do planeta. Para o seu enfrentamento é necessária uma ação coordenada entre os atores dos níveis local, estadual, nacional e global, que envolva a academia, o poder público e movimentos sociais, e que possa promover um pensamento sistêmico e esforços colaborativos (SWINBURN *et al.*, 2019).

No contexto da pandemia de Covid-19 a obesidade tem sido apontada como a principal comorbidade associada aos óbitos em pessoas com menos de 60 anos (BRASIL, 2020) e o risco de morte por Covid-19 é até quatro vezes maior em pessoas com o agravo (MALAVAZOS *et al.*, 2020). Os mecanismos pelos quais a obesidade contribuiria para o agravamento da infecção pelo SARs-COV2 são: amplificação do processo inflamatório, danos aos sistemas respiratório e cardiovascular, metabolismo glicídico, formação de trombos e desregulação do sistema imune (BOLSONI-LOPES; FURIERI; ALONSO-VALE, 2021).

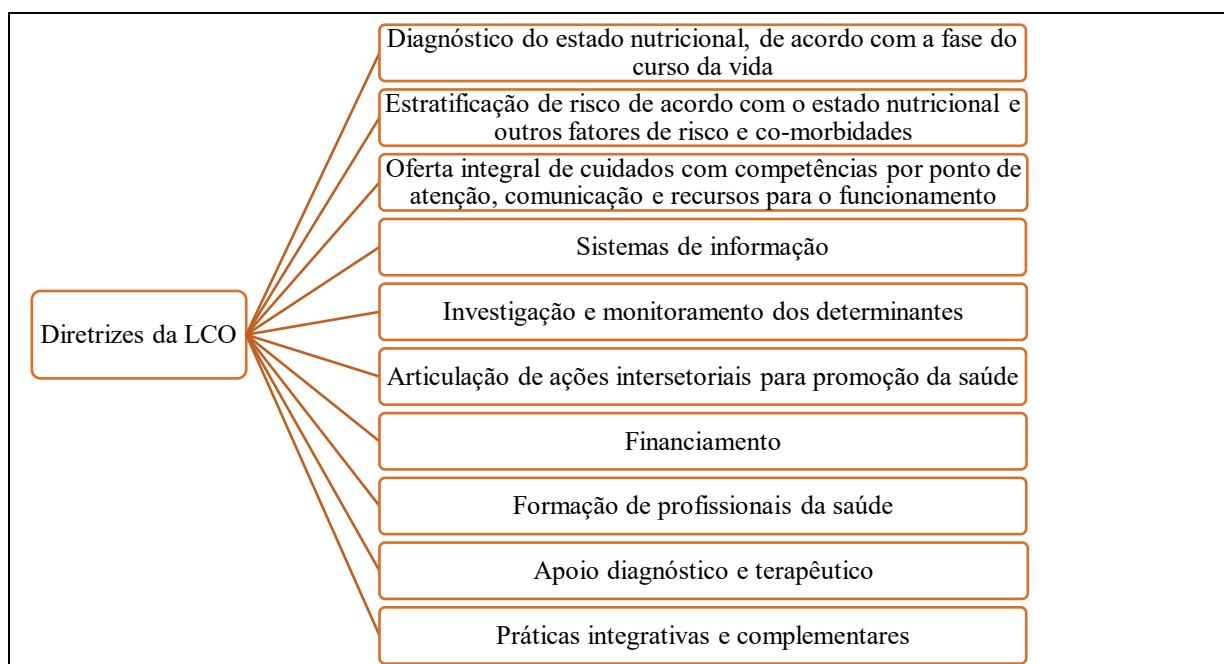
Com elevadas proporções globais e prevalência crescente (DIAS *et al.*, 2017), a obesidade tem se destacado na agenda pública internacional nas três últimas décadas e no Brasil, nos últimos quinze anos, compondo o escopo de diversas políticas e programas (BRASIL, 2013; 2014; 2014a; 2014b; 2014c; 2019; 2020a).

As intervenções de enfrentamento da obesidade pelo poder público brasileiro foram historicamente vinculadas ao setor Saúde e, mais recentemente, a sua abordagem tem sido ampliada com embasamentos do campo da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (DIAS *et al.*, 2017), reconhecendo a sua relação com sistemas alimentares, humanos e de desenvolvimento extremamente complexos. A vida na sociedade atual é muito influenciada pelo mercado, que tem lucro crescente com a produção e a comercialização de produtos de consumo adoecedores, bem como com a medicalização e hospitalização para o tratamento das doenças que ajuda a promover.

Entretanto, apesar dos esforços despendidos, convive-se com o aumento da obesidade, em todas as faixas etárias, em ambos os sexos e em todos os níveis de renda, especialmente, na população com menor rendimento familiar (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c). No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), dos adultos acompanhados em 2019, 63% apresentam excesso de peso, sendo 28,5% com obesidade (BRASIL, 2020d). No Piauí, as prevalências foram, respectivamente, 57,9% e 22,5% (BRASIL, 2020b).

Esse cenário nutricional preocupante e a sua repercussão nas dimensões humanas e econômicas levou o Ministério da Saúde (MS) a elaborar, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2011), a partir do qual e de outras políticas, organizou a LCO, em parceria com vários ministérios, instituições de ensino e pesquisa, organizações não governamentais da área da saúde, entidades profissionais, entre outros (BRASIL, 2013a). A LCO é constituída por dez diretrizes a serem percorridas pelos atores locais da gestão e da assistência ao agravo, em especial, no âmbito local (Figura 9).

Figura 8 – Diretrizes da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

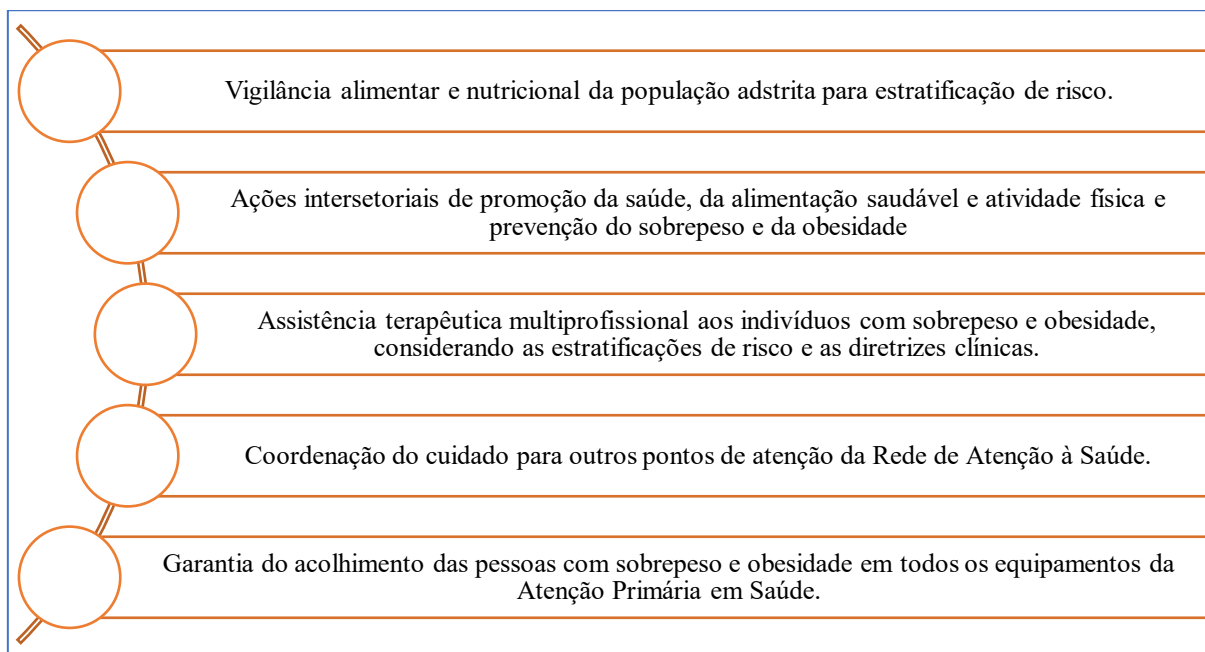


Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2013a).

No SUS, é à APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que compete desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e reorganizar a prática assistencial (BARRETO; NERY; COSTA, 2012; FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017). Portanto, é neste nível de atenção à saúde que se concentram as condutas mais elementares da LCO, as quais, quanto mais oportunas, mais apresentam chance de diminuir a necessidade do cuidado em níveis crescentes de complexidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (MENDES, 2010).

As ações da LCO que competem à APS foram formuladas em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no que se refere ao enfrentamento de agravos nutricionais. As ações de alimentação e nutrição (A&N) partem do diagnóstico alimentar e nutricional da população, passam pela promoção da alimentação saudável, ações de prevenção, até o tratamento da obesidade (Figura 10). Esse fato evidencia a importância da atenção nutricional no enfrentamento à obesidade, mas também recrudescer os desafios para a sua operacionalização na APS, seja no âmbito da gestão ou da assistência à saúde. Ações de outros campos de saber também compõem a referida responsabilidade (BRASIL, 2013).

Figura 9 – Competências da atenção primária à saúde para a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.



Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2013a).

Na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPC) os pontos de atenção se articulam por meio dos sistemas de apoio, logísticos e de governança, os quais detêm as seguintes atribuições (BRASIL, 2013a; 2014c):

- a. Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade;
- b. Prestar assistência farmacêutica necessária;
- c. Garantir transporte sanitário em veículos adequados.

Esse conjunto de ações requer condições adequadas para a efetiva implantação da LCO, o que inclui, por exemplo, elementos de estrutura, processos de trabalho adequados e articulação intersetorial. Dada a relevância da LCO, as características desafiadoras para a sua implantação e a necessidade de compreensão dos fenômenos que a cercam, torna-se importante avaliá-la e, portanto, modelizá-la.

2. Por que modelizar?

Considerando o aporte teórico sobre avaliação de programas de Champagne *et al.* (2011), a LCO pode ser considerada uma intervenção, ou seja, um sistema organizado de ações que busca modificar o trajeto previsível de um fenômeno para resolver a problemática que o envolve, em determinado período e contexto. Nesse sentido, a LCO pode ser organizada a partir dos componentes inerentes ao funcionamento de qualquer intervenção – uma estrutura, os atores e suas práticas, processos, finalidades e ambiente.

A LCO pode ser concebida como uma intervenção complexa, pois envolve grande número de atividades e atores interdependentes, possui imprecisão do horizonte temporal, apresenta multiplicidade de níveis de análise e dependência do contexto, entre outras características. Por isso, sua avaliação requer uma modelização sistêmica (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). No bojo das abordagens avaliativas baseadas em teoria (KNAAP, 2004), modelizar uma intervenção consiste em elaborar um desenho que contemple seus movimentos e as relações que a envolvem, partindo da teoria do objeto-modelo, que é o modelo conceitual que se atribui a um fato ou fenômeno (MEDINA *et al.*, 2005).

Para o campo da Avaliação de Programas a ideia que materializa o objeto-modelo é o modelo lógico (ML), o qual consiste na representação da racionalidade da intervenção, as relações entre os recursos necessários ao seu funcionamento, as atividades planejadas e os resultados que ela se propõe a alcançar. Ao planejar a avaliação de um programa, a modelização deve ser um dos passos iniciais, pois é uma técnica de excelência para elaborar a pergunta avaliativa e para definir a viabilidade da avaliação. O desenho pode ser um fluxograma, diagrama ou uma tabela, por exemplo (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a; CRUZ, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2015; THURSTON; RAMALIU, 2005), mas deve ser simplificado, para não sobrecarregar ou desviar o foco da avaliação (CHIANCA, 2017).

No campo da avaliação, a modelização possui diversas terminologias. Champagne *et al.* (2011a) adotam três categorias: o *causal*, que expressa o problema escolhido para ser resolvido e as suas causas; o *lógico teórico*, que expressa o percurso imaginado entre as causas proximais e as distais; e o *lógico operacional*, que demonstra a relação entre as estruturas e os processos e representa a operacionalização da intervenção em curso. Neste trabalho adotamos a terminologia resumida de modelo lógico (ML) com a concepção do *modelo lógico operacional*.

O ML compõe as etapas dos estudos de avaliabilidade (THURSTON; RAMALIU, 2005), pois aponta o que dá sustentação à intervenção e subsidia a elaboração dos instrumentos

de coleta de dados na avaliação em saúde, como nas análises de implantação de intervenções (COSTA *et al.*, 2017; ALMEIDA, *et al.* 2017; RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

Quando elaborado coletivamente, tende a adquirir maior consenso entre os participantes e, conseqüentemente, refletir o real contexto no qual a intervenção está implantada. Os atores se reconhecem como parte dele e o desenho é reconhecido como um elemento de comunicação entre os envolvidos na intervenção, um norteador de condutas (FONTENELE *et al.*, 2017).

A elaboração coletiva do ML visa captar e compreender os significados que atores sociais têm dos processos que vivenciam, considerando que eles estão aptos a descrever e explicar suas ações e relações de forma afetiva e racional (MINAYO *et al.*, 2005). Em função do papel que desempenham, de seus interesses, intenções e convicções, os atores dão à intervenção sua forma particular, em determinado momento e contexto (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

A participação de interessados na intervenção, com suas visões, reflexões e experiências quanto ao objeto em análise é uma característica da avaliação de quarta geração, a qual, apesar da complexidade das relações institucionais e dos constantes desafios, possibilita o fortalecimento institucional (GUBA; LINCOLN, 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2017). Esta abordagem avaliativa interativa é capaz de desenvolver e aprofundar o conhecimento sobre fenômenos sociais e de produzir um consenso dos atores sobre a realidade (FALSARELLA, 2015; COUTO; CARIERE; CKAGNAZAROFF, 2019).

A construção colaborativa da avaliação de uma intervenção promove aos participantes maior confiança sobre o seu funcionamento possível e real, pois envolve, além do aporte teórico dos formuladores e estudiosos da política, o conhecimento prático e a vivência dos atores inseridos no contexto da realidade em pauta, neste caso, a LCO na APS no Piauí.

Na perspectiva de um plano de avaliação de uma intervenção deve-se elaborar, a partir do ML, perguntas avaliativas que culminem com um modelo de avaliação que corresponda às demandas em relação à intervenção e, por conseguinte, com uma matriz de análise e julgamento (MAJ), para emissão do julgamento de valor sobre os componentes a serem analisados.

3. Caminho percorrido na modelização da linha de cuidado da obesidade no âmbito da atenção primária à saúde no estado do Piauí.

Correspondendo às etapas do estudo de avaliabilidade recomendadas por Thurston e Ramaliu (2005), ao modelizar a LCO buscou-se uma visualização espacial do funcionamento esperado a partir das normativas – as condições de infraestrutura necessárias à sua adequada

implantação, as práticas profissionais e as políticas que permeiam o trabalho das equipes envolvidas com a sua operacionalização, bem como as consequências esperadas da articulação desses elementos.

Para conciliar a rigidez positivista das normas à uma realidade empírica específica – o estado do Piauí –, utilizou-se uma abordagem construtivista que trouxe o olhar de especialistas no tema para ajudar a compreender o funcionamento esperado pela intervenção (KNAAP, 2004). O ML foi elaborado a partir de duas etapas:

- I. Busca e análise de referenciais técnicos e legais de abrangências nacional e estadual acerca da intervenção, disponíveis em repositórios públicos oficiais e de sociedades científicas;
- II. Construção e pactuação do ML com informantes-chave.

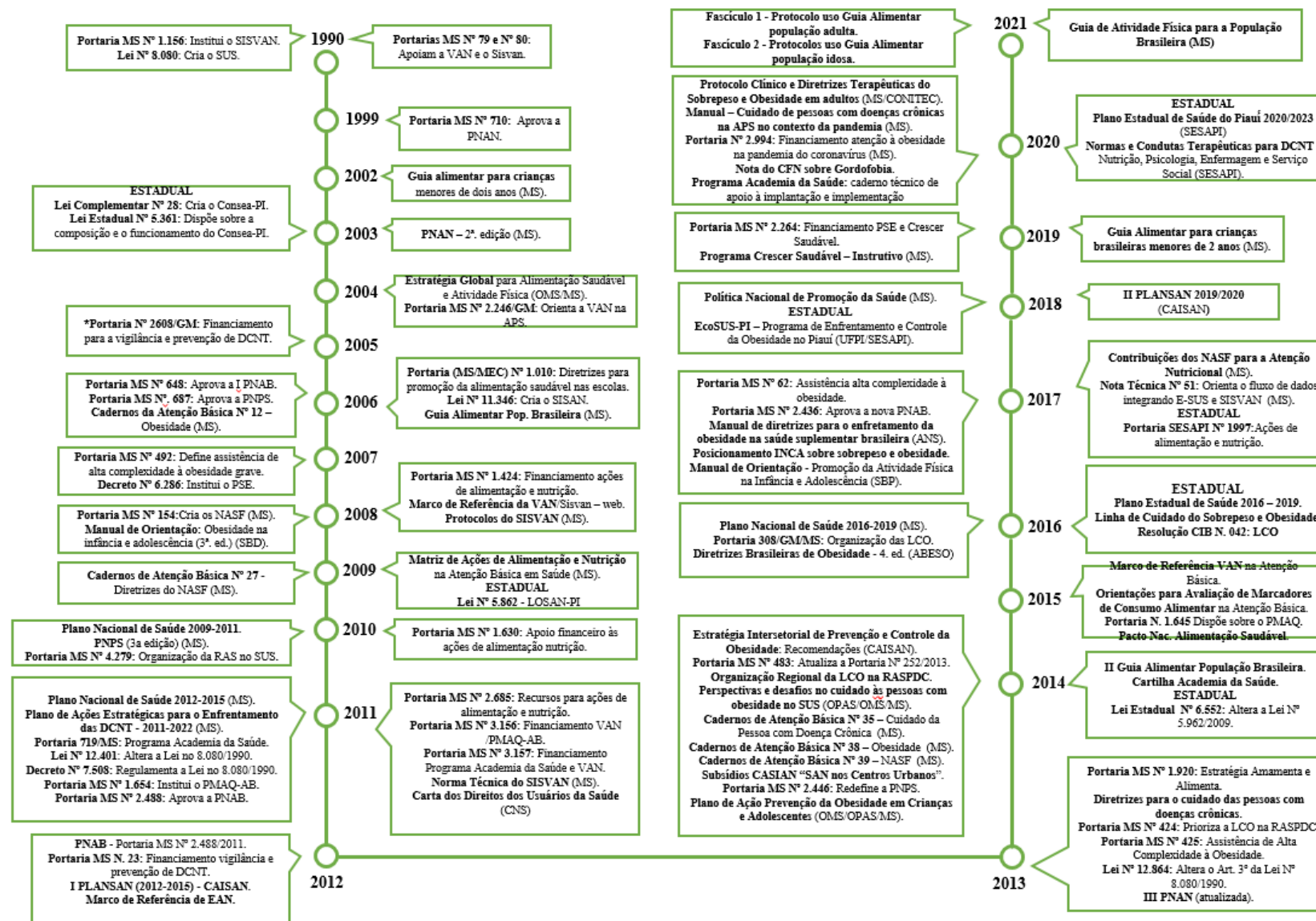
Etapa I – Busca e análise de referenciais teóricos e legais

A etapa I é descrita na literatura como uma etapa da pré-avaliação, pois visa à aproximação com o objeto de estudo para obter subsídios para a sua compreensão e descrição (OLIVEIRA *et al.*, 2015; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017; SILVA, GASPARINE; BARBOZA, 2017). Para a busca adotou-se como recorte temporal a criação legal do SUS (1990) até o ano de 2021, usando os termos “obesidade”, “linha de cuidado das doenças crônicas” e “linha de cuidado da obesidade”, bem como foram acessados documentos referenciados nas publicações encontradas.

A busca culminou com a identificação de 103 documentos, sendo 88 de cunho nacional, 01 internacional assinado pelo Brasil e 14 estaduais. Entre as publicações nacionais constam 33 *portarias ministeriais*; 10 *manuals, protocolos, marcos de referência, orientações e nota técnica*; 08 *políticas/programas*; 07 *leis, decretos e carta de direito*; 07 *guias alimentares, protocolos para os guias e guia de atividade física*; 07 *planos e resolução pró plano*; 06 *cadernos e cartilhas*; 05 *diretrizes, estratégias e contribuições*; 02 *matrizes e organização da LCO*; 02 *Posicionamento/Nota*; 02 *resultados e subsídios*.

No âmbito estadual constam quatro *leis*; quatro *normas e condutas terapêuticas/diretrizes para doenças crônicas*; dois *planos de saúde*; uma *linha de cuidado*; uma *resolução*; uma *portaria*; e um *programa de enfrentamento à obesidade – EcoSUS/PI* – desenvolvido pela Universidade Federal do Piauí em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Piauí (SESAPI) (Figura 11).

Figura 10 – Linha do tempo dos referenciais legais e teóricos para o desenvolvimento da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade. Piauí, 2021.



Após a conclusão desta etapa foram publicados pelo Ministério da Saúde, no segundo semestre de 2021, outros cinco importantes documentos relacionados diretamente à obesidade, os quais podem ser encontrados na biblioteca eletrônica do órgão (<https://aps.saude.gov.br/biblioteca>).

O governo brasileiro tem incluído as questões nutricionais na agenda pública desde antes da criação do SUS, mas com enfoque para as doenças carenciais. Somente a partir dos anos 2000 a obesidade tem sido encarada como problema de saúde pública e, mais recentemente, associada a DCNT, fatos justificados pelas evidências advindas de estudos populacionais que revelam o crescimento da sua prevalência (DIAS *et al.*, 2017).

A diversidade de subsídios teóricos e legais identificados na busca revela iniciativas contínuas, prioritariamente do MS, para promover a qualidade de vida das pessoas e prevenir, controlar e assistir à obesidade. A necessidade de intervenção plural sobre o agravo está retratada em diversos documentos publicados nas últimas décadas, voltados para gestores e profissionais para qualificar serviços e ações de saúde.

A partir do ano de criação do SUS, o primeiro documento relacionado a práticas correntes com o cuidado ao agravo, mas não especificamente a ele, foi a portaria que instituiu a vigilância alimentar e nutricional (VAN) (BRASIL, 1990), conjunto de ações que envolve a primeira conduta para o enfrentamento à obesidade, que é o diagnóstico nutricional.

A ele soma-se outros voltados, mais especificamente, ao apoio técnico, operacional e financeiro da VAN (BRASIL, 2004; 2005; 2007; 2008; 2008a; 2011a; 2011b; 2015; 2015a; 2020a). De forma complementar, vão se avolumando no país documentos que orientam práticas de alimentação adequada e saudável, de ambientes alimentares sustentáveis, como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, os guias alimentares e os respectivos protocolos de utilização voltados à população adulta e idosa (BRASIL, 2002; 2004a; 2006; 2006a; 2013b; 2014d; 2015b; 2015c; 2019; 2021; 2021a).

Na ótica mais direta da promoção da saúde em nível individual, foram instituídos programas voltados para a atividade física, reconhecendo-a como importante coadjuvante na prevenção de doenças crônicas e na promoção da qualidade de vida. Registra-se o apoio ao desenvolvimento da prática em ambientes, com foco coletivo – saúde, escola, trabalho –, e à estruturação de espaços públicos para tal (2004a; 2011c; 2013c; 2014e; 2014f; 2017; 2020e; 2021b).

No escopo dos marcos referenciais em prol da saúde em geral, o Brasil dispõe de uma gama de políticas e programas na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo

assistência terapêutica, incorporação de tecnologias em saúde e fortalecimento da APS, o que contempla a implantação de equipes básicas, estruturação dos serviços e organização dos processos de trabalho (BRASIL, 2010; 2011; 2013; 2013a; 2014c).

O crescimento das DCNT e a forte influência dos seus fatores de risco levaram o MS a criar o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011-2022)*, no qual são definidas ações e investimentos necessários para o alcance desse objetivo no período proposto. O Plano ressalta a importância da articulação de políticas de promoção da saúde e da intersetorialidade para esse enfrentamento (BRASIL, 2011). Em consonância com o movimento similar internacional e para materializar a assistência à saúde prevista no *Plano*, o MS estabeleceu a linha de cuidado para obesidade como prioridade da RASPDC (BRASIL, 2013a).

Intervenções voltadas mais diretamente para o enfrentamento à obesidade surgem a partir do final da década de 90, tendo como ponto de partida a PNAN, que estabeleceu diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS, a qual foi atualizada em 2012, abordando mais enfaticamente a temática (BRASIL, 2013) e que tem servido de subsídio para a elaboração de diversos documentos orientadores da atenção ao agravo.

A abordagem mais específica em relação à obesidade surgiu em 2006, “*Cadernos da Atenção Básica – Obesidade*”, atualizado em 2014 (BRASIL, 2014b), evoluindo de uma abordagem mais individualizada quanto à conformação e ao enfrentamento do problema, para uma abordagem integral e humanizada ao indivíduo com excesso de peso, com o enfoque para a linha de cuidado. A intervenção visava estabelecer a abordagem alimentar e nutricional como prática na rotina dos serviços de APS (DIAS *et al.*, 2017).

Respaldo pelo desafio do crescimento da obesidade no público infantil, em 2019, o MS lança o “*Programa Crescer Saudável*” (BRASIL, 2019a), cujo enfoque repete a abordagem de vários documentos sobre a mudança de comportamento centrada no indivíduo, estabelecendo a escola como o local estratégico para implantação por seu papel formador de hábitos de vida, e reafirma ações que perpassam do diagnóstico ao atendimento de crianças com obesidade na APS.

No que se refere à atenção especializada, em 2007 o MS definiu os hospitais como unidades de alta complexidade para atendimento ao usuário com obesidade, com vistas ao tratamento cirúrgico para os casos de obesidade grave, e em 2013 foi estabelecido que tais unidades incluíssem a oferta de assistência diagnóstica e terapêutica especializada de média complexidade ao referido público (BRASIL, 2013d) e em 2017, o MS orienta o credenciamento

desses estabelecimentos e deixa a cargo de estados e municípios a organização da LCO (BRASIL, 2017a).

Com a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), o Brasil estabelece uma estrutura intersetorial para garantir condições de acesso a ambientes alimentares saudáveis, preventivos de doenças e promotores de saúde e de SAN, por meio de políticas públicas articuladas em convergência com esse objetivo. Nesse sentido, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, elaborou a *Estratégia Intersetorial* com recomendações para estados e municípios se organizarem para reduzir a obesidade no país (BRASIL, 2014a).

Numa perspectiva de fortalecimento das regiões de saúde, a “*Organização Regional da LCO na RASPDC*” instrui gestores estaduais e municipais para que o seu cuidado à obesidade deve ser baseado, prioritariamente, nas ações de promoção da saúde e na assistência contínua (BRADIL, 2014c).

Continuamente a obesidade vem sendo relacionada às DCNT, seja como fator de risco, seja devido às similaridades nas manifestações e no tratamento como doença crônica que também é. Em 2017, o Instituto Nacional de Câncer estabeleceu a obesidade como tema prioritário na agenda do órgão devido à sua associação com o aumento do risco de diversos tipos de cânceres e, por isso, manifesta apoio a medidas regulatórias do estado brasileiro a favor da alimentação saudável, com tributação de alimentos não saudáveis, restrição da propaganda e da oferta de alimentos obesogênicos, rotulagem frontal entre outras (INCA, 2017).

Em 2020, o “*Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos*” (BRASIL, 2020a) orienta medidas para a redução do peso entre adultos, partindo de um enfoque de mudança de comportamento pelo indivíduo e organizando a assistência para a abordagem terapêutica farmacológica e não farmacológica.

No contexto da pandemia Covid-19, a obesidade aparece entre os principais fatores de risco para o agravamento da doença, e com a evolução dos casos e óbitos no país é lançado o “*Manual – Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia*” (BRASIL, 2020f). Nesse mesmo sentido, a *Portaria N° 2.994/2020* pretende fortalecer a atenção às pessoas com obesidade e outras DC na APS para reduzir complicações associadas à Covid-19 (BRASIL, 2020g).

Considerando a saúde como um direito, a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, (BRASIL, 2011d) atesta, no Art. 2º: “Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.” Esta declaração evidencia, além do direito do usuário, a

responsabilidade do estado brasileiro, em todas as esferas administrativas, de oferecer serviços humanísticos, promotores de saúde e resolutivos dos problemas das pessoas que o demandam.

Nessa lógica de olhar o indivíduo como titular de direitos, o Conselho Federal de Nutricionista emitiu posicionamento contrário à postura estigmatizadora da sociedade e ao preconceito contra a obesidade, e a favor de inserir a pessoa com obesidade no centro da RAS, reconhecendo-a como agente autônomo, protagonista do seu cuidado (CFN, 2020). Desta forma, coaduna com a expectativa de uma concepção menos simplista e mais ampliada da obesidade, reconhecendo a multifatorialidade nela envolvida.

No Piauí, o documento governamental de referência sobre o agravo é a *Linha de Cuidado para Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade*, que não está formalmente publicada, mas encontra-se respaldada pela aprovação na Comissão Integestores Bipartite (PIAUÍ, 2016; 2016a). A Portaria SESAPI Nº 1.997/2017 visa orientar condutas de aquisição, distribuição e consumo de alimentos no órgão e nas entidades a ele vinculadas, na perspectiva de práticas promotoras de saúde, de SAN e da sustentabilidade ambiental (PIAUÍ, 2017). Entretanto, resente-se com o pouco engajamento da gestão do órgão em apoiar e monitorar o seu cumprimento, aumentando o risco de não atingir o objetivo para o qual foi publicada.

Com o compromisso de qualificar a atenção especializada nas áreas da nutrição, psicologia, enfermagem e serviço social, a SESAPI publicou em 2020 as Normas ou Diretrizes Terapêuticas, voltadas para as doenças crônicas, sendo que a obesidade aparece mais explicitamente no documento que se refere à atenção nutricional (PIAUÍ, 2020).

O Plano Estadual de Saúde vigente (PIAUÍ, 2020a), não trata explicitamente da obesidade, quer seja no perfil epidemiológico do Estado ou como objetivo. O agravo aparece implícito na abordagem das DCNT, como fator de risco, sem muito destaque para o seu enfrentamento. Percebe-se um distanciamento quanto à concepção da obesidade entre os documentos estaduais e os recentes referenciais nacionais.

A análise de documentos permitiu identificar que o Brasil dispõe de vasto aporte legal e técnico que reconhece o excesso de peso como um problema de saúde pública crescente e desafiador, e que concebe a LCO como a estratégia organizativa de serviços e de processos de trabalho capaz de disponibilizar às pessoas com obesidade uma atenção integral e resolutiva. Enquanto que no estado do Piauí, entre os poucos referenciais relacionados ao tema, somente um trata diretamente da obesidade, sugerindo o seu distanciamento do projeto de governo estadual.

Várias publicações referem-se aos incentivos financeiros para o apoio à estruturação de serviços e à qualificação dos profissionais. Algumas delas reconhecem a relação de sistemas

alimentares e do modelo de desenvolvimento econômico vigentes com a obesidade, o que recrudescer a importância de decisão política e da intersetorialidade para seu enfrentamento, a exemplo do que está previsto no SISAN.

Esses documentos são ainda norteadores para o diagnóstico, a prevenção, o controle e o tratamento da obesidade, bem como, para a promoção de estilo de vida saudável, na qual as práticas alimentares e de atividade física são elementos decisivos, seja como fator de risco ou de proteção à doença. O fato de as condutas estarem atribuídas, em especial, à APS, demonstra a relevância desse nível para o controle do agravo e a importância de ele dispor de estrutura e processos de trabalho adequados, o que, por sua vez, requer a institucionalização do cuidado no contexto político-organizacional do município.

Apesar das políticas não se limitarem a enunciados formais, os documentos governamentais se mostram muito importantes para orientar a sua implementação. Ademais, são relevantes para analisar as políticas públicas, tendo em vista que constam de objetivos e de estratégias de governabilidade que expressam compromissos em um determinado momento (DIAS *et al.* 2017).

Esses referenciais possibilitaram obter elementos explicativos sobre como a intervenção deve ser operacionalizada, bem como os recursos e as práticas de gestão e de atenção à saúde necessárias para alcançarem os efeitos esperados. É cabível destacar aqui que os documentos oficiais não estabelecem metas para a LCO, nem no âmbito federal e nem no estadual. Apesar de que o monitoramento de processos e resultados da intervenção pode ser realizado por meio de diversos indicadores, o estabelecimento de metas serve como um catalizador de compromisso dos envolvidos para o seu alcance, o que pode contribuir com a busca pela estruturação de serviços e práticas de saúde nesse sentido.

Etapa II – Construção e pactuação do Modelo Lógico

Na perspectiva da avaliação de quarta geração, adotou-se a construção colaborativa do ML da LCO, valorizando-se a voz de atores sociais relacionados à intervenção (FALSARELLA, 2015; COUTO; CARRIERE; CKAGNAZAROFF, 2019). Foram convidados informantes-chave com o objetivo de elaborar um entendimento conjunto sobre a intervenção e desenvolver um plano de avaliação plural e exequível. Este processo, por proporcionar a reflexividade sobre as próprias práticas, se propõe a servir de subsídio para impulsionar a implantação da LCO no nível local.

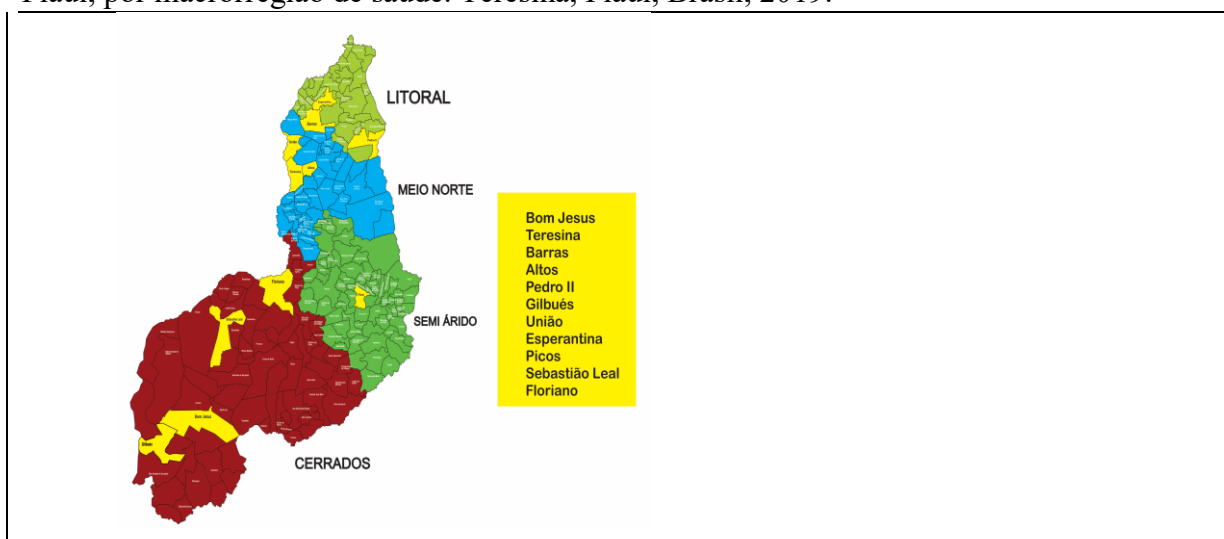
O envolvimento desses atores desde a elaboração da proposta é uma das etapas cruciais do estudo de avaliabilidade, para que eles, além de contribuírem com a materialização da intencionalidade da avaliação, possam fazer uso prático posterior da avaliabilidade (THURSTON; RAMALIU, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O trabalho de campo foi desenvolvido por meio da “*Oficina sobre Monitoramento e Avaliação em Saúde com enfoque na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde*”, realizada nos dias 22 e 23 de outubro de 2019. A Oficina foi planejada e realizada com a colaboração da SESAPI, por meio da Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Municípios (SUPAT), das Gerências de Atenção à Saúde e de Atenção Básica.

A realização da Oficina contou com o apoio do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no fornecimento dos manuais do monitor* e do aluno** para o desenvolvimento da atividade. As professoras orientadoras da doutoranda contribuíram desde a concepção do evento, quanto na sua execução.

Participaram 35 informantes-chave das áreas de Nutrição, Enfermagem, Educação Física, Psicologia, Fisioterapia, Farmácia e Serviço Social, entre os quais encontravam-se gestores estaduais e municipais de saúde, profissionais da assistência à obesidade das unidades básicas de saúde (UBS) e de outros pontos de atenção da RAS, e pesquisadores da Residência Multiprofissional da Universidade Estadual do Piauí e do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí (Figura 12).

Figura 11 – Distribuição geográfica dos municípios participantes da construção e pactuação do modelo lógico da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na atenção primária à saúde no Piauí, por macrorregião de saúde. Teresina, Piauí, Brasil, 2019.



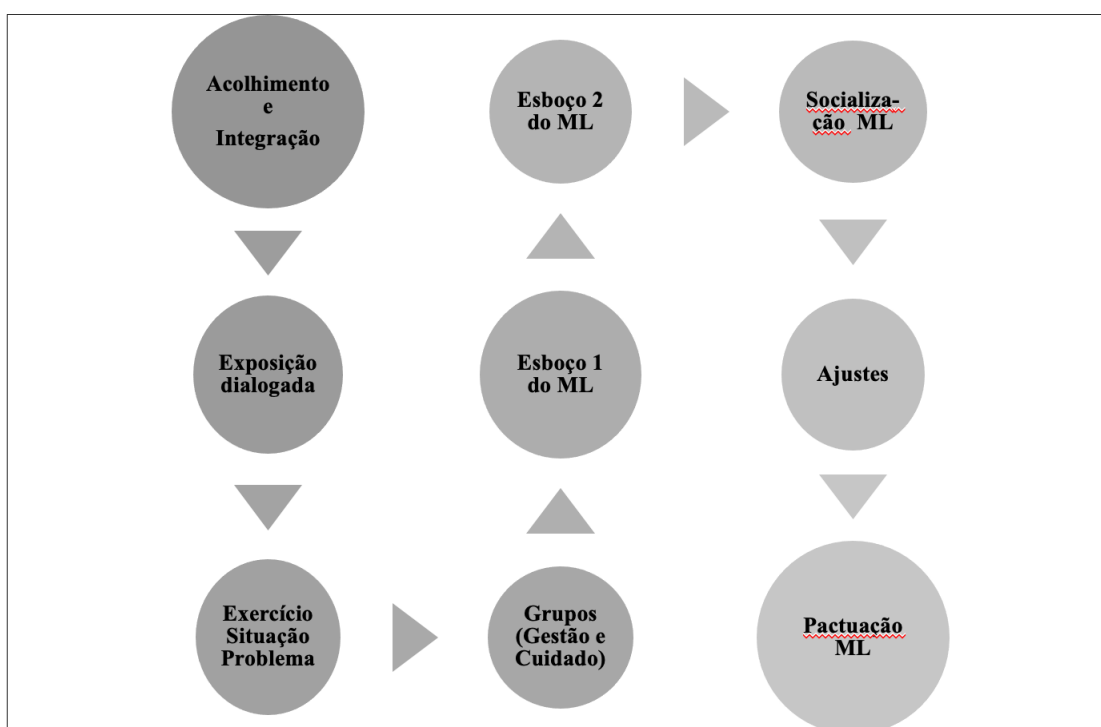
Fonte: Adaptado de IBGE (2010) (<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi.html>).

Os municípios participantes compunham três das quatro macrorregiões (MR) de saúde: i) Litoral – Altos, Barras, Esperantina, Pedro II, Teresina e União; ii) Cerrado – Bom Jesus, Floriano, Gilbués e Sebastião Leal; Semi-árido - Picos. O quadro 5 apresenta os municípios com e algumas informações relacionadas à LCO, todos com 100% de cobertura da ESF.

Os técnicos foram indicados pelos respectivos órgãos e cada um, previamente esclarecido sobre o propósito, a metodologia e o produto esperado da Oficina, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, sob CAAE N° 18081919.9.0000.5240.

Adotou-se uma dinâmica de acolhimento, integração, uso de metodologia ativa e exposição dialogada com destaque para a modelização (SILVA; MIGUEL; TEIXEIRA, 2011). A modelização foi desenvolvida num ambiente de diálogo, com reflexão acerca do cotidiano da LCO, a partir de relatos, vivências, lembranças e leituras dos informantes-chave (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017) (Figura 13).

Figura 12 – Fluxograma das etapas desenvolvidas na Oficina de elaboração e pactuação do modelo lógico da linha de cuidado da obesidade na atenção primária à saúde. Piauí, 2019.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Quadro 5 – Municípios participantes da construção e pactuação do modelo lógico da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, segundo dados de financiamento de ações de alimentação e nutrição. Piauí-Brasil, 2019.

<i>Município</i>	<i>Pop. estimada 2021 (hab.)</i>	<i>Financiamento de programas federais com ações correspondentes à LCO</i>						
		<i>Fundo de Alimentação e Nutrição</i>	<i>PSE</i>	<i>Crescer Saudável</i>	<i>EAAB</i>	<i>Crônicas</i>	<i>Má-Nutrição</i>	<i>Proteja</i>
Altos	40.681	X	X	X	-	X	X	-
Barras	47.298	X	X	X	-	X	X	-
Bom Jesus	25.584	X	X	X	-	X	X	-
Esperantina	39.953	X	X	X	-	X	X	-
Floriano	60.111	X	X	X	-	X	X	-
Gilbués	10.698	X	X	X	-	X	X	-
Pedro II	38.812	X	X	X	-	X	X	-
Picos	78.627	X	X	X	-	X	X	-
Sebastião Leal	4.311	X	X	X	-	X	X	X
Teresina	871.126	X	X	X	X	X	X	-
União	44.649	X	X	X	-	X	X	-

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DataSUS (2021), IBGE, 2021.

Para fins deste estudo, e respaldado pelos referenciais pesquisados, a elaboração do ML ocorreu a partir da situação problema: *o aumento crescente da prevalência de sobrepeso e obesidade em todos os ciclos da vida no estado do Piauí* (PIAUI, 2016; 2016a; BRASIL, 2020b; 2020c; 2020d) e da institucionalização da LCO como a resposta pública para intervir sobre este problema (BRASIL, 2013a), a qual se configura na organização das ações de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, de caráter individualizado, e contempla ações de promoção da saúde para alcançar também os níveis familiar e comunitário.

Para estimular o diálogo e valorizar o lugar de fala dos participantes, eles foram divididos em grupos. Utilizou-se, inicialmente, um instrumento interativo, elaborado a partir dos referenciais sobre obesidade, para o exercício sobre a organização do ML e seus componentes estruturais – insumos, atividade, produtos, resultados e impacto – (CDC, [2007?]).

A partir da metodologia da problematização, a roda de conversa foi a prática pedagógica que permeou a Oficina, pois ela possibilita a partilha de saberes e práticas cotidianas, a reflexão sobre o seu desenvolvimento, a criação de vínculo entre os participantes, com posturas interativas críticas e tolerantes com o outro (MELO *et al.*, 2016), uma horizontalidade que minimiza uma suposta superioridade do conhecimento entre os atores e ainda apresenta caráter lúdico (TAVARES *et al.*, 2020).

Esse exercício metodológico e ideológico de configuração circular de indagações, argumentações, contraposições ou complementaridade de posicionamentos proporciona a um evento de avaliação, que poderia ser pragmático, com nuances positivistas, uma convivência afetiva, harmoniosa, com valorização do ser e do estar de cada participante; fortalece laços pessoais e profissionais até então inexistentes ou frágeis; cria a sensação de pertencimento à intervenção, com uma compreensão mais clara e real do objeto de análise, despertando, olhares mais amplos e profundos sobre ele e ao seu processo avaliativo.

Desenvolvendo o papel de mediadoras das rodas, as pesquisadoras, a partir de perguntas disparadoras, estimulavam a emersão de opiniões e o debate sobre o tema nos grupos, agindo de forma a evitar o monopólio das falas. Ao término de cada etapa, as propostas construídas eram expostas e os informantes eram convidados a manifestarem sua concordância ou discordância com os desenhos.

Os pontos de dissenso exigiam mais tempo de debate e, após as ponderações, ajustava-se as propostas visando alcançar um modelo considerado fiel à racionalidade da LCO. A roda

se mostrou como uma técnica viável para apontar elementos de avaliação e de fomentar a construção de questões avaliativas em torno da intervenção.

Esgotado o debate interno dos grupos, os produtos finais foram socializados em plenária visando alcançar uma proposta de desenho que contemplasse, o máximo possível, as impressões do coletivo sobre a intervenção. Nesse espaço ampliado, atores da ‘gestão’ e do ‘cuidado’ voltavam a interagir, construindo, destruindo e reconstruindo saberes sobre a intervenção e sua imagem objetivo em fase de elaboração, formando uma rica teia de ideais e laços em torno da LCO. Esse processo metodológico evidenciou a importância da articulação entre a dimensão política e a técnica da intervenção ao se pretender definir critérios para a sua avaliação.

Para se estabelecer uma imagem-objetivo que contemplasse os aspectos técnicos, éticos e políticos da LCO e, por conseguinte, seus componentes e indicadores de avaliação, buscou-se uma técnica de obtenção do consenso entre os informantes-chave. Optou-se pelo Comitê Tradicional, uma técnica de escuta e discussão de ideias e opiniões entre pessoas de referência sobre determinado tema (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005). Esta técnica constrói um capital intelectual que pode diminuir as incertezas e aumentar a capacidade de julgamento nos serviços e amplia a possibilidade de validade dos critérios/indicadores presentes no ML (MEDINA *et al.*, 2005; GURGEL *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o desenvolvimento de espaços e mecanismos que fomentem relações não conflitantes entre os atores sociais envolvidos na LCO e que promovam o consenso em torno da sua racionalidade, pode suplantar tensões que poderiam abalar a confluência de esforços a favor da sua implantação e da sua avaliação.

Apesar das vantagens que aporta, o Comitê Tradicional pode admitir a interferência do “argumento de autoridade” de participantes considerados como hierarquicamente superior, bem como a possibilidade de que a opinião de participantes mais eloquentes em suas defesas prevaleça sobre as demais; além disso, o consenso pode ser dificultado pela existência de problemas interpessoais e a diversidade de valores entre os informantes-chave (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

Na intenção de diminuir essas desvantagens, as pesquisadoras intermediaram o debate, estimulando a participação do maior número possível de pessoas, encorajando-as a apresentarem livremente suas opiniões, buscando equilibrar as manifestações entre os convidados, sem, entretanto, cercearem suas falas, valorizando interesses diferenciados e comuns, inerentes ao público envolvido.

O ML ajustado foi apreciado e pactuado entre os informantes-chave. Submeter o desenho de uma intervenção ao debate entre pessoas que dela fazem parte possibilita a

incorporação de uma diversidade contextual de preferências e interesses, o envolvimento de potenciais interessados na avaliação, bem como permite descrever melhor a intervenção e definir com mais precisão o que merece ser mensurado, os critérios de avaliação (MEDINA *et al.*, 2005; CRUZ, 2013; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017).

Posteriormente à Oficina, a partir de diálogos sistemáticos e rodadas de releitura entre as pesquisadoras sobre a melhor apresentação dos elementos centrais apontados na Oficina e suas relações, o ML foi diagramado incorporando outros elementos balizados pela literatura de referência e foi organizado de forma a retratar os componentes da LCO enquanto intervenção, incluindo seus objetivos, insumos, atividades, produtos, resultados e impactos esperados e as potenciais conexões entre eles (CDC, [2007?]).

A LCO foi organizada segundo dois componentes técnicos – *gestão e cuidado* –. Para cada um foram previstos insumos, que se referem aos recursos físicos, financeiros, materiais e de pessoal, as atividades de planejamento, o gerenciamento e organização das práticas do cuidado, bem como, o monitoramento e a avaliação dessas ações; os *resultados* foram concebidos como o alcance dos objetivos implícitos em cada atividade, com efeitos sobre a saúde da população em curto médio e longo prazos.

Apesar da segurança que o ML construído traz aos atores participantes, é salutar reconhecer que ele deve ser flexível durante a avaliação, pois nesse momento podem surgir outros informantes, interesses e dinâmicas de trabalho, que podem ajustar o desenho e tornar a avaliação mais participativa e útil à tomada de decisões (TANAKA, 2017).

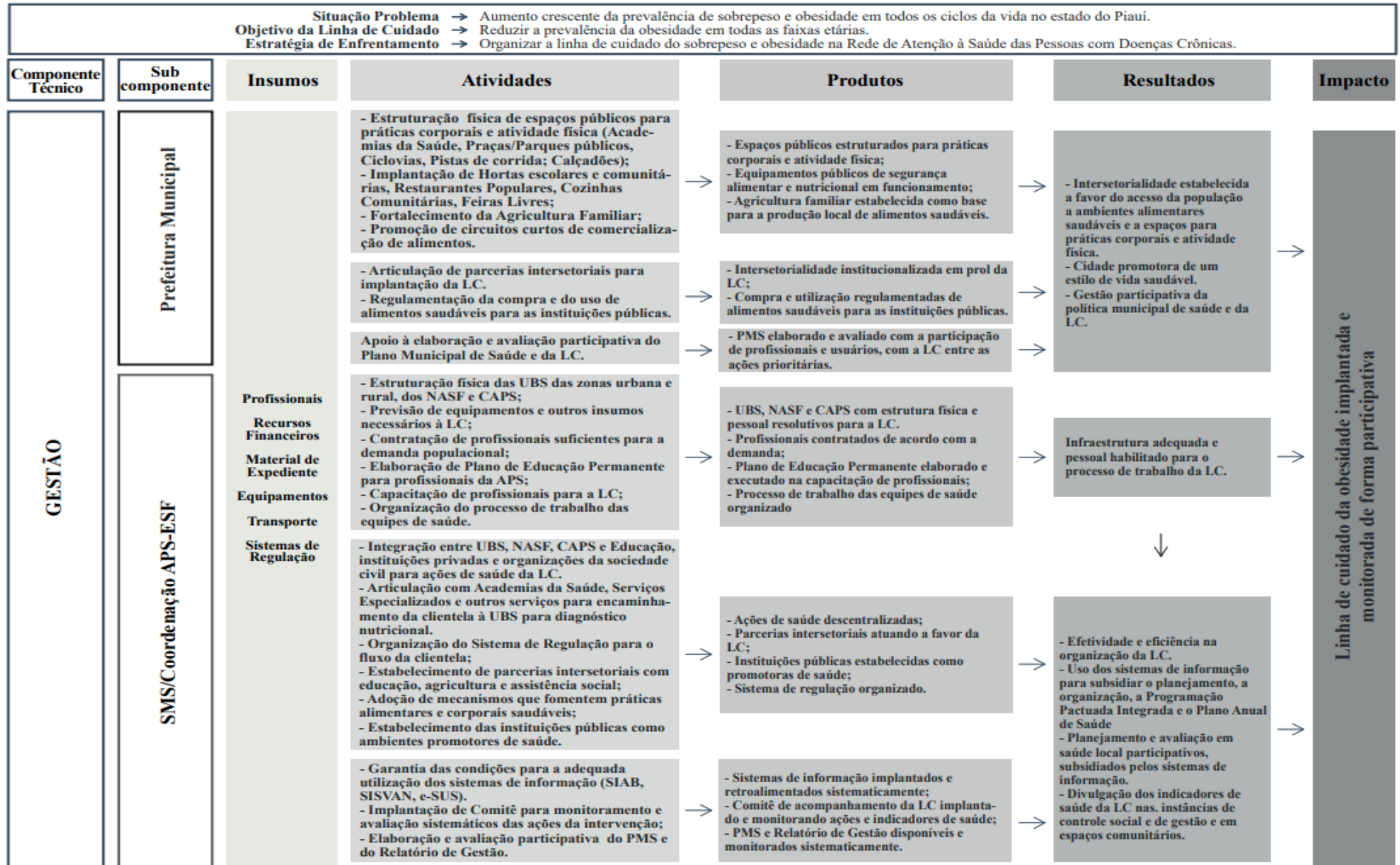
Esses exercícios lógico e dialógico da construção do ML permitiram conhecer as diferentes interpretações que os atores e as avaliadoras/pesquisadoras tinham sobre a LCO, tanto no que se refere aos resultados esperados, às estratégias e aos recursos do programa, quanto ao público beneficiário. Segundo Silva, Gasparine e Barbosa (2017) e Vitorino, Cruz e Barros (2017) as discrepâncias de leitura devem-se às diferenças de posições técnico-ético-políticas dos atores.

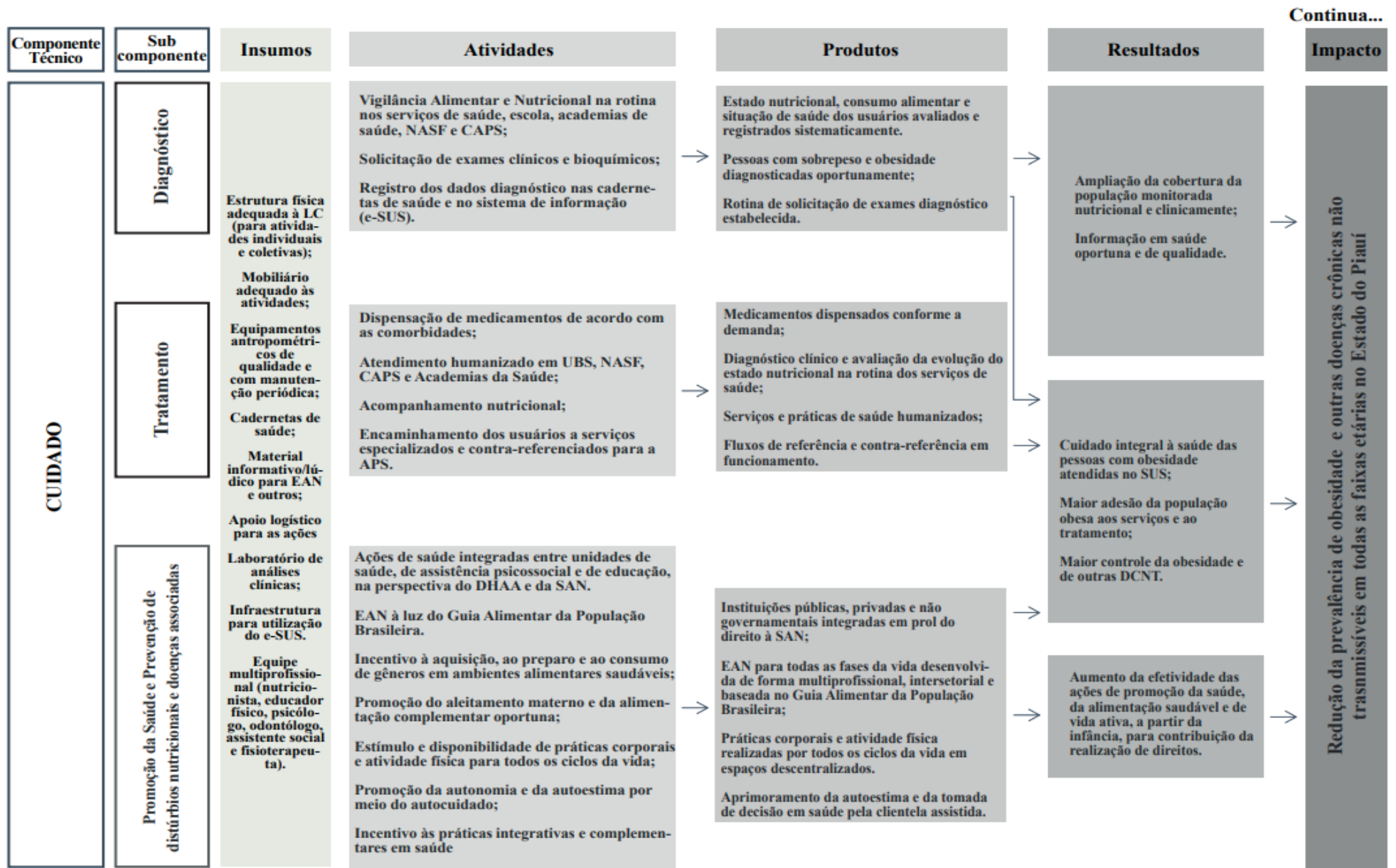
A construção colaborativa do ML da LCO por meio de oficina se constituiu em um processo pedagógico e uma oportunidade de conhecimento e crescimento entre os atores sociais envolvidos. A modelização possibilitou representar a LCO a partir da teoria que lhe dá suporte, e subsidiou a elaboração de perguntas avaliativas que nortearam um processo avaliativo com mais chance de viabilidade, qualidade e racionalidade.

4. O modelo lógico pactuado

O ML foi construído a partir dos dois componentes técnicos que convergem para a atenção integral à saúde da pessoa com obesidade: a *gestão*, que envolve as responsabilidades de planejamento, monitoramento, avaliação e provimento das condições de implantação da intervenção –; e o *cuidado*, que abrange serviços, atribuições e as relações inerentes ao processo de trabalho das equipes de saúde (Figura 13).

Figura 13 – Modelo lógico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde no estado do Piauí.





Redução da prevalência de obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis em todas as faixas etárias no Estado do Piauí

A *gestão* foi concebida com níveis diferentes de tomada de decisão e, por isso, foi subdividida em dois subcomponentes – *prefeitura municipal* e *secretaria municipal de saúde* – ; o *cuidado* foi subdividido em três subcomponentes – *diagnóstico, tratamento, e promoção da saúde, prevenção de distúrbios nutricionais (que antecede e perpassa os dois anteriores)* –. Para cada componente foram previstos *insumos, atividades e produtos*, componentes necessários para a implantação da LCO, bem como *resultados e impactos* esperados.

O Componente Técnico Gestão

A *gestão* da Prefeitura foi claramente imbricada com a LCO, concebida como o nível das macro responsabilidades, as quais envolvem o estabelecimento de espaços públicos condizentes com práticas saudáveis de vida, como atividades corporais, físicas e de lazer, ambientes alimentares promotores de saúde e de SAN, como hortas, feiras agroecológicas, rede de equipamentos de alimentação e nutrição, cantinas saudáveis nas escolas e nos ambientes de trabalho, articulação intersetorial para a implantação da LCO no município para além do setor Saúde, e apoio à SMS.

Os achados permitiram identificar a visão ampliada que os informantes-chave têm acerca da LCO. Os insumos e as atividades apontados, além de revelarem os objetivos da intervenção, estavam presentes na literatura sobre o tema, evidenciando coerência entre os envolvidos com a LCO e os estudiosos e formuladores da intervenção.

Em consonância com a complexidade da obesidade, esses componentes foram vislumbrados em áreas e espaços de atuação diversos, para além das UBS e do setor Saúde. Coerente com o conceito de promoção da saúde (MOYSÉS; FRANCO DE SÁ, 2014; BRASIL, 2014f), outras políticas locais, além da de Saúde, precisam ser incrementadas de forma convergente para a adequada implantação da LCO, como a estruturação de espaços públicos, a organização de ambientes saudáveis e a articulação entre os pontos de atenção das RAS.

O ML evidenciou a influência do contexto social sobre as condições de vida e saúde da população e apontou a responsabilidade compartilhada entre indivíduo, gestores de políticas públicas intersetoriais na adoção de práticas promotoras de uma vida digna, ativa e saudável, individual e coletivamente.

A organização da LCO, prevê gestão tripartite – o MS como formulador e coordenador das políticas nacionais e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e SMS, responsáveis por adaptarem e implementarem essas políticas, adequando-as às realidades locais, a fim de concretizem o acesso dos indivíduos a ambientes promotores de saúde e de SAN (BRASIL, 2011; 2013a; 2014a; 2014b).

Organismos internacionais e nacionais partem da premissa que a contenção do crescimento da obesidade requer ações de diversos níveis de complexidade e mudanças sustentáveis no contexto social, como a criação de espaços de convivência e transportes de qualidade que estimulem hábitos e modos de vida saudáveis (OPAS, 2014; BRASIL, 2014a; 2014b). Tais medidas envolvem as diferentes esferas federativas, mas no município é onde elas repercutem de fato sobre a saúde e a nutrição das pessoas, por isso a necessidade de a gestão municipal instituir essas medidas na sua agenda política (ALVES; JAIME, 2014).

Para tanto, o financiamento da LCO na APS está previsto entre os recursos transferidos pelo MS, como os Pisos da Atenção Básica e da Vigilância e Promoção da Saúde, dos Programas Academia da Saúde, Saúde na Escola e outros, bem como nos repasses para apoio à vigilância alimentar e nutricional (VAN). Devem somar-se a estes outros recursos oriundos do tesouro estadual e/ou municipal (BRASIL, 2014c).

No que se refere às ações de A&N, é responsabilidade da gestão municipal implementar a PNAN, com destinação de recursos financeiros, qualificar a atuação profissional nos programas respectivos e, entre outros, promover a articulação intersetorial cabível ao desenvolvimento das suas diretrizes e a integração com o SISAN (BRASIL, 2013; TREVISANI; JAIME, 2012).

O Programa Academia da Saúde está pautado implicitamente entre os componentes do ML, o que revela a consonância com a sua diretriz de configurar-se como ponto complementar de atenção da RAS e com os objetivos de aumentar o nível de atividade física da população e de desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, visando ao cuidado integral (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; 2014e; 2014f; PADILHA; OLIVEIRA; FIGUEIRÓ, 2015).

Ao subcomponente *Secretaria Municipal de Saúde* foram atribuídas as responsabilidades mais diretas para a implantação da LCO, como: o provimento da infraestrutura física e de pessoal das UBS, coerente com o perfil epidemiológico local de obesidade; a integração entre os pontos de atenção à saúde e desses com outros afins, como escolas, serviços de assistência social e agricultura; a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde; o estabelecimento de parcerias externas; a elaboração participativa de instrumentos de gestão; e o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde a partir dos sistemas de informação locais estruturados.

Os componentes do ML relacionados à SMS extrapolam as UBS, requerendo uma ação integrada com outros equipamentos públicos que, normalmente, não reconhecem devidamente a sua co-responsabilidade no enfrentamento da obesidade, como o Centro de Atenção Psicossocial e as academias da saúde. Essa inter-relação materializa a RAS, tão necessária para

possibilitar o direito à saúde dos indivíduos. Para a LCO funcionar é necessário, além de protocolos estabelecidos, que os gestores dos serviços pactuem fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita e não sofra com a fragmentação da atenção à saúde.

As ações de saúde precisam ser fortalecidas em vários espaços potenciais promotores de saúde, de formação de comportamentos, como escolas, ambientes de trabalho e de lazer. Por isso, é relevante que o gestor de saúde desempenhe um papel articulador de políticas, setores e ações locais em prol da implantação da LCO em uma perspectiva ampliada. Ademais, essa conduta distribuiria a responsabilidade do cuidado para além do nível individual, que usualmente sobrecarrega o setor de saúde em diversos níveis.

Nesse sentido, destaca-se a importância de prever esse envolvimento e as responsabilidades compartilhadas no Plano Municipal de Saúde, instrumento que expressa as necessidades locais de saúde, norteia as linhas de ação para buscar atendê-las e possibilita o monitoramento e a avaliação da atuação intersetorial em prol do controle da obesidade.

A oficialização dessas responsabilidades nos instrumentos de planejamento locais fornece respaldo político para a sua execução. Entretanto, elas não devem se limitar ao Plano Municipal de Saúde, mas permear outros, como o de educação, SAN, agricultura, setores que podem planejar ações dentro do seu escopo e buscar implementá-las (BRASIL, 2014a; 2014c).

O Componente Técnico *Cuidado*

No que se refere ao *cuidado*, os insumos previstos vão desde a estruturação física de UBS e laboratórios – com equipamentos, materiais e instrumentos necessários para a assistência – à disponibilidade de uma equipe multiprofissional para o desenvolvimento das atividades inerentes. A qualidade e adequação da estrutura são elementos valorizados para esse componente, tendo em vista que a mera disponibilidade de equipamentos sem a devida funcionalidade não implica resolutividade do serviço; ademais, a multiprofissionalidade requerida é uma estratégia plausível para uma atenção integral à pessoa com obesidade.

O MS prevê apoio financeiro para a estruturação física e a qualificação do trabalho profissional na APS, na perspectiva de ofertar serviços adequados condizentes com as atribuições previstas na LCO, em especial no que se refere à VAN, promoção da atividade física e capacitação de pessoal. Essa iniciativa está coerente com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011d), que preconiza o atendimento humanizado, de qualidade, oportuno, em serviços limpos, acessíveis e organizados (BRASIL, 2014b).

Movimentos ativistas têm reivindicado medidas de inclusão social da pessoa com obesidade e contra o estigma e o preconceito. Em relação aos serviços de saúde, as demandas vão desde equipamentos adequados à sua corpulência, como macas, cadeiras nas salas de espera, instrumentos para diagnóstico, até a humanização no atendimento (CFN, 2020). Reconhecer tais demandas e respondê-las são condutas que convergem para o atendimento integral dos indivíduos com obesidade.

O ML avança para além da operacionalização da intervenção e inclui a influência do contexto político-organizacional sobre as ações de A&N na APS (VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017). Entre as atividades do *cuidado*, predominaram ações de A&N nos três subcomponentes: diagnóstico, tratamento e promoção da saúde/prevenção dos distúrbios nutricionais. Elas compreendem desde a VAN – pré-requisito para o diagnóstico nutricional e o acompanhamento no tratamento – a educação alimentar e nutricional (EAN), a promoção da alimentação saudável, até orientações de aquisição e preparo de gêneros com vistas à saúde e à SAN.

Estas ações compõem diretamente quatro das sete diretrizes da PNAN: qualificação da atenção nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, VAN e cooperação para a SAN, reafirmando a importância desta política para o controle de distúrbios nutricionais, como a obesidade. Por conseguinte, faz-se necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização do cuidado relativo às A&N (BRASIL, 2013; 2014; ALVES; JAIME, 2014).

O *diagnóstico nutricional* da população é a etapa da LCO que identifica indivíduos com obesidade, inclusive, em contexto de pandemias, a partir da classificação do estado nutricional, de acordo com a fase do curso da vida, bem como de dados clínicos, bioquímicos e dietéticos, obtidos pela avaliação nutricional e durante o acompanhamento individualizado (BRASIL, 2008; 2013; 2013a; 2014b; BRASIL, 2020a; 2020f).

O registro dos dados do diagnóstico em documentos de uso do indivíduo, bem como em sistemas de informação apontados no ML, apresenta-se como uma importante ferramenta de monitoramento dos casos, seja pelo usuário, pela equipe de profissionais ou pela gestão, devendo fundamentar a reorientação do cuidado. O acesso a informações do seu quadro de saúde e nutrição pode contribuir para que os indivíduos desenvolvam o autocuidado, usufruindo do seu direito de ser protagonista no manejo da doença.

O *tratamento* da obesidade, elencado por atendimento humanizado, dispensação de medicamentos, acompanhamento nutricional e encaminhamento a serviços especializados, está coerente com o protocolo clínico vigente, que tem como metas a diminuição da gordura corporal, a manutenção da perda de peso, o incentivo a melhores escolhas alimentares, a

redução de fatores de risco cardiovascular associados à obesidade, a melhoria de outras comorbidades, o aumento da autoestima e da qualidade de vida, entre outros (BRASIL, 2020a). Nesse sentido, é importante o fortalecimento dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e a regulação da atenção (BRASIL, 2014b).

As ações de promoção da saúde e de prevenção da obesidade apontadas no ML estão coerentes com políticas e programas concentrados na APS, como as de Promoção da Saúde, de Alimentação e Nutrição, os Programas Saúde na Escola, Crescer Saudável e Estratégia Amamenta-Alimenta, além dos materiais instrutivos e operacionais sobre essas ações e outros. Estes normativos partem das evidências científicas de que as estratégias que mais impactam sobre a prevenção da obesidade são as que combinam promoção da alimentação saudável com atividade física regular (WHO, 2020), além de acompanhamento psicológico (BRASIL, 2020a).

Atividades relacionadas a EAN, alimentação adequada, práticas corporais, atividade física, estímulo à autoestima e ao autocuidado e práticas integrativas e complementares de saúde constam no ML para além dos equipamentos da Saúde, e contribuem para a adoção de práticas pelos indivíduos que em seu próprio benefício. Os três subcomponentes do *cuidado* recrudesceram a necessidade de atividades de outras áreas, como a clínica médica, a psicologia, a biomedicina/farmácia, a agricultura entre outras para, de forma integrada, promoverem maior resolutividade à demanda do usuário com obesidade.

A organização da LCO reconhece que outros pontos de atenção da RAS, como ambulatórios especializados, hospitais, escolas, Centro de Referências de Assistência Social, polos da Academia da Saúde, associações religiosas entre outros, devem estar sensíveis à captação dos indivíduos com excesso de peso, identificando os casos e os encaminhando às UBS, a fim de que seja ordenado o cuidado (BRASIL, 2013a; 2014; 2014b; 2014c).

O ML indicou que para alcançar os resultados e os impactos esperados faz-se necessário que os municípios disponham, necessariamente, de infraestrutura adequada para o desenvolvimento das atividades inerentes à LCO, o que, por sua vez, requer compromisso contínuo das gestões municipais com a intervenção. Esta demanda envolve financiamento, equipamentos adequados, serviços acessíveis, equipe multiprofissional qualificada e comprometida e apoio matricial (BRASIL, 2013a; 2014c).

Devido à complexidade inerente à etiologia e ao enfrentamento da obesidade, qualquer ML que busque representar a sua linha de cuidado, mesmo elaborado de forma participativa, apresentará limitações para contemplar toda a abrangência de recursos, processos e as inter-relações a ela inerentes. Entretanto, o desenho apresentado abrange a compreensão e as expectativas de atores sociais da *gestão* e do *cuidado* da LCO, considerando o direito à atenção

integral à saúde das pessoas com obesidade e apresenta-se como uma ferramenta potencial de comunicação e um subsídio para avaliações da intervenção, seja em âmbito municipal, regional ou estadual.

5. Considerações Finais

O ML construído demonstra a complexidade da obesidade e, portanto, dos elementos e práticas necessários para a sua prevenção e controle no âmbito dos municípios, com destaque para as ações de alimentação e nutrição, às quais devem se somar diversas outras ações, intersetoriais e multiprofissionais.

A pluralidade de contribuições dos participantes possibilitou reflexões e reconhecimento sobre medidas de cunho estruturantes, de longo e médio prazos, que requerem ser institucionalizadas pelos diferentes níveis de gestão, bem como outras, mais imediatas que precisam ocorrer de forma simultânea e estarem na rotina dos pontos de atenção à saúde, desenvolvidas a partir da multiprofissionalidade e em formato de RAS.

A construção coletiva do ML da LCO da APS no estado do Piauí, que envolveu especialistas de diferentes áreas e campos de atuação, de municípios de portes variados, com interesses comuns em torno da obesidade, possibilitou um debate amplo e rico sobre a intervenção, implicando uma imagem-objeto consensuada que, além da assistência em si, incluiu a promoção da saúde, na perspectiva de não deslocar o setor Saúde do protagonismo dessas ações, necessárias à prevenção e à sustentabilidade do tratamento contra o excesso de peso, com ações que ultrapassam o nível individual do cuidado.

A metodologia predominante de rodas de conversa foi avaliada positivamente pelos participantes; possibilitou entrosamento, amplos debates e trocas de saberes que culminaram com um desenho que se propõe a contribuir com a compreensão da intervenção e orientar condutas para a sua implantação e avaliação. Desdobrou-se uma rede social com o grupo.

Essas constatações reforçam a importância de, ao planejar a avaliação de uma intervenção, além de se embasar na literatura disponível, deve-se envolver atores com vivência e interesse no tema para compreender e descrever seu funcionamento, incluindo os aspectos estruturais, organizacionais e relacionais nela imbricados, de forma a se elaborar uma imagem objetivo que condiga com o contexto no qual ela está inserida.

Sendo o ML uma ferramenta utilizada para descrever a racionalidade de funcionamento da intervenção em avaliações orientadas pela teoria, os próximos passos que podem se desdobrar da elaboração do ML da LCO na APS no Piauí, após a definição dos indicadores que compõem a MAJ, é a realização de diferentes tipos de avaliações – de processo, de resultado e

de impacto –, a depender da realidade vivenciada em cada município. Assim, a teoria expressa neste modelo poderá ser reescrita ao ser confrontada com uma realidade empírica, contribuindo a cada passo para tornar o que foi teoricamente definido, possível e, em última instância, para a melhoria da intervenção.

Referências

ALMEIDA, A. M. F. L. *et al.* Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 41, n. especial. Rio de Janeiro, p. 156-166, 2017.

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, nov. 2014.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. The Family Health Strategy and hospital admissions of children under five years in Piauí State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, mar. 2012.

BOLSONI-LOPES A.; FURIERI L.; ALONSO-VALE, M. I. C. Obesidade e a covid-19: uma reflexão sobre a relação entre as pandemias. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 42, n. (esp):e20200216., 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990*. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN –. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, *Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004*. Institui orientações para ações de vigilância alimentar e nutricional na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, *Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. (Assinatura pelo Governo Brasileiro na 57ª Assembleia da OMS).

BRASIL. Ministério da Saúde, *Portaria nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005*. Define recursos financeiros para a vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS nº 687, de 30 de março de 2006*. Aprova a Política Promoção da Saúde (PPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola, política intersetorial da Saúde e da Educação. Brasília: Presidência da República, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.424, de 10 de julho de 2008*. Estabelece o repasse financeiro para a estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das SES e SMS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.156, de 27 de dezembro de 2011*. Habilita municípios a receberem recursos financeiros para estruturação da VAN em UBS com equipes que aderiram ao PMAQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.157, de 27 de 12 de 2011*. Homologa municípios polo para recebimento do incentivo para ações do Programa Academia da Saúde e para estruturação da VAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Cartas dos direitos dos usuários de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 84 p. il. ISBN 978-85-334-1911-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 424, de 19 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013*. Institui a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013*. Altera o caput do art. 3º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília, DF: Casa Civil, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 425, de 19 de março de 2013*. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo

com Obesidade. Diário Oficial da União, nº 71, de 14 de abril de 2013d.

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*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. *Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios*. Brasília: CAISAN, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Cadernos de Atenção Básica, nº 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Manual Instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Academia da Saúde: Cartilha informativa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Marco de Referência para a VAN na Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 8.553 de novembro de 2015*. Institui o Pacto Nacional pela Alimentação Saudável. Brasília, DF: Casa Civil, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica*. 2. ed. 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017*. Altera as Portarias nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Crescer Saudável – 2019/2020 – Instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico nº 09*. Situação Epidemiológica da Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020c. 66p. ISBN 978-65-87201-25-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio à implantação e implementação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020f.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.994, de 29 de outubro de 2020*. Institui incentivo financeiro para atenção às pessoas com obesidade, DM ou HAS na APS, no contexto da pandemia do coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde, 2020g.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. (Fascículo 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. (Fascículo 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de atividade física para a população brasileira*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Division for heart disease and stroke prevention. Evaluation Guide*. Atlanta: CDC, [2007?]. Disponível em: https://www.cdc.gov/dhdsdp/docs/logic_model.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas. *Nota*. Brasília, CFN, 2020.

CHAMPAGNE F. *et al.* Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In BRUSSELLE *et al.* (Org.). *Avaliação Conceitos e Métodos*. 2 reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 41-60, 2011.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). *Avaliação Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 61-74, 2011a.

CHIANCA, T. K. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de programas de controle de processos endêmicos. *Saúde Debate*, v. 41, n. especial. Rio de Janeiro, p. 400-404, 2017.

COSTA, C. S. *et al.* Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Saúde Debate*, v. 41, n. especial, Rio de Janeiro, p. 229-241, 2017.

COUTO. F. F.; CARRIERI, A. P.; CKAGNAZAROFF. I. B. Participação na avaliação de políticas públicas: a pesquisa construtivista e a quarta geração de avaliação. *Revista Gestão e Planejamento*, Salvador, v. 20, p. 36-55, 2019.

CRUZ, M. M. (Org.). *Manual da oficina de capacitação em monitoramento e avaliação em saúde*: manual do monitor. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CRUZ, M. M. (Org.). *Manual da oficina de capacitação em monitoramento e avaliação em saúde*: manual do aluno. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

DIAS *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7: e 00006016, 2017.

FALSARELLA, A. M. O lugar da pesquisa qualitativa na avaliação de políticas e programas sociais. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior* (Campinas), v. 20, n. 3, p. 703-715, 2015.

FITTIPALDI, M.; BARROS, D. C.; ROMANO, V. F. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.793-811, 2017.

FONTENELE, R. M. *et al.* Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde Debate*, v. 41, n. especial, p. 167-179, 2017.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Avaliação de Quarta Geração*. 1. ed. Campinas, SP, Brasil: Editora UNICAMP, 2011.

GURGEL, I. G. D. *et al.* (Org). *Gestão em saúde pública*: estudos de avaliação. Recife: Editora UFPE, v. 3, 2014.

INCA – Instituto Nacional de Câncer –. Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do Sobrepeso e Obesidade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 63, n.1, p. 7-12, 2017.

van der KNAAP, P. *Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges*. *Evaluation*, v. 10, p.16-34, 2004.

MALAVAZOS A. E *et al.* *Targeting the adipose tissue in COVID-19. Obesity*, 2020; 28(7):1178-9.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro-RJ: FIOCRUZ, p. 41-63, 2005.

MELO, R. H. V. *et al.* Roda de conversa: uma articulação solidária entre ensino, serviço e comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 301-309, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p. ilus.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MOYSÉS, S. T.; FRANCO DE SÁ, R. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4323–4330, nov. 2014.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 2999–3010, 2015.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes*. Washington: OPAS, 2014.

PADILHA, M. A.; OLIVEIRA, C. M.; FIGUEIRÓ, A. C. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. *Saúde Debate*, v. 39, n. 105, p. 375-386, jun. 2015.

POULAIN, J. P. *Sociologia da obesidade*. São Paulo: Senac, 2013.

RODRIGUES, P. S.; CRUZ, M. S.; TAVARES, N. U. L. Avaliação da implantação do eixo estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. *Saúde Debate*, v. 41, n. especial, Rio de Janeiro, p.192-208, 2017.

PIAUI. Secretaria Estadual de Saúde. *Linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade*. Teresina: SESAPI, 2016. Impresso.

PIAUI (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução CIB-PI (AD) nº 042/2016*. Aprova a Linha de Cuidado da Obesidade no estado do Piauí e dá outras providências. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde, 2016a.

PIAUÍ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Portaria SESAPI/GAB nº 1.997, de 13 de novembro de 2017. Dispõe sobre as ações de promoção da alimentação adequada e saudável nos ambientes de trabalhos no âmbito da SESAPI e entidades vinculadas. *Diário Oficial do Estado*, 28 de dezembro de 2017.

PIAUÍ. Secretaria Estadual de Saúde. *Normas e Condutas Terapêuticas Aplicáveis à Atenção Nutricional Especializada Ambulatorial*. Coordenação: Norma Sueli Marques da Costa Alberto. Piauí: SESAPI, 2020.

PIAUÍ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. *Plano Estadual de Saúde do Piauí – 2020 a 2023*. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde: 2020a.

SILVA, R. H. A.; MIGUEL, S. S.; TEIXEIRA, L. S. Problematização como método ativo de ensino-aprendizagem: estudantes de farmácia em cenários de prática. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 9, n. 1, p. 77–93, jun. 2011.

SILVA, R. R.; GASPARINI, M. F. V.; BARBOZA, M. Avaliações sob medida -produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. *Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro-RJ: FIOCRUZ, 2005.

SWINBURN B. A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change. *The Lancet Commission Report*, 2019, Feb 23, 393: 791–846.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIRA, C. A. L. *Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 1-9, 2017.

TAVARES, V. M. C. Roda de conversa: atenção integral à saúde das mulheres e questões de gênero. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 61501-61510, 2020.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval.*, v. 20, p. 1- 25, 2005.

TREVISANI, J. J. D.; JAIME, P. C. Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, em 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 3, p. 375–384, set. 2012.

VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M.; BARROS, D. C. *Modeling of Food and Nutrition Surveillance in Primary Health Care*. *Revista de Nutrição*, v. 30, n. 1, p. 109-126, 2017.

WHO – *World Health Organization*. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO, 2000 (*WHO Technical Report Series*, 894).

WHO – *World Health Organization*. *Obesity and overweight* [Internet]. Geneva: WHO, 2019.

Correspondência:

Norma Sueli Marques da Costa Alberto

Rua Domingos Soares, 4208, Ininga, Teresina-PI, CEP: 64.048-500. Brasil.

normaalberto@yahoo.com.br

Tel.: 86 99452 6153

6.2 MANUSCRITO 2 – ARTIGO 1

LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE*LINE OF CARE FOR OVERWEIGHT AND OBESITY IN THE PRIMARY HEALTH
CARE SYSTEM IN PIAUÍ: A FEASIBILITY STUDY.*

ALBERTO, Norma Sueli Marques da Costa. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí;
Centro Universitário Uninovafapi.

BARROS, Denise Cavalcante de. Fundação Oswaldo Cruz-RJ. Escola Nacional de
Saúde Pública Sérgio Arouca;

VITORINO, Santuzza Arreguy Silva. Fundação Oswaldo Cruz-RJ. Escola Nacional de
Saúde Pública Sérgio Arouca;

Resumo

O objetivo deste artigo é descrever o processo e os resultados do estudo de avaliabilidade da linha de cuidado da obesidade na atenção primária à saúde no Piauí. O estudo foi realizado na perspectiva de analisar a sua capacidade avaliativa e de fornecer subsídios para avaliações futuras, com vistas à organização da atenção à obesidade de forma sistêmica e em rede. A estrutura metodológica foi apoiada na proposta de Thurston e Ramaliu (2005), visando sua qualidade e utilidade: I) Identificação e análise de documentos oficiais e revisão da literatura; II) Descrição da intervenção; III) Identificação e diálogo com informantes-chaves; IV) Elaboração do modelo lógico, por meio de oficina com caráter formativo e reflexivo; V) Elaboração das perguntas avaliativas; VI) Definição de um modelo teórico de avaliação, com aspectos influenciadores da intervenção, o foco da avaliação e os resultados esperados. Seguiu-se a elaboração da matriz de análise e julgamento. O estudo de avaliabilidade revelou que a linha de cuidado se constitui em uma aposta governamental com diretrizes e objetivos claros, coerentes com referenciais internacionais e nacionais, que se operacionaliza em rede, sendo passível de avaliação. A modelização suscitou perguntas avaliativas que direcionaram a um modelo avaliativo capaz de verificar se a intervenção está sendo desenvolvida conforme previsto no modelo lógico. Considerando o atual momento, de desenvolvimento da Linha no estado do Piauí e a incipiência do processo de planejamento da intervenção, entendeu-se que é importante conhecer “como” a intervenção está funcionando nos municípios piauienses e os “porquês” que tem ocorrido dessa forma, o que nos remete a uma análise de implantação. O

modelo teórico proposto inclui a dimensão acesso e as subdimensões, bem como considera aspectos contextuais importantes, incluindo o contexto externo e político organizacional do município. O estudo de avaliabilidade é uma estratégia avaliativa que potencializa as chances de realização de avaliações futuras, abrangentes, mais ágeis e menos onerosas.

Palavras-chave: Estudo de viabilidade. Obesidade. Atenção Primária à Saúde. Redes de cuidados continuados de saúde. Avaliação em saúde.

Abstract

The aim of this article is to describe the process and results of the study of evaluability of the obesity care line in primary health care in Piauí. The study was carried out from the perspective of analyzing their evaluative capacity and providing subsidies for future evaluations, with a view to organizing obesity care in a systemic and networked way. The methodological structure was supported by the proposal by Thurston and Ramaliu (2005), aiming at its quality and usefulness: I) Identification and analysis of official documents and literature review; II) Description of the intervention; III) Identification and dialogue with key informants; IV) Elaboration of the logical model, through a training and reflective workshop; V) Preparation of evaluative questions; VI) Definition of a theoretical evaluation model, with influencing aspects of the intervention, the focus of the evaluation and the expected results. This was followed by the elaboration of the analysis and judgment matrix. The evaluability study revealed that the line of care constitutes a government bet with clear guidelines and objectives, consistent with international and national references, which is operationalized in a network, and subject to evaluation. The modeling raised evaluative questions that led to an evaluative model capable of verifying whether the intervention is being developed as foreseen in the logical model. Considering the current moment of development of the Line in the state of Piauí and the incipient intervention planning process, it was understood that it is important to know "how" the intervention is working in Piauí municipalities and the "whys" that have occurred in this way, which brings us to an analysis of implementation. The proposed theoretical model includes the access dimension and sub-dimensions, as well as considering important contextual aspects, including the municipality's external and political organizational context. The evaluability study is an evaluative strategy that enhances the chances of carrying out future, comprehensive, more agile and less costly evaluations.

Keywords: Feasibility Study; Obesity; Primary Health Care; Continued Health Care Networks; Assessment of Health Services.

Introdução

A linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (LCO) é uma intervenção governamental estabelecida para enfrentamento da obesidade e de agravos relacionados que vêm em franco crescimento no Brasil (BRASIL, 2013; 2020). A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde o mais importante distúrbio nutricional no mundo, devido à sua prevalência crescente nas diferentes faixas etárias e condições socioeconômicas, e é classificada internacionalmente como doença metabólica e como fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (WHO, 2000). Com etiologia multicausal, está relacionada à interação de fatores genéticos, metabólicos, comportamentais e ambientais, sendo este último considerado a causa substancial do aumento da sua prevalência (BRASIL, 2011; WHO, 2013; SWINBURN *et al.*, 2015; DIAS *et al.*, 2017; UNICEF, 2019; CMAJ, 2020).

A obesidade se expressa em redução da qualidade de vida, maior carga de doenças e limitações sociais para indivíduos com obesidade e seus familiares (WHO, 2000; ROBERTO *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2017; SWINBURN *et al.*, 2019; WHO, 2020). Em especial, a mórbida, tem forte impacto nos custos do sistema único de saúde (SUS) e na economia nacional, por meio da mortalidade e das aposentadorias precoces, do absenteísmo e do presenteísmo (NILSON *et al.*, 2020).

Em 2019, recente inquérito populacional brasileiro com dados de antropometria revelou que a obesidade atingiu 21,8% dos homens e 29,5% das mulheres (BRASIL, 2020). Existem evidências da ascensão do sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes, independente do sexo e das classes sociais, muitos dos quais tornar-se-ão adultos com obesidade (OPAS; OMS, 2014; SBC, 2019). Dentre a população assistida pela atenção primária à saúde (APS) no país, nesse mesmo ano, 63% estavam com excesso de peso, sendo o Nordeste a região com menor prevalência (60,2%) e a obesidade acometia 28,5% dos usuários. No estado do Piauí, 57,9% desses usuários tinham excesso de peso, sendo 35,4% com sobrepeso e 22,5%, com obesidade (BRASIL, 2020a).

A série histórica da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, mostra que desde 2006 a obesidade apresenta aumento geral contínuo entre os adultos das capitais brasileiras, com predominância entre os menos escolarizados e com menor renda. A edição de 2020 revelou uma prevalência média de 20,3%, com similaridade

entre os gêneros. No município de Teresina-PI, a prevalência foi de 17,6%, com leve predominância entre as mulheres (BRASIL, 2020b).

No atual contexto da pandemia de Covid-19 a obesidade aparece entre os principais fatores de risco para a doença, sendo apontada como a principal comorbidade associada aos óbitos em pessoas com menos de 60 anos no Brasil (BRASIL, 2020c; 2020d; ROCHA *et al.*, 2021), apresentando um risco de morte por Covid-19 até quatro vezes maior em pessoas com obesidade (MALAVAZOS *et al.*, 2020).

O controle de DCNT requer governança e políticas públicas que possam prevenir e reduzir os fatores de risco, favorecer o acesso aos cuidados de saúde, a vigilância, o monitoramento e o enfrentamento aos determinantes sociais, incluindo sistemas alimentares não sustentáveis e o ambiente obesogênico (BRASIL, 2011; SWINBURN *et al.*, 2015). Ademais, intervenções individualizadas, como consultas médicas, acesso a medicamentos, exames bioquímicos e educação em saúde, promovem melhoria nas condições de saúde dos indivíduos (MALTA *et al.*, 2017).

No âmbito do SUS, as linhas de cuidado constituem-se na produção de saúde de forma sistêmica, a partir de macro e micro redes de atenção à saúde (RAS), em processos dinâmicos, direcionados ao fluxo do cuidado dos usuários do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades (CECILIO; MERHY, 2003). Em consonância com os compromissos internacionais assumidos frente às DCNT (WHO, 2013), o Ministério da Saúde (MS) reorganizou a prevenção e o tratamento do excesso de peso como LCO, priorizando-a na RAS para as Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013), e a assistência da alta complexidade ao indivíduo com obesidade (BRASIL, 2013a).

As ações previstas na LCO permeiam os três níveis de atenção à saúde, mas, é na APS, onde elas se concentram, por ser, em geral, o nível de atenção de primeira escolha do usuário e a quem compete reorganizar a prática assistencial. A APS é um campo com grande potencial de ações intersetoriais de promoção da saúde e de articulação com os demais níveis da atenção, (BRASIL, 2013; 2014; 2017; SEMLITSCH *et al.*, 2019; SCHUTZ *et al.*, 2019).

Diante da relevância epidemiológica e complexidade da obesidade, e considerando a LCO uma intervenção pública que pretende enfrentar esse grave problema de saúde pública (BRASIL, 2013, 2017a), é pertinente proceder um estudo exploratório sobre a possibilidade de avaliar esta intervenção, que é recente no âmbito da RAS no SUS. Estudos de avaliabilidade permitem um conhecimento aprofundado sobre a intervenção, indicam a viabilidade de avaliações abrangentes e futuras e apontam elementos para o seu planejamento, favorecendo o aumento dos seus potenciais e o uso racional dos recursos (THURSTON; RAMALIU, 2005; BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020).

O objetivo deste artigo é descrever os resultados do estudo de avaliabilidade do LCO no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Estado do Piauí.

Material e Métodos

Realizou-se um Estudo de Avaliabilidade (EA) cuja unidade de análise é a LCO no âmbito da APS no estado do Piauí, Brasil. O modelo adotado foi baseado na proposta de Thurston e Ramaliu (2005), cuja estrutura metodológica é composta pela: Delimitação da intervenção, apontando metas, objetivos e atividades que a compõem; Análise documental/revisão da literatura acerca da intervenção de interesse; Modelagem da intervenção; Descrição do funcionamento da intervenção; Elaboração de um modelo avaliativo factível; Identificação de informantes-chave; e Estabelecimento de acordos a favor da avaliação subsequente.

Um EA oferece aos interessados a descrição detalhada da intervenção, os modelos lógico e teórico, perguntas que podem orientar a avaliação, o modelo avaliativo e o pacto entre as partes interessadas (GUIMARÃES; HARTZ; LUZ, 2015). O EA permite conhecer a operacionalização da intervenção, verificar sua capacidade de avaliação, determinar o foco avaliativo e tornar mais consistente e com maior credibilidade futuras avaliações (THURSTON; RAMALIU, 2005).

O cenário do estudo foi o estado do Piauí, localizado na Região Nordeste do Brasil, cuja população estimada é de 3.281.480 hab. (ano de 2020), distribuídos em 224 municípios, sendo que destes, 198 apresentam população inferior a 20.000 hab. (IBGE, 2021), onde estão instaladas as 1.251 equipes de Saúde da Família, representando 99,63% de cobertura (BRASIL, 2018).

O EA foi desenvolvido em etapas: Identificação e análise de documentos oficiais e revisão da literatura; Descrição da intervenção; Identificação e diálogo com informantes-chaves; Elaboração do modelo lógico, por meio de oficina com caráter formativo e reflexivo; V) Elaboração das perguntas avaliativas; Definição de um modelo teórico de avaliação, com aspectos influenciadores da intervenção, o foco da avaliação e os resultados esperados. Em seguida, foi elaborada a matriz de análise e julgamento.

A *análise de documentos e da literatura* visou à aproximação com o objeto de estudo, para obter subsídios para a sua compreensão e descrição (OLIVEIRA *et al.*, 2015; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017; SILVA, GASPARINE; BARBOZA, 2017), como diretrizes,

objetivos, operacionalização, financiamento e outros aspectos da intervenção (THURSTON; RAMALIU, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2015; BARATIERI *et al.*, 2019).

A busca dos documentos ocorreu em páginas oficiais governamentais, do período de criação do SUS (1990) até o mês de julho de 2021, usando os termos “obesidade”, “linha de cuidado” e “doenças crônicas não transmissíveis”. Adicionalmente, foram incluídos documentos referenciados nas publicações encontradas. A revisão da literatura foi assistemática. Foram identificados 103 documentos, sendo 88 de cunho nacional, 01 internacional assinado pelo Brasil e 14 estaduais.

Com a expectativa de conhecer o panorama da LCO no Estado, as potencialidades e as limitações sentidas, a partir dos olhares de gestores e de outros interessados na intervenção, identificou-se informantes-chave na Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) e em municípios de referência no controle da obesidade, os quais participaram da “*Oficina sobre Monitoramento e Avaliação em Saúde com enfoque na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde*” (ALBERTO; VITORINO; BARROS, 2021). A oficina, de abrangência estadual, teve caráter informativo-reflexivo, permitiu a construção colaborativa do modelo lógico (ML), valorizando as vozes dos sujeitos sociais imbricados na intervenção, conforme os pressupostos da avaliação de quarta geração (THURSTON; RAMALU, 2005).

O ML pactuado subsidiou a identificação de perguntas avaliativas, que apontaram indicadores de interesse para a avaliação (MIRANDA *et al.*, 2018) relacionados aos componentes técnicos e estruturais da LCO. Visando responder às perguntas, foi elaborado um modelo teórico da avaliação da intervenção, o qual cumpre o papel de indicar aspectos a serem avaliados, definidos a partir de uma fundamentação teórico-legal e da teoria do programa, bem como as dimensões nas quais a avaliação se apoiará para emissão do julgamento de valor.

Considerando que é no município onde se efetiva a implantação da LCO, o modelo teórico indica avaliações do contexto interno político-organizacional do município, bem como do contexto externo que incide sobre a intervenção, a partir de informações sociodemográficas, epidemiológicos e de recursos e da cobertura populacional da intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; VITORINO, 2017). Esta etapa contribuiu para a elaboração da matriz de análise e julgamento (MAJ) da LCO para emissão do juízo de valor sobre a implantação da intervenção.

A MAJ é um instrumento que contempla insumos, critérios/indicadores, forma de mensuração, parâmetros de referência, fontes de verificação e os valores máximos atribuídos (HARTZ; SILVA, 2005; MEDINA *et al.*, 2005) e é capaz de identificar informações acerca do objeto em estudo, articular os seus componentes e contemplar, além do monitoramento das características da intervenção, as relações de causa-efeito presumidas no ML, considerando

possíveis fatores contextuais que incidam sobre o seu funcionamento (MEDINA *et al.*, 2005; SILVA, GASPARINE; BARBOZA, 2017).

A estipulação dos insumos e critérios/indicadores da MAJ foi baseada no ML e levou em consideração os aspectos: relevância, que se refere ao impacto sobre a qualidade da atenção prestada; viabilidade de mensuração, que envolve a facilidade de medida e a disponibilidade e qualidade dos dados; capacidade de indicar potencialidades e fragilidades da intervenção; e aplicabilidade para os interessados em avaliar a LCO.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz sob CAAE nº 18081919.9.0000.5240.

Resultados e Discussão

Os marcos referenciais e a descrição da LCO

Os distúrbios nutricionais, nas suas causas, consequências e medidas de enfrentamento, têm constado na agenda pública brasileira desde antes do SUS, com enfoque para as carências nutricionais. A partir dos anos 2000 a obesidade passa a ser reconhecida como problema de saúde pública e, mais recentemente, associada às DCNT, devido às evidências advindas de estudos populacionais que revelam o crescimento da sua prevalência (BRASIL, 2013; 2014; DIAS *et al.*, 2017).

Os subsídios teóricos e legais identificados estão voltados, especialmente, para gestores e profissionais e visam qualificar serviços e ações de saúde a favor da qualidade de vida das pessoas e da prevenção, controle e cuidado da obesidade. Ademais, revelam a progressiva abordagem sobre as intervenções plurais e sistêmicas necessárias ao enfrentamento do agravo, retratadas em diversas publicações internacionais (HATEFI, A. *et al.*, 2018; SWINBURN *et al.*, 2019; FRÜHBECK, G. *et al.*, 2019; WHO, 2020)

A partir da criação do SUS, a primeira iniciativa brasileira que trata do enfrentamento à obesidade no setor Saúde é a *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* (PNAN), em 1999, que estabeleceu diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento, a qual foi atualizada em 2012 (BRASIL, 2013b) e que tem subsidiado a elaboração de vários documentos voltados para a obesidade.

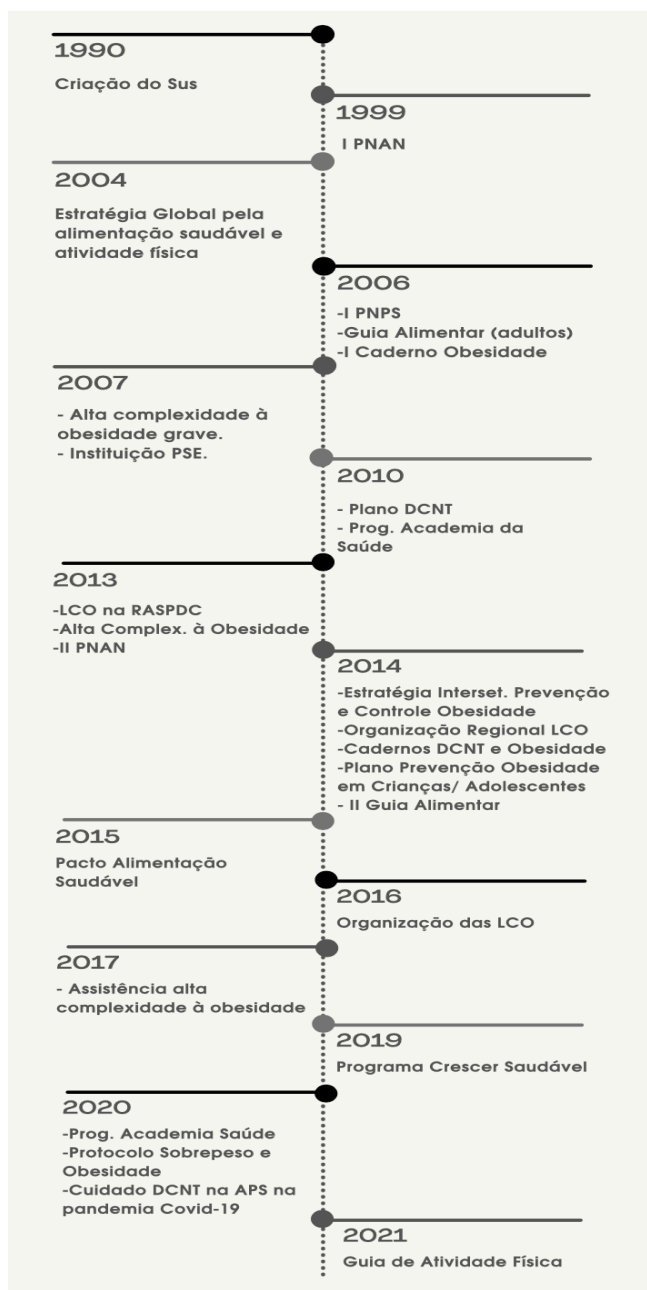
Em 2004, a *Estratégia Global em Alimentação Saudável e Atividade Física* é adotada visando à prevenção de doenças crônicas, orientações que passam a constar em diversas outras intervenções, como a *I Política Nacional de Promoção da Saúde*, os *Cadernos sobre*

Obesidade, (2006 e 2014), o *Programa Saúde na Escola* (2007), o *Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas* (2011), a II PNAN (2013), a *Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle Obesidade*, o *Caderno sobre DCNT*, o *Plano Prevenção Obesidade em Crianças e Adolescentes* (2014) e o Programa Crescer Saudável (2019). Nesse sentido surgem os guias alimentares (2006, 2014 e 2019) e os programas de apoio à atividade física, como o *Programa Academia da Saúde* (2011 e 2020) e o Guia de Atividade Física (2021). Destaca-se nesses referenciais o reconhecimento da influência dos sistemas alimentares sobre o desenvolvimento da obesidade e a intersectorialidade, intrasetorialidade e a multiprofissionalidade como práticas indispensáveis para o seu enfrentamento (ALBERTO; VITORINO; BARROS, 2021).

A organização da assistência à obesidade é iniciada em 2007, com a definição de estabelecimentos de alta complexidade para tratar casos graves, e é revisada em 2013 e em 2017 concebendo essa intervenção como parte da RAS. Em 2013, a Portaria N° 424 estabelece a LCO como política pública capaz de controlar esses agravos e a insere como prioridade na RAS das pessoas com doenças crônicas, visando à integralidade do cuidado. Em 2014, o documento *Organização Regional da LCO* buscou orientar gestores estaduais e municipais para a implantação da intervenção com enfoque nas regiões de saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos* orienta condutas para o diagnóstico e o rastreamento do sobrepeso e obesidade e medidas para a redução de peso, priorizando o caráter assistencial (2020). Neste mesmo ano, o MS normatiza e financia a reorganização do cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia da Covid-19 (ALBERTO; VITORINO; BARROS, 2021).

A figura 14 apresenta a linha do tempo de alguns marcos relacionados ao enfrentamento da obesidade no âmbito do SUS.

Figura 14: Linha do tempo dos referenciais legais e teóricos para o desenvolvimento da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade. Piauí, 2021



Fonte: Elaboração própria.

A análise de documentos oficiais e a revisão da literatura possibilitaram identificar que a intervenção tem como premissa a oferta do cuidado integral às pessoas com obesidade, o que demanda a organização em formato de rede no setor Saúde e articulações intersetoriais. A LCO se revelou uma estratégia organizativa do trabalho em saúde no controle da obesidade e, portanto, além de uma ferramenta de gestão é também um mecanismo para garantir o direito à saúde das pessoas com o agravo.

A LCO tem como finalidade o fortalecimento e a qualificação da atenção a pessoas com obesidade no âmbito do SUS, a partir do exercício da integralidade e longitudinalidade do cuidado no âmbito da RAS (BRASIL, 2013; 2013b, 2014). Se por um lado demonstra a aposta estatal para o enfrentamento do problema, por outro revela a fragilidade atual do sistema em responder de forma completa e contínua às demandas do público beneficiário da intervenção.

O objetivo da organização da LCO é prevenir e controlar a obesidade em todas as faixas etárias. Entretanto, nos documentos não constam metas, o que dificulta o seu monitoramento e revela fragilidade no compromisso do poder público com o enfrentamento do agravo. A intervenção visa a identificar casos o mais precoce possível, estratificar o risco e oferecer o cuidado integral aos usuários com obesidade, de acordo com suas demandas de saúde; garantir o apoio diagnóstico e terapêutico e o apoio matricial interdisciplinar, contemplando ações de promoção da saúde com vistas ao autocuidado (BRASIL, 2014).

A organização da atenção à saúde no formato de linha do cuidado visa orientar os fluxos assistenciais e as ações que permeiam da promoção à reabilitação da saúde, a partir de serviços e práticas articulados, capazes de incidir positivamente na binômio saúde-doença (REIS; RODRIGUEZ; RODRIGUES, 2021). Entretanto, a implantação de uma intervenção como a LCO requer esforço contínuo da gestão e dos profissionais com uma oferta qualificada e resolutiva do cuidado e com o envolvimento para escuta dos usuários, no sentido de ver e rever a organização da intervenção, de forma a propiciar a resposta esperada às demandas de saúde.

As características, a magnitude epidemiológica e os impactos sociais e financeiros que caracterizam a obesidade justificam a priorização da LCO na RAS para pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013), organização que tem potencial para ampliar a resolutividade da atenção à saúde, otimizar os custos do sistema e fomentar a satisfação do usuário (MENDES, 2011). Essa decisão mostra-se coerente com os princípios do SUS equidade e integralidade, que preveem a oferta dos cuidados necessários à condição de saúde dos indivíduos, contemplando o acesso aos diversos pontos de atenção requeridos para tal.

A linha de cuidado se inicia no ponto de atenção no qual o usuário adentra ao sistema de saúde (MALTA; MERHY, 2010), mas a implantação da LCO requer planejamento e organização das ações de saúde nos diversos níveis de atenção no SUS, com atribuições complementares entre si (BRASIL, 2017a; PIAUÍ, 2016). A APS é o componente do sistema onde as ações do cuidado à obesidade estão mais concentradas, seja por sua responsabilidade legal de ser coordenadora do sistema e articuladora de outros níveis de atenção (BRASIL, 2017), seja porque é o nível de atenção mais próximo do usuário, ou seja o que ele costuma, via de regra, buscar primeiro para resolver seus problemas de saúde.

A institucionalização da intervenção no Piauí segue a lógica nacional e prevê uma organização baseada em diretrizes que orientam o percurso do usuário na rede (PIAÚÍ, 2016), mas as responsabilidades intergestores não estão claras, o que pode dificultar o seu monitoramento e a identificação de limitações a serem superadas.

Essa formalização da LCO mostrou-se consonante com o compromisso brasileiro de frear a prevalência de doenças crônicas e está baseada nos indicadores de saúde revelados em pesquisas nacionais e em sistema de saúde local que demonstram o crescimento contínuo da obesidade nas diversas faixas etárias e classes sociais no Estado, o que repercute sobre outras doenças associadas.

O compromisso assumido pela SESAPI com o enfrentamento à obesidade se insere dentro da responsabilidade legal do Estado de prover condições para os indivíduos terem acesso a serviços e procedimentos condizentes com suas demandas de saúde, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida (GURGEL *et al.*, 2014; PIAÚÍ, 2020). Mas, faz-se necessária uma atuação convergente e complementar das secretarias estaduais e municipais de saúde na oferta desse cuidado integral (REIS; RODRIGUEZ; RODRIGUES, 2021).

Apesar de pactuada na Comissão Intergestores Bipartite, os informantes-chave participantes da modelização indicaram que a LCO apresenta uma implantação difusa no Estado, o que coincide com a ausência ou invisibilidade da obesidade nos planos de saúde – os quais, mesmo quando tratam de DCNT, focam na hipertensão, no diabetes e nos cânceres.

Esse cenário aponta para a urgência do reconhecimento da obesidade como um dos mais importantes problemas de saúde pública do Piauí e, por conseguinte, confirma a necessidade de fortalecimento da gestão organizada da obesidade nas esferas estadual e municipal, nos diversos componentes de atenção à saúde, sob o risco de continuidade ou agravamento do perfil epidemiológico local.

A LCO do Piauí preconiza como responsabilidades compartilhadas entre o estado e os municípios a oferta do cuidado integral aos usuários com excesso de peso, a adoção de diretrizes clínicas e a organização da LCO na RAS, o cuidado compartilhado via protocolos entre os pontos de atenção, serviços de diagnóstico e terapias, ações de prevenção de distúrbios nutricionais e de promoção da alimentação adequada e saudável na APS e o apoio matricial e educação à distância (PIAÚÍ, 2016).

Entretanto, apesar da riqueza de elementos que constam nos normativos da LCO, seu conteúdo merece revisão, no sentido de abordar de forma mais clara e operacional o enfrentamento da obesidade sob a lógica da segurança alimentar e nutricional (SAN) e da integralidade do cuidado. Ademais, considera-se importante que sejam apresentadas explicitamente as responsabilidades dos diferentes atores envolvidos com a gestão e com o

desenvolvimento da LCO, bem como os mecanismos de comunicação entre os interessados, de forma a subsidiar a atuação dos tomadores de decisão nas esferas estadual, regional e municipal (OLIVEIRA *et al.*, 2015; MIRANDA *et al.*, 2018).

O modelo lógico

A modelização possibilitou representar a LCO a partir da teoria que lhe dá suporte e, assim, permite realizar uma avaliação mais qualificada. O ML demonstra como a intervenção deve ser implantada, apresentando seus componentes, atividades, produtos, resultados e impactos esperados, bem como a relação entre eles, apontando assim o que deve ser mensurado.

O ML contempla dois componentes técnicos: a *gestão* e o *cuidado*, sendo que este se subdivide em três subcomponentes – *diagnóstico, tratamento, e promoção da saúde, prevenção de distúrbios nutricionais* –. Para cada componente foram previstos *insumos, atividades e produtos*, necessários para o desenvolvimento da LCO, bem como *resultados e impactos esperados* (ALBERTO; VITORINO; BARROS, 2021). (Figura 15).

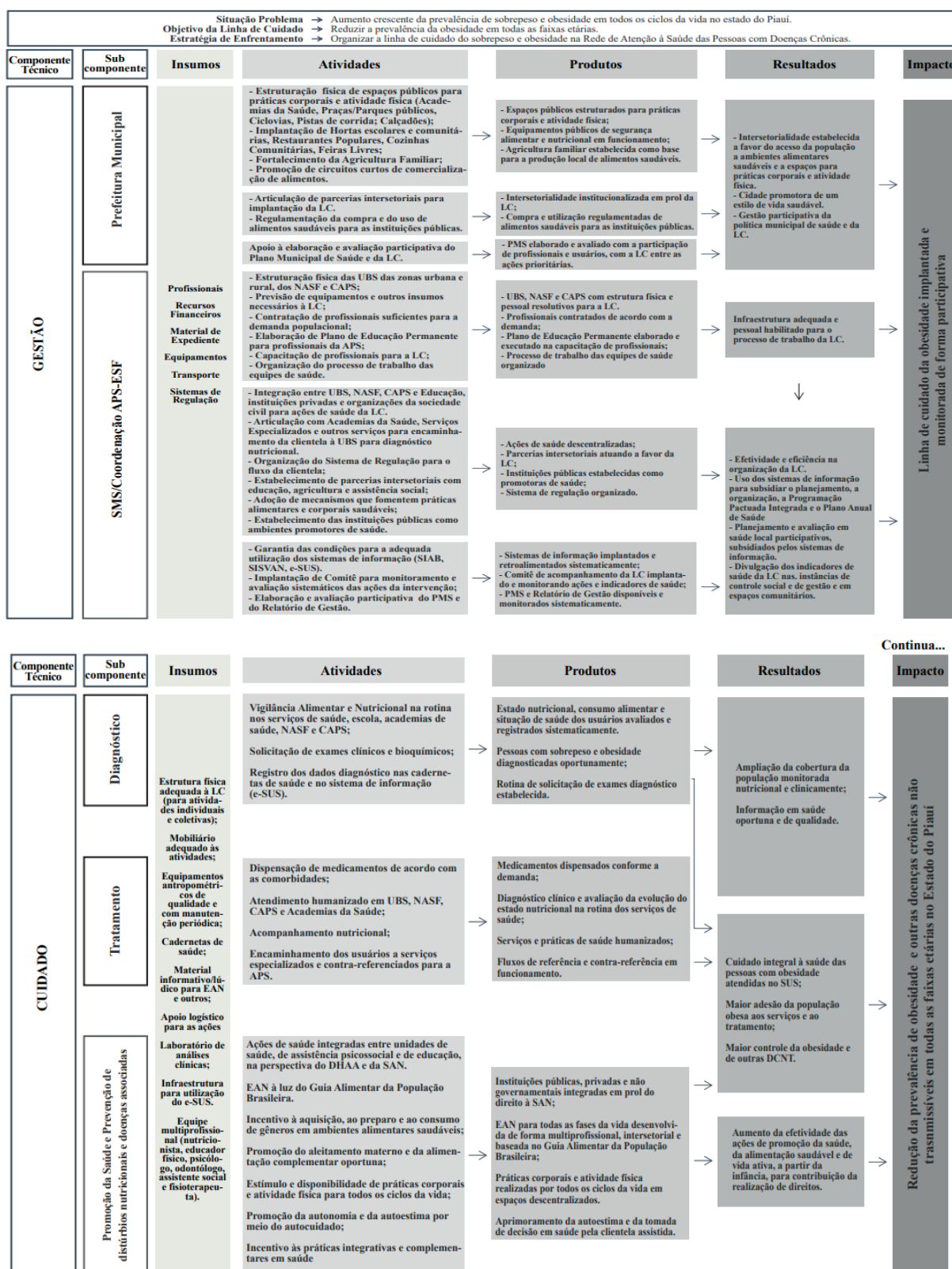
O ML da LCO na APS no estado do Piauí, confirma que, além de documentos norteadores do planejamento e da organização da intervenção, a sua operacionalização está atrelada à influência de fatores contextuais político-organizacionais e sócio-demográfico-financeiros. O reconhecimento dessa complexidade de determinantes é um importante elemento norteador do planejamento do arcabouço (político, logístico, financeiro e de pessoal), necessário à implantação e sustentabilidade da intervenção, bem como um orientador da sua avaliação.

O ML expressou ainda que o alcance dos resultados almejados está atrelado à disponibilidade de infraestrutura e adequação das práticas profissionais correspondentes à LCO o que, por sua vez, demanda compromisso contínuo das gestões municipais com a intervenção. Esta demanda envolve financiamento, equipamentos adequados, serviços acessíveis, equipe multiprofissional qualificada e comprometida e apoio matricial (BRASIL, 2013).

Considerando a complexidade da obesidade, qualquer ML que busque representar sua linha de cuidado, mesmo elaborado de forma participativa, apresentará limitações para contemplar a abrangência de recursos, processos e as inter-relações inerentes à intervenção. Em acordo com Oliveira *et al.* (2015), por não ser estático o ML deve ser revisado durante o desenvolvimento da intervenção para incluir outros elementos que possam contribuir com seu realinhamento.

O ML da LCO, somado à vivência das autoras, subsidiou a identificação de perguntas-avaliativas que apontaram indicadores de interesse para a avaliação (MIRANDA *et al.*, 2018).

Figura 15. Modelo lógico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Estado do Piauí.



Fonte: Elaboração própria.

As perguntas avaliativas

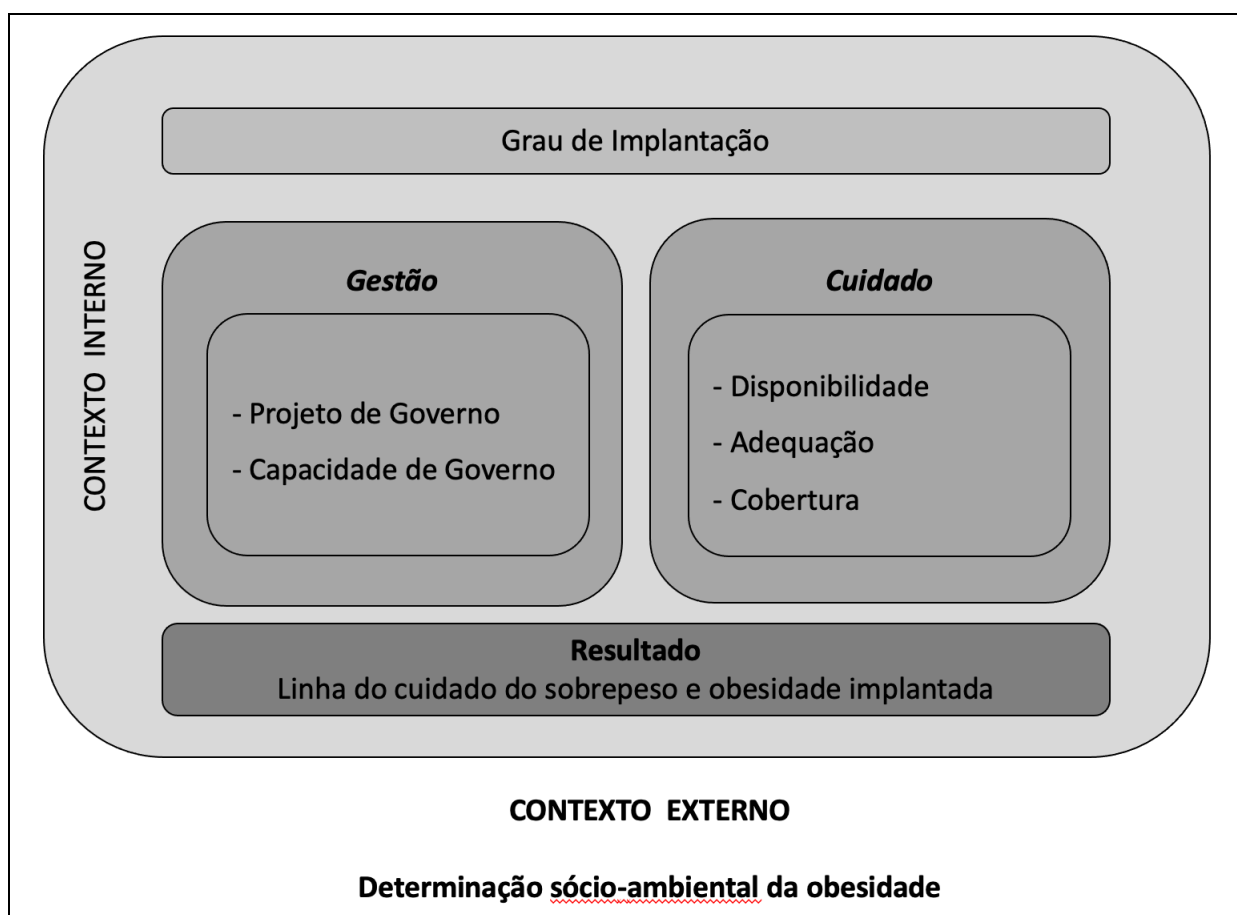
As perguntas avaliativas identificadas direcionaram o processo avaliativo (BARATIERI *et al.*, 2019) no sentido de mapear se a intervenção está funcionando conforme previsto no ML e de apontar quais fatores incidem sobre a sua implantação e como isso ocorre: Em que medida a LCO está contemplada no projeto de governo do município – no plano municipal de saúde, na programação anual de saúde, na previsão orçamentária, no relatório de gestão –? As UBS encontram-se em conformidade quanto aos recursos materiais e físicos para o desenvolvimento das ações da LCO? As atividades profissionais da APS estão sendo realizadas de acordo com o preconizado pelo MS para a LCO? Qual o grau de implantação da LCO na APS? Como os contextos externo e político-organizacional locais contribuem ou dificultam a implantação da LCO? Quais serviços e procedimentos esperados na LCO estão disponíveis no município? Qual a cobertura populacional das ações e procedimentos da LCO no município?

O modelo teórico da avaliação

Para responder às perguntas avaliativas, e considerando que a LCO é uma intervenção recente, além de complexa, em fase de implantação no estado do Piauí, com incipiente processo de planejamento, e o fato do normativo da intervenção não estabelecer metas, foi elaborado um modelo teórico de avaliação (MTA) na perspectiva de analisar “como” e “porquê” a LCO está sendo operacionalizada nos municípios piauienses. (Figura 16).

Nesse sentido, o MTA direciona para uma análise de implantação, a qual possibilitará identificar como a intervenção está se desenvolvendo, como o contexto interfere na sua implantação, ou seja, quais fatores incidem sobre a intervenção, potencializando ou dificultando as mudanças por ela propostas (CHAMPAGNE *et al.* 2011). Esse arcabouço de informações aponta melhorias necessárias no processo de implantação com vistas a otimizar os resultados.

Figura 16 – Modelo teórico da avaliação de implantação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde de municípios do Piauí.



Fonte: Elaboração própria, a partir de Matus (1997), Silva *et al.* (2005), CDC ([2007?]) e Vitorino (2017).

A partir da dimensão e das subdimensões identificadas nas perguntas avaliativas, o MTA busca demonstrar o foco da avaliação, na tentativa de averiguar, reafirmar e melhorar a intervenção a partir dos resultados dessa avaliação. O MTA indica a interferência que o contexto político-organizacional exerce sobre a intervenção, seja sobre os componentes técnicos *gestão*, aqui representada pelos componentes do 'triângulo de governo' (MATUS, 1997), e *cuidado*, seja sobre os resultados esperados com a implantação. Ademais, demonstra a influência do contexto externo sobre todo esse conjunto de elementos.

A análise de implantação se equivale à avaliação de processo, pois incorpora à investigação de insumos e produtos questões explicativas que buscam compreender como ou de que forma fatores do contexto no qual a intervenção está inserida a afeta (CONTANDRIOPOLOS, 1993; HARTZ; SILVA, 2005). A análise de implantação da LCO possibilitará verificar o desenvolvimento de ações, as potencialidades, os desafios e os aspectos

contextuais que interferem e, por conseguinte, sobre os efeitos dela esperados. Tais resultados podem orientar ajustes no desenvolvimento da intervenção e, assim, contribuir para impactar positivamente sobre o problema de base (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; PADILHA; OLIVEIRA; FIGUEIRÓ, 2015; BARATIERI *et al.*, 2019).

No que se refere ao contexto interno, deverão ser analisados os componentes do 'triângulo de governo', como a competência operacional da SMS em dispor, coordenar e organizar as condições para a implantação da intervenção; a governabilidade, capacidade de execução do plano de governo a favor da LCO; e o projeto de governo, ou seja, as medidas – políticas, financeiras e de gestão – que o gestor municipal da Saúde adota visando alcançar os objetivos da intervenção (MATUS, 1997; SILVA *et al.*, 2005; VITORINO, 2017).

Ademais, deverão ser investigadas características do município que se manifestam em consequência de fatores sociais, culturais e financeiros, como indicadores sociodemográficos, da organização socioassistencial, de segurança pública, do sistema alimentar, entre outros; indicadores epidemiológicos, como fatores de risco, adoecimento e mortalidade associados à obesidade; dados financeiros e de acesso dos usuários do sistema à LCO, o que constitui o contexto externo da intervenção (GUIMARÃES; HARTZ; LUZ, 2015; VITORINO, 2017).

Espera-se que a avaliação da implantação da LCO possa se constituir em uma ferramenta capaz de contribuir com o aumento da equidade no acesso e na utilização de serviços, com a qualidade do cuidado ofertado, com o envolvimento e a satisfação dos usuários com obesidade, com a oferta de serviços humanizados, resolutivos e sustentáveis, que possam de fato, controlar a doença no território. Considera-se como desfecho de sucesso da LCO ela ser implantada e monitorada ao ponto de ser capaz de alcançar o público alvo e reduzir a prevalência da obesidade e de outras DCNT no território em análise.

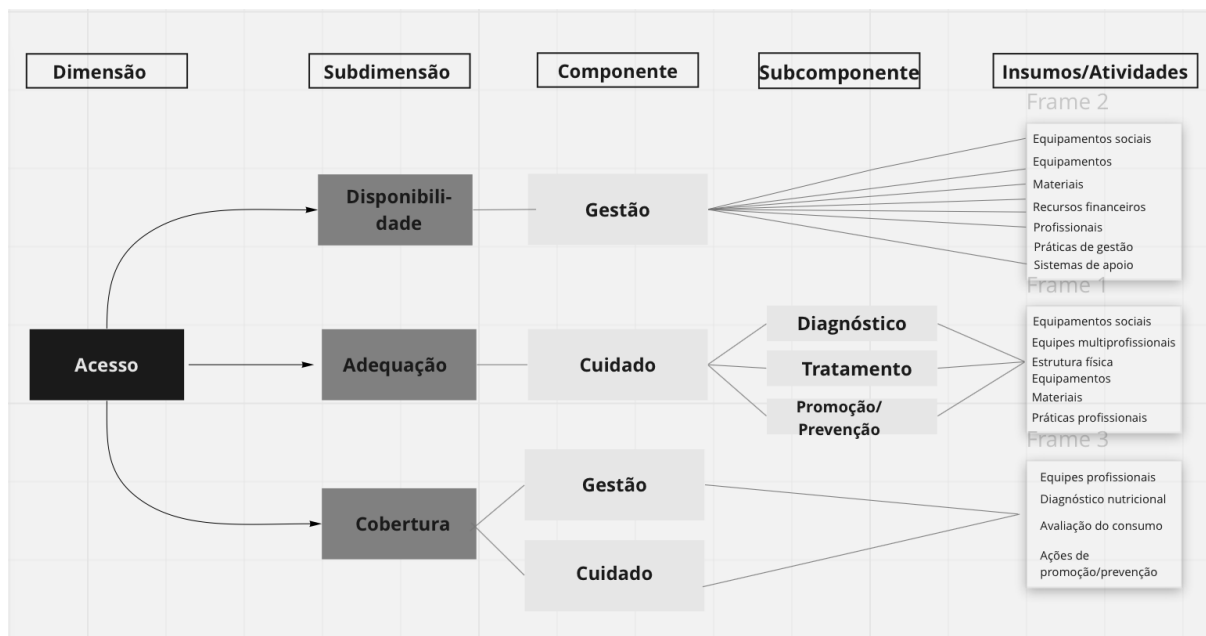
O ML, as perguntas avaliativas e o MTA possibilitaram a elaboração da matriz de análise e julgamento da LCO.

A matriz de análise e julgamento (MAJ)

A MAJ está ancorada na triangulação, ou seja, prevê a análise conjunta de dados de variadas fontes, que culminam com conclusões mais abrangentes e contemporâneas, reiteram a validade do constructo da LCO e proporcionam diversas avaliações acerca do objeto em análise (MINAYO *et al.*, 2005; YIN, 2015). Considerando o MTA, a MAJ da LCO permite avaliar o processo de implantação da intervenção a partir de três níveis “governo, gestão da saúde e

práticas assistenciais” (SILVA *et al.*, 2005 p. 211). A figura 17 apresenta a racionalidade adotada na MAJ.

Figura 17. Racionalidade da matriz de análise e julgamento da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde no estado do Piauí. Teresina, 2021.



Fonte: Elaboração própria. 2021.

A MAJ da LCO é constituída por 90 indicadores, sendo 27 referentes à *gestão* e 63, ao *cuidado*, distribuídos entre as dimensões *acesso* e suas respectivas subdimensões, com enfoque para os *insumos* e as *atividades* (Apêndice C) (CDC, [2007?]). Ela retrata a complexidade inerente à LCO, a multiplicidade de variáveis e as multifacetadas que a envolvem, deixando evidente que a ação dos serviços de saúde é, apenas, um dos diversos fatores que influenciam sobre o estado de saúde e nutrição de indivíduos e coletividades (MEDINA *et al.*, 2005).

Ademais, a MAJ se revelou importante e viável de ser utilizada e, se usada sistematicamente, tem a capacidade de medir avanços ou paralização da atenção às pessoas com obesidade nos municípios, cujos resultados podem nortear a tomada de decisão quanto à estruturação dos serviços de saúde e outros afins, bem como quanto à organização das práticas profissionais que dão vida e sentido aos serviços.

Os critérios e indicadores adotados permitem emitir um juízo de valor sobre a LCO definidos pelo MTA. Os indicadores da *gestão* permitem mensurar funções administrativas da Prefeitura e da SMS relacionadas à implantação da LCO, as quais incluem a avaliação da

existência do planejamento em saúde, a identificação no projeto do governo local de condutas, a contratação e qualificação de profissionais de saúde para corresponder às necessidades do sistema de saúde.

Entre as responsabilidades mensuráveis da *gestão* também se inclui a destinação de recursos suficientes para a estruturação da atenção à saúde, como a instalação e equipagem dos serviços correspondentes ao cuidado da pessoa com obesidade, sejam estes públicos ou contratados. Essa prática consta entre as diretrizes da LCO (BRASIL, 2013).

A resolutividade da APS depende da existência de equipes completas e suficientes para atender à demanda dos usuários, como preconizado pelo MS, que possam dispor do apoio de outros profissionais de saúde (BORGES; LACERDA, 2018; SCHUTZ *et al.*, 2019; FRÜHBECK *et al.*, 2019). O cuidado da obesidade quando é realizado por equipe multidisciplinar treinada que a trata como doença crônica, baseando-se em evidências científicas, alcança melhores resultados na saúde e na redução das desigualdades sociais em saúde (SEMLITSCH *et al.*, 2019).

A resolutividade esperada da APS requer que a infraestrutura dos serviços – rampas de acesso, portas largas, cadeiras adequadas, balanças com capacidade maior que 200 kg, esfigmomanômetro, por exemplo –, o processo de trabalho e a oferta diagnóstica e terapêutica equivalham às exigências de saúde da população adscrita; ademais, este nível de atenção precisa estar articulado com os demais pontos da RAS (BRASIL, 2013; 2014; SCOTT; KAHAN, 2018; BORGES; LACERDA, 2018; SHUCTZ *et al.*, 2019).

Na perspectiva da intersetorialidade, a MAJ possui indicadores capazes de medir se as ações do poder público contemplam essa articulação, seja restrita à promoção da saúde ou envolvendo setores no âmbito do sistema alimentar. Estes indicadores abrangem a existência de equipamentos sociais de SAN, como hortas comunitárias e escolares, feiras agroecológicas, restaurantes e cozinhas populares, compras institucionais contemplando gêneros da agricultura familiar.

A participação social é um direito legal que precisa ser garantido pelo poder público nas três esferas de gestão da saúde (BRASIL, 1990), com disponibilização de informações sobre “os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS.” (BRASIL, 2011a p. 21). No âmbito local, uma das medidas é o envolvimento do conselho municipal de saúde no planejamento, no monitoramento e na avaliação da política de saúde local, por meio de documentos ou dos sistemas de informação.

No que se refere ao *cuidado*, a MAJ possibilita visualizar a integração entre os subcomponentes *diagnóstico, tratamento, promoção da saúde e prevenção de distúrbios*

nutricionais e avaliar aspectos da disponibilidade e do acesso aos serviços e da adequação das práticas assistenciais correspondentes ao cuidado da obesidade. Entre os critérios/indicadores dos *insumos* estão previstos aspectos físicos das UBS, que facilitem o acesso e o acolhimento dos usuários ao serviço, equipamentos e materiais para o diagnóstico, a avaliação clínica e o acompanhamento dos usuários e equipes multiprofissionais (SILVA *et al.*, 2005).

Quanto aos indicadores de *atividades do cuidado*, a MAJ contempla planejamento, monitoramento e avaliação de ações nos pontos de atenção da RAS, avaliação nutricional, clínica e laboratorial, disponibilidade de medicamentos necessários às comorbidades da obesidade, tratamento humanizado, referenciamento do usuário para serviços especializados e contra-referenciamento para a APS, integração de ações de SAN entre ambientes do sistema alimentar, oferta de educação alimentar e nutricional, de atividades corporais e físicas e de práticas integrativas e complementares em saúde, a partir de uma equipe interdisciplinar.

Para os profissionais de saúde adotarem práticas assistenciais convergentes com o cuidado integral da obesidade é necessário sinergia entre os componentes do triângulo de governo (SILVA *et al.*, 2005), ou seja, proposta de ação coerente com os objetivos, competência da gestão e contexto político favorável para implantação da intervenção, além do cumprimento dos demais princípios éticos e organizacionais do SUS.

Os indicadores do *cuidado* permitem avaliar ainda ações de promoção da alimentação saudável, da atividade física, do autocuidado e da SAN, tanto numa perspectiva individualizada, como coletiva, envolvendo setores para além da Saúde. Apesar de que as macromedidas, como as regulatórias, cabem ao governo federal, algumas ações podem ser desenvolvidas no município, como fomentar espaços de comercialização de alimentos saudáveis, implantar compras institucionais da agricultura familiar, instalar equipamentos de SAN como restaurante popular, cozinha comunitária, feiras agroecológicas e criar legislação local protetora da SAN dos municípios, a partir da demanda e da realidade local.

É responsabilidade da gestão municipal o desenvolvimento de estratégias para implantação de intervenções necessárias ao contexto local, alinhadas ao Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde, com competências claramente estabelecidas entre os gestores em prol da garantia do direito à saúde (PADILHA; OLIVEIRA; FIGUEIRÓ, 2015). Nesse sentido, mostra-se relevante medir e buscar compreender o impacto desses indicadores sobre a qualidade de vida local, na perspectiva da integralidade do cuidado como um direito, uma premissa da implantação da LCO.

Considerações Finais

O estudo de avaliabilidade, por seu caráter exploratório, possibilitou descrever a LCO e a sua racionalidade, envolver informantes-chave de diversos campos de atuação, definir perguntas avaliativas, elaborar o MTA e a MAJ. Os resultados revelaram que a LCO é uma intervenção passível de avaliação, tendo em vista que ela dispõe de diretrizes, objetivos e atividades claros, voltados para o alcance dos resultados esperados, o ML mostrou-se adequado aos objetivos da intervenção, e os informantes-chave mostraram-se favoráveis à avaliação.

Entretanto, os instrumentos normativos federais da LCO não dispõem de metas estabelecidas, o que compromete a mensuração objetiva do alcance dos objetivos traçados. Esse fato conduz gestores e avaliadores a utilizarem os sistemas de informação para subsidiar a análise da proximidade ou distância do alcance dos resultados esperados. Essa lacuna nos documentos federais sugere fragilidade no compromisso formal com a implantação da intervenção e pode contribuir com a sua invisibilidade do agravo em instrumentos de gestão no âmbito estadual e municipal, como é o caso do Piauí.

As perguntas avaliativas definidas a partir do ML culminaram com um MTA voltado para a análise de implantação, pois se propõe a compreender os fatores do contexto no qual a intervenção está inserida que podem comprometer ou facilitar o seu desenvolvimento, que se encontra em processo. Essa avaliação deverá possibilitar verificar o desenvolvimento da intervenção, identificar fatores internos e externos que potencializam ou dificultam sua operacionalização e apontar os ajustes necessários no seu percurso de implantação em benefício dos usuários que a ela recorrem.

O MTA foi desenvolvido baseado nas ‘macroespecificidades’ do estado do Piauí, que possui 88% dos municípios com população menor que 20.000 hab. e que se encontra em processo de implantação da LCO, intervenção recente, que teve o primeiro instrumento normativo elaborado em 2016. Essas especificidades estão implícitas nas perguntas avaliativas advindas do modelo lógico e estão relacionadas, por exemplo, ao projeto de governo do setor Saúde – se contempla o enfrentamento à obesidade –, à disponibilidade e adequação dos serviços, dos profissionais de saúde e suas atividades ao cenário epidemiológico local, à cobertura populacional do cuidado.

O MTA se propõe a ser utilizado no âmbito da APS de municípios de médio a pequeno porte, tendo em vista que o diagnóstico da estrutura e das atividades profissionais foi realizado nesses cenários, demonstrando potencial de avaliação das dimensões estabelecidas.

Devido ao contexto da pandemia Covid-19, não foi possível validar com os informantes-chave da LCO os produtos do EA – ML, MTA e a MAJ –. Para que os resultados do EA sejam utilizados na perspectiva da sustentabilidade e aprimoramento da intervenção, recomenda-se a continuidade do processo dialógico, preferencialmente, presencial, com os atores sociais relacionados, inclusive, os tomadores de decisão no sistema de saúde local, tão logo sejam definidos os casos (municípios) a serem avaliados.

Esse reencontro de interesses e interessados na LCO servirá uma (re)aproximação com os instrumentos de avaliação e das perguntas avaliativas, e ajuste à realidade local, aos anseios dos avaliadores e às condições para o processo avaliativo, tornando-se estratégico para otimizar tempo e recursos na avaliação da intervenção.

O EA reafirmou o importante papel da SESAPI de apoiar os municípios e/ou regiões de saúde na implantação da LCO, seja coordenando o processo de revisão do normativo da intervenção, seja com aporte de capital intelectual e apoio político e financeiro à gestão local da intervenção, seja monitorando e avaliando a sua operacionalização.

Para dar ciência dos resultados do EA e fortalecer o controle social em saúde, além da produção científica em curso, planeja-se: realizar uma nova oficina com os participantes da modelização da LCO, conselheiros de saúde e outros interessados para socializar os achados e promover um cenário propício para avaliações futuras; elaborar materiais informativos com os produtos do EA e divulgar no *site* da SESAPI e redes sociais afins; encaminhar os resultados à Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (CGAN)/MS no formato de resumo executivo; articular a gestão da SESAPI e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Piauí para incluir a obesidade entre os objetos de pesquisa.

Referências

1. ALBERTO, N. S. M. C.; BARROS, D. C.; VITORINO, S. A. S. Modelização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde no Piauí: uma construção compartilhada. In: CRUZ, M. M.; VITORINO, S. A. S.; BARROS, D. C. (Org.). **Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz: 2021 (no prelo). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.
2. BARATIERI, T. *et al.* Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 240-255, jan./mar. 2019.

3. BARATIERI, T.; NATAL, S.; HARTZ, Z. M. A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n7:e00087319, 2020.
4. BORGES, D. B; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes *Mellitus* na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-178, jan./mar. 2018.
5. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei N. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação social na gestão do SUS. Brasília: Casa Civil, 1990.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartas dos direitos dos usuários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 424, de 19 de março de 2013 (Republicada)**. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da União**, N° 71, de 14 de abril de 2013a.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b, 84 p. il. ISBN 978-85-334-1911-7.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.il. Cadernos de Atenção Básica, n. 38.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.436, 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 62, de 6 de janeiro de 2017**. Altera as Portarias N° 424/GM/ MS de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade co- mo linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e N° 425/GM/MS de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
14. BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020(b).
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Nº 09 – Situação Epidemiológica da Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.994, de 29 de outubro de 2020**. Institui incentivo financeiro para atenção às pessoas com obesidade, DM ou HAS na APS, no contexto da pandemia do coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d.
19. CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, mar. 2003.
20. *CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Division for heart disease and stroke prevention. Evaluation Guide*. Atlanta: CDC, [2007?]. Disponível em: https://www.cdc.gov/dhdsp/docs/logic_model.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.
21. CHAMPAGNE, F. *et al.* A Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação, Conceitos e Métodos**. 2 reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a.
22. CMAJ. *Obesity in adults: a clinical practice guideline*. **CMAJ**, v. 4, n. 192, p. 875-91, 2020.
23. CONTANDRIOPOULOS, A. P, F. *et al.* "L'évaluation dans le domaine de la santé - Concepts et méthodes". **Bulletin**, v. 33, n. 1, p. 12-17. 1993.
24. DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.
25. FRÜHBECK *et al.* *The ABCD of Obesity*. **Obes Facts**, 2019; 12: 131-136.
26. GUIMARÃES, E. A. A.; HARTZ, Z.; LUZ, Z. M. P. *Development of evaluation models on research networks: an evaluability study in Centro de Pesquisa René Rachou (Fiocruz Minas), Brazil*. **An Inst Hig Med Trop**, v.15, Supl. 2, p. S17- S26, 2016.
27. GURGEL, I. G. D. *et al.* (org). **Gestão em saúde pública: estudos de avaliação**. Recife: Editora UFPE, v.3, il., figs., gráfs., 2014.
28. HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. Avaliando a implantação de serviços de saúde. In: HARTZ, Z.M.A; SILVA, L.M.V. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

29. IBGE – Cidades e Estados – PiauÍ. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi.html>. Acesso em: 08 mar 2021.
30. MALAVAZOS, A. E. *et al.* Targeting the Adipose Tissue in COVID-19. **Obesity – a research Journal**. 21 April 2020.
31. MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Pública**, Campinas, v. 51, Supl 1:4s, 2017.
32. MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 2ª ed. Brasília: IPEA, v. I, 1997.
33. MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador-BA: EDUFBA; Rio de Janeiro-RJ: FIOCRUZ, 2005.
34. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011.
35. MIRANDA, W. D. *et al.* Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42:e182, 2018.
36. NILSON E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:e32.
37. OLIVEIRA C. M. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da atenção Básica (ProVaB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, 2015.
38. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. OMS. **Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. Washington, D.C., USA, 2014.
39. PADILHA, M. A.; OLIVEIRA, C. M.; FIGUEIRÓ, A. C. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 375-386, 2015.
40. PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. **Linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade**. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.
41. PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde do PiauÍ. **Plano Estadual de Saúde do PiauÍ – 2020 a 2023**. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde: 2020.
42. REIS, E. C.; RODRIGUEZ, L. S.; RODRIGUES, P. A. F. Atenção Básica: a linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade. In: SILVA, A. C. F.; MOTTA, A. L. B.; CASEMIRO, J. P. (Org.). **Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2021.

43. ROBERTO, C. A. *et al.* Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *The Lancet*, v. 385, p. 2400–09, jun., 2015.
44. ROCHA, G. V. *et al.* A influência da obesidade na mortalidade de adultos com COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 1, p.1405-1418, Jan/Feb. 2021.
45. SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia – Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. SBC, 2019. DOI: 10.5935/abc.20190204.
46. SCOTT I. KAHAN, M. D. *Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. Mayo Clinic. Review*, v. 93, ISSUE 3, p. 351-359, mar., 2018.
47. SCHUTZ, D. D. *et al.* European Practical and Patient - Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*, v. 12, p. 40–66, 2019.
48. SEMLITSCH, T. *et al.* Management of overweight and obesity in primary care - A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obesity Reviews*, v.20, p.1218–1230, 2019.
49. SILVA *et al.* Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DASILVA, L. M. (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz, 2005.
50. SILVA, R. R.; GASPARINI, M. F. V.; BARBOZA, M. Avaliações sob medida – produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
51. SWINBURN, B. *et al.* Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *The Lancet*, v. 385, p. 2534–45, 2015.
52. SWINBURN, B. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, v. 393, p. 791–846, jan. 2019.
53. THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval.*, v. 20, p. 1- 25, 2005.
54. UNICEF – United Nations Children’s Fund. *Prevention of overweight and obesity in children and adolescents: UNICEF programming guidance*, New York: UNICEF, 2019.
55. VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M.; BARROS, D. C. Modelização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária em Saúde. *Rev. Nutr.*, Campinas, 30(1):109-126, jan./fev., 2017.
56. VITORINO, S. A. S. **Avaliação da implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária em Saúde: estudos de caso em municípios de**

pequeno porte de Minas Gerais. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.

57. YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
58. WHO – *World Health Organization*. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 2000 (*WHO Technical Report Series*, 894).
59. WHO – *World Health Organization*. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020* Geneve: WHO, 2013.
60. WHO – *World Health Organization*. **Obesity and overweight**. Geneva: WHO, 2020.

6.3 MANUSCRITO 3 – ARTIGO 2

Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da atenção primária em saúde correspondentes à linha de cuidado da obesidade no estado do Piauí

Availability of structure and professional activities of primary health care corresponding to the obesity care line in the state of Piauí

ALBERTO, Norma Sueli Marques da Costa¹

BARROS, Denise Cavalcante de²

VITORINO, Santuzza Arreguy Silva³

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de apresentar a disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da atenção primária à saúde correspondentes à linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no estado do Piauí. Estudo transversal descritivo que utilizou dados relacionados à linha de cuidado da obesidade dos Módulos I e II do Ciclo III do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Participaram municípios com $\geq 70\%$ das equipes contratualizadas. A disponibilidade foi classificada em *crítica*, *incipiente*, *intermediária* e *suficiente*, a partir das unidades de análise: *unidades de saúde* e *equipes*. Os dados foram estratificados por municípios e macrorregiões. Considerou-se *satisfatória* a unidade de análise que dispunha de 70% ou mais dos itens. Calculou-se prevalência e razão de prevalência bruta e ajustada. Avaliou-se 213 municípios, 964 unidades e 1.033 equipes. Encontravam-se com disponibilidade *satisfatória* 71,3%, 84,0% e 97,6%, respectivamente. A disponibilidade *satisfatória* estava mais concentrada entre os municípios com mais de 20.000 hab. A Macrorregião Semiárido apresentou 1,26 vezes maior probabilidade de disponibilidade da estrutura e 1,03 vezes da realização das atividades. A maioria dos municípios apresentou disponibilidade *satisfatória* para a linha de cuidado. Os achados podem subsidiar práticas avaliativas e de planejamento da intervenção no âmbito do estado, região e país.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Saúde da Família. Obesidade. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This article aims to present the availability of structure and professional activities for the implementation of the overweight and obesity care line in Primary Health Care in the state of Piauí. Descriptive cross-sectional study that used data related to the obesity care line through Modules I and II of Cycle III of the Program to Improve Access and Quality of Primary Care. Municipalities participated with greater than or equal to 70% of the contracted teams. The availability was classified as critical, incipient, intermediate and sufficient, based on the units of analysis: health units and teams. The data were stratified by municipalities and macro-regions. The units of analysis were considered satisfactory when they had greater than or equal to 70% of the items. Prevalence and gross and adjusted prevalence ratio were calculated. 213 municipalities, 964 units and 1,033 teams were evaluated. 71.3%, 84.0% and 97.6% were in satisfactory availability, respectively. Satisfactory availability was more concentrated among municipalities greater than 20,000 inhabitants. The semi-arid macroregion presented 1.26 times greater probability of availability of the structure and 1.03 times of carrying out the activities. Most municipalities presented satisfactory availability for the to the care line. The findings can support assessment practices and intervention planning at the state, region and country level.

Keywords: Health Evaluation; Family Health. Obesity. Primary Health Care.

Introdução

A obesidade é a mais importante desordem nutricional no mundo, revelada pelo aumento constante da prevalência em diferentes faixas etárias e condições socioeconômicas¹. Do ponto de vista da saúde pública, a obesidade tem sido defendida por alguns organismos tanto como doença, como fator de risco para outras doenças crônicas, a exemplo de diabetes, hipertensão e câncer^{2,3, 4}. Como condição complexa, crônica e recorrente, se expressa em redução da qualidade de vida, maior carga de doenças e limitações sociais para indivíduos com obesidade e seus familiares⁵.

Definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal, a obesidade é consequência do desbalanço energético positivo causado pelo consumo de energia

superior ao gasto, condição que prejudica a saúde, eleva os riscos de complicações a médio e longo prazos e reduz a vida ativa^{1, 2}. Tem-se evidência científica de que a obesidade é multicausal, estando relacionada à interação de fatores genéticos, metabólicos, comportamentais e ambientais, com este último considerado a causa substancial do aumento da prevalência⁶.

A obesidade é reflexo de sistemas alimentares e humanos complexos, que estimulam o consumo excessivo de alimentos e bebidas nutricionalmente pobres, baixa ingestão de cereais, frutas e hortaliças e a inatividade física, condutas impulsionadoras da pandemia^{5,2}. Este cenário impõe articular o cuidado individual com ações que impactem sobre o ambiente obesogênico⁷.

Apesar desse reconhecimento, pessoas com obesidade enfrentam preconceito e estigma substanciais, que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade independente do peso ou do índice de massa corporal (IMC)⁶. É comum culpabilizar o indivíduo com obesidade por seu estado de saúde, lhe atribuindo rótulos como “resistentes” ou “indisciplinados”, com hipervalorização das causas pessoais entre os condicionantes da obesidade⁷, desconsiderando diversos outros aspectos envolvidos nessa condição.

Assim como outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a obesidade, em especial a mórbida, contribui para o aumento dos custos do sistema único de saúde (SUS) e da economia nacional, por meio da mortalidade e das aposentadorias precoces, do absenteísmo e do presenteísmo⁸. No contexto da pandemia de Covid-19 a obesidade tem sido apontada como a principal comorbidade associada aos óbitos em pessoas com menos de 60 anos no Brasil⁹.

Para diagnosticar e monitorar a obesidade a Organização Mundial de Saúde e *guidelines* de diversos países consideram o índice de massa corporal (IMC) a medida mais adequada a ser aplicada em nível populacional, servindo para avaliar ambos sexos e as diversas faixas etárias, o qual é obtido pela divisão do peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado, sendo o ponto de corte para a obesidade IMC igual ou maior que 30,0 Kg/m²^{1, 2, 10}.

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, o mais recente inquérito populacional brasileiro representativo que apresenta dados de antropometria, revelou que a obesidade atingiu 21,8% dos homens e 29,5% das mulheres¹¹. Verifica-se ascensão do sobrepeso e da obesidade entre crianças e adolescentes, independente do sexo e das classes sociais, muitos dos quais tornar-se-ão adultos com obesidade³.

O monitoramento anual da obesidade pela Pesquisa Vigitel demonstra aumento contínuo entre os adultos desde 2006, com maior predominância entre os menos escolarizados. Atualmente, a média nacional é de 20,3%, com similaridade entre os gêneros. Em Teresina-PI a obesidade acomete 17,6% dos maiores de 18 anos, com leve predominância entre as mulheres¹². Apesar dos esforços dos países em pactuar uma agenda para enfrentamento da obesidade, nenhum tem conseguido reverter a epidemia e ainda existe um longo caminho a percorrer para reorientar práticas de saúde no país.^{5,2}.

Uma revisão da literatura identificou 19 diretrizes e 711 recomendações relacionadas ao manejo da obesidade, as quais destacam o importante papel da atenção primária à saúde (APS)¹³. No Brasil, a obesidade tem sido objeto de políticas públicas intersetoriais, sendo o Ministério da Saúde (MS) o principal proponente de ações a serem executadas de forma compartilhada com estados e municípios, como preconiza o pacto federativo, na perspectiva da rede de atenção à saúde (RAS) e da multiprofissionalidade. Entre as intervenções estabelecidas para o controle da obesidade está a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCO)¹⁴.

A LCO, estabelecida como prioridade na RAS para controle das DCNT, visa romper com a fragmentação no atendimento integral à pessoa com obesidade e envolve: diagnóstico; estratificação de risco, outros fatores de risco e comorbidades; oferta integral de cuidados; sistemas de informação; monitoramento dos determinantes; intersetorialidade; financiamento; formação profissional; apoio diagnóstico e terapêutico; práticas integrativas e complementares¹⁴.

As ações previstas na LCO devem ser incorporadas na rotina dos serviços de saúde, sem desconsiderar a necessidade de macropolíticas que oportunizem ambientes e modos de vida saudáveis¹⁵. Elas permeiam os três níveis de atenção à saúde, contudo, é na APS, por meio das equipes de Saúde da Família (eSF), onde elas devem ser concentradas, tendo em vista que este nível de atenção apresenta grande potencial de ações intersetoriais de promoção da saúde e é onde devem ser articulados os demais níveis por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência^{14,13,16}.

A reorganização dos serviços na perspectiva de linhas de cuidado favorece uma abordagem integrada e intrasetorial da obesidade. No entanto, a estrutura das unidades básicas de saúde (UBS) e o processo de trabalho das eSF são essenciais para a configuração de um modelo assistencial que contribua com a integralidade do cuidado¹⁷.

Nesse sentido, o MS implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), visando, pela indução financeira, fortalecer e avaliar a

gestão, o processo de trabalho e os indicadores de acesso e qualidade da APS^{18,19}. O PMAQ possibilita avaliar quantitativamente aspectos tanto da infraestrutura como das atividades desenvolvidas pelas eSF^{17,18}, o que torna viável a sua utilização para mensurar as condições da APS necessárias ao desenvolvimento da LCO.

Desse modo, o estudo avaliou a disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da APS correspondentes à LCO no estado do Piauí, a partir de dados do PMAQ.

Métodos

Estudo transversal descritivo, desenvolvido a partir de dados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ (2015-2017), tomando como base o Módulo I, que se refere à infraestrutura das UBS, e o Módulo II, que envolve atividades realizadas pelos profissionais das eSF. O banco de dados é de acesso público no site do MS (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>), do qual foram selecionados indicadores que possuem correspondência com a LCO. O cenário selecionado foi o estado do Piauí.

O Piauí localiza-se na Região Nordeste do Brasil e possui uma população estimada em 3.281.480 habitantes distribuídos em 224 municípios. Para fins de planejamento e gestão com vistas ao desenvolvimento de suas regiões, os municípios estão agrupados em 11 Territórios de Desenvolvimento e quatro Macrorregiões – Litoral, Meio Norte, Semiárido e Cerrado – sequencialmente com número crescente de municípios adscritos (respectivamente, 33, 47, 70 e 74)^{20,21}. Apenas as cidades Teresina e Parnaíba apresentam mais de 100.000 hab. e em 198 municípios a população é inferior a 20.000 hab.²².

Entre os 224 municípios, 216 contratualizaram o terceiro ciclo do PMAQ; destes, 213 foram incluídos neste estudo. Critério de inclusão adicional foi apresentarem pelo menos 70% das equipes contratualizadas. Avaliou-se a totalidade de equipes que aderiam ao programa, por isso utilizou-se o censo e não amostragem, não ocorrendo inferência estatística. O p foi calculado apenas no cálculo da razão de prevalência.

Avaliou-se a disponibilidade de estrutura das UBS (equipamentos, insumos e documentos) e das atividades realizadas pelos profissionais das eSF que se relacionassem ao cuidado da obesidade. A escolha das variáveis deu-se pela relevância de cada item para o desenvolvimento da LCO, conforme documentos oficiais nacionais sobre a intervenção^{2,4,14,23}. As variáveis são dicotômicas e foram avaliadas como *sim* (= 1,0) e

não (= 0,0), utilizando um *check list* elaborado para este fim, na qual constavam 13 variáveis sobre estrutura e 14 sobre atividades (Quadro 1).

A disponibilidade de estrutura e das atividades foi avaliada individualmente pela diferença percentual entre a pontuação máxima possível (PMP) e a pontuação obtida (PO), conforme a fórmula: $Score\ Final = (\sum PO / \sum PMP) \times 100$. A disponibilidade de cada unidade de análise foi classificada de acordo com os pontos de corte em *crítica* – pontuação entre 0,0 e 49% (zero a seis itens); *incipiente* – entre 50% e 69% (sete a nove itens); *intermediária* – entre 70% e 89% (10 a 12 itens); *suficiente* – $\geq 90\%$ (13 a 14 itens). Os pontos de corte foram definidos a partir dos referenciais da LCO.

Buscando identificar a melhor situação das unidades de análise, considerou-se disponibilidade *satisfatória* aquela com 70% ou mais dos itens investigados (classificações *intermediária* e *suficiente*) por entender ser este ponto de corte o mínimo necessário para a oferta de componentes da LCO, uma intervenção recente, em fase de implantação. Em seguida, os dados foram estratificados por porte populacional dos municípios e por macrorregiões. Adotou-se a mesma classificação para analisar a disponibilidade nestes estratos, utilizando-se a medida da prevalência para analisá-la nos municípios e a razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para compará-la por macrorregiões.

Os dados foram processados no Programa *Microsoft Office Excel*® (*Microsoft Corp.*, Estados Unidos) e o *software* estatístico *Stata*® 14.0, com licença 10027 (*Stata Corp*, *College Station*, Estados Unidos), e organizados pelas Macrorregiões de Saúde e o perfil populacional dos municípios²². Para confecção dos mapas foi utilizado o programa Qgis 3.10.

Resultados

Dos 216 municípios que contratualizaram o terceiro ciclo do PMAQ, participaram da pesquisa 213 que possuíam 70% ou mais das equipes contratualizadas. Foram avaliadas 964 UBS quanto às variáveis do Módulo I e 1.033 eSF, quanto às variáveis do Módulo II. Entre os municípios, 32,9% localizavam-se na Macrorregião Cerrado, seguido de 31,5% no Semiárido, 21,6% no Meio Norte e 14,1% no Litoral. A maioria possuía menos que 5.000 habitantes (37,6%) e entre 5.000 a 10.000 (34,3%).

Em relação à estrutura, no que se refere aos *recursos materiais*, os mais disponíveis foram régua antropométrica para adultos (94,2%), fita métrica (94,0%),

balança plataforma (93,8%) e balança infantil (93,4%). As cadernetas de saúde constavam em mais de 77,0% das UBS; a de adolescente foi a mais mencionada (89,2%); a do idoso foi a menos referida (77,4%). Entre os itens da *estrutura física*, os menos disponíveis foram corrimão em locais não nivelados (16,7%) e salas exclusivas para atividades coletivas (37,4%) (Gráfico 1).

Em relação às atividades desenvolvidas pelas eSF, a avaliação antropométrica foi a mais frequente (99,0%), seguida do estímulo ao consumo alimentar saudável para crianças, como promoção do aleitamento materno para menores de seis meses (98,8%) e estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado (98,6%). O acompanhamento infantil foi identificado pelo uso da caderneta (98,5%, N = 1.017), da consulta de puericultura (98,4%) e do registro do estado nutricional de menores de 2anos (96,1%) (Gráfico 1).

A solicitação de exames bioquímicos também consta entre as práticas mais mencionadas, variando de 98,6% da creatinina a 93,1% da hemoglobina glicosilada. O incentivo à autonomia dos usuários foi identificado por apoio ao autocuidado (96,0%), pelo uso do Guia Alimentar (91,4%), e pela promoção da atividade física (81,4%). As equipes realizavam o acompanhamento das pessoas obesas (88,4%) e o encaminhamento a serviço especializado (79,2%) (Gráfico 1).

A partir dos critérios utilizados, identificou-se 84% das UBS e 97,6% das eSF com disponibilidade *satisfatória* para o funcionamento da LCO, ou seja, com, pelo menos, 70% itens avaliados. Esta condição apresentou semelhança entre os municípios com até 5.000 hab. (85,8%) e os de 10.001 a 20.000 hab (85,9%); a maior prevalência foi identificada entre aqueles com mais de 20.000 hab. (87,4%). (Tabela 1). Quanto às macrorregiões, o Semiárido apresentou a melhor disponibilidade de estrutura (92,1%), seguida do Litoral (86,6%). A disponibilidade de atividades profissionais apresentou pouca diferença entre as regiões e entre os portes dos municípios, ficando acima de 96% em todos (Tabela 1).

As análises bruta e ajustada, realizadas para verificar a associação entre a disponibilidade e o porte populacional dos municípios e as macrorregiões de saúde, evidenciaram estatisticamente que o Semiárido tem 1,26 vezes maior probabilidade da disponibilidade de estrutura em relação ao Cerrado. Embora sem significância estatística, mas como tendência, em seguida aparece o Litoral, com prevalência 19% maior em relação ao Cerrado (Tabela 2); a disponibilidade da estrutura foi 15% maior entre as UBS dos municípios com mais de 20.000 hab.

De forma semelhante, a disponibilidade das atividades profissionais foi mais prevalente nos municípios com mais de 20.000 hab. (1,16) e no Semiárido (1,03) (Tabela 2). O ajuste do modelo somente permitiu identificar diferença estatística significativa quanto à estrutura no Semiárido em relação às demais verificações, restringindo suposições e inferências dos achados.

Quanto aos municípios em geral, em relação à estrutura, 6,0% encontravam-se com disponibilidade *crítica*, 23,3% *incipiente*, 67,5% *intermediária* e 3,1% suficiente. Quanto às atividades profissionais, 1,0% encontrava-se com disponibilidade *crítica*, 1,5% *incipiente*, 17,7% *intermediária* e 79,9% *suficiente*. Ao observar ambos aspectos, 71,3% dos municípios encontravam-se com disponibilidade *satisfatória* das variáveis correspondentes à LCO na APS (Figura 1).

Discussão

A prevalência de obesidade no estado do Piauí passou de 10,5% em 2006 para 17,6% em 2019¹², e dados do público acompanhado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, em 2021, demonstram elevação da obesidade com o aumento da idade em ambos os sexos, a partir dos cinco anos¹¹. Este cenário tem fomentado políticas públicas específicas para intervir sobre o problema, como a LCO no âmbito da APS¹⁴. A LCO foi elaborada pela gestão estadual e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite em 2016²⁴, mas, segundo o relato de gestores estaduais, a sua implantação ainda se encontra incipiente na APS, recebendo menos atenção que a área cirúrgica do agravo.

Por outro lado, o perfil epidemiológico de obesidade identificado na capital do Piauí¹² indica a importância de priorização política desse importante problema de saúde pública, que, por sua vez, demanda decisão, atuação intersetorial e envolvimento profissional para implantação da LCO nos municípios. Este artigo descreve a disponibilidade da estrutura e das atividades profissionais da APS correspondentes à LCO no estado do Piauí, a partir da análise de dados do PMAQ, que podem ser elementos indicativos da implantação da LCO.

O cuidado da obesidade tem na APS um espaço privilegiado, tendo em vista a sua alta capilaridade, a sua proximidade com o cotidiano das pessoas e por ser estratégica para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e controle do excesso de peso^{4,14,13,17}. O seu fortalecimento pode contribuir para a implantação de atividades

específicas da LCO, como a referência de usuários para os demais níveis de atendimento das RAS^{17,25}.

Muitos aspectos são comuns à LCO e à APS, especialmente no que refere à estrutura física, disponibilidade de recursos humanos e materiais, além de atividades essenciais do processo de trabalho, como a avaliação do estado nutricional e o cuidado individual e coletivo^{4,14,18}. Nessa perspectiva, foram consideradas com disponibilidade *satisfatória* as UBS que apresentaram mais de 70% dos itens avaliados e as eSF que realizaram mais de 70% das atividades correspondentes à LCO. A atenção à pessoa com obesidade requer vigilância alimentar e nutricional (VAN) para a identificação dos casos, a estratificação de risco e a organização da oferta do cuidado, e os indicadores do PMAQ possibilitam a avaliação quantitativa desses aspectos na APS^{4,18,17}.

As UBS encontravam-se *satisfatórias* quanto à estrutura necessária para a antropometria. Investir na antropometria dos usuários do SUS permite identificar grupos de risco, traçar um plano de intervenção e avaliar o impacto de intervenções, como a LCO, visando uma condição saudável de saúde e nutrição da população^{15,23,26}.

A presença significativa de equipamentos antropométricos nas UBS pode estar relacionada à estratégia de vincular o Programa Bolsa Família à VAN como uma condicionalidade de saúde, o que promoveu um aumento da cobertura de 57,17% para 85,78% entre 2008 e 2013²⁷. Este perfil de disponibilidade de equipamentos também foi identificado por Brandão *et al.*¹⁷ em seu estudo nas UBS do país.

Para a VAN, pesar e medir são práticas elementares, que requerem equipamentos, local e técnicas adequados. A balança calibrada e bem posicionada permite monitorar adequadamente o ganho da massa corporal, indicando seu distanciamento do padrão de normalidade estabelecido para pessoas saudáveis. A régua antropométrica possibilita o monitoramento do crescimento linear em crianças e adolescentes e a avaliação da altura do(a) adulto(a)/idoso(a)²⁶.

O controle das DCNT, como a obesidade, requer diagnóstico nutricional e acompanhamento sistemático por equipe multiprofissional. O monitoramento do estado nutricional, associado ao do consumo alimentar deve orientar o cuidado nutricional, a prevenção dos distúrbios nutricionais e a promoção da saúde^{19,28}. Estabelecer uma agenda de enfrentamento, com previsão de atividades sistemáticas e efetivas, pode influenciar positivamente no agravo e ser coerente com a atenção nutricional, que tem, entre suas prioridades as DCNT²⁹.

O governo federal prevê um financiamento específico para as ações de alimentação e nutrição, o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), que é destinado ao custeio de serviços e despesas de estruturação e implementação de ações, como a VAN²⁶. No Piauí apenas 16 municípios são contemplados pelo FAN, por atenderem ao critério populacional (30.000 ou mais hab.). Desse modo, a presença relevante de equipamentos antropométricos nas UBS do estado parece resultar de investimentos locais da APS e intersetoriais de outras fontes para a estruturação da VAN, como os Pisos de Atenção Básica e de Vigilância e Promoção da Saúde, do PMAQ, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família¹⁴.

O uso de indicadores antropométricos na avaliação nutricional é uma prática factível e necessária nas UBS, pois é de simples realização, baixo custo e é básica para o diagnóstico. O acompanhamento pela VAN alcançou mais de 99% dos municípios brasileiros entre 2008 e 2013, e as maiores frequências de cobertura ocorreram no Norte e Nordeste; no Piauí, aumentou de 17,91% para 23,78%²⁷.

Quanto às cadernetas, as quais devem ser utilizadas como rotina por profissionais, usuários, familiares e cuidadores, estavam disponíveis na maioria dos serviços, o que contribui para a continuidade do cuidado. Além de acessíveis, as cadernetas devem ser corretamente preenchidas para contribuir na identificação de riscos à saúde e nutrição, além de se constituírem em instrumento de educação em saúde.

Sobre os aspectos da estrutura física, mais de dois terços das UBS possuíam entrada adaptada para cadeiras de rodas. Entretanto, menos da metade dos serviços dispunham de salas para atividades coletivas; portas internas adaptadas constavam em pouco mais da metade, e o apoio do corrimão só foi identificado em menos de um quinto desses serviços. Limitações dessa natureza têm forte impacto sobre o desenvolvimento da LCO, que preconiza uma estrutura que possibilite acolhimento integral ao usuário que demanda o serviço.

A baixa presença de corrimão nas UBS revela-se um importante limitador para a acessibilidade, tendo em vista que locomoção é uma dificuldade comum entre os usuários que frequentam as unidades, seja por condições agudas ou crônicas ou por fases da vida, como é o caso de pessoas com obesidade, pessoas idosas, deficientes físicos e gestantes. Ademais, a insuficiência do corrimão se mostra como um fator de risco para queda e traumas consequentes nesse público, o que traria danos adicionais para as pessoas e suas famílias, além de ser oneroso para o SUS.

Esses dados da estrutura física são coerentes com os descritos no primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, em 2012, que identificou diversas barreiras arquitetônicas comprometedoras da acessibilidade do usuário, tendo nas regiões Norte e Nordeste a pior situação, como por exemplo, a presença de corrimão (menos de 3%) e de corredor e portas de entrada para cadeiras de rodas (menos de 16%)³⁰.

As condições de estrutura das UBS são determinantes para o desenvolvimento das ações de saúde, pois instrumentalizam os técnicos para as condutas previstas nos protocolos ou diretrizes de atendimento, bem como facilitam o acesso do público ao serviço. A inexistência ou incipiência de elementos de acessibilidade comprometem a entrada e o acompanhamento das condições de saúde e nutrição dos usuários.

Sobre as atividades realizadas pelas eSF, a antropometria está coerente com a disponibilidade de equipamentos nas UBS. A avaliação antropométrica em todas as fases da vida é uma das atribuições da APS e possibilita, além da identificação de risco nutricional, o reconhecimento de morbidades associadas e o planejamento de intervenções em saúde e nutrição^{15,28,29,31}. Os resultados foram muito superiores aos encontrados por Brandão *et al.*¹⁷, que identificaram a avaliação antropométrica em 64,1% das equipes do Brasil.

No que se refere à análise do consumo alimentar, indicador relevante a ser utilizado junto à antropometria para uma adequada avaliação nutricional e o monitoramento do padrão alimentar de indivíduos e grupos populacionais, não foi possível investigar por não compor as variáveis do PMAQ.

A promoção da alimentação saudável, atividade inerente aos profissionais da APS, possibilita empoderamento dos usuários ou dos responsáveis para prevenção e manejo de agravos e autonomia para escolhas e condutas adequadas^{25,31}. Nesse sentido, o Guia Alimentar da População Brasileira se confirmou como um instrumento estratégico⁴ e se revelou amplamente utilizado na APS.

Neste estudo foram identificadas promoção do aleitamento materno para menores de seis meses, da alimentação complementar oportuna, consultas de puericultura e registro do estado nutricional de menores de dois anos associadas ao uso do Guia Alimentar; estes achados indicam o compromisso das equipes com a situação alimentar e nutricional e com a prevenção de doenças nas crianças pequenas e nas suas fases futuras de vida.

Ainda em relação à promoção da saúde, percentual significativo das eSF ofertavam ações para a atividade física. A oferta de atividade física entre as equipes que

dispõem de educador(a) físico, e quando associada à orientação alimentar saudável, apresenta evidências na prevenção da obesidade e no controle de DCNT^{2,5}.

A continuidade do tratamento das DCNT requer dos indivíduos um vínculo mais próximo e sistemático com os serviços de saúde. No contexto da pandemia Covid-19, a obesidade aparece entre as principais comorbidades associadas ao agravamento dos casos e dos óbitos entre os em menores de 60 anos⁹. Nesse sentido, o acompanhamento de pessoas obesas e o encaminhamento oportuno para serviços especializados pode favorecer a integralidade do cuidado.

As ações desenvolvidas pelas eSF para o controle da obesidade são pautadas por um conjunto de políticas e ações do MS, as quais orientam integração e organização das ações da gestão e do cuidado a partir de um pacto entre os pontos de atenção da RAS, destes com sistemas de apoio e logística para assistir o(a) usuário(a)^{7,14,30}. Investir nesses elementos de processo de trabalho contribui para o direito à saúde.

A disponibilidade da estrutura e das atividades profissionais foram menores na Macrorregião Cerrado, que possui menos UBS e que tem apresentado, coincidentemente, ao longo da última década, menor captação de recursos para projetos locais que deveriam fomentar o processo de regionalização do Estado, como verificado por Nobre e Carvalho²¹, em um levantamento sobre recursos de contratos (convênios e parcerias) entre agentes regionais e órgãos públicos destinados a projetos dos Territórios de Desenvolvimento e, por conseguinte, das Macrorregiões. Por outro lado, o Semiárido, com mais serviços e melhor aporte de recursos, apresentou maior prevalência desses critérios.

A disponibilidade de estrutura e de atividades profissionais encontrava-se mais *satisfatória* entre os municípios com população superior a 20.000 hab., o que pode estar relacionado a um maior aporte de investimentos financeiros, estruturação e capacidade de gestão loco-regional.

É importante reconhecer que, apesar da maioria dos municípios (mais de 2/3) encontrar-se com disponibilidade *satisfatória*, há um percentual não desejável de UBS com barreiras arquitetônicas, as quais precisam ser reconhecidas e, com esforços intersetoriais e interdisciplinares, ajustadas para virem a contribuir com a integralidade do cuidado da obesidade. Melhorar o gerenciamento da obesidade na APS é essencial para reduzir as comorbidades e os custos associados, bem como para aumentar a qualidade de vida das pessoas por ela acometidas^{10,16}.

Os resultados sugerem que os municípios com população entre 5.000 a 10.000 hab., que apresentaram menor disponibilidade, requerem mais atenção da gestão político-administrativa dos sistemas de saúde locais, com institucionalização das políticas relacionadas à LOC, investimentos públicos e assessoria para a efetiva implantação desta intervenção.

O panorama *satisfatório* de disponibilidade identificado em mais de dois terços dos municípios contrasta do perfil crescente e elevado de obesidade do estado¹², o que suscita o questionamento sobre quais outros elementos interferem no âmbito local sobre o desenvolvimento do agravo e sobre o seu enfrentamento. Indica, portanto, a necessidade de investigações complementares, que envolvam o contexto social do agravo e da LCO, de forma a identificarem potencialidades e limites próprios para controlar a obesidade e implantar a respectiva linha de cuidado.

Cabe destacar que a análise foi feita a partir de dados secundários do PMAQ, que informam sobre a APS de uma forma geral e não especificamente sobre a LCO. Nessa perspectiva, os dados são limitados para avaliar todos os aspectos da intervenção, já que as informações disponíveis dizem respeito à presença ou ausência do item ou a realização ou não da atividade, que são comuns entre a APS e a LCO. Estudos desta natureza apresentam ainda limitação de confiabilidade das informações por possíveis sub-registros, erros de coleta, digitação ou armazenamento dos dados²⁷. Ademais, o atrelamento da avaliação ao repasse de recursos pode levar o município a escolher para as entrevistas as equipes com melhor desempenho, podendo gerar dados enviesados.

Entretanto, no PMAQ, a avaliação externa dos módulos I e II comporta padrões específicos para avaliar a infraestrutura das UBS e o processo de trabalho das eSF¹⁷. O método adotado para investigação da disponibilidade da estrutura e das atividades profissionais correspondentes à LCO a partir de dados do PMAQ, classificando-as segundo os pontos de corte definidos a partir dos referenciais teórico-legais da intervenção, possibilitou a análise de um número significativo de variáveis. A partir delas foi possível traçar panoramas desses componentes da intervenção em diversos estratos de análise – UBS, equipes, municípios e macrorregiões.

Nesse sentido, considerando ser a LCO uma intervenção complexa, de abrangência nacional, o referido método mostrou-se capaz de fornecer subsídios para apontar potencialidades e fragilidades da estrutura e das atividades profissionais desta intervenção na APS de municípios do estado do Piauí, bem como, de outros estados e em âmbito nacional, a exemplo do estudo de Brandão *et al.*¹⁷, que analisaram critérios

semelhantes na APS no Brasil e concluíram que a disponibilidade de estrutura nas UBS analisadas tem potencial para sustentar ações de cuidado à obesidade, enquanto que o processo de trabalho mostrou-se incipiente.

Considerações Finais

A LCO, pelo conjunto de diretrizes que envolve e por sua natureza intersetorial e interdisciplinar, se mostra uma intervenção complexa e, portanto, bastante desafiadora para os sistemas de saúde. Esse fato requer, para a sua implantação, esforços em diversas frentes locais e articulação interfederativa para garantir bases para a organização e o exercício do cuidado no contexto das RAS do SUS.

A disponibilidade de estrutura e de atividades profissionais na APS correspondentes ao cuidado da obesidade que foram identificadas nesta pesquisa revelaram que a maioria dos municípios dispõe de um panorama *satisfatório* dessas variáveis quantitativas para a implantação da LCO no âmbito da APS, apesar de ainda verificar-se barreiras arquitetônicas nos serviços, que limitam o acesso, o início e ou a continuidade do cuidado. Tais resultados são coerentes com os documentos oficiais da intervenção e com os investimentos federais para estruturação das UBS e avaliação da qualidade do serviço nela oferecido, como os do FAN, do PMAQ, entre outros.

Esses componentes das UBS são imprescindíveis para o funcionamento da LCO na APS, de forma que sua identificação e sistematização podem indicar quais aspectos estão mais avançados e quais aspectos ainda carecem de atenção e investimento adequados por parte dos gestores para que o cuidado dos usuários com obesidade seja feito de forma apropriada, condizente com a integralidade preconizada nas políticas públicas de saúde.

Os resultados encontrados podem contribuir para o planejamento de intervenções no âmbito da gestão e do cuidado à saúde da pessoa com obesidade, na medida em que fornecem um panorama de marcadores correspondentes à LCO. Ademais, podem subsidiar avaliações futuras nas diversas instâncias de saúde, em especial, nos municípios com melhores condições para o funcionamento da LCO em relação aos demais, a fim de compreender que outros elementos, como cognitivos, sociais e culturais, estão envolvidos no panorama encontrado.

Referências

1. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic* [internet]. Geneva: WHO, 2000. [acesso em 2021 mar. 02]; WHO *Technical Report Series*, 894. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
2. World Health Organization. *Obesity and overweight* [internet]. Geneva: WHO, 2020. [acesso em 2021 mar. 28]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da sociedade brasileira de cardiologia – 2019* [internet]. 2019 [acesso 2021 mar. 28]; 113(4):787-891. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11304/pdf/11304022.pdf>.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: MS, 2014.
5. Swinburn BA, Kraal VI, Allender S, et al. *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission Report* [internet]. *The Lancet*. 2019 jan. 27. [acesso em 2021 mar. 28]; v. 393, 791–846, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).
6. *Canadian Medical Association Journal – CMAJ – 2020. Obesity in adults: a clinical practice guideline* [internet]. CMAJ, 2020 aug. 04 [acesso em 2021 abr. 01]; v. 192, E875-91. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/192/31/E875>. Acesso em: 01 abr. 2021.
7. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. *Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil*. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2020 [acesso 2021 mar. 31]; 36(3):e00093419. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000305007&script=sci_abstract.
8. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2018 [acesso 2021 mar. 28]; 44:e32. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico N.09 – Situação Epidemiológica da Covid-19*. Brasília: MS, 2020.
10. Forgione N, Deed G, Kilov G, et al. *Managing Obesity in Primary Care: breaking down the barriers*. *Advances in Therapy* [internet]. 2018 [acesso 2020 jan 31]; 35:191–198. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12325-017-0656-y>.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2020.
13. Semlitsch, T, Stigler FL, Jeitler K, et al. *Management of overweight and obesity in primary care – A systematic overview of international evidence-based guidelines. Obesity Reviews* [internet]. 2019 Sep [acesso 2020 abr 25]; 20(9):1218-1230. Disponível em: DOI: 10.1111/obr.12889.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424/GM/MS, 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, 28 jun. 2013.
15. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. *Modeling of food and nutrition surveillance in primary health care. Rev Nutr.* [internet]. 2017 Jan-Feb [acesso 2018 nov 08]; 30(1):109-126. <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000100011>.
16. Schutz DD, Busetto L, Dicker D, et al. *European Practical and Patient – Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obesity Facts* [internet]. 2019 jan 23 [acesso 2019 set 12]; 12(1):40-66. DOI: 10.1159/000496183.
17. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na atenção básica brasileira. *Saúde Debate* [internet]. 2020 Jul-Sep [acesso 2021 abr 05]; v. 44, n. 126, p. 678-693, jul-set. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-1104202012607.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, 05 out. 2015.
19. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso 2021 abr 01]; 34(2):e00201515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00201515>.
20. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, Diretoria de Planejamento. Plano Estadual de Saúde do Piauí – 2020 a 2023. Teresina: SESAPI: 2020.
21. Nobre CE, Carvalho KCM. Regionalização do Piauí como estratégia de desenvolvimento territorial: considerações a partir da distribuição de recursos orçamentários. *Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros - Três Lagoas* [internet]. 2020 Jan 10 [acesso 2021 ago. 08]; 1:18:12. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-6313-0713>.

22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados – Piauí. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi.html>. [acesso em: 08 mar. 2021].
23. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos. Brasília: MS, 2020.
24. Piauí. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB-PI (AD) nº 042/2016. Aprova a Linha de Cuidado da Obesidade no estado do Piauí e dá outras providências. Teresina, SESAPI, 2016.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.424, de 10 de julho de 2008. Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS, 2008.
27. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. Cad Saúde Pública [internet]. 2017 [acesso 2019 out. 21]; 33(12):e00161516. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00161516.
28. Mourão E, Gallo CO, Nascimento FA, et al. Tendência temporal da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre crianças menores de 5 anos da região Norte do Brasil, 2008-2017. Epidemiol. Serv. Saúde. 2020 [internet]. 2020 [acesso 2021 abr. 02]; 29(2):e2019377. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200026>.
29. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. il.
30. Santos MLM, Fernandes JM, Vicente DP, et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. Epidemiol. Serv. Saude [internet]. 2020 [acesso 2021 mar. 18]; 29(2):e2018258. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200022>.
31. Pinheiro MC, Moura ALSP, Bortolini GA, et al. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. Rev Panam Salud Publica [internet]. 2019 [acesso 2020 nov. 12], 43. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.58>.

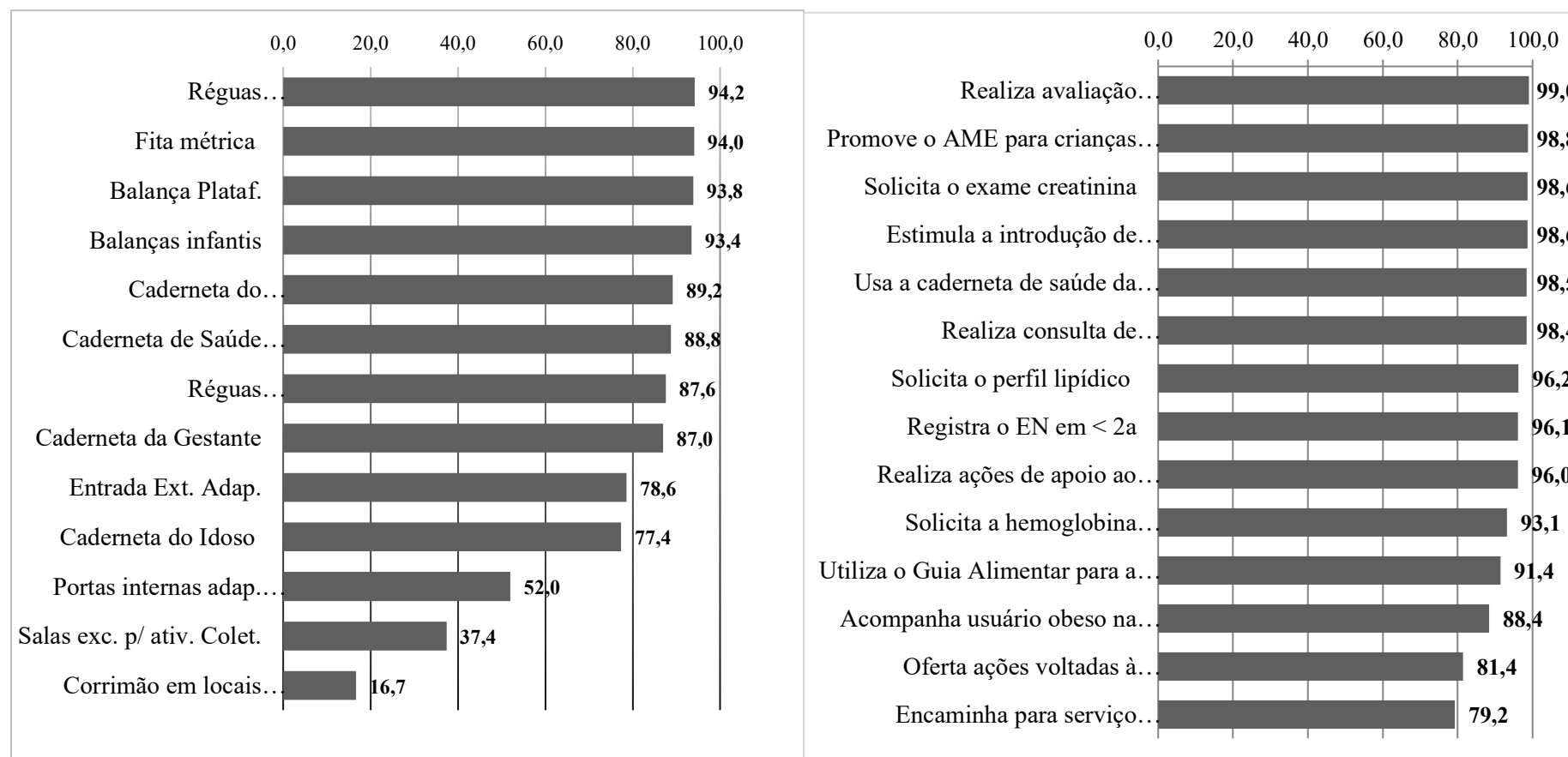
APÊNDICES DO ARTIGO**Quadro, Gráficos e Tabelas**

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para o diagnóstico da disponibilidade de estrutura e das atividades realizadas por profissionais para a Linha de Cuidado da Obesidade na Atenção Primária à Saúde no estado do Piauí.

N.	II. Estrutura das Unidade Básicas de Saúde	Parâmetros	Pontuação Máxima (PM) (pt)	Pontuação Obtida (PO) (pt)
		Sim (1)/Não (0)		
1	Balança Antropométrica 150,0kg ou 200,0 Kg	Sim(1)/Não (0)	1,0	
2	Balança Infantil	Sim(1)/Não (0)	1,0	
3	Caderneta de Saúde da Criança	Sim(1)/Não (0)	1,0	
4	Caderneta da Gestante	Sim(1)/Não (0)	1,0	
5	Caderneta do Adolescente sempre disponível	Sim(1)/Não (0)	1,0	
6	Caderneta do Idoso ou equivalente sempre disponível	Sim(1)/Não (0)	1,0	
7	Fita Métrica	Sim(1)/Não (0)	1,0	
8	Entrada externa adaptada para cadeiras de rodas	Sim(1)/Não (0)	1,0	
9	Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas...)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
10	Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas	Sim(1)/Não (0)	1,0	
11	Régua Antropométrica Adulto	Sim(1)/Não (0)	1,0	
12	Régua Antropométrica Infantil	Sim(1)/Não (0)	1,0	
13	Sala exclusiva para atividades coletivas	Sim(1)/Não (0)	1,0	
Sub Total I			13,0	
	II. Atividades realizadas pelas Equipes de Saúde da Família			
1	Encaminha para serviço especializado	Sim(1)/Não (0)	1,0	
2	Exames solicitados pela equipe e ofertados pela rede de serviços (Creatinina)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
3	Exames solicitados pela equipe e ofertados pela rede de serviços (Perfil Lipídico)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
4	Exames solicitados pela equipe e ofertados pela rede de serviços (Hemoglobina Glicosilada)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
5	Oferta ações voltadas à atividade física	Sim(1)/Não (0)	1,0	
6	Desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo p/ crianças até seis meses	Sim(1)/Não (0)	1,0	
7	Desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança	Sim(1)/Não (0)	1,0	
8	Realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos	Sim(1)/Não (0)	1,0	
9	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento	Sim(1)/Não (0)	1,0	
10	A equipe realiza consulta de puericultura em crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
11	Registra o estado nutricional das crianças do território)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
12	Desenvolve ações voltadas à promoção à saúde/Ações de apoio ao autocuidado	Sim(1)/Não (0)	1,0	
13	Utiliza o novo Guia Alimentar para a População Brasileira	Sim(1)/Não (0)	1,0	
14	Realiza o acompanhamento de usuários com obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²)	Sim(1)/Não (0)	1,0	
SubTotal II			14,0	
TOTAL			27,0	

Fonte: Banco de dados do PMAQ – III Ciclo (2015-2017).

Gráfico 1 – Distribuição (%) das Unidades Básicas de Saúde (N=964) segundo a disponibilidade de equipamentos e insumos e das atividades profissionais que conformam a estrutura para a Linha de Cuidado da Obesidade na Atenção Primária à Saúde no Piauí. PMAQ – III Ciclo (2015-2017). Piauí – Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados do PMAQ – III Ciclo (2015-2017).

Tabela 1 – Distribuição (%) das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família segundo a disponibilidade de estrutura e realização das atividades profissionais para a Linha de Cuidado da Obesidade ($CI \geq 70\%$). PMAQ – III Ciclo (2015-2017). Piauí – Brasil, 2020.

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados do PMAQ – III Ciclo (2015-2017).

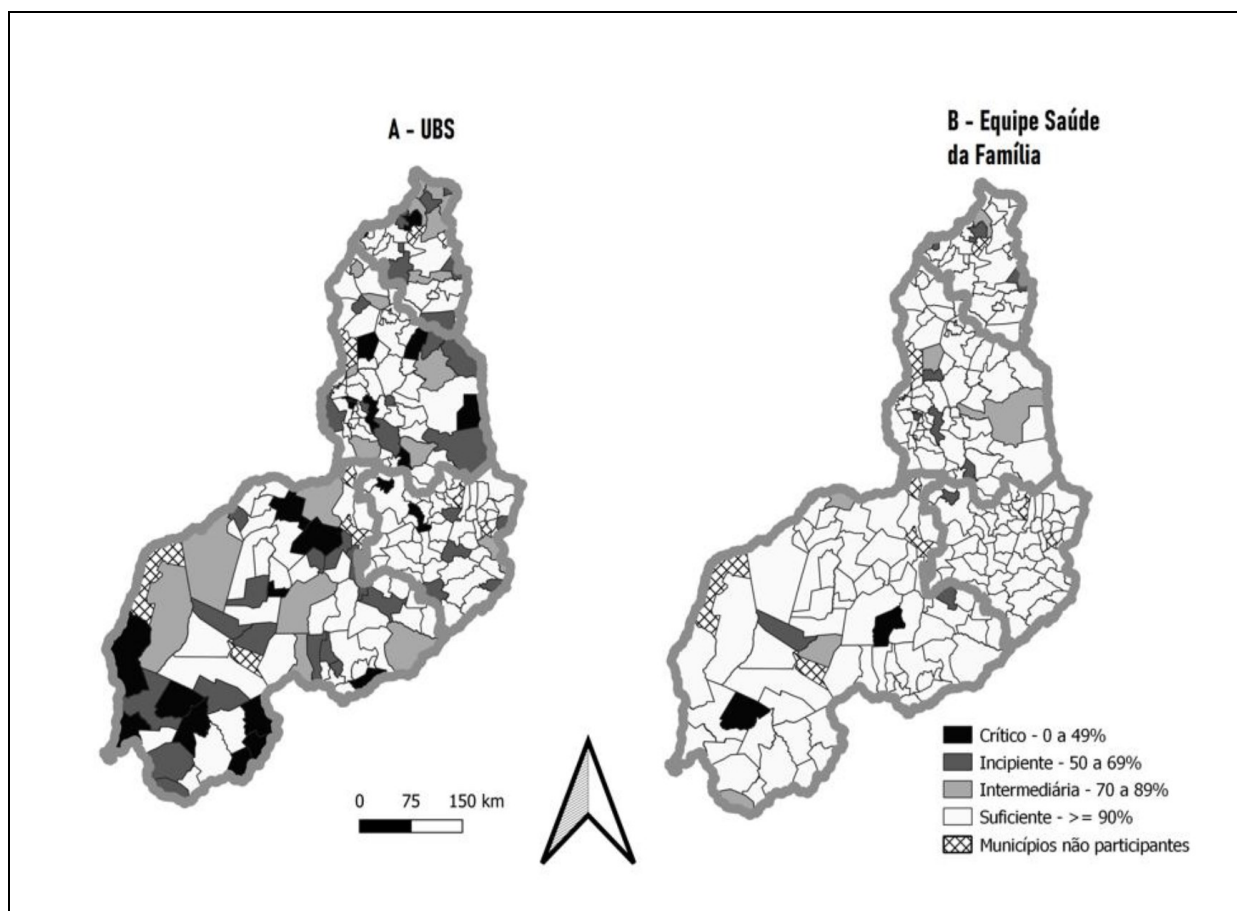
VARIÁVEIS	Total	UBS		Total	ESF	
		Disponibilidade satisfatória de estrutura			Disponibilidade satisfatória de atividades	
		Nº	%		Nº	%
Piauí	964	810	84,0	1.033	1.008	97,6
Porte Municipal						
Até 5.000 hab.	134	115	85,8	143	138	96,5
De 5.000 a 10.000 hab.	231	175	75,8	251	242	96,4
De 10.001 a 20.000 hab.	219	188	85,9	234	227	97,0
> 20.000 hab.	380	332	87,4	405	401	99,0
Macrorregião						
Cerrado	239	174	72,8	266	257	96,6
Litoral	246	213	86,6	258	251	97,3
Meio Norte	226	190	84,1	241	234	97,1
Semiárido	253	233	92,1	268	266	99,3

Tabela 2 – Prevalência e Razão de Prevalência das condições para implantação da Linha de Cuidado da Obesidade ($CI \geq 70\%$) segundo a estrutura das unidades básicas de saúde e as atividades das equipes de saúde da família no estado do Piauí. PMAQ – III Ciclo (2015-2017). Piauí, Brasil, 2021.

Variáveis	Total	Disponibilidade de Estrutura				Total	Realização das Atividades Profissionais			
	UBS	RP* (IC 95%) Bruta	p	RP (IC 95%) Ajustada	p	ESF	RP (IC 95%) Bruta	p	RP (IC 95%) Ajus- ta da	p
Piauí	810					1.008				
Porte Municipal										
< 5.000 hab.	115	1,13 (0,90;1,43)	0,299	1,18 (0,93;1,50)	0,172	138	1,11 (0,88;1,39)	0,369	1,10 (0,88; 1,39)	0,406
De 5.000 a 10.000 hab.	175	1,00 (-)	-	1,00 (-)	-	242	1,00 (-)	-	1 (-)	
De 10.001 a 20.000 hab.	188	1,13 (0,92;1,39)	0,234	1,15 (0,93; 1,41)	0,196	227	1,08 (0,89; 1,32)	0,428	1,08 (0,88; 1,32)	0,447
Macrorregião										
Cerrado	174	1,00 (-)	-	1,00 (-)	-	257	1,00 (-)	-	-	-
Litoral	213	1,19 (0,97;1,45)	0,090	1,18 (0,96; 1,47)	0,116	251	1,01 (0,85; 1,20)	0,938	-	-
Meio Norte	190	1,15 (0,94;1,42)	0,170	1,15 (0,94; 1,42)	0,174	234	1,00 (0,84; 1,20)	0,956	-	-
Semiárido	233	1,26 (1,04;1,54)	0,019	1,29 (1,06; 1,57)	0,011	266	1,03 (0,86; 1,22)	0,758	-	-
>20.000 hab.	332	1,15 (0,96;1,38)	0,127	1,17 (0,97; 1,42)	0,101	401	1,16 (0,97; 1,39)	0,105	1,18 (0,98; 1,42)	0,084

* Razão de Prevalência.

Figura 18 – Distribuição dos municípios segundo a disponibilidade de estrutura das unidades básicas de saúde e das atividades das equipes de Saúde da Família correspondentes à Linha de Cuidado da Obesidade na atenção primária à saúde no Piauí. PMAQ – III Ciclo (2015-2017). Piauí-Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de dados do PMAQ – III Ciclo (2015-2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de avaliabilidade (EA), por seu caráter exploratório a uma avaliação, possibilitou descrever a LCO e a sua racionalidade, indicar perguntas avaliativas e cujas dimensões identificadas subsidiaram a elaboração de um Modelo Teórico de Avaliação, que apontou aspectos contextuais como influenciadores da implantação. Estas etapas e produtos balizaram a construção de uma matriz de análise e julgamento, de acordo com os componentes técnicos da intervenção, a qual indicou critérios e indicadores para futuras avaliações.

A busca por referenciais teóricos, legais e técnicos sobre a LCO permitiu elaborar uma linha do tempo e verificar um crescente de produções normatizadoras do seu funcionamento destinada a gestores e profissionais de saúde, com uma certa evolução da concepção dos determinantes sociais da obesidade e, por conseguinte, da abordagem sistêmica que o seu enfrentamento requer. Uma lacuna identificada nesses documentos foi quanto às metas, que não estão explicitadas, sugerindo frágil compromisso da gestão com a intervenção e dificultando a mensuração do alcance dos objetivos planejados, medida que poderia corrigir possíveis distorções no seu desenvolvimento e alinhá-la para os resultados esperados.

A etapa de descrição da racionalidade da LCO contou com o envolvimento de informantes-chave das esferas estadual e municipal, constituindo um caráter formativo e reflexivo à Oficina de Modelização, o que proporcionou maior compreensão sobre avaliação em saúde e sobre a intervenção – diretrizes, operacionalização, componentes e conexões existentes entre eles –, a identificação dos fatores do contexto que a afetam e a formação de uma rede de comunicação entre os participantes voltada para a obesidade e a sua linha de cuidado, no sentido de fortalecer-la nos diversos campos de atuação desses envolvidos.

Os resultados alcançados com este EA revelaram que a LCO é uma intervenção passível de avaliação, pois dispõe de diretrizes, objetivos e atividades claros, voltados para o alcance dos resultados esperados, o ML corresponde aos objetivos da intervenção. A modelização sucitou a elaboração de perguntas avaliativas que nortearam o modelo de avaliação voltado para o processo de operacionalização da LCO.

Um modelo avaliativo potencializa a avaliação, pois direciona o seu foco, e contribui para a otimização do tempo e dos recursos necessários para realizá-la. O MTA proposto recomenda a avaliação do tipo análise de implantação, pelo fato da LCO ser uma intervenção recente e em fase de desenvolvimento no Estado. Esse modelo é recomendado para ser utilizado no âmbito da APS de municípios de médio a pequeno porte, sendo que os menores constituem a maior proporção no Estado (88%).

O EA possibilitou elaborar uma matriz de análise e julgamento capaz de investigar, a partir de critérios, parâmetros e fontes de informação diversas emanados do ML e do MTA, aspectos da LCO relacionados à sua implantação, indicando fragilidades e potencialidades da intervenção, um instrumento que pode apoiar gestores e pesquisadores nela interessados.

Os resultados do EA revelaram ainda que a LCO se constitui em uma organização do cuidado a partir do que é premente na APS, como estrutura física, pessoal, processos de trabalho e decisão política, cujo propósito é a organização dos fluxos assistenciais da pessoa com obesidade sob a lógica de rede de atenção. A LCO no Piauí é coerente com os referenciais técnicos e legais do Ministério da Saúde e com as evidências científicas sobre o tema e se mostra com potencial de impactar positivamente sobre a prevenção e o controle da obesidade.

A disponibilidade satisfatória verificada na investigação acerca da estrutura e das atividades profissionais nas UBS no Piauí, a partir de dados do PMAQ, aponta a possibilidade que a maioria dos municípios dispõe de, a partir desses elementos, desenvolver LCO no âmbito da APS, apesar das importantes barreiras arquitetônicas identificadas nos serviços, que limitam a acebilidade e põem em risco o a saúde dos usuários.

Nesse panorama, adotar processos avaliativos, em especial, de forma participativa, deve ampliar a compreensão sobre o processo de implantação da intervenção, com a identificação dos determinantes que interferem a sua operacionalização, e pode subsidiar a tomada de decisão a favor do seu adequado funcionamento, adequado à realidade local.

Diante da limitação imposta pela pandemia Covid-19 de aproximação com os interessados na LCO para proceder os ajustes cabíveis aos modelos elaborados e às perguntas avaliativas elencadas, recomenda-se que esta etapa seja oportunamente planejada com a participação efetiva dos gestores locais, de forma a adequar aqueles elementos à realidade do território a ser avaliado. Com essa medida a avaliação poderá apresentar mais chances de responder às indagações dos avaliadores e contribuir com a intervenção.

O uso do modelo avaliativo em estudos locais pode ser estratégico para conhecer aprofundadamente a realidade desse “espaço singular”, identificar o alcance da intervenção sobre as pessoas e os fatores favoráveis ou desfavoráveis à implantação da LCO. A partir desses subsídios, orientar investimentos sobre os aspectos mais frágeis a favor do aperfeiçoamento da intervenção.

Neste EA o papel da SESAPI de apoiar os municípios e/ou regiões de saúde na implantação da LCO foi evidenciado, podendo contemplar o apoio político, intelectual, logístico, a depender da realidade do município. Ademais, é salutar que o órgão possa inserir critérios e indicadores da linha de cuidado nas suas atividades de monitoramento e avaliação.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, N. S. M. C.; BARROS, D. C.; VITORINO, S. A. S. Modelização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde no Piauí: uma construção compartilhada. In: CRUZ, M. M.; VITORINO, S. A. S.; BARROS, D. C. (Org.). **Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz: 2021 (no prelo). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PIAUÍ (ALEPI). **Combate a obesidade será o tema de sessão especial desta segunda na ALEPI**. Piauí: ALEPI, 2019. Disponível em: http://www.alepi.pi.gov.br/noticiasConteudo_inc.php?idNoticia=9638. Acesso em: 04 jul. 2021.

ALMEIDA, A. M. F. L. *et al.* Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 156-166, 2017.

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) (Brasil). **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira**. Rio de Janeiro: ANS, 2017.

ANTOGNOLI, E. L. *et al.* Primary Care Resident Training for Obesity, Nutrition, and Physical Activity Counseling: a mixed-methods study. **Health Promotion Practice**, Thousand Oaks, CA, v. 18, n. 5, p. 672-680, 2017.

AVENDONK, M. J. P. van *et al.* Primary care and public health a natural alliance? The introduction of the guidelines for obesity and undernutrition of the Dutch College of General Practitioners. **Family Practice**, Oxford, v. 29, p. 31-35, 2012.

BAHIA, L. *et al.* The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study **BMC Public Health**, London, v. 12, n. 440, p. 1-7, 2012.

BARATIERI, T. *et al.* Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 240-255, 2019.

BARATIERI, T.; NATAL, S.; HARTZ, Z. M. A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n7:e00087319, 2020.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. The Family Health Strategy and hospital admissions of children under five years in Piauí State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.

BARROS, D. C. *et al.* **Alimentação e nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ENSP, 2013.

BELIK, W. **Um retrato do sistema alimentar brasileiro e suas contradições**. [Rio de Janeiro]: Ibirapitanga; ICS; Imaflora, 2020.

BOLSONI-LOPES, A.; FURIERI, L.; ALONSO-VALE, M. I. C. Obesidade e a covid-19: uma reflexão sobre a relação entre as pandemias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, n. especial, e20200216, 2021.

BORGES, D. B; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes *Mellitus* na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-178, 2018.

BORTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 44, p. 1-8, 2020.

BRANDÃO, A. L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 678-693, 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro, de 1990**. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.156, de 31 de agosto, de 1990**. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação social na gestão do SUS. Brasília, DF: Casa Civil, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portarias nº 79, de 16 de outubro de 1990**. Estabelece estratégias de apoio técnico e operacional para a VAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portarias nº 80, de 16 de outubro de 1990**. Estabelecem estratégias para a implementação do Sisvan. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. **Diário Oficial da União**, 11 jun., 1999.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Assegura recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Casa Civil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004**. Institui orientações para ações de vigilância alimentar e nutricional na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. (Assinatura pelo Governo Brasileiro na 57ª Assembleia da OMS).

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005**. Define recursos financeiros para a vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Promoção da Saúde (PPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial MS e MEC nº 1.010, de 08 de maio de 2006**. Institui diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação e Cultura, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola, política intersetorial da Saúde e da Educação. Brasília, DF: Presidência da República, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 492, de 31 de agosto 2007**. Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.424, de 10 de julho de 2008**. Estabelece o repasse financeiro para a estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das SES e SMS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan web (MS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. (Cadernos de Atenção Básica, 27).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2010b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 64, de 04 de fevereiro de 2010**. Altera o Art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Brasília, DF: Casa Civil, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.630, de 24 de junho de 2010**. Dá continuidade ao repasse de recursos para as ações de alimentação e nutrição às SES e SMS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2009-2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, nº 138, de 20 de julho de 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartas dos direitos dos usuários de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.156, de 27 de dezembro de 2011**. Habilita municípios a receberem recursos financeiros para estruturação da VAN em UBS com equipes que aderiram ao PMAQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.157, de 27 de 12 de 2011**. Homologa municípios polo para recebimento do incentivo para ações do Programa Academia da Saúde e para estruturação da VAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a PNAB e estabelece nova organização para a atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.685, de 16 de novembro de 2011**. Renova o repasse de recursos para as ações de alimentação e nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011i.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Alterou a Lei Nº 8.080, de 1990. Brasília, DF: Casa Civil, 2011j.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011k.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de Referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. CAISAN. **Resolução nº 01, de 30 de abril de 2012.** Institui o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2012-2015). Brasília, DF: CAISAN, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 23, de 09 de agosto de 2012.** Estabelece recursos financeiros para implantação e fortalecimento da vigilância e prevenção de DCNT. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 (Republicada).** 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da União**, nº 71, de 14 de abril de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.681, de 07 de novembro de 2013.** Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.920, de 5 de setembro de 2013.** Institui a Estratégia Alimentar e Alimenta Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 12.864, de 24 de setembro de 2013.** Altera o caput do art. 3º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília, DF: Casa Civil, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 38).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2. ed. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Academia da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Regional da LCO na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f.

BRASIL. CAISAN. **Subsídios da Câmara Interministerial de SAN para a discussão sobre “SAN nos Centros Urbanos”**. Brasília: CAISAN, 2014g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014h. (Cadernos de Atenção Básica, 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014i. (Cadernos de Atenção Básica, 35).

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014j.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, nº 190, Seção 668, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013- 2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de Referência para a VAN na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015d.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.553 de novembro de 2015**. Institui o Pacto Nacional pela Alimentação Saudável. Brasília, DF: Casa Civil, 2015e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2016-2019**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 308, de 4 de março de 2016**. Prorroga os prazos de que tratam a Portaria Nº 670/GM/MS, de 3 de junho de 2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017**. Altera as Portarias nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 51, de 25 de outubro de 2017**. Orienta o fluxo de envio de dados antropométricos e de consumo alimentar pelas equipes da APS por meio da integração entre a Estratégia e-SUS AB e o SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica: histórico de cobertura da Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. (Última atualização em dezembro, 2018).

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: PLANSAN 2016-2019 revisado**. Brasília: CAISAN, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Crescer Saudável 2019/2020: instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento: informações sobre a oferta de PICS no estado do Piauí 2017-2019**. Piauí, 2019b. Slides.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.264 de 10 de setembro de 2019**. Habilita municípios para Programas Saúde na Escola e Crescer Saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação alimentar e nutricional no Brasil**: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Nº 09** – Situação Epidemiológica da Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 3.297, de 4 de dezembro de 2020**. Institui, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro de custeio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade no âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.994, de 29 de outubro de 2020**. Institui incentivo financeiro para atenção às pessoas com obesidade, DM ou HAS na APS, no contexto da pandemia do coronavírus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Academia da Saúde**: caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020i.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar**: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. (Fascículo 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. (Fascículo 2).

BURLANDY, L. *et al.* Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00093419, 2020.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CARDOSO, T. Z. **Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

CASEMIRO, J. P.; CARDIM, C.V.; SEIXAS, C. M. Nas trilhas do cuidado à obesidade: quais caminhos e os sujeitos que orientam percursos? In: SILVA, A. C. F.; MOTTA, A. L. B.; CASEMIRO, J. P. (Org.). **Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ, 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Division for heart disease and stroke prevention. Evaluation Guide. Atlanta: CDC, [2007?]. Disponível em: https://www.cdc.gov/dhbsp/docs/logic_model.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.

CECILIO, L. C. O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GESTÃO-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BRUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação, conceitos e métodos**. 2. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação, conceitos e métodos**. 2. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011a.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação conceitos e métodos**. 2. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011b.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Análise Estratégica. In: BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação conceitos e métodos**. 2. reimp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011c.

CHAVES, L. A. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00201515, 2018.

CHIANCA, T. K. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de programas de controle de processos endêmicos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 400-404, 2017.

CMAJ. Obesity in adults: a clinical practice guideline. **CMAJ**, v. 192, n. 31, p. 875-91, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Nota**: Live “Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento”: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o

fenômeno da obesidade. Brasília, DF: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBIA.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. P, F. *et al.* "L'évaluation dans le domaine de la santé - Concepts et méthodes". **Bulletin**, v. 33, n. 1, p. 12-17, 1993.

COSTA, C. S. *et al.* Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 229-241, 2017.

COUTO, F. F.; CARRIERI, A. P.; CKAGNAZAROFF, I. B. Participação na avaliação de políticas públicas: a pesquisa construtivista e a quarta geração de avaliação. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 20, p. 36-55, 2019.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 2, S332-S340, 2008.

CRUZ, M. M. **Avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens**: estudo de caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do município do Rio de Janeiro. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CRUZ, M. M. (org.). **Manual da oficina de capacitação em monitoramento e avaliação em saúde**: manual do monitor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CRUZ, M. M. (org.). **Manual da oficina de capacitação em monitoramento e avaliação em saúde**: manual do aluno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

CUPPARI, L. **Guia de Nutrição Clínica do Adulto**. 3. ed. Barueri: Manole, 2014.

DACAL, M. P. O.; SILVA, I. S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 724-735, jul./set. 2018.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

DIAS, M. S. A. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação conceitos e métodos**. 2. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

FALSARELLA, A. M. O lugar da pesquisa qualitativa na avaliação de políticas e programas sociais. **Avaliação**, Campinas, v. 20, n. 3, p. 703-715, 2015.

FIAN-Brasil. **Informe Dhana**: autoritarismo, negação de direitos e fome. Brasília, DF: FIAN Brasil, 2019.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. *et al.* Quality of primary health care in Brazil: patients' view. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, Supl. 6, p. 2713-2719, 2018.

FITTIPALDI, M.; BARROS, D. C.; ROMANO, V. F. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 793-811, 2017.

FONTENELE, R. M. *et al.* Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 167-179, 2017.

FORGIONE, N. *et al.* Managing obesity in primary care: breaking down the barriers. **Advances in Therapy**, v. 35, p. 191-198, 2018.

FRIAS, P. G.; LIRA, P. I. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FRÜHBECK, G. *et al.* The ABCD of obesity. **Obesity Facts**, Basel, v. 12, n. 2, p. 131-136, 2019.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008.

GLOBAL PANEL ON AGRICULTURE AND FOOD SYSTEMS FOR NUTRITION. **Food systems and diets**: facing the challenges of the 21st century. London, UK: Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, 2016.

GONÇALVES, R. N. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: o percurso de elaboração, implementação e revisão no Brasil. **Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Matinhos, v. 13, n. 2, p. 198-205, 2020.

GUERRERO, A. V. P. *et al.* Avaliabilidade das políticas de saúde: teoria e prática. In: GURGEL, I. G. D. *et al.* **Gestão em saúde pública**: estudos de avaliação. Recife: UFPE, 2014.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: UNICAMP, 2011.

GUEDES, D. P.; MELLO, E. R. B. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática e metanálise. **ABSC Health Sciences**, v. 46, e021301, p. 1-12, 2021.

GUIMARÃES, E. A. A.; HARTZ, Z.; LUZ, Z. M. P. Development of evaluation models on research networks: an evaluability study in Centro de Pesquisa René Rachou (Fiocruz Minas), Brazil. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, v.15, Supl. 2, S17- S26, 2016.

GURGEL, I. G. D. *et al.* (Org). **Gestão em saúde pública**: estudos de avaliação. Recife: Editora UFPE, 2014.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, S331-S336, 2004.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. Avaliando a implantação de serviços de saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HATEFI, A. *et al.* Global susceptibility and response to noncommunicable diseases. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 8, p. 586-588, 2018.

HENRIQUES, P. *et al.* Políticas de saúde e de segurança alimentar e nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4143-4152, 2018.

HENRIQUES, P. *et al.* Ideias em disputa sobre as atribuições do Estado na prevenção e controle da obesidade infantil no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00016920, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **O IBGE apoiando o combate à Covid-19**. IBGE, 2020. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>. Acesso em: 10 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e estados**: Piauí. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi.html>. Acesso em: 08 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do sobrepeso e obesidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 7-12, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSO TEIXEIRA (INEP). **IDEB** – Resultados e Metas: Piauí. Disponível em: <http://ideb.inep.gov.br/resultado/resultado/resultadoBrasil.seam?cid=14028506>. Acesso em: 20 out. 2021.

JAIME, P. C. *et al.* A look at the food and nutrition agenda over thirty years of the Unified Health System. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, 2018.

JAIME, P. C.; SANTOS, L. M. P. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 72-85, 2014.

JIMENEZ, M. L. J.; SANTOS, C. R. Gordofobia na escola: lute como uma gordinha. In: OLIVEIRA, V. M.; FILGUEIRA, A. L. S.; SILVA, L. M. F. (Org.). **Corpo, corporeidade e diversidade na educação**. Uberlândia: Culturatrix, 2021.

JUNQUEIRA, T. S.; COTTA, R. M. M. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1459-1474, 2014.

LEVITON, L. C. *et al.* Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annual Review of Public Health**, v. 31, p. 213-33, 2010.

MACEDO, I. C.; AQUINO, R. C. O Marco de referência de educação alimentar e nutricional para políticas públicas no Brasil no contexto do atendimento nutricional. **Demetra**, v. 13, n. 1, p. 21-35, 2018.

MALAVAZOS, A. E. *et al.* Targeting the adipose tissue in COVID-19. **Obesity**, Silver Spring, MD, v. 28, n. 7, p. 1178-1179, 2020.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Campinas, v. 51, Supl. 1, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

MALUF, R. S. Sistemas alimentares descentralizados e alimentação nas localidades: uma abordagem multiescalar. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, e238782, 2021.

MANCUSO, A. M. C. *et al.* A Atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, 3289-3300, 2012.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, 2004.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1997.

MAZZOCCANTE, R. P. *et al.* Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 21, n. 1-6, p. 25-34, 2012.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MELO, R. H. V. *et al.* Roda de conversa: uma articulação solidária entre ensino, serviço e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro v. 40, n. 2, p. 301-309, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: OPAS, 2012.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MERCADO F. J.; BOSI, M. L. M. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MIRANDA, W. D. *et al.* Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 42, e182, 2018.

MOYSÉS, S. T.; FRANCO DE SÁ, R. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323–4330, 2014.

MORETZSOHN, M. A.; ROCHA, H. F.; CAETANO, R. R. **Pediatria: nutrologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; Lima, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOTTA, A. L. B.; SILVA, A. C. F.; CASEMIRO, J. P. Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: o cuidado como eixo estruturante. In: SILVA, A. C. F.; MOTTA, A. L. B.; CASEMIRO, J. P. (org.). **Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2021.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00161516, 2017.

NATAL, S. *et al.* Estudo de avaliabilidade da rede de formação de recursos humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 560-71, 2010.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. **Lancet**, London, v. 387, p. 1377-96, 2016.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 43, 2019.

NOBRE, C. E; CARVALHO, K. C. M. Regionalização do Piauí como estratégia de desenvolvimento territorial: considerações a partir da distribuição de recursos orçamentários. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros**, Três Lagoas, v. 1, n. 32, p. 183-217, 2020.

NOGUEIRA-DE-ALMEIDA, C. A. *et al.* Covid-19 and obesity in childhood and adolescence: a clinical review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 5, p. 546-558, 2020.

NÚCLEO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS EM NUTRIÇÃO E SAÚDE (NUPENS); CÁTEDRA, J. C. **Diálogo sobre ultraprocessados**: soluções para sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis. São Paulo: USP, 2021.

OLIVEIRA C. M. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (ProVaB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU –; GOVERNO FEDERAL (Brasil). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. [2015]. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf. Acesso em: 21 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. Washington, DC: OPAS, 2014.

PADILHA, M. A.; OLIVEIRA, C. M.; FIGUEIRÓ, A. C. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 375-386, 2015.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Non- communicable diseases in the region of the americas**: facts and figures. Washington, DC: PAHO, 2019.

PAIM, J. S. Avaliação em Saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro-RJ: FIOCRUZ, 2005.

PENCHANSKY, R. D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, p.127-40, 1981.

PEREIRA, C. N.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015.

PEREIRA R. L. M. R.; SAMPAIO, J. P. M. Estado nutricional e práticas alimentares de idosos do Piauí: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Web. **Reciis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 854-62, 2019.

PIAUI (Estado). **Lei Complementar nº 028, de 09 de junho de 2003**. Cria o Consea-PI. Teresina: Palácio do Karnak, 2003.

PIAUI (Estado). **Lei Ordinária nº 5.361, de 29 de dezembro de 2003**. *Dispõe sobre a composição e o funcionamento do Consea-PI*. Teresina: Palácio do Karnak, 2003a.

PIAUI (Estado). **Lei Ordinária nº 5.862 de 01 de julho de 2009**. Dispõe sobre o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Piauí - SISAN-PI e a Política de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Piauí - PSAN-PI e dá outras providências. Teresina: Palácio do Karnak, 2009.

PIAUI (Estado). **Lei Estadual nº 6.552, de 07 de julho de 2014**. Altera a Lei nº. 5.862 de 01 de julho de 2009. Teresina: Palácio do Karnak, 2014.

PIAUI (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. **Linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade**. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

PIAUI (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-PI (AD) nº 042/2016**. Aprova a Linha de Cuidado da Obesidade no estado do Piauí e dá outras providências. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde, 2016a.

PIAUI (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Plano Estadual de Saúde: 2016-2019**. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde, 2016b.

PIAUI (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Portaria SESAPI/GAB nº 1.997, de 13 de novembro de 2017. Dispõe sobre as ações de promoção da alimentação adequada e saudável nos ambientes de trabalhos no âmbito da SESAPI e entidades vinculadas. **Diário Oficial do Estado**, 28 de dezembro de 2017.

PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2019 a 2022. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, 2019. Impresso.

PIAUI (Estado). Fundação Piauiense de Serviços Hospitalares. **Fundação Hospitalar lança Programa Bariátrico do HGV**. Imprensa, 20 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.pi.gov.br/noticias/fundacao-hospitalar-lanca-programa-bariatrico-do-hgv/>. Acesso em: 31 de maio de 2021.

PIAUÍ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Plano Estadual de Saúde do Piauí – 2020 a 2023**. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde: 2020a.

PIAUÍ (Estado). ASCOM SEDUC. **Educação** – Piauí é o 3º estado do Nordeste com melhor Ideb no Ensino Médio. Imprensa, 16 de setembro de 2020b. Disponível em: <https://www.pi.gov.br/noticias/piaui-e-o-3o-estado-do-nordeste-com-melhor-ideb-no-ensino-medio/>. Acesso em: 20 out. 2021.

PIAUÍ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Normas e condutas terapêuticas aplicáveis à Atenção Nutricional Especializada Ambulatorial**. Teresina: EdUESPI, 2020c.

PIAUÍ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Normas e condutas terapêuticas aplicáveis à Atenção Psicológica Especializada Ambulatorial**. Teresina: EdUESPI, 2020d.

PIAUÍ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Normas e condutas terapêuticas aplicáveis à Enfermagem Especializada Ambulatorial**. Teresina: EdUESPI, 2020e.

PIAUÍ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Diretrizes para a Intervenção do Assistente Social na Atenção Especializada Ambulatorial a no Estado do Piauí**. Teresina: EdUESPI, 2020f.

PINHEIRO, M. C. *et al.* Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 43, 2019.

RADIS. **Saúde da Família perde modelo do NASF**. Notícias, 01 de março, 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-donasf>. Acesso em: 03 de jul. 2021.

RAMOS, D. B. N. *et al.* Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00116519, 2020.

REDE PENSSAN. **VIGISAN**: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. [Rio de Janeiro]: Rede, 2021. ISBN 978 65 87504 19 3.

REIS, E. C.; RODRIGUEZ, L. S.; RODRIGUES, P. A. F. Atenção Básica: a linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade. In: SILVA, A. C. F.; MOTTA, A. L. B; CASEMIRO, J. P. (Org.). **Alimentação e nutrição na Atenção Básica**: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2021.

RIGON, S.A.; SCHIMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00164514, 2016.

ROBERTO, C. A. *et al.* Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **Lancet**, London, v. 385, p. 2400-09, 2015.

ROCHA, G. V. *et al.* A influência da obesidade na mortalidade de adultos com COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p.1405-1418, 2021.

RODRIGUES, P. S.; CRUZ, M. S.; TAVARES, N. U. L. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 192-208, 2017.

ROTTER, T. *et al.* *Clinical pathways for primary care: effects on professional practice, patient outcomes, and costs.* **Cochrane Collaboration**, p. 1-14, 2013.

QEDU. **IDEB** – Resultados e Metas: Piauí. Disponível em: <https://www.qedu.org.br/estado/118-piaui/ideb?dependence=5&grade=1&edition=2019>. Acesso em: 20 out. 2021.

SCHWENKE, M. *et al.* Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. **BMC Family Practice**, London, v. 21, n. 1, p. 169, 2020.

SCOTT I. KAHAN, M. D. *Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care.* *Mayo Clinic. Review*, v. 93, ISSUE 3, p. 351-359, mar., 2018.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL – TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS. Tema: **O sistema público de saúde brasileiro**. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de orientação: promoção da atividade física na infância e adolescência**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, n. 1, p. 1-14, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de Orientação: obesidade na infância e adolescência**. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: SBP, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). Notícia-Piauí: Teresina instituiu o dia de combate à obesidade. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/category/capitulos/noticia-piaui/>. Acesso em 22 de maio de 2020.

SCHUTZ, D. D. *et al.* European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. **Obesity Facts**, Basel, v. 12, n. 1, p. 40-66, 2019.

SCHWENKE, M. *et al.* Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. **BMC Family Practice**, v. 21, n. 169, 2020.

SEMLITSCH, T. *et al.* Management of overweight and obesity in primary care: A systematic overview of international evidence-based guidelines. **Obesity Reviews**, Oxford, UK, v. 20, n. 9, p.1218-1230, 2019.

SILVA, A. G. *et al.* Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.1193-1206, 2021.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SILVA, R. R.; GASPARINI, M. F. V.; BARBOZA, M. Avaliações sob medida: produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SILVA, K. C.; COSTA, M. L. S.; MEDEIROS, O. L. As ações de alimentação e nutrição no fazer dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: possibilidades no cotidiano da AB. In: SILVA, A. C. F.; MOTTA, A. L. B; CASEMIRO, J. P. (Org.). **Alimentação e nutrição na Atenção Básica: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2021.

SILVA, L. M. V. *et al.* Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SILVA, R. H. A.; MIGUEL, S. S.; TEIXEIRA, L. S. Problematização como método ativo de ensino–aprendizagem: estudantes de farmácia em cenários de prática. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 77-93, 2011.

SILVA, T. D.; SOUZA. S. S.; STAREPRAVO, F. A. Health academy, city academy and outdoor gym on the political and governmental agendas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 25, e0163, p. 1-6. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Teresina institui o Dia de Combate à Obesidade**. SBCBM, 2017. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/teresina-instituiu-o-dia-de-combate-obesidade/>. Acesso em: 04 jul. 2021.

SOUSA, A. K. S.; LUSTOSA, L. C. R. S. Estado nutricional e consumo alimentar de adultos cadastrados no SISVAN no estado do Piauí, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 22, n. 3, p. 8-14, 2020.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SPINA, N. *et al.* Nutricionistas na atenção primária no município de santos: atuação e gestão da atenção nutricional. **Demetra**, Santos, v. 13, n. 1, p.117-134, 2018.

SWINBURN, B. A. et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **Lancet**, London, v. 27, n. 378, p. 804-814, 2011.

SWINBURN, B. *et al.* INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. **Obesity Reviews**, Oxford, UK, v. 14, Suppl. 1, p. 1-12, 2013.

SWINBURN, B. *et al.* Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. **Lancet**, London, v. 385, n. 9986, p. 2534-2545, 2015.

SWINBURN, B. *et al.* The Global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. **Lancet**, London, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIRA, C. A. L. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Avaliação de implantação de programas nacionais. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIRA, C. A. L. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TAVARES, V. M. C. Roda de conversa: atenção integral à saúde das mulheres e questões de gênero. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, PR, v. 6, n. 8, p. 61501-61510, 2020.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Programme Evaluation**, v. 20, p. 1-25, 2005.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, S190-S198, 2004.

TREVISANI, J. J. D.; JAIME, P. C. Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, em 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 375-384, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (UFPI). **EcoSUS-PI: Programa de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS no Piauí**. Piauí: UFPI; SESAPI, 2018.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Prevention of overweight and obesity in children and adolescents: UNICEF programming guidance**. New York: UNICEF, 2019.

Van der KNAAP, P. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. **Evaluation**, v. 10, n. 1, p.16-34, 2004.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. **A problematização em educação em saúde**: percepções dos professores tutores e alunos. São Paulo: UNESP; Cultura Acadêmica, 2015,

VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M.; BARROS, D. C. Modelização da vigilância alimentar e nutricional na Atenção Primária em Saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 109-126, 2017.

VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M.; BARROS, D. C. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 1-22, 2017a.

VITORINO, S. A. S. **Avaliação da implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária em Saúde**: estudos de caso em municípios de pequeno porte de Minas Gerais. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000 (WHO Technical Report Series, 894).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241592222>. Acesso em: 28 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Interventions on diet and physical activity: what works?** Geneve: WHO, 2009. (Summary Report).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneve: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **‘Best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Driving commitment for nutrition within the UN Decade of Action on Nutrition**: policy brief. Geneve: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Obesity Day**: Obesity and its roots. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/03/04/default-calendar/world-obesity-day>. Acesso em: 22 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing noncommunicable diseases**. [2021]. Disponível em: <https://www.who.int/activities/preventing-noncommunicable-diseases>. Acesso em: 20 jun. 2021.

WORLD OBESITY FEDERATION. **Atlas of Childhood Obesity**. London: World Obesity Federation, 2019.

WORLD OBESITY FEDERATION (WFO). **Obesity: missing the 2025 global targets - Trends, Costs and Country Reports**. World Obesity Federation, 2020. Disponível em: <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-day-missingthe-targets-report>. Acesso em: 12 de outubro. 2021.

APÊNDICE A – FOTOS DA OFICINA



APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para a Oficina)

Prezado/a técnico/a, você está sendo convidado(a) a participar da **Modelização da Linha de Cuidado da Obesidade na Atenção Primária à Saúde**, que ocorrerá durante a Oficina Estadual "Introdução ao Monitoramento e Avaliação em Saúde com Enfoque na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária À Saúde", realizada pela Secretaria Estadual de Saúde.

A Modelização é uma etapa da pesquisa de doutorado da Nutricionista Me. Norma Sueli Marques da Costa Alberto, a qual se intitula "**avaliação da implantação da Linha de Cuidado para Prevenção e Controle do Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Estado do Piauí**", e recebe orientação das Professoras Dras. Denise Cavalcante de Barros e Santuzza Arreguy Silva Vitorino, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

A Linha de Cuidado de Prevenção e Controle do Sobrepeso e Obesidade (LC) é uma das prioridades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição que visa melhorar os indicadores desses agravos nutricionais no país. No Piauí, a LC foi elaborada em 2016 e o panorama desses agravos no Estado requer uma incorporação oportuna e adequada a partir da Atenção Primária à Saúde. Diante do exposto, uma pesquisa sobre sua implantação pode servir de subsídios para compreender seu desenvolvimento e contribuir para o aprimoramento dessa ação no Estado.

O objetivo da atividade é elaborar e validar um Modelo Lógico (ML) da referida Linha de Cuidado, visando contribuir com a sua implantação no Piauí. O ML consiste em uma representação gráfica que descreve uma intervenção, apresentando a sua lógica de implantação e funcionamento, os seus componentes e as relações que a envolvem. Neste caso, a intervenção a ser desenhada é a LC da Obesidade,

Este convite se deve ao fato de você ser um/a técnico relacionado/a à LC no Estado, e que pode dar importantes contribuições para a compreensão sobre a sua implantação. Sua participação será voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não aceitar, bem como desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo seja qual for a sua decisão.

A sua participação consiste em colaborar com a elaboração e validação do ML da Linha de Cuidado da Obesidade na Atenção Primária à Saúde do Piauí, a partir da sua experiência profissional. A oficina terá duração de dois dias (16 horas) e contemplará atividades práticas para a modelização. Ao final do evento você receberá a certificação da participação pela Secretaria Estadual de Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz-RJ.

As atividades de modelização e validação lhe possibilitarão alguns benefícios potenciais, como o aprimoramento sobre monitoramento e avaliação em saúde, elaboração e validação de modelo lógico de intervenções em saúde. Você terá a oportunidade de colaborar com a elaboração de uma ferramenta de comunicação inédita no Piauí, que é o modelo lógico da LC da Obesidade na Atenção Primária à Saúde no Estado. Para a gestão municipal, regional e estadual de saúde os benefícios é a disponibilização de um instrumento que poderá subsidiar uma reflexão sobre a intervenção e, quiçá, a reorientação das ações em prol do controle da obesidade, o que, por sua vez, pode ter um benefício social junto aos municípios, em especial, às pessoas obesas.

Na atividade a previsão de riscos é mínima para os/as participantes e pode estar relacionada como insegurança quanto ao anonimato e sigilo das informações prestadas. Entretanto, não haverá possibilidade da sua identificação pessoal e nem das contribuições individuais no produto final. As pesquisadoras assumem o compromisso de tomar as

Página 1 de 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MES de ANO.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

medidas cabíveis para minimizar esses riscos, como manter o resguardo de sua identidade e o sigilo das informações. No relatório final, os/as participantes serão mencionados/as apenas como categoria profissional e as contribuições serão agrupadas no instrumento validado, impedindo qualquer identificação.

A qualquer momento, durante a oficina ou posteriormente, você poderá solicitar das pesquisadoras informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, por meio dos contatos explicitados neste Termo. Os resultados somente serão utilizados com finalidade acadêmico-científica e serão divulgados no formato de artigos científicos. Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste Termo resultante de sua participação na oficina, será garantida assistência integral ou indenização de danos por ele causadas.

As pesquisadoras se comprometem em fazer a devolutiva dos resultados da pesquisa de forma expositiva em eventos que envolvam os/as participantes, bem como por meio de um resumo executivo, de forma a possibilitar o amplo acesso aos resultados alcançados.

Este Termo está em duas vias, sendo uma sua e a outra das pesquisadoras. Todas as vias devem ser rubricadas por você e pelas pesquisadoras envolvidas e todas deverão assinar a última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ-RJ, no endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 21041-210 Tel.: (021) 2598 2863. O CEP é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o CEP tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contatos da pesquisadora responsável: Norma Sueli Alberto – Tel.: 086-99452 6153; **Email:** normaalberto@yahoo.com.br

Norma Sueli Marques da Costa Alberto - Pesquisador Responsável
RG: 668.245; CPF: 327.938.633-00

Denise Cavalcante de Barros
Pesquisadora participante – CPF: 757573117-20

Santuzza Arreguy Silva Vitorino
Pesquisadora participante – CPF: 030.869.976-99

_____ de _____ de 20_____.

Declaro que entendi os objetivos e as condições de minha participação na Oficina e concordo em participar.

(Assinatura do/a participante)

Nome legível do/a participante: _____

RG e CPF: _____

Página 2 de 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX, de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE C - MAJ

Quadro 6 – Matriz de análise e julgamento da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde. Piauí, 2021.

COMPONENTE TÉCNICO <i>GESTÃO</i>					
DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO <i>ACESSO</i>					
SUBDIMENSÃO <i>DISPONIBILIDADE</i>					
Insumo	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Equipes de SF	Planejamento de contratação das equipes da ESF	Analisar a previsão de equipes da ESF disponíveis no município em relação à população residente.	Número de equipe/município/população/≤3.500 (PNAB, 2017). Se a previsão atendeu a recomendação da PNAB = 1,0 Se a previsão não atendeu a recomendação da PNAB = 0,0	- Análise documental; - Entrevista com o/a gestor da SMS.	1,0
Planejamento e realização de capacitação sobre a LCO.	Planejamento e realização de capacitação para profissionais da APS sobre a LCO	- Identificar documentos com planejamento de capacitação para profissionais das equipes (educador físico, médico, nutricionista, psicólogo) participaram de capacitação nos últimos dois anos. - Verificar registros na SMS de treinamento de profissionais da ESF.	Se planejada para o ano vigente ou realizada a capacitação multiprofissional a até um ano = 1,0 Se planejada e realizada a capacitação multiprofissional há mais de um ano = 0,5 Se planejada e não realizada a até um ano = 0,25 Se não planejada, mas realizada a até um ano = 0,25 Se não planejada e não realizada a até um ano = 0,0	- Análise documental; - Entrevista com o/a gestor da SMS; - Entrevista com profissionais/equipe de saúde da família e do NASF.	1,0
Recursos financeiros	Previsão e aplicação para estruturação de serviços de atendimento a pessoas com obesidade	Identificar nos documentos de gestão da SMS se os recursos específicos da APS foram destinados para estruturação de serviços de atendimento para pessoas com obesidade.	Se previsto e aplicado = 1,0 pt Se não previsto, mas aplicado = 0,5pt Se previsto, mas não aplicado = 0,0pt Se não previsto e não aplicado = 0,0pt	- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS). (www.saude.gov.br/sis/siops) - Lei Orçamentária Anual da PM; - Análise documental do Plano Plurianual (PPA) da PM e da Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão Anual da SMS; - Entrevista com gestores da PM e da SMS.	1,0

Material de expediente	Disponibilidade de material de expediente para a implantação e a gestão da LCO	Realizar visita aos setores de gestão intersetorial da LCO na PMS e na SMS para identificar disponibilidade de material de expediente necessário para o funcionamento do setor (papel, toner, pen drive etc).	Se em quantidade suficiente na PM = 0,5 e na SMS = 0,5; Se em quantidade insuficiente na PM = 0,0 e na SMS = 0,0; Se não disponível = - 0,5pt	- Observação direta; - Entrevista com técnicos da instância intersetorial da PM e da SMS	1,0
Equipamentos	Existência de equipamentos para o planejamento de intervenções e o monitoramento dos indicadores da LCO	Realizar visita aos setores de gestão intersetorial relacionados à LCO na PMS e na SMS para identificar a disponibilidade de equipamentos (computador, impressora, mobiliário etc), que devem estar em quantidade suficiente e em perfeito funcionamento.	Se em quantidade suficiente e funcionando adequadamente na PM = 1,0 e na SMS = 1,0; Se em quantidade insuficiente, mas funcionando na PM = 0,5 e na SMS = 0,5; Se não disponível = 0,0	- Observação direta; - Entrevista com técnicos da instância intersetorial da PM e da SMS	1,0
Transporte	Disponibilidade de veículo adequado para a LCO	Identificar a disponibilidade de veículo adequado para a SMS implantar, implementar e monitorar a LCO.	Se está disponível = 0,5 Se não disponível = 0,0	- Entrevistas com gestor da SMS.	0,5
Laboratório de análises clínicas	Disponibilidade de laboratório de análises clínicas.	Identificar a existência de laboratório de análises clínicas no município.	Sim (público ou contratado) = 1,0 Não = 0,0	- Observação direta - Entrevista com o gestor da SMS	1,0
Espaços públicos para práticas corporais e de atividade física	Existência de academia da saúde adequada às recomendações do MS	Identificar a disponibilidade e a adequação de academia da saúde para prática de atividade física no município.	Se disponível e adequada $\geq 1 = 1,0$ Se disponível, mas não adequada = 0,0 Se não disponível = - 0,5	- Visita in loco; - Entrevista com gestores da PM	1,0
	Existência de ciclovia(s) adequada(s) às práticas corporais e de atividade física	Identificar a disponibilidade e a adequação de ciclovias(s) para prática de atividade física no município.	Se disponível e adequada $\geq 1 = 1,0$ Se disponível, mas não adequada = 0,5 Se não disponível = 0,0		1,0
	Existência de calçadão adequado às práticas corporais e de atividade física	Identificar a disponibilidade e a adequação de calçadão(ões) para prática de atividade física no município.	Se disponível e adequada $\geq 1 = 1,0$ Se disponível, mas não adequada = 0,5 Se não disponível = 0,0		1,0
Horta escolar	Existência de horta(s) na rede municipal de ensino	Identificar a disponibilidade e o funcionamento de horta(s) nas escolas.	Se disponível e produzindo $\geq 2 = 1,0$ Se disponível e não produzindo = 0,0 Se não disponível = 0,0		1,0
Horta comunitária	Existência de horta(s) comunitária(s) em funcionamento nos bairros.	Identificar a disponibilidade e o funcionamento de horta(s) comunitárias nos bairros.	Se disponível e produzindo $\geq 2 = 1,0$ Se disponível e não produzindo = 0,0 Se não disponível = 0,0		1,0

Cozinha Comunitária e/ou Restaurante Popular*	Existência de Cozinha Comunitária ou Restaurante Popular no município	Identificar a disponibilidade e o funcionamento de cozinha comunitária e/ou restaurante popular no município.	Se disponível e funcionando $\geq 1 = 0,5$ Se não disponível = 0,0		0,5
Feira Livre/Agroecológica	Existência de feira(s) livre(s) ou similares com comercialização de produtos da agricultura familiar	Identificar a disponibilidade e o funcionamento de feira(s) livre(s) ou similares com comercialização de produtos da agricultura familiar no município.	Se disponível e produzindo $\geq 2 = 1,0$ Se disponível e não produzindo = 0,0 Se não disponível = 0,0		1,0
Sistema de Regulação	Disponibilidade de Complexo Regulador.	Verificar se o município dispõe de Complexo Regulador local ou é co-gestor de Complexo Regulador Regional.	Portaria Nº 1.559, de 1 de agosto de 2008 (art. 10, parágrafo 3). Se disponível ou co-gestor de Complexo Regulador = 1,0; Se não disponível ou não co-gestor = 0,0	- Visita à SMS/setor de regulação para identificar; - Entrevista com gestor da SMS.	1,0
Plano Municipal de Saúde	Elaboração coletiva do Plano Municipal de Saúde	Identificar se o Plano Municipal de Saúde está disponível, se foi elaborado coletivamente e se prevê ações de prevenção e controle da obesidade.	Se disponível, elaborado com participação dos profissionais de saúde e do Conselho Municipal de Saúde e contemplando ações de prevenção e controle da obesidade = 1,0 Se disponível, contemplando ações de prevenção e controle da obesidade, mas não elaborado coletivamente = 0,5 Se disponível sem ações de prevenção e controle da obesidade = 0,0 Se não disponível = - 0,5	- Análise documental do Plano Municipal de Saúde; - Entrevista com o gestor da SMS e com usuário do CMS.	1,0
Relatório de Gestão da Saúde	Relatório de Gestão da Saúde aprovado pelo CMS	Identificar se o Relatório de Gestão da Saúde está disponível e se foi aprovado pelo CMS.	Se disponível e aprovado = 1,0 Se disponível e não aprovado = 0,0 Se não disponível = - 0,5	- Análise documental do Relatório de Gestão da Saúde; - Entrevista com o gestor da SMS e com usuário do CMS.	1,0
LCO	Disponibilidade de LCO municipal elaborada coletivamente	Identificar se a LCO está disponível e se foi elaborada coletivamente	Se disponível e participativa = 1,0 Se disponível e não participativa = 0,5 Se em processo de elaboração = 0,5 Se não disponível e nem em elaboração = 0,0	- Análise da LCO; - Entrevista com o comitê gestor (ou similar) da LCO ou (em sua ausência) com o gestor da SMS.	1,0
Regulamentação de alimentos saudáveis para instituições públicas.	Existência de compras institucionais de alimentos saudáveis regulamentadas para órgãos públicos.	Identificar documento que trate da regulamentação de compras institucionais de alimentos saudáveis para órgãos públicos municipais.	Se disponível e aplicada = 0,5 Se não disponível ou não aplicada = 0,0	- Análise documental; - Entrevista com o/a gestor da SMS.	0,5

Plano de Educação Permanente em Saúde	Existência de Plano de Educação Permanente para profissionais da APS.	- Identificar documento do Plano/Planejamento de Educação Permanente para profissionais da APS entre os documentos da gestão. - Identificar documento que demonstre a execução do Plano.	Se disponível e em execução = 1,0 Se não disponível, mas com ações de educação permanente = 0,5 Se não disponível e não executado = 0,0	- Análise documental; - Entrevista com o/a gestor da SMS.	1,0
Fluxo e Protocolo de atendimento	Disponibilidade de fluxo e protocolo de atendimento	- Identificar documento que normalize o fluxo de atendimento das pessoas com obesidade pelos profissionais de saúde; - Identificar protocolo de atendimento das pessoas com obesidade.	Se normalizado o fluxo = 0,5 Se disponível protocolo de atendimento = 0,5 Se não disponível um ou outro = 0,0	- Análise documental; - Entrevista com profissionais das UBS.	1,0
Sistemas de informação implantados (SIAB, SISVAN-Web, e-SUS)	Digitação de dados e análise dos indicadores disponíveis nos sistemas de informação.	- Geração de relatórios dos sistemas SIAB, SISVAN, e-SUS para identificar cobertura populacional; - Identificar o uso de indicadores locais nos instrumentos de planejamento do SUS.	Se disponível, alimentado e analisado ≥ 2 sistemas = 1,0 Se disponível, alimentado e analisado 1 sistema = 0,5 Se não disponível = 0,0	- Análise dos dados dos sistemas de informação; - Análise documental (Plano Municipal de Saúde, PPI, PAS); - Entrevista com o gestor da SMS ou com técnico de informática e com profissionais de saúde.	1,0
Atividade	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Intersetorialidade	Disponibilidade de documento com ações intersetoriais na Prefeitura em prol da LCO	Identificar no Relatório de Gestão da PM ações intersetoriais desenvolvidas em prol da LCO.	Se disponível = 1,0 Se não disponível, mas em fase de elaboração = 0,5 Se não disponível = 0,0	- Análise documental do Relatório de Gestão da Saúde; - Entrevista com o gestor da pasta na PM e da SMS	1,0
Intrasetorialidade	Existência de instância intrasetorial que trate da LCO na SMS	Identificar documento de formalização do grupo gestor intersetorial e relatórios de atividades do grupo na SMS.	Se instituído e atuante = 1,0 Se não instituído, mas atuante = 0,5 Se instituído e não atuante = 0,0		1,0
Integração entre pontos de atenção à saúde	Existência de integração entre serviços	Identificar documentos que tratem da integração entre UBS, NASF, CAPS, Academias da Saúde, Escolas e serviços especializados.	Se implantada em >2 pontos de atenção = 1,0 Se implantada entre 1 a 2 pontos de atenção = 0,5pt Se não implantada = 0,0	- Análise documental; - Entrevista com profissionais dos pontos de atenção e com o gestor da SMS.	1,0
SUBDIMENSÃO: ADEQUAÇÃO					
Insumos	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível

Recursos financeiros	Percentual de recursos municipais destinados para o setor saúde	Identificar nos documentos de gestão o % de recursos financeiros destinados à saúde.	A EC N° 29/2000 recomenda o investimento de, no mínimo, 15% dos recursos municipais para a saúde. Se destinou $\geq 15\%$ = 1,0 Se destinou de 7% a 14% = 0,0 Se destinou $< 7\%$ = - 0,5	- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS); - Lei Orçamentária Anual da PM; - Análise documental do Plano Plurianual (PPA) da PM e da Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão Anual da SMS; - Entrevista com gestores da PM e da SMS.	
SUBDIMENSÃO COBERTURA					
Insumos	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Equipes de SF	Cobertura populacional das equipes da ESF	Analisar a proporção das equipes da ESF disponíveis em relação à população residente.	Equipes da ESF suficientes para cobrir 100% da população = 1,0 Equipes da ESF insuficientes para cobrir 100% da p = 0,0	- Análise de dados do CNES; - Entrevista com o/a gestor da SMS.	1,0
COMPONENTE TÉCNICO CUIDADO					
DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO ACESSO					
SUBDIMENSÃO DISPONIBILIDADE					
Insumos/ Recursos Físicos	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Rampa de acesso	Acessibilidade física	Identificar a existência de entrada externa adaptada para cadeiras de rodas	Sim = 1,0 Não = 0,0		1,0
Sala de espera adequada	Adequação da sala de espera	Identificar a existência de sala de espera com cadeiras adequadas às pessoas com obesidade.	Existe sala e com cadeiras adequadas = 1,0; Existe sala, mas com cadeiras inadequadas = 0,5; Não existe sala de espera = 0,0		1,0
Banheiro com acessibilidade	Disponibilidade de banheiro acessível	Identificar a existência de banheiro com portas largas e com barras de apoio.	Existe banheiro com portas largas, com barras de apoio = 1,0 Existe banheiro com portas largas, mas sem barras de apoio = 0,5 Existe banheiro sem portas largas, mas com barras de apoio = 0,0		- Observação direta; - Entrevista com profissionais da ESF e com o gestor da SMS.

Consultório para atendimento individual	Disponibilidade de consultório adequado para atendimento individual	Identificar a existência de consultório com portas e cadeiras largas, adequado para acomodar pessoas com obesidade.	Existe consultório com portas e cadeiras largas e adequadas = 1,0 Existe consultório com portas largas ou cadeiras adequadas = 0,5 Existe consultório, mas sem portas e sem cadeiras largas = 0,0		1,0
Espaço para atividades coletivas	Disponibilidade de espaço para atividades coletivas	Identificar a existência de sala para atividades em grupo.	Sim (público ou contratado) = 1,0 Não = 0,0		1,0
Equipamentos Antropométricos adequados	Disponibilidade e adequação de balança plataforma para adultos com capacidade para ≥ 200 Kg	Identificar a disponibilidade de balança plataforma para adultos com capacidade para ≥ 200 Kg que deve estar em pleno funcionamento e em perfeito estado de conservação.	Disponível e funcionando (mínimo um por UBS) = 1,0 Disponível, mas não funcionando (mínimo um por UBS) = 0,0 Não disponível = -0,5	- Observação direta - Entrevista com profissionais da ESF	1,0
	Disponibilidade e adequação de balança portátil infantil para visita domiciliar	Identificar a disponibilidade de balança portátil infantil para visita domiciliar que deve estar em pleno funcionamento e em perfeito estado de conservação.	Disponível e funcionando (mínimo um por UBS) = 1,0 Disponível, mas não funcionando (mínimo um por equipe) = 0,0 Não disponível = -0,5		1,0
	Disponibilidade e adequação de balança infantil	Identificar a disponibilidade de balança infantil que deve estar em pleno funcionamento e em perfeito estado de conservação e com capacidade até 16Kg.	Disponível e funcionando (mínimo um por UBS) = 1,0 Disponível, mas não funcionando (mínimo um por UBS) = 0,0 Não disponível = -0,5		1,0
	Disponibilidade e adequação de antropômetro adulto	Identificar a disponibilidade de antropômetro adulto que deve estar em pleno funcionamento e em perfeito estado de conservação.	Disponível e funcionando (mínimo um por UBS) = 1,0 Disponível, mas não funcionando (mínimo um por UBS) = 0,0 Não disponível = -0,5		1,0
	Disponibilidade e adequação de estadiômetro infantil portátil	Identificar à UBS para identificar a disponibilidade de estadiômetro infantil que deve estar em pleno funcionamento e em perfeito estado de conservação.	Disponível e funcionando (mínimo um por UBS) = 1,0 Disponível, mas não funcionando (mínimo um por equipe) = 0,0 Não disponível = -0,5		1,0
	Disponibilidade e adequação de fita métrica inelástica	Identificar a disponibilidade de fita métrica inelástica que deve estar íntegra e adequada para uso, com precisão de 0,1 cm.	Disponível e funcionando (mínimo um por UBS) = 1,0 Disponível, mas não funcionando (mínimo um por equipe) = 0,0 Não disponível = -0,5		1,0
Cadernetas de Saúde	Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança	Identificar a disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança para ser ofertada aos usuários.	Sim = 1,0 Não = 0,0		1,0

	Disponibilidade de Caderneta de Saúde de Adolescente	Identificar a disponibilidade de Caderneta de Saúde de Adolescente para ser ofertada aos usuários.	Sim = 1,0 Não = 0,0	- Observação direta; - Entrevista com profissionais da ESF	1,0
	Disponibilidade de Caderneta de Saúde de Adulto	Identificar a disponibilidade de Caderneta de Saúde de Adulto para ser ofertada aos usuários.	Sim = 1,0 Não = 0,0		1,0
	Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	Identificar a disponibilidade de Caderneta de Saúde da da Pessoa Idosa para ser ofertada aos usuários.	Sim = 1,0 Não = 0,0		1,0
	Disponibilidade de Caderneta da Gestante	Identificar a disponibilidade de Caderneta da Gestante para ser ofertada às usuárias.	Sim = 1,0 Não = 0,0		1,0
Material informativo relativo ao estilo de vida saudável	Disponibilidade de folders/cartazes informativos sobre alimentação saudável	Identificar a disponibilidade de folders/cartazes informativos sobre alimentação saudável.	Sim = 0,5 Não = 0,0		0,5
	Disponibilidade de folders/cartazes sobre promoção da atividade física	Identificar a disponibilidade de folders/cartazes sobre promoção da atividade física.	Sim = 0,5 Não = 0,0		0,5
	Disponibilidade de material de promoção da saúde	Identificar a disponibilidade de material de promoção da saúde.	Sim = 1,0 Não = 0,0		1,0
Computador	Disponibilidade de computador adequado	Identificar a disponibilidade de computador adequado na UBS ou na SMS para digitação dos dados dos sistemas de informação.	Disponível e adequado (mínimo um) =1,0 Disponível, mas não adequado (mínimo um) = 0,0 Não disponível = -0,5	- Observação direta; - Entrevista com profissionais da ESF ou com o gestor da SMS.	1,0
Internet	Disponibilidade de internet de boa qualidade	Identificar a disponibilidade de internet de boa qualidade na UBS ou na SMS para digitação dos dados dos sistemas de informação.	Disponível e de boa qualidade (mínimo um) =1,0 Disponível, mas de qualidade ruim (mínimo um) = 0,0 Não disponível = -0,5		1,0
Impressora	Disponibilidade de impressora adequada	Identificar a disponibilidade de impressora adequada na UBS ou na SMS.	Disponível com adequação (mínimo um) =1,0 Disponível, mas sem adequação (mínimo um por UBS) = 0,5 Não disponível = 0,0		1,0
Equipe multiprofissional para a LCO	Disponibilidade de profissionais da ESF em quantidade proporcional à demanda populacional adscrita para a LCO	Identificar a disponibilidade de profissionais (educador físico, enfermeiro, médico, nutricionista e psicólogo - e aux./técnico em Enfermagem e ACS) atuando na LCO por equipe, proporcional à demanda populacional.	Disponível: Sim, médico = 0,5 Não = 0,0 Sim, um enfermeiro = 0,5 Não = 0,0 Sim, um auxiliar/técnico de Enfermagem = 0,25 Não = 0,0 Sim, agentes comunitários de saúde = 0,25	- Observação direta; - Entrevista com profissionais da ESF ou com o gestor da SMS.	1,75

			Não = 0,0 Sim, outros profissionais = 0,25		
Profissionais capacitados para a LCO	Disponibilidade de profissionais da APS capacitados para a LCO	Identificar documento com registro de capacitação para profissionais das equipes da APS (educador físico, médico, nutricionista, psicólogo) participaram de capacitação nos últimos dois anos.	Se ≥ 2 profissionais/equipe de saúde da família treinados = 1,0 Se = 1 profissional/equipe de saúde da família treinado = 0,5 Se ≥ 2 profissionais do NASF treinados/equipe = 1,0 Se = 1 profissional do NASF treinado/equipe = 0,5 Se não existirem profissionais treinados = 0,0	- Análise documental; - Entrevista com o/a gestor da SMS; - Entrevista com profissionais/equipe da ESF e do NASF.	2,0
Formulário do SISVAN para cadastro e acompanhamento	Disponibilidade de formulários do SISVAN	Identificar a disponibilidade e utilização de formulários do SISVAN para acompanhamento nutricional.	Disponível: Sim = 0,5 Não = 0,0 Utilizado: Sim = 0,5 Não = 0,0	- Observação direta; - Entrevista com profissionais da ESF	1,0
Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN	Disponibilidade de formulário de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN	Identificar a disponibilidade e utilização de formulários de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN.	Disponível: Sim = 0,5 Não = 0,0 Utilizado: Sim = 0,5 Não = 0,0		1,0
Planejamento das ações de VAN	Disponibilidade de planejamento	Identificar documentos de planejamento das ações de gestão, monitoramento e avaliação da VAN na UBS.	Disponibilidade: Sim, a partir do diagnóstico nutricional = 1,0 Sim, sem partir do diagnóstico nutricional = 0,5 Não = -0,5	- Análise documental; - Entrevista com profissionais da ESF	1,0
SUBCOMPONENTE TÉCNICO <i>DIAGNÓSTICO</i>					
DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO <i>ACESSO</i>					
SUBDIMENSÃO <i>ADEQUAÇÃO</i>					
Atividade	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Avaliação do estado nutricional	Realização de avaliação e registro do estado nutricional na rotina da UBS	- Verificar a prática de avaliação do estado nutricional dos usuários; - Identificar documentos com registro	Realiza na rotina = 1,0 Realiza esporadicamente = 0,0 Não realiza = - 0,5	- Observação direta; - Análise documental; - Entrevista com profissionais da ESF	1,0

		atual do estado nutricional dos usuários.			
	Realização de avaliação e registro do estado nutricional na rotina do NASF	- Verificar a prática de avaliação do estado nutricional dos usuários; - Identificar documentos com registro atual do estado nutricional dos usuários.	Realiza na rotina = 1,0 Realiza esporadicamente = 0,0 Não realiza = - 0,5	- Análise documental; - Observação direta; - Entrevista com profissionais do NASF	1,0
	Realização de avaliação periódica e registro do estado nutricional na escola	- Verificar a prática de avaliação do estado nutricional dos usuários; - Identificar documentos com registro atual do estado nutricional dos estudantes.	Realiza com periodicidade em ≥ 2 escolas = 1,0 Realiza com periodicidade em < 2 escolas = 0,5 Realiza esporadicamente = 0,0 Não realiza = - 0,5	- Análise documental; - Observação direta; - Entrevista com profissionais da saúde e da escola. - Indicadores de cobertura	1,0
	Realização de avaliação e registro do estado nutricional na Academia de Saúde	- Verificar a prática de avaliação do estado nutricional dos usuários; - Identificar documentos com registro atual do estado nutricional dos usuários.	Realiza com periodicidade em ≥ 1 academia da saúde = 0,5 Realiza esporadicamente ou não realiza = 0,0	- Análise documental; - Observação direta; - Entrevista com profissionais da Academia da Saúde.	1,0
	Realização de avaliação e registro do estado nutricional na rotina do CAPS	- Verificar a prática de avaliação do estado nutricional dos usuários; - Identificar documentos com registro atual do estado nutricional dos usuários.	Realiza com periodicidade = 0,5 Realiza esporadicamente ou não realiza = 0,0	- Análise documental; - Observação direta; - Entrevista com profissionais do CAPS	1,0
Avaliação do consumo alimentar	Realização de avaliação e registro do consumo alimentar na rotina da UBS	- Verificar a prática de avaliação do consumo alimentar dos usuários. - Identificar documento com registro atual do consumo alimentar dos usuários.	Realiza e registra na rotina = 1,0 Realiza e registra esporadicamente = 0,5 Não realiza ou não registra = - 0,5	- Análise documental; - Observação direta; - Entrevista com profissionais da ESF.	1,0
Registro dos dados da avaliação nutricional	Digitação dos dados antropométricos e do consumo alimentar	- Identificar na UBS ou na SMS a prática de digitação dos dados antropométricos e do consumo alimentar, que deve ser sistemática; - Identificar documento com a cobertura populacional da avaliação nutricional e do consumo alimentar.	Digitação Sim, dos dados antropométricos = 0,5 Não = - 0,5 Sim, dos dados do consumo alimentar = 0,5 Não = - 0,5	- Análise de dados do SISVAN-WEB; - Análise documental; - Entrevista com profissionais da ESF e/ou da SMS.	1,0
Análise dos indicadores da avaliação nutricional	Análise dos indicadores disponíveis nos SISVAN/e-SUS	Identificar geração de relatórios do SISVAN/e-SUS e sua análise para conhecer o estado nutricional dos usuários atendidos.	Analisa: Sim = 0,5 Não = - 0,5	- Análise documental; - Entrevista com profissionais da ESF.	0,5
Utilização das informações da	Planejamento de ações de alimentação e nutrição	- Identificar planejamento local com base nas informações geradas pelo SISVAN/e-SUS.	Planejamento: Sim com base no SISVAN/e-SUS = 1,0 Sim sem base no SISVAN/e-SUS = 0,5	- Análise documental; - Entrevista com profissionais da ESF.	1,0

avaliação nutricional		- Analisar a Programação Anual de Saúde	Não = - 0,5		
Registro dos dados do diagnóstico nas Cadernetas de Saúde.	Registro e análise dos dados nas Cadernetas de Saúde	Identificar registro atualizado dos dados do diagnóstico do estado nutricional e do consumo alimentar nas Cadernetas de Saúde.	Sim, registra e analisa = 0,5 Sim, registra e não analisa = 0,25 Não registra/analisa = 0,0	- Análise documental; - Entrevista com profissionais da ESF.	1,0
Estratificação de risco	Disponibilidade da estratificação de risco da população	Identificar relatório de estratificação de risco da população, que deve ser a partir do estado nutricional e da presença de outros fatores de risco e comorbidades.	Sim = 1,0 Não = -0,5	- Análise documental; - Entrevista com profissionais da ESF.	1,0
Solicitação de exames	Prática de solicitação de exames como rotina na UBS	Identificar registro atualizado (físico ou <i>on line</i>) de solicitação de exames bioquímicos (creatinina, perfil lipídico, hemoglobina glicosilada).	Sim para os três exames = 1,0 Sim para um ou dois exames = 0,5 Não = 00	- Observação direta; - Entrevista com profissionais da ESF	1,0
SUBCOMPONENTE TÉCNICO <i>DIAGNÓSTICO</i>					
SUBDIMENSÃO <i>COBERTURA</i>					
Atividade	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Cobertura populacional do diagnóstico nutricional	Cobertura populacional de crianças com diagnóstico do estado nutricional	- Analisar a proporção de crianças com o estado nutricional diagnosticado.	Cobertura $\leq 10\% = 00$ Cobertura de $11\% \leq 30\% = 0,25$ Cobertura de $31\% \leq 50\% = 0,50$ Cobertura de $51\% \leq 70\% = 0,75$ Cobertura de $> 70\% = 1,0$	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0
	Cobertura populacional de adolescentes com diagnóstico do estado nutricional	- Analisar a proporção de adolescentes com o estado nutricional diagnosticado.	Cobertura $\leq 10\% = 00$ Cobertura de $11\% \leq 30\% = 0,25$ Cobertura de $31\% \leq 50\% = 0,50$ Cobertura de $51\% \leq 70\% = 0,75$ Cobertura de $> 70\% = 1,0$	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0
	Cobertura populacional de adultos com diagnóstico do estado nutricional	- Analisar a proporção de adultos com o estado nutricional diagnosticado.	Cobertura $\leq 10\% = 00$ Cobertura de $11\% \leq 30\% = 0,25$ Cobertura de $31\% \leq 50\% = 0,50$ Cobertura de $51\% \leq 70\% = 0,75$ Cobertura de $> 70\% = 1,0$	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0
	Cobertura populacional de pessoas idosas com diagnóstico do estado nutricional	- Analisar a proporção de pessoas idosas com o estado nutricional diagnosticado.	Cobertura $\leq 10\% = 00$ Cobertura de $11\% \leq 30\% = 0,25$ Cobertura de $31\% \leq 50\% = 0,50$ Cobertura de $51\% \leq 70\% = 0,75$	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0

			Cobertura de > 70% = 1,0		
	Cobertura populacional de gestante/nutriz com diagnóstico do estado nutricional	- Analisar a proporção de gestantes/nutriz com o estado nutricional diagnosticado.	Cobertura ≤ 10% = 00 Cobertura de 11% ≤ 30% = 0,25 Cobertura de 31% ≤ 50% = 0,50 Cobertura de 51% ≤ 70% = 0,75 Cobertura de > 70% = 1,0	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0
Cobertura populacional da avaliação do consumo alimentar	Cobertura populacional de crianças com avaliação do consumo alimentar do estado nutricional	- Analisar a proporção de crianças com o consumo alimentar avaliado.	Cobertura ≤ 10% = 00 Cobertura de 11% ≤ 30% = 0,25 Cobertura de 31% ≤ 50% = 0,50 Cobertura de 51% ≤ 70% = 0,75 Cobertura de > 70% = 1,0	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0
	Cobertura populacional de adolescentes com avaliação do consumo alimentar do estado nutricional	- Analisar a proporção de adolescentes com o consumo alimentar avaliado.	Cobertura ≤ 10% = 00 Cobertura de 11% ≤ 30% = 0,25 Cobertura de 31% ≤ 50% = 0,50 Cobertura de 51% ≤ 70% = 0,75 Cobertura de > 70% = 1,0	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0
	Percentual de cobertura populacional de adultos com avaliação do consumo alimentar do estado nutricional	- Analisar a proporção de adultos com o consumo alimentar avaliado.	Cobertura ≤ 10% = 00 Cobertura de 11% ≤ 30% = 0,25 Cobertura de 31% ≤ 50% = 0,50 Cobertura de 51% ≤ 70% = 0,75 Cobertura de > 70% = 1,0	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0
	Percentual de cobertura populacional de pessoas idosas com avaliação do consumo alimentar do estado nutricional	- Analisar a proporção de pessoas idosas com o consumo alimentar avaliado.	Cobertura ≤ 10% = 00 Cobertura de 11% ≤ 30% = 0,25 Cobertura de 31% ≤ 50% = 0,50 Cobertura de 51% ≤ 70% = 0,75 Cobertura de > 70% = 1,0	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0
	Percentual de cobertura populacional de gestantes/nutriz com avaliação do consumo alimentar do estado nutricional	- Analisar a proporção de gestantes/nutriz com o consumo alimentar avaliado.	Cobertura ≤ 10% = 00 Cobertura de 11% ≤ 30% = 0,25 Cobertura de 31% ≤ 50% = 0,50 Cobertura de 51% ≤ 70% = 0,75 Cobertura de > 70% = 1,0	Análise de dados do SISVAN-WEB	1,0
SUBCOMPONENTE TÉCNICO TRATAMENTO					
DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO ACESSO					
SUBDIMENSÃO DISPONIBILIDADE					
Insumos	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível

Medicamentos	Disponibilidade de medicamentos	- Identificar na farmácia local se os medicamentos para diabetes e hipertensão estão disponíveis.	Disponível Sim, os dois medicamentos = 1,0 Sim, somente um medicamento = 0,5 Não = 0,0	- Observação direta; - Entrevista com profissionais da dispensação	1,0
SUBCOMPONENTE TÉCNICO TRATAMENTO					
DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO ACESSO					
SUBDIMENSÃO ADEQUAÇÃO					
Atividade	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Atendimento humanizado	Atendimento humanizado na UBS	Verificar práticas de acolhimento e assistência humanizadas pelos profissionais da ESF.	A Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2013) preconiza escuta qualificada, fim das filas, hierarquização de riscos e acesso aos demais níveis do sistema. Sim = 1,0; Não = 0,0	- Observação direta; - Entrevista com profissionais ESF e com usuários da UBS.	1,0
	Atendimento humanizado nos NASF	Verificar práticas de acolhimento e assistência humanizadas pelos profissionais do NASF.	Sim = 1,0 Não = 0,0	- Observação direta; - Entrevista com profissionais e com usuários do NASF.	1,0
	Atendimento humanizado na Academia da Saúde	Verificar práticas de acolhimento e assistência humanizadas pelos profissionais da Academia da Saúde.	Sim = 1,0 Não = 0,0	- Observação direta; - Entrevista com profissionais e com usuários da Academia da Saúde.	1,0
	Atendimento humanizado nos CAPS	Verificar práticas de acolhimento e assistência humanizadas pelos profissionais do CAPS.	Sim = 1,0 Não = 0,0	- Observação direta; - Entrevista com profissionais e usuários do CAPS	1,0
Acompanhamento nutricional	Avaliações subsequentes do estado nutricional	Identificar o acompanhamento nutricional das pessoas obesas, que devem estar com o registro atualizado.	Realiza e está atualizado = 1,0 Realiza, mas desatualizado = 0,5 Não realiza = -0,5	- Análise documental; - Entrevista com profissionais da ESF e NASF	1,0
Referenciamento e contra-referenciamento	Prática de referenciamento e contra-referenciamento de usuários	Verificar o referenciamento de usuários com obesidade da APS a serviços especializados (dentro ou fora do município) e o contra-referenciamento para a APS	Referencia Sim = 0,5 Não = 0,0 Contra-referencia Sim = 0,5 Não = 0,0	- Observação direta; - Análise documental; - Entrevista com profissionais da ESF e do Setor de Regulação.	1,0
SUBCOMPONENTE TÉCNICO PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS E DOENÇAS ASSOCIADAS					

DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO ACESSO					
SUBDIMENSÃO DISPONIBILIDADE					
Insumos	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Incentivo à alimentação saudável	Disponibilidade de material educativo de promoção da alimentação saudável	Identificar a disponibilidade de material de incentivo à aquisição, ao preparo e ao consumo de gêneros em ambientes alimentares saudáveis	Sim, contemplando ≥ 2 aspectos = 1,0 Sim, contemplando ≤ 1 aspecto = 0,5 Não = 0,0	- Entrevista com técnicos da ESF, da assistência social e educação	1,0
Promoção da alimentação infantil	Disponibilidade de material informativo sobre alimentação infantil	Identificar a disponibilidade de material informativo sobre aleitamento materno e da alimentação complementar oportuna	Sim, se sobre aleitamento materno e alimentação complementar = 1,0 Sim, se sobre um ou outro aspecto = 0,5 Se não disponível material educativo = 0,0		1,0
SUBCOMPONENTE TÉCNICO PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS E DOENÇAS ASSOCIADAS					
DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO ACESSO					
SUBDIMENSÃO ADEQUAÇÃO					
Atividade	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Integração das ações de saúde com serviços afins	Integração das ações de saúde em prol da SAN	Identificar práticas e/ou registros de ações integradas entre unidades de saúde, com a assistência psicossocial e com a educação na perspectiva do DHAA e da SAN.	Sim, entre os três serviços = 2,0 Sim, entre dois serviços = 1,0 Não = 0,0	- Análise documental; - Observação Direta; - Entrevista com técnicos da ESF (e assistência social e educação)?	2,0
Educação Alimentar e Nutricional (EAN) à luz do Guia Alimentar da População Brasileira	Realização de ações EAN	Identificar atividades de EAN à luz do Guia Alimentar da População Brasileira na UBS para todas as fases do ciclo da vida.	Realiza Sim e adequadas para crianças = 0,5 Não = 0,0 Sim e adequadas para adolescentes = 0,5 Não = 0,0 Sim e adequadas para pessoas adultas = 0,5 Não = 0,0 Sim e adequadas para pessoas idosas = 0,5 Não = 0,0	- Análise documental; - Observação Direta; - Entrevista com técnicos da ESF e assistência social e educação.	2,0
Práticas corporais e atividade física	Realização de práticas corporais e atividade física para os usuários	Identificar a realização de práticas corporais e atividade física para os ciclos da vida na UBS e no NASF.	Sim para crianças = 0,5 Não = 0,0 Sim para adolescentes = 0,5 Não = 0,0	- Observação Direta; - Entrevista com técnicos da ESF e NASF.	1,0

			Sim para pessoas adultas = 0,5 Não = 0,0 Sim para pessoas idosas = 0,5 Não = 0,0		
Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS)	Realização de PICS na UBS ou no NASF	Identificar a realização de PICS para os usuários pela equipe ESF ou do NASF.	Sim, realiza ≥ 2 PICS = 0,5 Sim, realiza 1 a 2 PICS = 0,25 Não realiza = 0,0	- Observação Direta; - Entrevista com técnicos da ESF.	0,5
SUBCOMPONENTE TÉCNICO <i>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS E DOENÇAS ASSOCIADAS</i>					
SUBDIMENSÃO <i>COBERTURA</i>					
Atividade	Critério/Indicador	Como medir	Parâmetro de Referência	Fonte de Verificação	Pontuação Máxima Possível
Cobertura populacional das ações de promoção da saúde	Percentual de cobertura populacional de pessoas participantes das ações de promoção da saúde.	- Analisar a proporção de pessoas atendidas na UBS presentes nas ações de promoção da saúde.	No mínimo duas ações em um ano: Cobertura $\leq 5\% = 0,0$ Cobertura de $5\% \leq 30\% = 0,25$ Cobertura de $31\% \leq 50\% = 0,50$ Cobertura de $51\% \leq 70\% = 0,25$ Cobertura de $> 70\% = 1,0$	- Análise documental; - Entrevista com técnicos da ESF. - Entrevista com usuários da UBS.	