

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Evelyne Florido Lobato Cavalcante

**Planejamento e coordenação de ações de alimentação e nutrição: enfrentamento do  
sobrepeso e da obesidade no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Evelyne Florido Lobato Cavalcante

**Planejamento e coordenação de ações de alimentação e nutrição: enfrentamento do  
sobrepeso e da obesidade no município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Helena Magalhães de Mendonça

Rio de Janeiro

2017

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

C376p Cavalcante, Evelyne Florido Lobato.  
Planejamento e coordenação de ações de alimentação e  
nutrição: enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no município  
do Rio de Janeiro / Evelyne Florido Lobato Cavalcante. -- 2017.  
206 f. ; il. color. ; mapas

Orientador: Francisco Javier Uribe Rivera.  
Coorientadora: Maria Helena Magalhães de Mendonça.  
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional  
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Obesidade. 2. Sobrepeso. 3. Planejamento em Saúde.  
4. Gestão em Saúde. 5. Atenção à Saúde. 6. Coordenação da Ação  
em Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.398098153

Evelyne Florido Lobato Cavalcante

**Planejamento e coordenação de ações de alimentação e nutrição: enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 29 de agosto 2017.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Maria Cerqueira Castro  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Nutrição

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciene Burlandy Campos de Alcântara  
Universidade Federal Fluminense – Faculdade de Nutrição

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Artmann  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Magalhães de Mendonça (Coorientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

A todos que acreditam e lutam pelo SUS.

## AGRADECIMENTOS

O momento dos agradecimentos é uma mescla de sentimentos envoltos na reflexão dos significados de todos os pequenos e grandes momentos que fizeram parte do curso de doutorado desde o seu processo seletivo em 2012 e início em 2013.

Foram muitas emoções, gravidez, quedas, torção de pé, cirurgia, mais torção de pé e fissura no outro, tendinites, ansiedade no nível máximo. Pessoalmente este foi o momento mais maravilhoso e difícil da minha vida. Mais uma daquelas contradições necessárias e que se complementam. Ser mãe sempre foi meu maior sonho e o Yan é o melhor presente que Deus poderia me oferecer, pois mostra o melhor e o pior de mim, me fazendo buscar caminhos e forças para me transformar sempre.

Não conheço um só colega que tenha trilhado este caminho acadêmico imune, pois as dificuldades se somam aos demais desafios da vida. Mas ao final, além de um grande alívio, a gratidão é o sentimento preponderante. Gratidão pela oportunidade, pelo aprendizado proporcionado pelos erros e acertos, pelas pessoas que convivemos e fizeram parte desta trajetória. Por isso, são tantos agradecimentos que não cabem apenas neste espaço.

À família e amigos, que muitas vezes não compreendiam o porquê de um processo tão demorado e de tamanha dedicação, mas mesmo assim cada um deles doou parte do seu tempo para ficar com o Yan, ouvir algumas lamentações, trazer uma palavra de incentivo ou orar e torcer para que terminasse logo.

À amiga Luciana Maldonado, que tive oportunidade de trabalhar desde o estágio no INAD em 2007 e me incentivou a ingressar no doutorado, perdendo, com isso, sua assessora na empreitada de grande desafio e aprendizado para nós na gestão do Departamento de Alimentação e Nutrição da PPC/UERJ, que foi muito facilitada pelo legado da também querida amiga Conceição Sintz.

A todos aqueles que contribuíram para a minha formação acadêmica e reforçaram a minha escolha pela Saúde Coletiva desde a graduação, nas monitorias, nos estágios, nas pesquisas, nas atividades docentes, nas disciplinas, nas rodas de conversa e grupos virtuais.

Aos meus orientadores, Javier e Maria Helena, que acolheram meu projeto, minhas ideias e compreenderam as dificuldades deste momento. Agradeço ao Javier por me receber como orientanda ao final de sua carreira na ENSP e compartilhar o referencial do planejamento em saúde. À Maria Helena, por tanto que fica difícil descrever, mas principalmente pelo apoio, conselhos e acolhimento de sempre, desde o mestrado.

Aos integrantes da banca, Beth, Fafá e Lu's – Luciana e Luciene – e aos suplentes Jorginete Damião e Juliano Lima pela generosidade em avaliar um projeto que reconheci inacabado e, mesmo assim, destacar os pontos positivos e contribuir com sugestões e inquietações que me mostraram que ele definitivamente não se esgota em si, mas, como diria a Maria Helena, ganhará novos significados pelo olhar dos seus leitores e nos seus desdobramentos.

À Thais Mesquita da Silva, bolsista PIBIC cedida pela Luciana, que gentilmente me auxiliou na árdua tarefa das transcrições.

À Ana Terra, minha amiguinha de sempre, que sempre me ajuda com as traduções para o inglês.

E, finalmente, gostaria de agradecer a todos os trabalhadores da SMS-RJ que aceitaram conversar, dividir suas reflexões e contribuir para este estudo.

*Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado  
mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele.*

FREIRE, 2011, p.52-53.



## RESUMO

A obesidade é considerada uma epidemia global com crescimento acelerado nas últimas décadas. Sua complexa rede de causalidades representa um desafio para o seu enfrentamento que, necessariamente, demanda ações intersetoriais. No âmbito do Sistema Único de Saúde, a necessidade de lidar com os objetos complexos que se apresentam no campo da Saúde Coletiva exige novos arranjos como a estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). O objetivo principal deste estudo é analisar os mecanismos de articulação e coordenação de ações de alimentação e nutrição voltadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro, na perspectiva da Produção Social da Saúde. Por meio de uma abordagem qualitativa, construída com a contribuição de vários autores, toma como base a compreensão comunicativa da coordenação e a interação entre os diferentes atores para o enfrentamento da problemática estudada. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com atores-chave, privilegiando o espaço da gestão central da APS na interlocução com a gestão territorial a partir de duas áreas de planejamento em saúde municipais; além da análise de documentos para a caracterização do contexto local e observação participante em diferentes reuniões. Para análise dos resultados utiliza-se a análise de discurso, compreendendo a linguagem como espaço social de debate e conflito. A análise dos dados permite inferir que a obesidade ainda precisa se legitimar enquanto problema social, não constituindo uma prioridade na agenda municipal de saúde, o que é apontado como principal limite à constituição de uma linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade no município do Rio de Janeiro. Observa-se uma polifonia no discurso dos diversos sujeitos quanto aos modos de compreensão do conceito e abordagem da obesidade, reconhecida como um problema de saúde pública, mas com baixo reconhecimento de sua dimensão social. A discussão e coordenação das ações em torno do problema obesidade ocorre de forma pulverizada e esporádica, apontando limites intrasetoriais da rede de atenção e promoção e baixa articulação intersetorial. As interações e vínculos estabelecidos entre os atores para a resolução de problemas relacionados ao cuidado da obesidade na RAS têm disparado redes de conversações e mecanismos de coordenação que podem oportunizar novos arranjos de governança e organização do cuidado.

Palavras-chave: Obesidade; Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Coordenação da ação em saúde.

## ABSTRACT

Obesity is considered a global epidemic that has been growing rapidly in the last decades. Its complex causalities net represents a challenge to its battling that necessarily demands intersectoral actions. Under the scope of the Unified Health System, the need to deal with complex objects that present themselves in the field of public health, requires new arrangements as the structuring of Health Care Networks (RAS). The main purpose of this study is to analyze the articulation mechanisms and coordination of food and nutrition actions aiming to fight overweight and obesity in Primary Health Care (PHC) at Rio de Janeiro taken from the perspective of Social Production of Health. Through a qualitative approach, built with the contribution of several authors, builds its groundwork on the communicative understanding of coordination and the interaction among different actors to face the problem studied. Semi-structured interviews with key stakeholders were held, focusing in the interlocution between central and territorial management from PHC from two distinct planning areas in city health; in addition to document analysis to characterize local context and observation present in different meetings. To analyze the results, we used the discourse analysis, understanding the speech as a social space for debate and conflict. Data analysis allows us to infer that obesity has yet to be legitimized as a social problem, not constituting a priority in the city's health agenda, which is appointed as the main barrier to the constitution of an overweight and obesity care line at Rio de Janeiro. We may observe a polyphony in the discourse of the various subjects and the ways of understanding the concept and approach of obesity, known as a matter of public health but with little knowledge of its social dimension. The discussion and coordination of actions regarding obesity occurs in pulverized ways and sporadically, pointing out intra sectoral limits of the service and promotion network along with low intersectoral articulation. Interactions and links established between the actors for the resolution of problems related to obesity care at RAS have triggered chains of discussion and coordination mechanisms that may create new arrangements of governance and care organization.

Key Words: Obesity; Health planning; Health Management; Health services network; Coordination of health action.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde .....	25
Figura 2 -	Compreensão comunicativa da inter-relação entre interdependência, coordenação e integração .....	59
Figura 3 -	Grupos prioritários identificados para a discussão atual da obesidade no município do Rio de Janeiro .....	77
Quadro 1 -	Características das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família nas Áreas de Planejamento 2.2 e 3.2 .....	28
Quadro 2 -	Níveis de reconhecimento na formação de redes.....	60
Quadro 3 -	Principais documentos que norteiam e apoiam ações de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no Brasil .....	67
Quadro 4 -	Atuação das organizações e representação dos atores interlocutores da pesquisa .....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP/AP's	Área/s de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAP	Coordenadoria(s) de Área(s) de Planejamento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CRE	Coordenadorias Regionais de Educação
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTI	Índice de Massa Corporal
IMC	Grupo de Trabalho Intersetorial
INAD	Instituto de Nutrição Annes Dias
LC	Linha de Cuidado
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais da Saúde
OTICS	Observatórios de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PACAS	Programa Academia Carioca da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família

PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PMAN	Política Municipal de Alimentação e Nutrição do Rio de Janeiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RT	Responsável técnico
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAP	Superintendência de Atenção Primária
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMASDH	Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro
SPS	Superintendência de Promoção da Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUBVISA	Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses
SUS	Sistema Único de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
2.1	OBJETIVO GERAL .....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
3	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	22
3.1	CENÁRIO DO ESTUDO: APROXIMAÇÕES COM O PANORAMA LOCAL .....	22
3.2	TRABALHO DE CAMPO E IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA.....	29
3.3	QUESTÕES ÉTICAS .....	33
3.4	ANÁLISE DOS DADOS .....	34
4	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	36
4.1	OBESIDADE NA PERSPECTIVA DA PRODUÇÃO SOCIAL .....	36
4.1.1	<b>O enfoque da promoção da saúde e os determinantes sociais.....</b>	36
4.1.2	<b>Perspectivas da produção social na interseção com a promoção da saúde .....</b>	40
4.1.3	<b>A construção social da obesidade e sua complexa rede de causalidades .....</b>	43
4.2	REGIONALIZAÇÃO E REDES COMO ALTERNATIVAS PROCESSUAIS PARA A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	50
4.2.1	<b>A teoria das redes e o desafio da coordenação .....</b>	53
4.2.2	<b>Organização de linhas de cuidado articuladas às necessidades de saúde da população .....</b>	60
4.3	POLÍTICAS E AÇÕES VOLTADAS AO ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE .....	63
5	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	71
5.1	IDENTIFICAÇÃO E PAPEL DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS NA PESQUISA .....	72
5.1.1	<b>Atores sociais envolvidos nas ações relacionadas ao sobrepeso e à</b>	

	<b>obesidade</b> .....	73
5.1.2	<b>Papel e atuação das organizações e interações entre os atores, programas e ações</b> .....	83
5.1.2.1	Interações devido aos programas .....	85
5.1.2.2	Interações intrasetoriais para coordenação de ações relacionadas à alimentação e nutrição .....	87
5.1.2.3	Interações com atores externos .....	90
5.1.3	<b>O papel do INAD enquanto área técnica de alimentação e nutrição ...</b>	97
5.2	<b>COORDENAÇÃO COMO ELEMENTO PARA CONSTITUIÇÃO DE REDES EM SAÚDE</b> .....	104
5.2.1	<b>Espaços de interação, comunicação e negociação</b> .....	112
5.3	<b>PERCEPÇÕES ACERCA DA OBESIDADE E SUA ABORDAGEM NA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO</b> .....	121
5.3.1	<b>Presença da obesidade como problema de saúde, baixo reconhecimento de sua dimensão social</b> .....	121
5.3.2	<b>Principais ações relacionadas ao sobrepeso e à obesidade no território</b> .....	135
5.3.3	<b>Imbricação dos constructos “obesidade” e “promoção da alimentação adequada e saudável”:</b> entre a especificidade da assistência à saúde e a articulação com a promoção da saúde para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição .....	145
5.4	<b>INTERAÇÕES E VÍNCULOS PARA A FORMAÇÃO DE UMA REDE DE MOBILIZAÇÃO DA DISCUSSÃO DA OBESIDADE</b> .....	158
5.5	<b>CONSTITUIÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO PARA O ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE: PERCEPÇÕES DOS LIMITES E POTENCIALIDADES DO PONTO DE VISTA MUNICIPAL</b> .....	171
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	180
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	188
	<b>ANEXO A – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> .....	199
	<b>ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS (20 A 60 ANOS)</b> .....	200

<b>ANEXO C – ESTRUTURA BÁSICA ATUAL DA SUBPAV, SAP E SPS .....</b>	<b>201</b>
<b>ANEXO D – ESTRUTURA E COMPETÊNCIAS DO INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS (INAD) .....</b>	<b>202</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>203</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>205</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um problema de saúde pública com magnitude no Brasil e no mundo, atingindo países desenvolvidos e em desenvolvimento (OPAS, 2016; BRASIL, 2006a).

A situação de saúde brasileira é marcada por acelerada transição demográfica e epidemiológica convivendo com uma situação de tripla carga de doenças, pois envolve ao mesmo tempo o forte crescimento das causas externas; a permanência de doenças infecciosas, desnutrição e carências nutricionais, além de problemas de saúde reprodutiva; e o desafio de enfrentar a forte predominância das doenças crônicas e de seus fatores de risco (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam uma das principais fontes de carga de doença, e dados mostram que 72% das mortes ocorridas em 2007 foram a elas atribuídas (SCHMIDT et al., 2011).

Nos últimos anos, o Brasil e a América Latina registraram avanços significativos na luta contra a fome e a pobreza, mas mesmo que ainda pese a necessidade de investimentos em relação à desnutrição, é alarmante o aumento acelerado da prevalência de excesso de peso – sobrepeso e obesidade (OPAS, 2016; CAISAN, 2017).

Esta alta prevalência é expressão das mudanças ocorridas nos modos de se alimentar e de viver no mundo, o que reforça sua compreensão como um problema social que demanda abordagens que aproximem as fronteiras disciplinares e setoriais (CAISAN, 2014).

O incremento da obesidade traz impactos sanitários e econômicos, associado a maior carga de doenças e redução na qualidade de vida, representando um desafio para a saúde pública e para a organização de ações de prevenção e tratamento deste problema (BRASIL, 2006a, 2014a).

A obesidade é simultaneamente considerada uma doença e um fator de risco para outras DCNT. O seu diagnóstico<sup>1</sup> em adultos é realizado de acordo com o índice de massa corporal (IMC), estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em Kg/m<sup>2</sup>, com especificidades para outras fases do curso da vida como crianças,

---

<sup>1</sup> O Anexo A apresenta os pontos de corte para diagnóstico nutricional estabelecidos para adultos segundo a Organização Mundial da Saúde.

adolescentes, gestantes e idosos<sup>2</sup> (BRASIL, 2014b). O aumento do IMC está associado e constitui fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, dislipidemias, doenças músculo esqueléticas e alguns tipos de câncer (WHO, 2014).

Segundo avaliação temporal do estado nutricional da população a partir de quatro inquéritos realizados pelo IBGE no período de 1974 a 2009 – a Pesquisa de Orçamentos Familiares com duas edições (POF 2008-2009 e POF 2002-2003), a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN 1989) e o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF 1974-1975) – a prevalência de excesso de peso em adultos aumentou consideravelmente, registrando um incremento de quase três vezes no sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e de quase duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 48,0%). A prevalência de obesidade segue a mesma direção com um aumento de mais de quatro vezes entre homens (de 2,8% para 12,4%) e de mais de duas vezes entre mulheres (de 8,0% para 16,9%) (IBGE, 2010).

A fim de monitorar a frequência, distribuição e evolução dos principais fatores que determinam as DCNT, e monitorar as ações do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil no período de 2011 a 2022, o Ministério da Saúde implantou o inquérito telefônico Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, realizado anualmente desde 2006 nas 26 capitais e no Distrito Federal.

De acordo com dados do Vigitel 2016, a frequência de excesso de peso foi de 53,8% no conjunto das 27 cidades, sendo maior entre homens (57,7%) do que entre mulheres (50,5%). No Rio de Janeiro, esta frequência foi de 55,8%, sendo maior no sexo masculino 59,8%, enquanto no sexo feminino registrou-se 52,4%. Em relação à obesidade apenas, o registro foi de 18,9% no conjunto das 27 cidades, apresentando uma frequência de 20,9% no município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2017a).

O enfrentamento de um cenário epidemiológico em transição no país e o reconhecimento dos determinantes sociais sobre a saúde e a doença impõem a necessidade de articular estratégias que busquem superar a histórica fragmentação do cuidado, o modelo de atenção voltado às condições agudas e a inadequada coordenação entre os serviços (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

---

<sup>2</sup> Os critérios de classificação do estado nutricional nas diferentes fases do ciclo da vida devem seguir as referências do SISVAN, contidas no Caderno de Atenção Básica n.38, do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://editora.saude.gov.br/epub/cadernos-de-atencao-basica-n-38-estrategias-para-o-cuidado-da-pessoa-com-doenca-cronica-obesidade>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

Para Mendes (2011), a reorganização da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) implica o restabelecimento da coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças em um sistema integrado de saúde que equilibre a atenção às condições agudas e crônicas, tipologia que o autor prefere para fugir da concepção convencional de doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis.

A fim de consolidar um sistema de saúde que seja capaz de atender às necessidades de saúde da população, individual e coletivamente, outras estratégias de organização vêm sendo incorporadas aos processos de planejamento, gestão e implementação das políticas, programas e ações de saúde, ressaltando a necessidade de pensá-los territorial e intersetorialmente.

A necessidade de lidar com os objetos complexos que se apresentam no campo da Saúde Coletiva no âmbito do SUS induz novos arranjos como a opção pela estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2010). Tal fenômeno, operacionalizado nas últimas décadas, destaca o papel da coordenação frente às interdependências entre os diversos atores envolvidos na situação, que envolve subjetividades em diversos contextos de produção do cuidado em saúde, seja na gestão ou na operacionalização das ações que abarcam as relações e os processos de trabalho (MATUS, 1996; LIMA, 2008; KUSCHNIR et al., 2010).

O desenvolvimento e a implantação das RAS e das linhas de cuidado buscam responder a essa demanda de reorganização da atenção e integralidade do cuidado, visando atender as necessidades de saúde e promover a integralidade da atenção e a qualidade de vida da população.

No âmbito da macropolítica convergem o SUS e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com abordagens diferenciadas para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, mas que através da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) propõem medidas para o setor saúde, mas também para outros setores e instâncias de governança intersetorial.

Neste sentido, diversos instrumentos vêm sendo produzidos para o enfrentamento do problema obesidade como o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011a) no âmbito do SUS e a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (CAISAN, 2014) no âmbito da CAISAN.

Com base nestes documentos, o Ministério da Saúde vem buscando induzir a conformação de uma linha de cuidado da obesidade no nível local, onde a prevenção e o tratamento do excesso de peso constituem uma linha de cuidado prioritária na RAS das pessoas com doenças crônicas no SUS (BRASIL, 2011a, 2013a, 2013b, 2014c).

Contudo, no nível local tende-se a observar pouca interface com a Segurança Alimentar e Nutricional e a dificuldade de operacionalizar as ações no nível local, onde se percebe a convergência de programas e ações pontuais e a dificuldade de articulação e coordenação sistêmica e do cuidado em saúde, ainda muito frágil no aspecto estrutural e de gestão e planejamento.

Desta maneira, a diretriz de coordenação apresenta-se como um instrumento para analisar as ações de saúde, tendo como prioritária a análise das relações que se estabelecem entre as instituições e atores diversos e que constituem as redes de saúde de determinado território.

Este projeto analisa os mecanismos de articulação e coordenação de ações de alimentação e nutrição voltadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade na APS do município do Rio de Janeiro, na perspectiva da Produção Social da Saúde, corroborando com a proposta do SUS enquanto processo social em construção (MENDES, 1999).

Privilegia o espaço da gestão da APS em interlocução com a gestão territorial, por ser esta a coordenadora do cuidado em saúde. A obesidade é considerada uma demanda emergente para a APS por se constituir uma doença crônica e pelo excesso de peso estar associado a outras doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer (BRASIL, 2017b).

Destaca-se o pressuposto de que a problematização da obesidade não orienta as ações e o planejamento do sistema de saúde para o seu enfrentamento, mas representa uma causa de enfermidades relegada muitas vezes a segundo plano, e que pela complexidade envolvida na sua causalidade, os serviços e ações de saúde encontram dificuldades para organizar, implantar e coordenar ações eficazes e abrangentes.

Por meio de uma abordagem qualitativa, construída com a contribuição de vários autores, este estudo toma como base a compreensão comunicativa da coordenação e a interação entre os diferentes atores para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

A partir de uma abordagem complexa da obesidade procura articular o referencial teórico do planejamento, da promoção da saúde e da coordenação de redes

ao objeto de estudo – sobrepeso e obesidade, a fim de discutir seu enfrentamento no nível local de saúde.

O referencial teórico está dividido em três capítulos que norteiam estes conceitos e apoiaram a condução e discussão do trabalho. No primeiro capítulo, procura-se problematizar a obesidade como problema de saúde pública e sua construção e dimensão social, com destaque para a complexidade que envolve sua configuração e rede de causalidades, situando-a na perspectiva da Produção Social e da Promoção da Saúde. Articula, ainda, o papel dos determinantes sociais e o reconhecimento da limitação das escolhas individuais em uma perspectiva ampliada da promoção da saúde pensando no recorte do problema obesidade.

O segundo capítulo traz uma discussão sistêmica do âmbito institucional relacionada aos conceitos de regionalização e coordenação de redes, os modos de interação entre os diversos atores, bem como a organização de linhas de cuidado articuladas às necessidades de saúde da população.

O terceiro capítulo aborda aspectos político-institucionais e operacionais relacionados às ações de alimentação e nutrição, particularmente aquelas orientadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

A análise dos dados apontou alguns limites e potencialidades na perspectiva municipal para a construção de redes e para a coordenação das ações de enfrentamento do excesso de peso, considerando a singularidade do município do Rio de Janeiro em contar com uma área técnica de alimentação e nutrição<sup>3</sup> (ATAN) e as mudanças ocorridas no modelo de atenção com a reestruturação da SMS-RJ e ampliação da APS a partir de 2009 e o impacto das trocas governamentais para o planejamento das ações observados no período temporal de realização da pesquisa.

---

<sup>3</sup> A autora deste projeto participou do programa de estágio não obrigatório da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Acadêmico Bolsista, no ano de 2007, alocada na ATAN municipal, o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os mecanismos de articulação e coordenação de ações de alimentação e nutrição voltadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro, na perspectiva da Produção Social da Saúde.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os modos de coordenação de ações de alimentação e nutrição relacionados ao sobrepeso e à obesidade e sua organização no nível local;
- Identificar as relações e interlocuções estabelecidas entre atores, políticas e programas no processo de planejamento e implementação destas ações no município e, mais especificamente, em duas de suas áreas de planejamento em saúde;
- Compreender as lógicas que orientam as agendas locais para o tema da alimentação e nutrição e, particularmente, para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade;
- Apontar os desafios para a organização de estratégias de enfrentamento desta problemática no município do Rio de Janeiro.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

#### 3.1 CENÁRIO DO ESTUDO: APROXIMAÇÕES COM O PANORAMA LOCAL

A pesquisa foi realizada com foco na Atenção Primária à Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro, priorizando o espaço da gestão central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) a partir das interações que se estabelecem no processo de coordenação das ações de alimentação e nutrição voltadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

A fim de uma melhor compreensão do cenário do estudo, são traçadas algumas aproximações com o panorama do sistema de saúde do município do Rio de Janeiro, e das instituições ou serviços relacionados ao tema da alimentação e nutrição e da obesidade.

O município do Rio de Janeiro constitui um grande centro urbano situado em uma região metropolitana que concentra diversos municípios geograficamente próximos, o que exige a pactuação entre os gestores e a organização dos serviços de saúde. Diversos fatores o centralizam na região de saúde intermunicipal como a concentração de serviços de média e, principalmente, de alta densidade tecnológica e, no âmbito intramunicipal, por sua densidade populacional e diverso espaço geográfico (BRASIL, 2005).

Segundo o Censo de 2010 tem população residente de 6.320.446 pessoas e extensa área geográfica de 1.224Km<sup>2</sup>. Convive com disparidades referentes à distribuição e utilização dos recursos, inclusive dos serviços de saúde. A extensão e heterogeneidade do território faz com que este seja organizado por áreas de planejamento onde são definidas estratégias para a organização de setores como saúde, educação e assistência social no município, apesar de destoarem as subdivisões entre estes setores. (BRASIL, 2005; PCRJ, 2013a)

Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) se organiza por dez Áreas de Planejamento (AP) com estrutura gerencial para condução dos serviços e ações de saúde nos territórios, denominadas Coordenações de Áreas de Planejamento ou Áreas Programáticas, e aparece em documentos mais recentes da SMS-RJ como

Coordenadoria de Atenção Primária (CAP). (BRASIL, 2005; PCRJ, 2008; PCRJ, 2013a).

Entretanto, a organização do sistema de saúde no município do Rio de Janeiro e Região Metropolitana apresenta uma insuficiência da rede básica de saúde e não apenas dos serviços de média e alta complexidade. Essa dificuldade e escassez de investimento na atenção básica em saúde foi reforçada por muito tempo e evidenciada pela baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2005).

A implantação e difusão da ESF, estratégia central para a reorganização da atenção básica no âmbito nacional, constitui um desafio nos grandes centros urbanos, considerando a elevada densidade populacional, as iniquidades territoriais, a insuficiência da atenção básica e a fragmentação dos serviços de forma geral. (BRASIL, 2005; GIOVANELLA et al., 2009).

Este cenário, aliado ao aumento das doenças crônicas que demandam acesso frequente aos serviços de saúde, têm exigido a constituição de redes de atenção à saúde onde a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado (BOUSQUAT et al., 2017).

O município do Rio de Janeiro fez alguns movimentos para ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas o predomínio de uma atenção básica tradicional superava esse esforço. Em 2003, o município assinou convênio com o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), instituído pelo Ministério da Saúde para os municípios com mais de 100.000 habitantes (BRASIL, 2005; PCRJ, 2008), mas essa situação só se modifica de fato com a mudança de gestão, em 2009, e sua continuidade até 2016.

De acordo com Soranz et al. (2016), em 2008, o município do Rio de Janeiro apresentava baixa capacidade de ampliação da atenção básica, com o menor financiamento municipal dentre as capitais do país. Com a mudança de gestão em 2009, o município optou pelo investimento no modelo de atenção da Atenção Primária à Saúde (APS), centrado na ESF.

A APS no município apresentou grande expansão nos últimos anos, saindo de 3,5% de cobertura da ESF em 2008 para 70% ao final de 2016, a partir da implantação de Clínicas da Família e aumento do número de equipes de Saúde da Família, contando atualmente com 1287 equipes e 451 equipes de saúde bucal nas 225 Unidades de Atenção Primária (PCRJ, 2013b; 2017).



A rede de serviços de saúde municipal é classificada de acordo com o perfil de atendimento, apresentando uma composição de Atenção Primária com Centros Municipais de Saúde (CMS) e Clínicas da Família (CF); a Atenção secundária é composta por Policlínicas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e Centros de Reabilitação; e a Atenção terciária conta com Maternidades, Hospitais e Institutos (PCRJ, 2013a, 2016).

As unidades da Atenção Primária em Saúde (APS) do município são classificadas em: unidades tipo A, onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família; unidades tipo B, que são unidades mistas onde somente parte do território é coberto pela ESF; e unidades tipo C, que ainda não contam com equipe de saúde da família, mas atuam com território de referência definido (PCRJ, 2013a; 2016).

A expansão da ESF no município do Rio de Janeiro foi iniciada em áreas de vazio assistencial com a priorização de bairros mais carentes da cidade (PCRJ, 2013b), convivendo com as unidades de saúde tradicionais em busca de uma mudança do modelo de atenção à saúde, que é gradual e expõe as rugosidades das diversas acumulações de equipamentos, ações e profissionais com vínculos empregatícios diversos quando passa a vigorar o modelo de gestão com as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

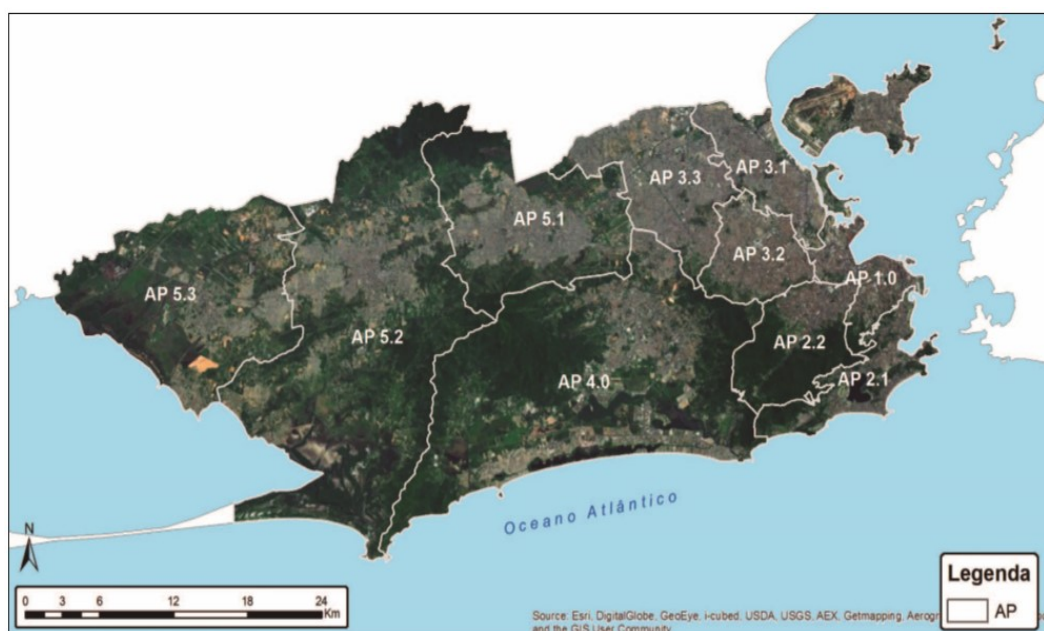
Um cenário nacional de crise econômica e incoerência entre a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, com necessidade de expansão da APS e a restrição da incorporação de profissionais, levou vários municípios a firmarem parcerias por meio de contratos de gestão com as OSS, entidades do terceiro setor regulamentadas pela Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, mas com versões locais de implementação. (COSTA e SILVA et al., 2016)

O município do Rio de Janeiro estabeleceu esta parceria para expansão do acesso aos serviços de saúde mediante contratos de gestão firmados entre a SMS-RJ e as OSS para cada uma das áreas de planejamento em saúde. Deste modo, o gerenciamento e a execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito das Coordenadorias de Área de Planejamento (CAP) são compartilhados com as OSS de cada uma delas, com discriminação de objetivos e metas a serem alcançados. (PCRJ, 2010; COSTA e SILVA et al., 2016)

Este estudo priorizou o espaço da gestão central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), especialmente a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e

Vigilância em Saúde (SUBPAV) na interlocução com duas Áreas de Planejamento – AP2.2 e AP3.2, que denotam certa diversidade de territórios, a fim de compreender as dinâmicas de articulação entre os atores e organizações para a coordenação do cuidado relacionado ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade. A figura 1 apresenta um mapa com as áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro.

**Figura 1 – Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde**



Fonte: PCRJ, 2013a.

A escolha por estas duas áreas específicas justifica-se pela proximidade geográfica, o que permite traçar interações e possibilidades de atuação regional com arranjos e parcerias, já que os espaços geográficos são dinâmicos. Além disso, atores-chave sinalizaram diferenças na composição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e modos de condução das ações de alimentação e nutrição nestas duas AP's.

Justifica-se ainda pela atuação profissional da pesquisadora em uma Policlínica estadual pertencente à Universidade do Estado do Rio de Janeiro que se encontra na fronteira de recorte destas duas áreas de planejamento – a Policlínica Piquet Carneiro (PPC/UERJ) – por um período de dois anos, momento em que este projeto começou a ser desenhado para ingresso no curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

Esta atuação no âmbito da gestão buscava assessorar a Coordenação do Departamento de Alimentação e Nutrição da PPC/UERJ na organização das ações e serviços de alimentação e nutrição da unidade.

Devido à estruturação de uma equipe de referência para o cuidado aos transtornos alimentares, foram iniciadas, àquela época ainda de forma não regulada pelo sistema de regulação disponibilizado pelo Ministério da Saúde – o SISREG, articulações que visavam estabelecer fluxos de encaminhamento das unidades da AP2.2 para o Núcleo de Assistência e Pesquisa em Transtornos Alimentares (NAPTA/PPC/UERJ).

O contato com a AP2.2 se deu pelas aproximações que já ocorriam entre a UERJ e esta área para a organização da saúde mental, apesar de reconhecer que grande parte dos usuários desta Policlínica eram oriundos da AP3.2, devido ao fluxo viário mais facilitado aos bairros que compõem esta área de planejamento.

As duas AP's selecionadas são muito heterogêneas, em função da história e evolução da ocupação do território. Apesar de ambas comporem a Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, a AP2.2 apresenta um perfil semelhante à AP2.1, Zona Sul da cidade, com alta concentração de idosos. A AP3.2, junto com a AP3.1 e a AP3.3, caracterizam a área mais populosa da cidade, concentrando metade dos moradores que vivem em favela no município. (SMS, 2013)

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) contratadas para as duas AP's são diferentes, sendo o Instituto Gnosis na AP2.2; e a Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) na AP3.2.

Segundo as informações das plataformas digitais da Prefeitura<sup>4</sup>, a AP2.2 é composta por apenas 7 bairros, abrangendo 371.120 mil habitantes, de acordo com o censo de 2010. Conta com 1 policlínica e 9 unidades de APS, sendo 5 CMS tradicionais e 2 CMS com equipes de ESF, além de 2 Clínicas da Família. A Região de Planejamento 2.2 – Tijuca, compreende os seguintes bairros: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú.

A AP3.2 apresenta uma população de 569.970 habitantes, segundo censo de 2010. Conta com 1 Policlínica e 23 unidades de APS, sendo 10 CMS e 13 Clínicas da Família, 9 destas implantadas em 2011. A AP3.2 Integra a Região de Planejamento 3.2 – Méier, que compreende os bairros: Jacaré, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo,

---

<sup>4</sup> As plataformas digitais foram acessadas nos seguintes endereços eletrônicos: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>>; <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>>; <<https://subpav.org>>.

Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares e Jacarezinho.

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de 39,04% na AP2.2, e de 71,42% na AP3.2<sup>5</sup>.

As Clínicas da Família possuem uma equipe multidisciplinar com: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de vigilância em saúde, dentistas, auxiliar de saúde bucal, técnicos de saúde bucal. (PCRJ, 2016)

Com a recente expansão da ESF no município foram estruturados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, além do aumento da resolubilidade, contando com 77 equipes em todo o município. (BRASIL, 2011b; PCRJ, 2013)

O município do Rio de Janeiro adotou a modalidade de NASF 1<sup>6</sup> e a composição das equipes é definida pelos gestores de cada Área de Planejamento (AP). Dentre as ocupações que podem compor a equipe de NASF está incluído o nutricionista.

A diferença na composição dos NASF nas duas AP's, indicada por atores-chave, foi uma das motivações para escolha destas áreas. O quadro 1 mostra as características das equipes NASF nas duas AP's selecionadas.

A AP2.2 apresenta 3 equipes NASF com uma composição mais voltada para a saúde mental e tem duas nutricionistas que atuam em unidades como modelo de atenção básica tradicional, mas estão registradas como NASF, apresentando alguma dificuldade para incorporação de novas práticas.

A AP3.2 conta atualmente com 8 equipes NASF e 8 nutricionistas, das quais 3 nutricionistas estão atuando desde a implantação dos núcleos na área, há cerca de cinco anos, contribuindo para o processo de construção deste modelo.

---

<sup>5</sup> Dados disponíveis na plataforma digital da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) as Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://subpav.org/>>. Acesso em 10 out. 2017.

<sup>6</sup> Os NASF podem ser organizados em duas modalidades: NASF 1 ou NASF 2, de acordo com a escolha dos gestores municipais, bem como a composição das equipes multiprofissionais que o integram. As ocupações que podem compor as equipes do NASF são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011b).

**Quadro 1 – Características das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família nas Áreas de Planejamento 2.2 e 3.2**

Área de Planejamento	Nº de equipes NASF	Nome	Data de ativação	Composição da equipe
AP 2.2	3	NASF 2.2 - Tijuca 1 - Heitor Beltrão	01/06/2011	Médico clínico, assistente social (2)*, nutricionista (2)*, médico psiquiatra, psicólogo clínico.
		NASF 2.2 - Tijuca 2 - Hélio Pelegrino	09/09/2014	Psicólogo clínico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta geral, profissional de educação física na saúde, médico ginecologista e obstetra, psicólogo clínico.
		NASF 2.2 - Tijuca 3 - Maria Augusta Estrella	24/09/2014	Psicólogo clínico (2)*, médico psiquiatra, fisioterapeuta geral, médico clínico (2)*, profissional de educação física na saúde.
AP 3.2	8	NASF 3.2 Antenor Nascentes	01/06/2015	Sanitarista, fisioterapeuta geral, profissional de educação física na saúde (2)*, nutricionista, psicólogo clínico.
		NASF 3.2 Herbert José de Souza	01/06/2015	Psicólogo clínico, médico psiquiatra, médico pediatra, profissional de educação física na saúde, nutricionista, profissional de educação física na saúde, fisioterapeuta geral
		NASF 3.2 Anna Nery	08/04/2012	Médico psiquiatra, nutricionista, profissional de educação física na saúde, fisioterapeuta geral (2)*, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, psicólogo clínico
		NASF 3.2 Emygdio Alves Costa Filho	16/04/2011	Fisioterapeuta geral, médico psiquiatra, profissional de educação física na saúde (2)*, psicólogo clínico, médico pediatra, assistente social.
		NASF 3.2 CB Edney Canazaro	08/04/2012	Profissional de educação física na saúde (2)*, fisioterapeuta geral, médico pediatra, terapeuta ocupacional, médico ginecologista e obstetra, nutricionista, psicólogo clínico.
		NASF 3.2 Anthídio Dias Silveira	01/07/2012	Fisioterapeuta geral, psicólogo clínico, nutricionista, profissional de educação física na saúde (3), médico pediatra.
		NASF 3.2 Bibi Vogel	16/04/2011	Psicólogo clínico, fisioterapeuta geral, profissional de educação física na saúde (2)*, médico psiquiatra, nutricionista.
		NASF 3.2 Rodolpho Rocco	16/04/2011	Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta geral, psicólogo clínico, profissional de educação física na saúde (2)*, nutricionista, médico psiquiatra, assistente social.

Fonte: Baseado nas informações do CNES. Acesso em 10 out. 2017.

\* Foi indicado entre parênteses o quantitativo de profissionais da mesma especialidade quando este foi maior que um.

### 3.2 TRABALHO DE CAMPO E IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Foram analisados documentos, informações e publicações disponíveis nas plataformas digitais da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro<sup>7</sup> para a caracterização do contexto local e realizadas entrevistas com atores-chave, além da técnica de observação participante em reuniões e preenchimento de diário de campo com as observações da pesquisadora conforme o andamento da pesquisa.

Como os mecanismos de articulação e coordenação das ações relacionadas ao enfrentamento da obesidade compreendem o principal objeto deste trabalho, ganha importância a identificação de lideranças e mediadores que atuam no jogo social, a fim de compreender uma situação ou realidade, entendendo que as relações interorganizacionais se dão fundamentalmente a partir de relações pessoais (LIMA, 2008).

Deste modo, foram identificados inicialmente os principais interlocutores que poderiam estar envolvidos de alguma maneira nas ações relacionadas à alimentação e nutrição e, mais especificamente, ao excesso de peso, desenvolvidas no município do Rio de Janeiro, de acordo com o organograma da SMS-RJ, privilegiando o espaço da gestão da APS. Atores-chave foram previamente entrevistados e indicaram os sujeitos que interagiam em uma perspectiva de configuração de redes para a discussão ou organização de ações para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no município.

A pesquisa não propôs e nem poderia esgotar todas as possibilidades de articulações referentes a este tema mesmo dentro do equipamento público. Deste modo, ainda que a problemática em questão exija uma atuação intersetorial e a integração entre os serviços de saúde, a pesquisa tem foco na APS como coordenadora do cuidado, sem desconsiderar que o manejo da obesidade implica níveis de densidade tecnológica diferenciados e fundamentais na estruturação de uma linha de cuidado.

As entrevistas se concentraram, portanto, na tríade de instituições pensada previamente, que também compuseram prioritariamente as indicações dos sujeitos de pesquisa, que foram: a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), com representantes de duas de suas Superintendências – Superintendência de Atenção Primária (SAP) e Superintendência de Promoção da Saúde

---

<sup>7</sup> As plataformas digitais foram acessadas nos seguintes endereços eletrônicos: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>; <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>; <https://subpav.org>

(SPS); o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD) por constituir uma área técnica de alimentação e nutrição; e as áreas de planejamento selecionadas – AP2.2 e AP3.2.

Apesar de outras subsecretarias da SMS-RJ também dialogarem para a gestão do cuidado da obesidade, o estudo priorizou a SUBPAV por constituir o principal interlocutor com as áreas de planejamento e nortear os processos de organização e coordenação do cuidado em saúde.

Parte da atenção secundária também é organizada no âmbito da SUBPAV a partir das Policlínicas e ambulatórios de CMS, apesar de os hospitais manterem alguns ambulatórios de especialidades, coordenados pela Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE).

O INAD, que permaneceu nesta secretaria até 2014, quando passou a compor o quadro da Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (SUBVISA), ainda se mantém como órgão responsável pelas ações de alimentação e nutrição no município, o que também o configura como um interlocutor importante para a pesquisa. Alguns gestores da SUBPAV quando convidados a participar da entrevista, indicaram o INAD como um melhor interlocutor para contribuir para o tema desta pesquisa. O Anexo B mostra o organograma da SUBPAV em 2008 e em 2009, após iniciado o processo de expansão da APS, quando o INAD passa a compor a Superintendência de Promoção da Saúde (SPS/SUBPAV) até sua vinculação à SUBVISA. Estas mudanças e suas implicações são discutidas ao longo deste trabalho.

Foram entrevistados sujeitos de instituições e serviços que supostamente interagem ou poderiam interagir, a partir da coordenação de ações e da comunicação entre os seus participantes, para o desenvolvimento de ações relacionadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, com enfoque no espaço da gestão da APS.

Tendo a coordenação como chave para a organização de um cuidado integral e resolutivo, priorizou-se o contato com os sujeitos envolvidos mais diretamente às atividades de gestão em seus diferentes níveis. Para este estudo, todos os interlocutores foram considerados gestores, mesmo que em diferentes inserções na estrutura organizacional (superintendente, coordenador de área programática, gerente e diretor técnicos), por comporem uma atuação no âmbito da gestão e não da execução dos serviços nas unidades de saúde, à exceção de duas nutricionistas do NASF de uma das áreas de planejamento selecionadas.

Para as entrevistas, foi solicitada a participação de pelo menos um representante de cada uma das coordenações da SUBPAV, não necessariamente o seu coordenador. Algumas coordenações preferiram realizar entrevistas conjuntas, contando com mais de um profissional que compõe a equipe de gestão.

Como foram muito sinalizados os três Centros de Referência em Obesidade<sup>8</sup> (CRO), que hoje estão localizados nas AP's 3.1 e 3.3, e também por indicação dos atores-chave foram convidados os coordenadores destas áreas para a entrevista, mas apenas um deles retornou ao contato e aceitou a participação.

Foram realizadas 9 entrevistas com gestores da SUBPAV, sendo 5 da SPS e 4 da SAP; 5 entrevistas com gestores do INAD, um deles atualmente vinculado apenas à UERJ, mas que atuou no INAD anteriormente; 3 entrevistas com gestores das duas AP's selecionadas – sendo o coordenador da área, o responsável pelo NASF, e um profissional envolvido no acompanhamento das ações de alimentação e nutrição ou relacionadas ao enfrentamento do excesso de peso; além de um coordenador de uma AP com CRO e nutricionistas do NASF da AP3.2, totalizando 19 entrevistas e 23 sujeitos de pesquisa, já que algumas foram realizadas em conjunto com um ou mais membros da equipe.

As entrevistas totalizaram 22 horas de áudio, cada uma com duração média de uma hora e quinze minutos.

Dos sujeitos de pesquisa, 12 tem formação em Nutrição, alguns também com formação em saúde pública e vinculados ao setor público como sanitaristas; 4 possuem formação em Medicina; 2 em Enfermagem; 3 em Psicologia e 2 em Odontologia.

Alguns atores foram previamente selecionados para a entrevista e o caminhar da pesquisa foi apontando aqueles que configuram uma possível rede de conversações para o planejamento, desenvolvimento e coordenação das ações relacionadas à obesidade no nível local, e direcionando as entrevistas a partir da identificação das interações estabelecidas no cotidiano ou da potencialidade da relação para futuras ações relativas ao tema de acordo com a indicação dos sujeitos.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, que serviu de base para uma “conversa com finalidade”, buscando reduzir as distâncias entrevistador-entrevistado, a

---

<sup>8</sup> Os Centros de Referência em Obesidade são serviços municipais para acompanhamento de indivíduos com obesidade grau III implantados a partir de 2011 na perspectiva de expansão para as dez áreas de planejamento (AP) em saúde, mas foram implantadas apenas três unidades distribuídas em duas AP's (AP3.1 e AP3.3).



fim de compreender as relações e aprofundar o nível de informações quanto ao ponto de vista dos atores sociais entrevistados, a partir das unidades de fala e escuta. (MINAYO, 1999, 2008)

O roteiro para a entrevista permitiu a flexibilidade desta, buscando que o entrevistado discorresse sobre o assunto, enquanto a entrevistadora guiava a conversa aos indicadores necessários para o desenvolvimento do estudo em busca de uma narrativa da vivência dos sujeitos. (MINAYO, 1999, 2008)

Foi também utilizada a técnica de observação participante em 7 reuniões, o que auxiliou a compreensão do contexto de relações entre os atores sociais e algumas escolhas colocadas em pauta. Foram observadas: 1 reunião com gerentes e responsáveis técnicos de unidades de saúde das duas AP's selecionadas – AP2.2 e da AP3.2; 3 rodas de conversa com nutricionistas da rede de serviços de saúde e 1 grupo de trabalho com nutricionistas do NASF, organizados pelo INAD; além de 1 reunião de equipe com profissionais dos três Centros de Referência em Obesidade (CRO).

O trabalho de campo ocorreu entre os meses de dezembro de 2016 e junho de 2017. Algumas dificuldades se colocaram a este processo, entre elas o momento de entrada coincidir com a troca de governo municipal, o que pode ter prejudicado o contato com alguns dos sujeitos convidados a participar da pesquisa. Por outro lado, expôs uma fragilidade organizacional própria dos momentos de transição que compõem a realidade local a cada troca de governo e permitiu observar o processo de adaptação do novo governo a partir das conversações entre os sujeitos nas reuniões e entrevistas realizadas ao final do trabalho de campo e ao longo do primeiro semestre da gestão atual da SMS-RJ.

Durante a realização das entrevistas os sujeitos sinalizavam as trocas de alguns gestores e suas expectativas e apreensões quanto ao futuro das ações e a condução do processo de trabalho, demarcando fortemente este período de transição e adaptação governamental nos discursos.

Finalmente, um acidente com a pesquisadora e seu posterior período de recuperação impossibilitou o acompanhamento de algumas reuniões do cotidiano das áreas de planejamento, que auxiliariam no aprofundamento da dinâmica de gestão oriunda da interlocução entre a CAP e os gerentes de unidades de saúde e provocou o adiamento de algumas entrevistas e conversas.

### 3.3 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi realizado segundo a resolução brasileira sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução CNS nº 466/2012) e submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e também da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Após a aprovação dos CEP foi necessário entrar em contato com os Centros de Estudos das Áreas de Planejamento para apresentação do Parecer Consubstanciado do CEP, contendo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) e o Número do parecer<sup>9</sup>, a fim de dar início ao trabalho de campo.

Os participantes, nas entrevistas ou conversas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando informados dos seus objetivos e finalidades, bem como da sua gravação. Foram ainda informados que poderiam se recusar a participar da pesquisa sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ao seu trabalho.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos entrevistados e o roteiro de orientação para as entrevistas encontram-se como apêndice deste trabalho (Apêndices A e B).

As entrevistas foram realizadas apenas após a aprovação dos referidos Comitês de Ética e agendadas previamente por meio de contato telefônico, eletrônico ou pessoalmente, após a apresentação da pesquisadora e da pesquisa, sendo realizadas após a leitura e assinatura do TCLE. Foram realizadas em local escolhido pelos participantes visando garantir a privacidade e evitar o constrangimento dos sujeitos de pesquisa. Estas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

A participação nas reuniões ocorreu apenas com a permissão dos participantes, informados de que a pesquisadora poderia se retirar a qualquer momento, a fim de evitar constrangimentos, caso julgassem necessário.

O risco relacionado à pesquisa referia-se à possibilidade de identificação dos atores sociais nos resultados do estudo. Entretanto, foram tomadas medidas para buscar garantir a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas.

---

<sup>9</sup> CAAE - CEP ENSP/FIOCRUZ: 59942316.3.0000.5240; Número do Parecer: 1.801.269. CAAE – SMS/RJ: 59942316.3.3001.5279; Número do Parecer: 1.854.474.

Os benefícios desta pesquisa convergem na perspectiva de ampliar o conhecimento sobre os processos de coordenação das ações em saúde, bem como os caminhos apontados para a constituição de redes de atenção à saúde e, particularmente, para a constituição de uma rede de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no município do Rio de Janeiro.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para Gortmaker et al. (2011) são necessários métodos flexíveis para a investigação de estudos que abarquem a complexidade dinâmica da obesidade. Neste sentido, a análise dos mecanismos de articulação e coordenação de ações de alimentação e nutrição voltadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, bem como as interações que se estabelecem entre os diferentes atores envolvidos nesta configuração remetem também certa complexidade.

Segundo Lima (2008, p.72), para “representar processos que envolvem múltiplas atividades interdependentes que demandam ações coordenadas de múltiplos atores, é necessário focar a análise nas interações que se dão entre estes atores”, pois estas seriam sustentadas pelos processos comunicacionais.

Este estudo propõe, deste modo, uma abordagem qualitativa por meio de uma análise de redes que não se prende a uma única abordagem metodológica, mas faz uso de diversos autores, utilizando as ferramentas que serão discutidas ao longo do projeto para identificação e análise de redes sociais. Toma por base o modelo de compreensão comunicativa do fenômeno da coordenação e da interação entre os atores para conformar as possibilidades de configuração de redes (LIMA, 2008) e o modelo de Produção Social de Matus (MENDES, 1999; MATUS, 1996) como método de análise da realidade, explicando-a para além dos fatos aparentes e expondo o caráter conflitivo desse processo, onde uma mesma situação pode reunir diversas explicações e possibilidades de ação.

Para análise do conteúdo das entrevistas e diário de campo faremos uso da análise de discurso, compreendendo a “linguagem como espaço social de debate e

conflito”, entendendo que “o discurso é determinado por condições de produção e por um sistema linguístico”. (MINAYO, 2008, p.319-320)

A dinâmica de formação de redes, aqui centralizada nos mecanismos de articulação e coordenação do espaço da gestão da Atenção Primária em Saúde, é utilizada como pano de fundo para a análise dos dados neste estudo. Entretanto, compreendem-se as limitações que se colocam no cenário atual, dentre elas, o contexto de mudança de governo municipal e as implicações oriundas de um período de transição. Destaca-se ainda o fato de pensar sobre uma situação-problema que não constitui prioridade nem apresenta uma organização definida de ações, como é o caso do cuidado relacionado ao sobrepeso e à obesidade no município do Rio de Janeiro.

A partir da análise dos dados espera-se poder vislumbrar e responder a questões como:

- Que ações estão relacionadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade na rede de saúde do município segundo os participantes e como ocorre a sua coordenação?
- Quem são os atores propositores/articuladores das ações?
- Como ocorre a comunicação?
- Quais as dificuldades, limites e potencialidades para a construção de redes e para a coordenação de ações para o enfrentamento do excesso de peso no nível local?

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 OBESIDADE NA PERSPECTIVA DA PRODUÇÃO SOCIAL

A discussão da obesidade, como tantas outras questões da área da saúde, apresenta um grande nível de complexidade relacionado aos diferentes aspectos que envolvem o problema, bem como aos determinantes sociais. Este é um problema que desafia o setor saúde, visto que incorpora aspectos biológicos, políticos, econômicos, sociais, culturais, e sua resolução envolve um conjunto de medidas individuais e coletivas que demanda uma melhor estruturação e articulação intra e intersetorial.

Identificar que a obesidade é resultado de uma complexa interação entre o meio ambiente, contextos e interações sociais, questões econômicas, sistemas alimentares, predisposição genética e comportamento humano que demandam o estabelecimento de ações que atinjam tanto o nível individual, trabalhando a educação alimentar e nutricional, orientando melhores escolhas alimentares, como ações que contribuam na construção de ambientes mais saudáveis, ações que favoreçam o acesso e a escolha de alimentos saudáveis, estímulo ao compartilhamento das refeições, resgate e valorização da culinária tradicional, desenvolvimento de modos de produção ambiental e socialmente sustentáveis, regulação e controle dos alimentos, políticas públicas de promoção da saúde e atenção integral aos indivíduos que apresentam sobrepeso e obesidade, garantindo a Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2014a, p.17).

#### 4.1.1 O enfoque da promoção da saúde e os determinantes sociais

A reflexão sobre os conceitos e práticas da promoção da saúde vem norteando, nos últimos anos, debates na perspectiva de reorientação dos serviços e de construção de estratégias que atuem sobre os determinantes sociais da saúde (BUSS, 2009; PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPIRIDIÃO, 2014).

São diversos os usos do termo e conceituações da promoção da saúde que podem ser reunidos em dois grupos: a) no primeiro suas atividades são focadas em estilos de vida e na transformação do comportamento dos indivíduos no âmbito das famílias ou

que podem chegar ao ambiente das culturas da comunidade em que vivem, ignorando, entretanto, a influência de outros determinantes sobre os comportamentos; b) no segundo, relacionado ao conceito moderno de promoção da saúde, assume caráter mais amplo, no sentido de enfrentamento dos determinantes sociais e ambientais da saúde para com atividades mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPIRIDIANO, 2014).

Deste modo, a trajetória de construção da promoção da saúde, tal como vista atualmente, como uma ação política, intersetorial, tem os determinantes sociais da saúde como protagonistas e tem como elementos chave o conceito ampliado de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, o reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades (*empowerment*), a ação comunitária, o trabalho interdisciplinar.

A promoção da saúde, na interseção entre os enfoques de qualidade de vida e de doença, auxiliaria na reorientação dos serviços que teria como base os determinantes sociais da saúde (DSS), seu principal fundamento conceitual e operacional, bem como a aproximação entre as unidades de saúde e o território como estratégia potencial (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPIRIDIANO, 2014).

Constata-se o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, relacionando os fatores da qualidade de vida com a saúde, com ações mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente a partir de políticas públicas e de ambientes favoráveis à saúde e que reforcem a capacidade dos indivíduos e das comunidades, o que é chamado na promoção da saúde de “*empowerment*” (BUSS, 2009). Aqui entendendo empoderamento como movimento processual, já que ninguém é capaz de empoderar ninguém, construído a partir da produção de autonomia e emancipação dos indivíduos e coletividades.

Reconhecer os determinantes é de extrema importância para a compreensão dos fenômenos de intervenção em saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população e reduzir as iniquidades, sendo também necessário para compreender as diferenças entre as macro e microrregiões, bem como entre os grupos (OMPAD et al., 2007).

O papel do ambiente na formação da saúde das populações requer a consideração de que as diferentes características deste podem influenciar a saúde da população, sendo necessário buscar apreender a complexidade que envolve a integração do espaço físico e social e sua influência na determinação de saúde da população,

associada aos condicionantes individuais e à dinâmica social (PROIETTI & CAIAFFA, 2005; CAIAFFA et al., 2008).

O modo de vida da população tem sido relacionado a determinados comportamentos e relações sociais, com implicações na saúde da população em diversas dimensões como abuso de álcool e drogas, transmissão mais facilitada de doenças devido às aglomerações, problemas psicossociais e mesmo o desenvolvimento de doenças crônicas. Tal dinâmica tem sido observada devido às más condições de vida e acesso aos equipamentos públicos, principalmente em relação à população situada nos níveis socioeconômicos mais baixos, que se encontra em situação de vulnerabilidade (Rodrigues, 2008).

Diversos elementos dificultam o acesso aos serviços sociais e de saúde, que são, muitas vezes, socialmente determinados, produzindo iniquidades e influenciando a qualidade de vida da população (OMPAD et al., 2007).

Nas grandes metrópoles, os determinantes são potencializados e os moradores das cidades contemporâneas estão constantemente sendo afetados por sua dinâmica. Caiaffa et al. (2008) referem que o viver na cidade pode ser considerado benéfico ou nocivo, entendendo que as cidades podem representar oportunidades positivas, ao passo que também podem desencadear impactos desiguais negativos relacionados à falta de organização social, precárias condições urbanas e de trabalho, falta de governança, de oportunidades, e de capacidade de desenvolver políticas para ações (CAIAFFA et al., 2008).

Aliar a obesidade à promoção da saúde significa reconhecer que se faz necessário muito mais que evitar este agravo com medidas preventivas ou focadas apenas à transformação do comportamento dos indivíduos, mas articular o papel dos determinantes sociais, reconhecendo a limitação das escolhas individuais em uma perspectiva ampliada da promoção da saúde.

Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido em sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (“as escolhas serão as mais fáceis”) e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades. (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPIRIDIÃO, 2014, p.306).

As diferenças entre os conceitos de prevenção e promoção justificam situar o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade a partir da promoção da saúde, visto que o seu enfrentamento extrapola as ações de prevenção.

As principais diferenças envolvem o conceito de saúde, onde a prevenção o coloca como ausência de doença enquanto a promoção enfatiza um conceito positivo e multidimensional da saúde. Nas ações de prevenção há um predomínio do modelo médico de saúde, direcionado principalmente aos grupos de alto risco, envolvendo doenças específicas. Já nas estratégias de promoção predomina um modelo participativo de saúde, direcionado à população em seu ambiente global envolvendo uma rede de questões de saúde (RIVERA & ARTMANN, 2009).

Os determinantes das condições de saúde configuram uma rede de relações dinâmicas, em que “um estilo de vida de risco pode obedecer a características predisponentes e fatores ambientais de caráter mais macro”, sendo necessário “definir os pontos de enfrentamento de maior importância causal e de vulnerabilidade prático-política” (RIVERA & ARTMANN, 2009, p.186-187).

Promover o cuidado para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade implica ações intersetoriais, sob a coordenação do setor saúde, que tenham por base a promoção da saúde a partir de estratégias que visem à qualidade de vida da população, compondo ações de prevenção, promoção, proteção e cuidado, envolvendo o “planejamento de um conjunto integrado de programas, políticas e serviços nos níveis individual, comunitário e social mais amplos” (RIVERA & ARTMANN, 2009, p. 185).

Apesar da importância dos determinantes sociais e das intervenções que levem em consideração o ambiente para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, o que se percebe são intervenções prioritariamente individuais e comportamentais e/ou relacionadas ao tratamento das doenças crônicas associadas, exigindo então um esforço na condução do cuidado e desenvolvimento de estratégias aliadas à perspectiva da promoção da saúde e comprometidas com as propostas da necessária reorientação do modelo assistencial.

A promoção da saúde ganha importância no cenário epidemiológico atual, principalmente se pensarmos na produção de uma linha de cuidado para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, que tenha por base a promoção e os determinantes da saúde, reforçando a característica de mediação intersetorial que a



questão demanda e não apenas a perspectiva assistencialista, que age pontualmente sobre as consequências do acúmulo de peso, que são majoritariamente as DCNT.

Neste contexto, a promoção da saúde enquanto política intersetorial direcionada à ação poderia constituir-se importante estratégia com a proposição de intervenções não necessariamente relacionadas ao setor saúde, mas que repercutem nos eventos em saúde, possibilitando repensar novas ações (CAIAFFA et al., 2008), que levem em conta a reorganização dos serviços direcionada a criação de uma rede regionalizada.

#### **4.1.2 Perspectivas da produção social na interseção com a promoção da saúde**

Corroborando com a proposta do SUS enquanto processo social em construção, Mendes (1999) defende mudanças processuais para construção de um novo sistema de saúde baseado na Teoria da Produção Social, proposta pelo economista chileno Carlos Matus.

Segundo o autor, este processo exige longa maturação e mudanças em três categorias centrais, que se interinfluenciam e determinam a estrutura da ordem governativa da cidade. A primeira delas seria a mudança na concepção de saúde-doença, de uma perspectiva negativa para uma perspectiva positiva da saúde, que amplia o conceito de saúde relacionado às necessidades de saúde da população e sua qualidade de vida (MENDES, 1999).

Tal evolução influencia a mudança da segunda categoria, que constitui o rompimento de um paradigma sanitário flexneriano, pautado pelo mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo, a partir da implementação de processos que impliquem a Produção Social da Saúde. A terceira categoria marca a mudança de uma prática sanitária voltada para a atenção médica para uma prática voltada para a vigilância da saúde. Tais mudanças influenciariam a ordem governativa da cidade de uma gestão médica para uma gestão social (MENDES, 1999).

Algumas mudanças processuais e lentas são observadas no sistema de saúde brasileiro, tal como apontado por Mendes (1999), observando-se o convívio do novo e do velho, acumulando novas perspectivas paradigmáticas e práticas àquelas já produzidas, com algumas superposições. Esse é o caso, por exemplo, do Programa de

Agentes Comunitários de Saúde, da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica em Saúde tradicional.

A mudança de paradigma sanitário a que o autor se refere amplia o conceito de produção social e tensiona os modos de produzir o cuidado em saúde em todas as suas dimensões, apontando para uma mudança estrutural que se aproximaria de uma reestruturação dos serviços e processos de saúde para responder aos problemas complexos que se colocam à saúde da população.

As acumulações (ganhos) ou desacumulações (perdas) compreendem o processo dinâmico de permanentes transformações tanto do sistema de saúde quanto de um estado de saúde, podendo modificar-se a depender dos recursos, condicionantes, capacidades e habilidades, destacando o papel central dos atores sociais nessa construção (MATUS, 1996; MENDES, 1999; RIVERA & ARTMANN, 2009).

Rivera & Artmann (2009, p.183-184) destacam que a Teoria da Produção Social da Saúde “apreende a saúde como resultado de acumulações históricas e dinâmicas em várias dimensões (epidemiológicas, sociais, econômicas, culturais etc.) e que depende do movimento de atores sociais que estabelecem relações de cooperação e conflito”.

A produção social da saúde se coloca, desta maneira, como um fenômeno determinado por diversas dimensões e influenciado por todos os atores envolvidos no cuidado em saúde, o que reforça a necessidade de um enfoque interdisciplinar que considere o diálogo e a comunicação como ferramentas essenciais à coordenação da ação em saúde, tendo em vista a interdependência entre as atividades dos processos de trabalho, bem como a articulação intersetorial para dar conta dos problemas complexos.

A produção social da saúde, além de dar conta de um estado de saúde em permanente transformação – porque passível de acumulação e desacumulação – permite a ruptura com a ideia de um setor saúde, erigindo-a como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. O que significa, necessariamente, inscrevê-la, como campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersetorialidade. O que está em plena coerência com o conceito de saúde como expressão de qualidade de vida (MENDES, 1999, p.241).

Além do conceito de produção social, Rivera & Artmann (2009) destacam dois conceitos que consideram articular os campos do planejamento estratégico e da promoção da saúde e que apoiam a discussão deste trabalho, que são a definição de problema inestruturado ou quase-estruturado e o conceito de ator social de Matus.

A definição de problema quase-estruturado, adaptada de Mitroff, refere-se à complexidade da saúde entendida como produção social, ultrapassando assim as explicações determinísticas que não comportam a dinâmica e a interdependência dos problemas de saúde ou do campo social (RIVERA & ARTMANN, 2009).

As principais características de um problema quase-estruturado englobam a variabilidade das regras para solucionar o problema, sendo que a sua solução envolve ou gera outros problemas conexos, além de apresentar diversas variáveis em que nem todas são conhecidas ou enumeráveis, nem as suas possibilidades de solução. O desafio de solucionar um problema quase-estruturado envolve sempre o âmbito sociopolítico, mesmo que apresente uma dimensão técnica (MATUS, 1996).

O conceito de ator social está relacionado à governabilidade e possibilidade de intervenção política e técnica dos atores envolvidos em determinada situação (Rivera & Artmann, 2009), ou seja, está relacionado à possibilidade de ação sobre a realidade na qual vive, podendo constituir “uma personalidade, uma organização ou agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem a capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação” (MATUS apud MATTOS, 2010, p.2330).

Uma mesma situação ou realidade pode ser vista por cada ator social de maneira diferente e sua possibilidade de fazer um recorte do mundo para agir sobre ele representa uma indicação. Para Matus (1996, p.155), a explicação da situação é “um encadeamento de indicações. Indicam-se problemas, nós causais, sequências de nós, iniciativas, respostas, etc.”, podendo-se assumir muitas indicações para cada realidade. Desta maneira, uma situação comporta uma assimetria de explicações envolvidas no jogo social, que mobilizam e conformam ações sociais que, mal compreendidas ou negociadas, podem gerar conflitos.

Matus (1996, p.143) entende o processo de produção social como “um jogo competitivo entre desiguais, sujeito a regras que, por serem historicamente cumulativas, ao mesmo tempo que impedem o caos do processo, regulam as vantagens adquiridas por uns em detrimento de outros”. As relações de poder, bem como os preconceitos e visões de mundo não estão de fora deste jogo, em que a coordenação das ações e os processos de negociação em torno de um objetivo comum contribuirão para organizar as ações e buscar modificar a situação indesejada.

Desta maneira, Matus propõe a Teoria da Produção Social da Saúde como método de análise da realidade, explicando-a para além dos fatos aparentes e revelando que para uma mesma situação é possível construir diversas explicações e possibilidades de ação, já que “tudo o que o ser humano cria valendo-se de suas capacidades corresponde a um processo de produção social que altera, por sua vez, essas próprias capacidades” (MATUS, 1996; RIVERA & ARTMANN, 2009, p.193).

#### **4.1.3 A construção social da obesidade e sua complexa rede de causalidades**

Pensar a obesidade sob a perspectiva positiva da saúde, para além de suas consequências associadas, como as DCNT, mas direcionada à qualidade de vida da população, alia-se à proposta de reconhecimento da saúde como

resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se a qualidade de vida como uma condição de existência dos homens, no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente. (MENDES, 1999, p.237).

Pela perspectiva da produção social discutida, é possível que uma sociedade produza saúde a partir do incremento do seu estado de saúde, ou produza enfermidades relacionadas às desacumulações ocorridas ao longo do tempo no seu estado de saúde (MATUS, 1996; MENDES, 1999; RIVERA & ARTMANN, 2009).

A construção social da obesidade compõe, neste sentido, uma série de acumulações e desacumulações ao longo das últimas décadas, a partir de avanços ocorridos, mas também da persistência da fome e da desnutrição, expressa por meio de sinais e sintomas devido à carência de micronutrientes em pessoas inclusive com sobrepeso, além da mudança do perfil de morbimortalidade e aumento acelerado do sobrepeso e da obesidade na população, que eclode como um problema de grande magnitude e complexidade.

A obesidade impacta negativamente a qualidade de vida das pessoas em diversos aspectos, o que ressalta a necessidade de uma abordagem sistêmica desta como um

problema social, expressão das mudanças ocorridas nos modos de se alimentar e de viver no mundo.

Pensar a obesidade a partir da perspectiva de saúde nos impõe a necessidade de traçar algumas reflexões, visando o desenvolvimento de uma rede de cuidados integrais e que respeite a população. Antes de discutir a complexa rede de causalidades da obesidade, salienta-se três aspectos importantes que poderiam limitar o desenvolvimento e estruturação de uma rede de cuidados que priorize o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

O primeiro deles está relacionado ao pressuposto deste trabalho que considera que a obesidade não é abordada como uma agenda prioritária de orientação das ações e serviços de saúde. O que pode ser explicado pelas escolhas dos gestores e priorização de outras agendas, ou mesmo pelo seu não reconhecimento como doença, ou a priorização do cuidado com as condições crônicas, tanto pelos trabalhadores da saúde, gestores e profissionais, como pelos indivíduos e população.

A mobilização para construção de estratégias que enfoquem e priorizem a obesidade aproxima-se à mudança cultural defendida por Mendes (1999), a partir da lógica das necessidades de saúde pautada na produção social do processo de saúde-doença. Se a obesidade está associada a tantos agravos, repercutindo econômica e socialmente no sistema de saúde e na qualidade de vida das pessoas, é uma necessidade que esta seja priorizada enquanto cuidado ou agenda de saúde.

Neste trabalho, assume-se o pressuposto de que há uma dificuldade, senão do reconhecimento, do desenvolvimento e implementação de estratégias que tenham o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade como foco na rede de atenção à saúde. Sobre este aspecto, vale destacar que a orientação da agenda vai sendo construída por atores sociais e políticos e nem sempre sua consideração e problematização se transforma em ação.

Desta maneira, torna-se imprescindível conhecer que atores sociais estão envolvidos localmente na discussão da obesidade enquanto problema ou nas ações que envolvem o excesso de peso como fator de risco/causal e seu manejo.

O segundo aspecto que poderia limitar a estruturação de uma rede de enfrentamento da obesidade é a consideração de que esta não precisa ser priorizada enquanto linha de cuidado por ser abordada transversalmente a outras ações. O perigo, contudo, está na possibilidade destas ações não estarem diretamente relacionadas à

obesidade e esta transversalidade ou abrangência acabar por tomar um sentido abstrato ou pouco objetivo, como algumas vezes se observa na condução de estratégias equivocadas ou reducionistas, mas implementadas como sendo de promoção da saúde. Todavia, há que se explicitar os objetivos prioritários das estratégias a fim de evitar certa falta de especificidade e possibilitar que se delineie estratégias de ação necessárias e possíveis de execução e avaliação.

A obesidade pode ser compreendida como categoria de problema quase-estruturado, segundo a definição de Matus (1996) explicitada anteriormente neste trabalho, já que, entre outras características, compõe uma rede causal complexa e dinamicamente intrincada, relacionada aos diversos âmbitos, seja ele econômico, social, político, técnico, cultural. Ainda que apresente uma dimensão técnica evidenciada no setor saúde, o enfrentamento da obesidade demanda ações que incidam nestes diversos âmbitos.

Todavia, este segundo aspecto expressaria o seu reconhecimento enquanto um problema intermediário em relação às suas consequências, tal como as doenças crônicas, foco de combate das atividades assistenciais, e que apresentam os sintomas que levam a população a buscar os serviços de saúde. Ressalta-se assim a dificuldade de ampliar o escopo dos determinantes, intervindo nas principais demandas assistenciais, moldadas pela oferta de serviços historicamente acumuladas e reproduzidas, e mesmo moldando a demanda individual, que reconhece os serviços de saúde como unidades reabilitadoras e não unidades de produção social de saúde.

E por fim, o terceiro aspecto destacado como limite à estruturação de uma rede de enfrentamento da obesidade seria a perspectiva restritiva da obesidade como doença, relacionada também ao debate de estigmatização da obesidade e da crítica à ideia de vigilância como controle. Com isso, algumas perguntas se colocam e expõem entraves às ações desenvolvidas: Como equilibrar a oferta de cuidados em saúde para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade sem medicalizar os processos e produzir ou aumentar estigmas? Como tirar o foco da doença no desenvolvimento e na operacionalização das ações?

Lefevre & Lefevre (2004) estabelecem uma crítica da doença como fatalidade, rompendo com a visão que coloca a saúde como uma resposta reproduzida permanentemente à doença. Segundo eles, o rompimento desta visão depende de adotar, como um modelo ideal weberiano, formas de relacionamento não predatórias com a

natureza; estratégias de reorganização das cidades e dos meios de produção entre o urbano e o rural; e a modificação da relação do homem consigo mesmo e com o outro. Neste contexto que engloba a promoção da saúde, a doença seria entendida não como uma fatalidade, mas como um sintoma dos desarranjos ou desequilíbrios do ambiente, dos meios de produção ou relativos ao próprio humano, conotando um aspecto filosófico e político ao significado da doença.

Entretanto, além da intersectorialidade necessária para lidar com os aspectos que influenciam a complexa rede de causalidades da obesidade, o serviço de saúde precisa continuar a manter uma oferta de serviços que responda também à doença ou aos sintomas (LEFEVRE & LEFEVRE, 2004), o que envolve certa normatividade e demanda a integração dos serviços e a coordenação do cuidado e da ação em saúde. Organizar o cuidado para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade demanda um conjunto de normas e direcionamentos, que envolvem desde a vigilância à saúde até as ações de promoção, prevenção, proteção e tratamento.

A vigilância carrega historicamente uma percepção de controle, além de ser pouco valorizada tanto na coleta dos dados, quanto na manipulação destes pelos gestores e discussão dos resultados para planejamento de novas ações junto às equipes. Além disso, o “rastreamento” do sobrepeso e da obesidade através do diagnóstico feito pelo IMC junto a atividades com foco na perda de peso, que não levem em conta a perspectiva de promoção da saúde, visando a autonomia e emancipação dos sujeitos, pode contribuir para reforçar um paradigma de estigmatização da obesidade e conseqüentemente a exclusão e fortalecimento dos padrões que colaboram para sua manutenção em níveis tão altos e para um padrão de beleza estabelecido socialmente que valoriza a magreza.

Contudo, reconhecer e respeitar os indivíduos e suas escolhas não eximem o Estado e o setor da saúde da sua responsabilidade frente às inúmeras causas do sobrepeso e da obesidade, causas estas que não se restringem às escolhas individuais e, que, muitas vezes, necessitam de ações intersectoriais para o seu enfrentamento.

Nesse contexto, do ponto de vista individual pode haver resistência em relação a protocolos de ação direcionados a determinados agravos como a obesidade, mas no âmbito da saúde pública se coloca um ponto mais coletivo de discussão, relacionado também às conseqüências e consumo de recursos.

Saúde e educação são áreas extremamente normativas e a parceria entre estes setores, como proposto pelo Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial, instituída em 2007, bem como a busca por um diálogo entre conhecimento científico e popular na proximidade com as unidades de saúde e com o território, na perspectiva da promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional, podem contribuir para a promoção da alimentação adequada e saudável.

A abordagem da saúde como produção social na interface com a promoção da saúde para a organização do enfrentamento da obesidade precisa abranger aspectos relacionados inclusive ao combate a certos padrões estabelecidos e representações sociais que contribuem para a manutenção e estigmatização da obesidade ou mesmo desenvolvem distúrbios biológicos e até psicológicos, como os transtornos alimentares, que aproxima a obesidade com o campo da saúde mental, ressaltando a necessidade da equipe interdisciplinar na produção do cuidado.

O papel das mídias (televisão, internet, redes sociais, jornais e revistas) na configuração da obesidade enquanto doença também é de grande destaque e contribui para reforçar certos padrões de beleza ou mesmo de consumo, o que leva à propagação de representações sociais nem sempre consideradas “saudáveis”.

Além de constituir uma necessidade básica à vida e à saúde dos indivíduos, a alimentação ou o ato de se alimentar é uma prática social permeada por todas as influências do ambiente e da vida em sociedade. Desta maneira, todas as pessoas sabem ou podem opinar sobre a alimentação, sendo comum o compartilhamento de receitas, estratégias e informações diversas. Entretanto, observa-se um intenso apelo da mídia tanto nas atividades de marketing de alimentos quanto na divulgação de informações, algumas vezes de maneira equivocada.

Mesmo que o tratamento medicamentoso para a obesidade não seja priorizado, muitas práticas incentivam a medicalização dos processos de tratamento da obesidade. Contudo, o uso de medicamentos para o tratamento da obesidade nem sempre apresenta resultados permanentes, sendo acompanhado por efeitos adversos, devendo-se priorizar o manejo com medidas não medicamentosas (WANNMACHER, 2016).

Como viemos discutindo até aqui, muitos fatores contribuem para a gênese da obesidade, compondo diferentes níveis de causalidade, como predisposição genética, estilo de vida, fatores socioculturais, econômicos, ambientais e outros.



A alimentação é um item básico da vida. Contudo, em um país que ainda apresenta tantas desigualdades e demandas básicas por saneamento e moradia, por exemplo, que lugar social o problema obesidade ocupa e em que dimensão é considerada a qualidade da alimentação e mesmo o aumento de peso para a qualidade de vida da população?

Ao longo dos anos, diversas modificações ocorreram nos diferentes âmbitos da vida cotidiana e a alimentação como componente da vida se incorpora a estas mudanças. Neste sentido e assumindo uma abordagem sistêmica do problema, a obesidade pode ser entendida como uma expressão das mudanças ocorridas no mundo, caracterizada pelos novos modos de se alimentar impulsionados pela necessidade de otimização do tempo, utilizada muitas vezes como apelo ao consumo exagerado de produtos industrializados (OPAS, 2015).

Publicações de organizações renomadas como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e o Fundo Mundial para Pesquisa em Câncer destacam que os principais fatores que promovem o aumento de peso e a obesidade bem como as doenças crônicas não transmissíveis associadas são o alto consumo de produtos com poucos nutrientes e muito açúcar, gordura e sal, o consumo rotineiro de bebidas açucaradas e a prática de atividade física insuficiente (OPAS, 2015).

Estes fatores compõem um ambiente obesogênico, caracterizado como sendo aquele ambiente “que promove e apoia a obesidade em indivíduos ou populações mediante fatores físicos, econômicos, legislativos e socioculturais” (OPAS, 2015, p.8).

Egger & Swinburn (1997) já mencionavam o termo ambiente obesogênico, reconhecendo a implicação das influências ambientais e ações políticas nas escolhas individuais. Outros autores reconhecem esta influência, destacando que a “obesogenicidade” de um ambiente pode ser definida como “a soma das influências que o ambiente, oportunidades ou condições de vida têm sobre a promoção da obesidade em indivíduos ou populações” (LAKE & TOWNSHEND, 2006).

Deste modo, mesmo quando se trata de questões relacionadas ao estilo ou modo de vida a partir de escolhas individuais, como a alimentação e a inatividade física, estas escolhas são orientadas por um conjunto de questões mais amplas, que compreendem questões estruturais, culturais, sociais, econômicas e envolvem diferentes atores e ações.

As concepções de saúde e doença são uma síntese singular (específica) resultante destas distintas influências: a da política, das instituições e organizações, e a das práticas sociais em geral. O estilo de vida, as condições de vida e de saúde são isto, uma mescla do que cada sujeito faz com sua vida e do que as instituições e organizações fazem da vida dele. Ninguém, nenhuma instância, é totalmente inocente, há corresponsabilidade pelos contextos produzidos, ainda que a cota de responsabilidade não seja nunca equivalente, já que as cotas de poder são heterogêneas, e quanto mais poder maior o peso de cada segmento na produção dessas sínteses. (CAMPOS, 2013, p.41)

Vivemos atualmente um cenário alimentar com intensa artificialização de alimentos e alto consumo de alimentos industrializados e ultraprocessados<sup>10</sup>, que vem impulsionando a epidemia de obesidade (OPAS, 2016).

A tendência de substituição de refeições tradicionais, com alimentos in natura ou minimamente processados por alimentos ultraprocessados, observada no Brasil nos últimos anos, ocorre em todos os estratos de renda, principalmente nas grandes cidades desde a década de 1980, sendo confirmado este aumento para todo o país a partir dos anos 2000. Os alimentos ultraprocessados impactam negativamente a saúde da população, visto que estes apresentam maior densidade energética, maior teor de gorduras em geral e de açúcar livre, e menor teor de fibras que os alimentos in natura ou minimamente processados (LOUZADA et al., 2015; MARTINS et al., 2013).

Neste sentido, o resgate da cultura alimentar em uma sociedade globalizada representa um grande desafio, em um movimento contra hegemônico que envolve as práticas de consumo (hábitos, cultura, ressignificação do comer e da comida) e os modos de produção.

A alimentação como uma prática social e um determinante da saúde da população implica a definição de estratégias de valorização e garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável, bem como a configuração de mecanismos de enfrentamento de acumulações e desacumulações que envolvem toda a rede de causalidades e contribui para o excesso de peso e a obesidade.

---

<sup>10</sup> “Alimentos ultraprocessados são formulações industriais prontas para consumo e feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e outros aditivos usados para alterar propriedades sensoriais)” (LOUZADA et al., 2015, p. 2)

## 4.2 REGIONALIZAÇÃO E REDES COMO ALTERNATIVAS PROCESSUAIS PARA A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Os desafios que envolvem o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade são diversos e complexos, como apresentado no capítulo anterior, demandando ações sistêmicas, integrais, intersetoriais e regionalizadas, que rompam a práxis fragmentadora e assistencialista ainda vigente.

A regionalização, além de uma diretriz do SUS que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, constitui um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Tem como objetivos a garantia do direito à saúde, do acesso aos serviços e da integralidade da atenção à saúde, bem como o fortalecimento do processo de descentralização e a otimização dos recursos (BRASIL, 2006b).

Apesar de avanços permitidos com o foco da descentralização na década de 1990, na prática, observou-se a dissociação entre as estratégias de regionalização e descentralização, retirando a regionalização e a construção de redes do centro do debate, retomado mais tardiamente com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2000, e impulsionado no Pacto pela Saúde, em 2006 (LIMA & VIANA, 2011; KUSCHNIR et al., 2010).

Como as disparidades entre estados e regiões no Brasil são muito relevantes, sugerindo forte interdependência, a regionalização constitui um processo político que envolve diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos), devendo incluir estratégias de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento para a conformação de uma rede regionalizada de serviços de saúde. (LIMA & QUEIROZ, 2012)

A regionalização constitui, portanto, um projeto de organização do sistema de saúde associado a diretriz da descentralização, a fim de amenizar as desigualdades regionais a partir da identificação das necessidades locais. Segundo Gadelha et al. (2011), a escassez e a desarticulação de estratégias que visem a redução da iniquidade social e territorial são demonstradas na dificuldade de inserção da lógica territorial na formulação das políticas públicas.

O Pacto de Gestão define as Regiões de saúde como

recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. (BRASIL, 2006b, p.19).

De acordo com o documento, a Região de Saúde é responsável por organizar a rede de ações e serviços de saúde e favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores, assim como o fortalecimento do controle social. O desenho das Regiões de Saúde deve respeitar as realidades locais e suas identidades loco-regionais, considerando-as como um espaço de cogestão que recoloca em pauta a definição do papel do estado e municípios (BRASIL, 2006b).

As regiões de saúde constituem um território em construção, que necessita fortalecer mecanismos de cooperação que promovam a articulação e a pactuação para o desenvolvimento das ações e serviços de natureza regional, visto que lida com a concorrência de competências entre as esferas de governo, associada à extrema desigualdade social e heterogeneidade territorial. Vale lembrar aqui, que as diferenças existentes no Brasil influenciam a configuração das regiões de saúde, com a concentração de ações e serviços principalmente nos grandes centros urbanos, que recebem demanda dos fluxos e referências de municípios vizinhos com menor densidade populacional e baixa oferta de serviços, engendrando diferentes territorialidades (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde reconhece as especificidades do território e possibilita a constituição de novos arranjos de gestão objetivando adequar as estratégias às diversas realidades, e propõe diferentes desenhos de regiões de saúde, que englobariam os espaços geográficos intra e intermunicipais e estaduais (BRASIL, 2006b; GADELHA et al., 2011).

Considerando a centralidade dos serviços de saúde para organização da rede urbana e delimitação de limites territoriais no Brasil (GADELHA et al., 2011, p.3004), entende-se a necessidade destes serviços conhecerem o contexto do território em que se inserem a fim de atuar de maneira eficaz e contribuir para mobilizar e apoiar a população. Aqui entendendo território para além da sua definição tradicional, como a delimitação de uma área geográfica à qual uma população está referida, mas enquanto “espaço concreto da vida social no qual as políticas e estratégias públicas e privadas se encontram e mostram seu grau de convergência ou divergência”.

Remeter-se à primeira ideia, apenas como área geográfica de abrangência, dificulta a construção de políticas regionais integradas e esbarra no fato de que este espaço é ocupado e construído por sujeitos, desconsiderando os fluxos das populações e a própria dinâmica dos territórios, condicionada também por questões macroestruturais que definem iniquidades no território (GADELHA et al., 2011).

O conceito de espaço geográfico de Milton Santos, apresentado por Monkey et al. (2008), é entendido como um conjunto de sistemas de fluxos e fixos, onde os objetos só têm razão de ser se levarem em conta os fluxos e regras existentes, sendo estas estabelecidas por atores sociais como o Estado, as organizações, as pessoas. Ou seja, a inter-relação entre fluxos e fixos reflete a estrutura do espaço geográfico, entendendo o espaço como construção social.

Entender o território como um espaço da vida social nos remete ao conceito ampliado de saúde, diretamente relacionada à qualidade de vida das pessoas e não apenas como ausência de doenças, incorporando os aspectos econômicos, políticos e histórico-sociais, e demandando esforços nos diversos setores, bem como a articulação das políticas, apontando para a transversalidade da saúde (GADELHA et al., 2011; CARVALHO et al., 2001).

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades de nível de vida. (BRASIL, 1986).

Neste sentido, ressaltando o caráter intersetorial do conceito ampliado de saúde, relacionado à qualidade de vida, há que se reforçar a importância do paradigma da promoção da saúde na regionalização, a fim de conformar uma rede de serviços de saúde integral.

Os desafios que se colocam são muitos e congregam o monitoramento e avaliação da atenção básica, a continuidade da atenção, a integralidade das ações e serviços, a resolubilidade, a capacitação dos trabalhadores.

Importante lembrar a constituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que incluem profissionais que não compõem a equipe de referência da

Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsáveis pelo apoio matricial<sup>11</sup>, o que inclui novos atores e aumenta os processos de negociação e coordenação do cuidado, sendo consideradas iniciativas em expansão para o fortalecimento da atenção básica.

Portanto, notam-se muitos desafios à construção da regionalização seja na gestão ou prática em saúde, que aliados às heterogeneidades regionais relacionadas a forma de ocupação do território, à oferta de serviços e à complexidade dos problemas de saúde apontam para a necessidade de estratégias de conformação de redes, a fim de reduzir as desigualdades existentes e garantir a integralidade (KUSCHNIR et al., 2010).

#### **4.2.1 A teoria das redes e o desafio da coordenação**

As mudanças no modelo de atenção à saúde, na concepção do processo saúde-doença-cuidado, nas condições de morbimortalidade, bem como as mudanças institucionais, organizacionais e operacionais ocorridas nos últimos anos, especialmente no nível local, impactam nas práticas de saúde desenvolvidas e em sua organização, demandando propostas alternativas na busca por um sistema de saúde eficaz, eficiente, de qualidade e equitativo.

Este cenário torna evidente a exigência de uma estrutura em rede para dar conta da coordenação das interdependências impostas por uma organização sistêmica dos serviços de saúde, a fim de garantir a integralidade (LIMA, 2008; LIMA & RIVERA, 2010).

Entretanto, observa-se ainda o desafio de conformar uma rede de serviços regionalizada e integral, prevalecendo a fragmentação dos serviços orientados para as condições agudas ou agudizações das condições crônicas, e a dificuldade de lidar com as demandas de saúde de uma população que convive cada vez mais com o aumento das doenças crônicas. Este descompasso entre a situação de saúde da população e forma de

---

<sup>11</sup> “Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.” (CAMPOS & DOMITTI, 2007, p.400).

organização dos sistemas locais de saúde é apresentado como o principal problema contemporâneo dos sistemas de atenção à saúde no Brasil e no mundo (MENDES, 2010, 2011).

Silva & Magalhães Júnior (2008) destacam o aumento das doenças crônicas e do tratamento das doenças, bem como a maior perspectiva de integralidade e construção de vínculos como os principais argumentos que denotam a importância da construção de redes para a qualificação dos sistemas de saúde.

Diante disso, as redes são apontadas como uma estratégia necessária para a resolução de objetos complexos da saúde, rompendo com a histórica organização de estruturas hierarquizadas, podendo constituir estratégias de enfrentamento à fragmentação dos serviços, sobreposição de ações e descontinuidade do cuidado (FLEURY & OUVÉRY, 2007).

A emergência e difusão do fenômeno das redes vêm sendo observada em diversos campos, inclusive na saúde, estimuladas pela globalização, que reduz fronteiras e redimensiona territórios de influência e ação, bem como transformações no papel do Estado com a imposição de novos modelos de gestão, incluindo novos atores, integrações e interdependências (FLEURY & OUVÉRY, 2007).

Apesar da organização de redes regionalizadas de serviços de saúde já comporem as propostas de reforma do estado brasileiro, apresentam-se como um fenômeno recente que enfrenta o “desafio da formulação sistêmica e da utilização do planejamento como instrumento essencial à construção das condições técnico-políticas necessárias à constituição de redes” (KUSCHNIR & CHORNY, 2010; KUSCHNIR et al., 2010, p.217).

Nas ciências sociais, o conceito de redes tem sido utilizado em diversas disciplinas que compartilham a ideia de redes como sendo:

um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e interdependente, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e que trocam entre si recursos para perseguir esses interesses comuns, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns. (FLEURY & OUVÉRY, 2007, p.16).

As redes surgem como novos arranjos organizacionais a partir de estruturas gerenciais policêntricas, envolvendo diferentes atores, organizações ou nódulos, vinculados por um objetivo comum, necessitando ação cooperativa e interdependente,

visto que nenhum ator isolado detém o controle dos processos e decisões (FLEURY & OUVÉRY, 2007).

Assim, a gestão de redes impõe muitos desafios já que o simples ajuntamento de serviços e organizações não garantem a organicidade e governança necessárias, o que exige a mobilização de um conjunto de habilidades e capacidades diferentes daquelas necessárias a um gestor de uma instituição hierárquica, demandando ainda mecanismos de coordenação das interdependências dos diferentes atores envolvidos (FLEURY & OUVÉRY, 2007).

A abordagem de redes permite superar abordagens sistêmicas das organizações visto que busca conhecer a dinâmica do processo a partir das interações dos atores e agentes, desfazendo algumas das dicotomias entre ator e estrutura ou ambiente interno e externo (FLEURY & OUVÉRY, 2007).

As redes não são estáticas, mas dinâmicas, apresentando um movimento para criação de espaços de negociação, onde os atores possam interpretar a realidade e traçar modos de acordo, cooperação e solidariedade.

Assim, a manutenção de uma estrutura de redes exige que os processos de planejamento e coordenação ganhem novos contornos, sendo necessário desenvolver e utilizar instrumentos para compreender esses processos (LIMA, 2008; RIVERA & ARTMANN, 2012).

Uma das grandes dificuldades da organização em redes consiste em combinar planejamento e coordenação com a autonomia dos participantes. A inclusão de diversos atores na rede implica considerar o saber especializado dos diversos atores, assim como seus diferentes interesses, conformando a ideia de que o poder em saúde é compartilhado, e que a adesão dos profissionais é fundamental do ponto de vista operacional (RIVERA & ARTMANN, 2012).

Rivera & Artmann (2012, p.15) propõem uma superação/ampliação do conceito de planejamento para além de um cálculo que precede e preside a ação, mas vinculado aos resultados e impactos. Portanto, não está separado da gestão e coordenação, configurando uma ideia de processo ao planejamento em saúde. Para os autores, “planejar é buscar formas de coordenação da ação por meio do diálogo supondo um ambiente de comunicação e de cooperação, sem ignorar o conflito, mas tematizando-o”.



Como há a necessidade de coordenação flexível de múltiplos atores interdependentes, o espaço político ganha importância nesta conformação e na análise das redes.

Além dos microespaços do cotidiano das ações de saúde, procuramos valorizar no enfoque comunicativo o espaço político, reafirmando com Matus que o planejamento se situa também no espaço do político, noção fundamental para não cairmos na defesa gerencialista restrita que não dá conta da complexidade da realidade em saúde. (Rivera & Artmann, 2012, p.55)

Para Lima (2008), a coordenação assume papel de destaque e representa um desafio para a rede, assumindo uma visão relacional e dialógica. Segundo o autor, a discussão da coordenação está presente em diferentes áreas como uma questão central, e a literatura aponta diversos conceitos que congregam as interdependências como conceito-chave para se discutir a questão da coordenação, visto que “se não há interdependência, não há coordenação” (p.10).

Lima (2008) propõe uma abordagem comunicativa para análise da coordenação, situada no paradigma da linguagem, que congrega elementos da Teoria do Agir Comunicativo (Habermas), da Teoria dos Atos de Fala (Austin) e da Teoria da Conversação (Echeverria).

A Teoria do Agir Comunicativo, referenciada por Habermas, destaca um agir baseado na busca do entendimento e na produção de consensos, a partir da interação que se estabelece entre os atores nos processos de coordenação de ações e serviços de saúde (LIMA, 2008; RIVERA & ARTMANN, 2012).

Os mecanismos de coordenação de ações compreendem dois tipos de interação, de acordo com o uso da linguagem, a saber: a) a ação estratégica, quando a linguagem é utilizada apenas como meio de transmissão de informação com vistas a um fim e seu efeito coordenador depende da influência exercida pelos atores em interação; b) a ação comunicativa, em que a linguagem é utilizada como fonte de integração social, pressupondo a existência de uma base de pretensões de validade mutuamente reconhecidas, onde os atores buscam adequar seus planos de ação cooperativamente a partir de um consenso obtido comunicativamente (LIMA, 2008; RIVERA & ARTMANN, 2009).

A Teoria da Ação Comunicativa apresenta um caminho para pensar a transformação da prática cotidiana, inclusive nos pequenos espaços institucionais, como um sistema de serviços de saúde, onde se evoluiria de uma perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma visão democrática integrada, baseada no trabalho coletivo, na solidariedade, na comunicação, no confronto de argumentações e na busca do consenso. (LIMA & RIVERA, 2009, p.335).

Compreender que os processos de coordenação se baseiam na interação comunicativa entre os atores impõe a necessidade de considerar o papel da linguagem na conformação dos vínculos e possibilidade de desenho das redes.

Alguns autores como Flores e Echeverria analisam as organizações enquanto fenômenos linguísticos, destacando que a centralidade das conversações decorre do papel gerativo da linguagem, entendendo-a como ação, visto que esta gera a realidade, e não apenas a descreve (LIMA & RIVERA, 2009).

Nesta perspectiva, são classificados três enunciados de fala, adaptados de Austin por Echeverria, que compreendem as: a) afirmações, que geralmente correspondem a descrições da realidade; b) as declarações, que geram um mundo novo, criando uma nova realidade; c) as promessas, que implicam um compromisso manifesto mútuo, não apenas individual, mas um compromisso social.

A realização desses três atos de fala básicos apresenta relação com as pretensões de validade levantadas por um sujeito em comunicação com outros. Quando se faz uma afirmação, o falante compromete-se com a veracidade do que diz. Ao fazer uma declaração, compromete-se com a validade do que foi declarado, o que está em relação com as normas sociais construídas pela sociedade. Por fim, quando se faz uma promessa, compromete-se com a sinceridade da promessa e com a competência para cumpri-la. (LIMA & RIVERA, 2009, p.335).

Para Echeverria (apud LIMA & RIVERA, 2009), as atividades de coordenação são estritamente conversacionais, tendo a linguagem como ferramenta de coordenação. A conversação compreende o gênero básico da interação humana, incluindo não apenas o ato de falar, mas também o de escutar, interagindo juntos. Os atos de fala são compreendidos assim como subcomponentes da conversação.

O autor evidencia uma tipologia das conversações que está atrelada ao conceito de “*quiebre*”. Segundo ele, existe um “estado de transparência do fluir da vida”, em que a atividade humana é realizada de maneira contínua, sem que se pense no que se está fazendo. A partir de uma interrupção, ocasionada por um “*quiebre*”, se estabelece uma relação racional com o mundo, gerando conversações a partir disso para o

restabelecimento da transparência e do fluir contínuo. Assim, reconhecendo a linguagem como ação, os vários tipos de conversação derivam de um “*quiebre*”, ou seja, de uma interrupção no transcorrer normal das atividades, que pode ser originada por um problema, impasse, dificuldade ou até mesmo uma oportunidade de mudança (LIMA, 2008, p.48).

Echeverria destaca quatro tipos de conversações que podem decorrer de um “*quiebre*”: a) a conversação de juízos pessoais, ação reflexiva que se destina a dar sentido aos acontecimentos; b) a conversação para a coordenação de ações, compondo uma ação gerativa que busca atuar sobre o problema a fim de superá-lo; c) a conversação para possíveis ações, que busca explorar novas possibilidades que podem ou não levar à coordenação da ação; d) a conversação para possíveis conversações, quando se considera a impossibilidade de conversar diretamente com alguém sobre algo (ECHEVERRIA apud LIMA, 2008).

As declarações e promessas (atos de fala) permitem o surgimento de novas realidades na busca pela resolução dos problemas, aliadas principalmente à conversação para a coordenação de ações, modificando e atuando sobre o problema (LIMA, 2008).

A noção de competência conversacional ganha importância na análise dos processos de coordenação, visto que as falhas de comunicação geram dificuldades de coordenação, resultando em desentendimentos, incompreensões e até situações de dominação, caso não haja a capacidade dos sujeitos se orientarem para o entendimento por meio do uso da linguagem (LIMA, 2008).

Deste modo, a comunicação torna-se um componente central dos processos de coordenação, sendo que a interação dos atores com vistas à coordenação de planos de ação costuma ser linguisticamente mediada (LIMA & RIVERA, 2010).

Neste sentido, a ideia de redes de conversação remete a

um conjunto de relações ou interações cujas ligações são mediadas pela conversa entre atores envolvidos em um contexto compartilhado. No âmbito específico de um sistema de serviços de saúde, trata-se de um conjunto de relações não hierárquicas e interdependentes, vinculando gestores, profissionais/prestadores e usuários mediante a Conversação para concretizar seus diversos interesses e promover a integração dos serviços. (LIMA & RIVERA, 2009, p.338).

O modelo de análise apresentado por Lima (2008) e Lima & Rivera (2009), demonstra a centralidade da rede de conversações produzida pelos atores, estabelecendo

a inter-relação entre interdependência, coordenação e integração (Figura 2). Desta maneira, o estabelecimento de uma rede coordenada de serviços de saúde depende de uma rede de interações entre os diversos atores (gestores, profissionais e usuários), mediadas pela linguagem e pelas conversações, para coordenação das interdependências a fim de garantir as ligações entre os “nós” da rede.

Para Lima & Rivera (2009), as relações interorganizacionais se dão, na prática, a partir de relações interpessoais e defendem a possibilidade de compreensão do funcionamento da rede de serviços a partir da análise das redes de conversações.

A ideia é a de que uma rede integrada de serviços de saúde é operacionalizada por uma intensa rede de conversações, e sua análise constitui, portanto, um caminho possível para se compreender o funcionamento da rede de serviços. Os nós da rede de serviços são unidos pelas conversações que se travam durante as interações. Esta rede de conversações é composta de distintos pontos de conversação interligados, passíveis de serem mapeados e analisados. (LIMA & RIVERA, 2009, p.339).

É muito importante na análise de redes, a identificação de lideranças e mediadores, que constituiriam os “nós” da rede, além dos atores que participam ou estão excluídos, como estes se conectam, que imaginário compartilham e a identificação da natureza das interações (FLEURY & OUVÉRY, 2007).

**Figura 2 – Compreensão comunicativa da inter-relação entre interdependência, coordenação e integração**



A perspectiva de redes apresentada por Rovere (1999) a partir da visão da psicologia social entende que as redes são constituídas de pessoas, visto que cargos e instituições não seriam capazes de se conectar e criar vínculos entre si.

O autor propõe, tal como apresentado no quadro 2, um esquema de classificação de vínculos em relação aos níveis, ações e valores envolvidos nas interações, a fim de monitorar os graus de profundidade de uma rede (FLEURY & OUVÉNEY, 2007).

#### **Quadro 2 – Níveis de reconhecimento na formação de redes**

<b>Nível</b>	<b>Ações</b>	<b>Valor</b>
5. Associar-se	Compartilhar objetivos e projetos	Confiança
4. Cooperar	Compartilhar atividades e/ou recursos	Solidariedade
3. Colaborar	Prestar ajuda esporádica	Reciprocidade
2. Conhecer	Conhecimento do que o outro é ou faz	Interesse
1. Reconhecer	Reconhecer que o outro existe	Aceitação

Fonte: ROVERE, 1998 apud FLEURY & OUVÉNEY, 2007, p.20.

Esta análise de redes tem como foco as relações sociais, sendo possível compreender o sentido das ações sociais a partir das relações, considerando que estas são influenciadas pela estrutura e posições dos atores na rede (FLEURY & OUVÉNEY, 2007).

Desta maneira, há que se considerar o papel dos diversos atores para a coordenação e conformação de redes, bem como os processos normativos e estruturais que figuram como acumulações na perspectiva da produção social de Matus, compondo a rede como recursos controlados pelos atores. Tais atores, sujeitos individuais ou sociais, não representam somente a si mesmos, mas “um projeto mais ou menos homogêneo, com um certo nível de estabilidade, de recursos de poder capazes de influenciar um jogo particular de produção social” (RIVERA & ARTMANN, 2016, p.S4).

#### **4.2.2 Organização de linhas de cuidado articuladas às necessidades de saúde da população**

As possibilidades de mudança e aprimoramento dos serviços no sentido de melhoria da qualidade da atenção ofertada se faz na conjugação dos saberes e práticas de todos os atores envolvidos no cuidado em saúde, definido por Cecílio & Merhy (2003) como

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]. (CECÍLIO & MERHY, 2003, p.198).

A estratégia de linhas de cuidado vem propor uma mudança na organização dos serviços e no atendimento das unidades básicas de saúde, a partir do acompanhamento e coordenação do percurso do usuário, entendendo este como elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, visando atender as suas necessidades de saúde, articulando a promoção da qualidade de vida e a integralidade do cuidado. A efetividade dessa mudança inclui a construção de um projeto terapêutico cuidador que opera com base na linha de produção do cuidado, e se traduz na concepção do acolhimento com criação de vínculo e responsabilização pelo cuidado, em meio a uma cadeia produtiva usuário-centrada, que inclui a participação deste no processo de saúde-doença (FRANCO & MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

A linha de cuidado exige a pactuação entre todos os atores que controlam os recursos e serviços assistenciais, a fim de garantir os fluxos necessários ao usuário na rede de saúde, considerando também os segmentos que participam deste cuidado, mas que necessariamente não estão inseridos no sistema de saúde, reunindo múltiplos saberes e práticas integradas na garantia do acesso e continuidade do cuidado ao usuário. Desta maneira, a linha de cuidado ultrapassa os protocolos estabelecidos institucionalmente, reconhecendo que os gestores podem pactuar novos fluxos e reorganizar os processos de trabalho de acordo com as necessidades apresentadas (FRANCO & MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso às tecnologias necessárias ao cuidado, tendo referência na unidade básica, visto que esta tem a responsabilidade sobre a continuidade e coordenação do cuidado (FRANCO & MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

O pacto para construção de linhas de cuidado exige adesão, vontade política, recursos cognitivos e materiais, grande capacidade de interlocução e negociação, implicando os diversos atores envolvidos no cuidado em saúde. Para Franco & Magalhães Júnior (2003), o acordo envolvido nessa construção deve garantir:

- a) a disponibilidade de recursos com garantia de oferta especializada de outros níveis de atenção, bem como a regulação desses fluxos;
- b) a viabilidade de fluxos centrados no usuário, que facilitem o seu “caminhar na rede”;
- c) o funcionamento de instrumentos de referência aos diversos níveis de complexidade tecnológica;
- d) o funcionamento de instrumentos de contra-referência para a atenção básica, onde deve ser estabelecido o vínculo e acompanhamento dos usuários;
- e) a determinação da atenção básica enquanto gestora do projeto terapêutico desenvolvido na linha de cuidado, com análise contínua das prioridades assistenciais para orientação dos encaminhamentos;
- f) o diálogo entre os diversos atores que controlam os recursos, por meio de gestão colegiada;
- g) a garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva dos processos saúde-doença.

A linha de produção do cuidado está presente em dois níveis, o circulante dentro de um serviço, e o que opera na rede, estabelecendo-se uma interface entre os dois.

A linha de cuidado sob a perspectiva dos macroprocessos demanda: a) a organização da vigilância e informação em saúde; b) a comunicação em saúde; c) medidas intersetoriais, legislação, regulação; organização da rede de serviços; d) identificação de grupos de risco e os protocolos como ferramentas. Na perspectiva da micropolítica e do processo de trabalho em saúde demanda: a) atuação da equipe na coordenação do cuidado; b) vinculação e responsabilização do cuidador; c) busca da produção da autonomia do usuário (MALTA & MERHY, 2010).

Um dos desafios da coordenação de linhas de cuidado seria a lógica das profissões dentro de uma unidade de produção ou cuidado, com coordenadores relacionados aos processos de trabalho de cada profissão (médicos, enfermeiros), sendo necessária a interlocução direta de todos os profissionais envolvidos no cuidado,

estabelecendo uma lógica horizontalizada nos processos de desenvolvimento e coordenação das linhas de cuidado (CECÍLIO & MERHY, 2010).

Em linhas gerais, a produção de linhas de cuidado procura responder à demanda de coordenação do cuidado em saúde, dada a diversidade de processos, ferramentas e saberes envolvidos na intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação, levantando novamente a importância da coordenação para a garantia de um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde.

#### 4.3 POLÍTICAS E AÇÕES VOLTADAS AO ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

A complexidade que permeia tanto o desenvolvimento quanto o enfrentamento da obesidade, que cresce de forma acelerada apesar de constituir um agravo prevenível, demanda estratégias intersetoriais aliadas ao papel estratégico do setor saúde.

Neste sentido, tanto a compreensão da sua rede de causalidades quanto a organização de políticas e ações necessitam abranger a integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade requeridas na atenção à saúde e, particularmente, na organização e implementação de uma linha de cuidado que integre o sistema de saúde a outros como comércio, agricultura, transportes, planejamento urbano e desenvolvimento, aumentando assim significativamente a influência e sustentabilidade das políticas.

Gortmaker et al. (2011) fazem um apelo mundial para o enfrentamento da obesidade, destacando a necessidade de um esforço contínuo para monitorar, prevenir e controlar este agravo. Destacam ainda que o número de intervenções e políticas diversas sugeridas pode fazer com que a tarefa seja considerada impossível, remontando à necessidade de integralidade e intersetorialidade para lidar com as causas do excesso de peso.

Para o autor, os atores envolvidos no enfrentamento da obesidade constituem os governos, as agências internacionais, o setor privado, a sociedade civil, os profissionais de saúde e os indivíduos, enfatizando os vários focos de ação de cada um dos atores e



sinalizando o governo como o principal responsável para a garantia de ambientes saudáveis. Mas enfatiza a dificuldade de uma política de implementação de ações regulatórias, por exemplo, devido à pressão da indústria de alimentos e o conflito de interesses presente.

Este item busca apresentar resumidamente o campo político-institucional e operacional que envolve as ações de alimentação e nutrição e, mais especificamente, sinalizar as estratégias que norteiam o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no Brasil.

A trajetória das políticas e intervenções públicas de alimentação e nutrição no Brasil apresentou retrocessos e avanços, considerando a dinâmica de mudanças ocorridas tanto no âmbito estrutural do Estado quanto na sociedade. O processo de construção dessas ações é pautado por disputas diversas influenciadas por arranjos e projetos políticos, possibilidade de financiamento, concepções sobre saúde e seus determinantes, papel dos diferentes atores no processo e seus interesses, às vezes conflitantes (BURLANDY & MAGALHÃES, 2013).

As análises desta trajetória, apresentadas por Burlandy & Magalhães (2013), apontam as discontinuidades e alternâncias tanto das agências condutoras da política de alimentação e nutrição quanto das ações desenvolvidas ou do foco destas ações e seus espaços de articulação e condução. A transição nutricional configura-se também como uma mudança que impacta o planejamento das ações, visto que o principal objetivo dos programas era o combate à fome e atualmente convive-se com o excesso de peso e morbidades relacionadas. Apesar de significativa redução da fome no país, há uma sobreposição de doenças relacionadas à miséria e à modernidade.

As ações de alimentação e nutrição são apresentadas em três linhas de atuação ou conjuntos de programas desde o início dos anos 1930, a saber: suplementação alimentar e oferta de refeições a grupos específicos; ações na esfera da produção e comercialização de alimentos; e ações de educação alimentar (BURLANDY & MAGALHÃES, 2013).

Estes programas passaram por mudanças que também afetaram as políticas de saúde em geral, como a descentralização, o controle social, a focalização de grupos e benefícios, além de migrar da distribuição de alimentos aos programas de transferência de renda, constituindo inflexões importantes no cenário da política de alimentação e nutrição no Brasil (BURLANDY & MAGALHÃES, 2013).

Atualmente, no âmbito do SUS, as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas integram desde ações de vigilância alimentar e nutricional às atividades de promoção à saúde e promoção da alimentação adequada e saudável, bem como o controle de agravos específicos, como as doenças crônicas, a deficiência de micronutrientes e a obesidade (JAIME et al., 2011).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi publicada em 1999 e, pouco mais de uma década depois, é republicada em 2012, buscando alinhar suas diretrizes à organização dos serviços de saúde, estabelecendo um elo entre dois sistemas, o SUS e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2012a).

A PNAN aponta como prioridades a obesidade e outras doenças crônicas, desnutrição e carências nutricionais específicas, e destaca o papel da interdisciplinaridade na condução e implantação da política no nível local, visto que suas ações não são exclusividade do profissional nutricionista e a ação deste inclusive é mais valorizada quando trabalha junto com outros profissionais (BRASIL, 2012a).

Apesar do nutricionista não ser o único responsável pela atenção nutricional, sua inserção nas equipes do NASF, que integram equipes multidisciplinares, fortaleceram as ações de alimentação e nutrição na atenção básica, auxiliando na organização das RAS (JAIME et al., 2011).

Considerando que os determinantes dos problemas nutricionais extrapolam o setor saúde, convergem atualmente a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), conformando a necessidade de pensar e agir intersetorialmente para construir soluções para os problemas nutricionais da população.

Novas ações e políticas vem sendo pautadas com este entendimento da intersetorialidade, já que os condicionantes não se restringem a um determinado setor, como o da saúde. Entretanto, diversas dificuldades são apresentadas para a implementação dessas ações. Um exemplo seria a própria PNSAN, que muito tem avançado em sua normatização, mas encontra desafios para a implantação de sistemas locais de segurança alimentar e nutricional, principalmente em regiões metropolitanas.

O conceito de SAN, assim como o de saúde expõe a característica intersetorial da política, que abarca programas e ações relacionados a diversos setores, mas que na prática ainda se concentram na assistência social, educação e saúde.

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (BRASIL, 2006c).

Trabalhar o diálogo com a SAN e com as demais políticas e estratégias da área de saúde é um desafio necessário e constitui uma das diretrizes da PNAN (BRASIL, 2012a).

Para o enfrentamento da obesidade, essa convergência entre as políticas mostra-se muito importante, pois considera não apenas as possibilidades de ações efetivas do setor saúde para a organização do cuidado, mas ajuda a pensar as formas de intervenção intersetorial e mesmo ideológicas no diz respeito ao sistema alimentar, que envolvem desde a produção de alimentos nos seus diversos modelos agroecológicos até o consumo pela população, tendo como base a promoção da saúde.

A fim de auxiliar a compreensão da configuração político-institucional e operacional do cenário de construção do cuidado relacionado à obesidade, o quadro 3 apresenta os principais documentos que norteiam e apoiam as ações de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito do SUS, destacando seus principais objetivos em ordem cronológica.

A promoção da alimentação adequada e saudável é prevista tanto na PNAN quanto na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), enfatizando a necessidade de considerar os efeitos dos determinantes gerais sobre a condição de saúde (JAIME et al., 2011).

A atualização, em 2014, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), enfatiza a necessidade de deter o desenvolvimento das doenças crônicas com ações voltadas aos seus fatores de risco, dentre eles o sedentarismo e a má alimentação. Assim, a alimentação adequada e saudável e as práticas corporais e atividades físicas são citadas como alguns dos temas prioritários da PNPS, a partir de ações que visem a promoção da saúde e a segurança alimentar e nutricional da população, buscando a valorização do saber popular e tradicional, em consonância com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014d).

**Quadro 3 – Principais documentos que norteiam e apoiam ações de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no Brasil**

Nome do Documento	Ano de publicação	Síntese do objetivo do documento
Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30/03/2006)	2006; portaria revisada em 2014	Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.
Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Portaria nº 648/GM de 28/03/2006 e Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011)	2006 Atualizada em 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Lei orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN (Lei 11.346, de 15/09/2006)	2006	Aprova e sanciona a Lei Orgânica de SAN e cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada.
Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN (Decreto nº 7.272, de 25/08/2010)	2010	Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências.
Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (Portaria nº 2.175, de 17/11/2011)	1999; republicada em 2012	Atualiza a PNAN, após mais de uma década de sua promulgação. Aponta como prioridades a obesidade e outras doenças crônicas, além da desnutrição e carências nutricionais específicas.
Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PLANSAN 2012 - 2015	2011	Instrumento de planejamento, gestão e execução da PNSAN, construído intersetorialmente pela (CAISAN), sinalizado na PNSAN como responsável pela operacionalização da política. Apresenta como desafio a reversão das tendências de aumento das taxas de excesso de peso e obesidade.
Portaria nº 4.279, de 30/12/2010.	2010	Estabelece as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022	2011	Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

Nome do Documento	Ano de publicação	Síntese do objetivo do documento
Resolução nº 7 da Câmara Interministerial De Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), de 09/06/2011	2011	Institui um comitê intersetorial (CT6), no âmbito da CAISAN, para discutir ações de Prevenção e Controle da Obesidade. Inclui, além dos ministérios da Câmara, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e a OPAS/OMS, a fim de elaborar o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.
Portaria nº 252/GM/MS, de 19/02/2013. Portaria nº 483/GM/MS, de 01/04/2014.	2013; 2014.	Institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela portaria nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014, que somente a atualizou, estabelecendo as diretrizes para a organização das suas Linhas de Cuidado.
Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013	2013	Redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.
Portaria nº 425 GM/MS, de 19 de março de 2013	2013	Relacionada ao âmbito hospitalar, estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, onde a cirurgia bariátrica é custeada pelo Ministério da Saúde.
Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios.	2014	Prevenir e controlar a obesidade na população brasileira, por meio de ações intersetoriais, promovendo a alimentação adequada e saudável e a prática de atividade física no ambiente que vivemos.
Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	2014	Este manual instrutivo objetiva apoiar os gestores na organização da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas no Estado, no Município e nas regiões de saúde.
Portaria nº 62/GM/MS, de 6 de janeiro de 2017 (Altera as Portarias nº 424/GM/MS nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013)	2017	Exclui a pactuação de planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade como pré-requisito para habilitação de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade.
II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2016-2019	2017	Foi elaborado pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), em conjunto com o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), a partir das deliberações da V Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Estas três instâncias conformam a governança da agenda de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil.

Fonte: Elaboração própria.

Importante destacar ainda a iniciativa do Guia Alimentar da População Brasileira, atualizado em 2014, com primeira publicação em 2006, como um instrumento de educação alimentar e nutricional que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, contribuindo para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis, constituindo assim uma perspectiva positiva da saúde (BRASIL, 2014e).

Como discutido ao longo deste estudo, o reconhecimento da obesidade como problema e sua inclusão como agenda prioritária encontram diversas dificuldades e vão se conformando aos poucos a partir dos movimentos, interesses e relações dos diversos atores sociais envolvidos.

Em 2011, foi divulgado o Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), e mais recentemente, a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (CAISAN, 2014). Esta última foi elaborada no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), com participação dos diversos ministérios da Câmara, além do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e da Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, com material publicado em maio de 2014.

No contexto de organização das redes de atenção à saúde (RAS) no âmbito do SUS, foi proposta em 2013 a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a ser organizada e operacionalizada a partir de linhas de cuidado específicas para os agravos de maior magnitude, que culminam na definição da obesidade como uma linha de cuidado prioritária a partir das portarias nº 424 e nº 425. Estas indicam as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade, sendo a segunda no âmbito hospitalar.

Em 2014, com base nestes documentos, o Ministério da Saúde lançou um instrutivo com recomendações para estados, regionais de saúde e municípios, visando apoiá-los na organização da linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade (Brasil, 2014c).

O cuidado da obesidade deve ser conduzido pela atenção básica, responsável e ordenadora do cuidado em saúde, assumindo importante papel a governança dos atores envolvidos no processo de gestão compartilhada das RAS.

Destaca-se a importância da vigilância e informação em saúde e a importância dos dados de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população a partir da utilização da ferramenta do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com vistas à orientação das ações em saúde, mas enfatizando os limites na sua implementação. De acordo com Gortmaker et al. (2011), a maioria dos países não possui dados de monitoramento suficientes, apresentando a necessidade de um investimento nestas ações.

O planejamento e a implementação das ações relacionadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no nível local, bem como a coordenação e a análise das relações estabelecidas entre os atores podem ajudar a vislumbrar as possibilidades de configuração de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, transversalizada pelo eixo da promoção da saúde, tendo por base a garantia do direito humano à alimentação adequada e a segurança alimentar e nutricional da população.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O contexto de realização da pesquisa retrata o período de transição da gestão municipal, que teve suas implicações e relevâncias demarcadas pelos diversos sujeitos de pesquisa.

Todas as falas remeteram a esse processo de adaptação e maturação da nova gestão, que era ainda recente, já que as entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2016 – final do segundo ciclo administrativo do governo do prefeito Eduardo Paes (2013-2016) – e maio de 2017 – início do governo do atual prefeito Marcelo Crivella (2017-2010).

Este constituiu, portanto, um momento de reavaliação dos atores e novas pactuações em um cenário ainda indefinido, mas permeado de especulações quanto à continuidade de ações já em andamento ou em processo de planejamento, e as novas frentes e propostas que se colocavam.

A viabilidade deste estudo considerou esse contexto mesmo que o direcionamento das ações de cada um dos órgãos e suas subdivisões administrativas tivesse de aguardar a definição das prioridades da nova gestão para planejar suas ações.

O Plano Estratégico da cidade do Rio de Janeiro 2017-2020<sup>12</sup>, lançado no início da atual gestão municipal, traz como uma das diretrizes da dimensão social, a perspectiva de frear o crescimento do sobrepeso e da obesidade na população como uma meta na área da saúde.

Promover a qualidade de vida e a saúde da população durante todo o ciclo de vida, garantindo atenção qualificada à saúde da mulher, o pleno

---

<sup>12</sup> O “Plano Estratégico da cidade do Rio de Janeiro – Rio 2020: mais solidário e mais humano” constitui um projeto de governo elaborado como instrumento de planejamento, que deve ser divulgado até 180 dias após a posse do novo prefeito. Este plano pretende se articular com os demais documentos de planejamento setoriais da Prefeitura. O texto prioriza os compromissos de campanha, mas envolveu reuniões com os órgãos que compõem a prefeitura para sua construção e prevê um momento participativo com a população após a sua divulgação. O plano foi dividido em 4 dimensões, buscando alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas: Dimensão Economia, Dimensão Social, Dimensão Urbano-Ambiental e Dimensão Governança. O setor da Saúde integrou as discussões quanto à Dimensão Social, juntamente com os setores de Assistência Social; Educação, Esportes e Cultura; e Segurança e Ordem Pública (PCRJ, 2017).



desenvolvimento e proteção da infância, políticas para a juventude que visem enfrentar as causas das violências (homicídios, acidentes e suicídios), estimulando um envelhecimento ativo e saudável e freando o crescimento do sobrepeso e obesidade na população. (PCRJ, 2017).

Apesar dessa construção, o documento não menciona o enfrentamento da obesidade nas ações ou iniciativas delineadas e os discursos apontam que as conjunturas política e orçamentária podem impactar na efetivação de algumas ações planejadas na gestão anterior, que já careciam de uma melhor estruturação e coordenação como aquelas relacionadas à promoção da saúde. Este cenário demonstra que a discussão da obesidade ainda precisa galgar espaços de organização no setor saúde e na articulação intersetorial que demanda.

Este trabalho não pretende representar a realidade concreta da gestão pública em saúde municipal em sua amplitude e dinamicidade, que envolve outros atores e espaços de articulação, sendo importante salientar que os resultados apresentados constituem um material compreensivo para apoiar a análise quanto aos limites e potencialidades de construção de uma linha de cuidado ou de uma rede de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no nível local.

Os resultados do estudo são apresentados inicialmente pela identificação e papel dos atores envolvidos nas ações relacionadas ao sobrepeso e à obesidade (item 5.1), bem como dos espaços de gestão e coordenação da Atenção Primária à Saúde (item 5.2) por ser a coordenadora do cuidado em saúde e estar mais próxima da população.

Em seguida, são delineadas as percepções dos diversos sujeitos quanto ao sobrepeso e a obesidade (item 5.3), que influenciam no modo como os programas, políticas e ações são abordados na gestão e prática em saúde.

Na sequência, busca-se apresentar a organização das interações e vínculos para a formação de uma rede de mobilização da discussão da obesidade a partir principalmente das aproximações atuais e relações entre a área técnica de alimentação e nutrição municipal – INAD – e atores que compõem a gestão da atenção primária (item 5.4), para, enfim, vislumbrar os limites e possibilidades de constituição de uma linha de cuidado ou conformação de redes para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no município do Rio de Janeiro.

## 5.1 IDENTIFICAÇÃO E PAPEL DOS ATORES ENVOLVIDOS NA PESQUISA

O discurso dos sujeitos de pesquisa salienta a existência de ações pontuais relacionadas ao sobrepeso e à obesidade no âmbito municipal, apesar de não constituir uma prioridade de ação da SMS-RJ e apresentar baixa capacidade de coordenação das ações e processos que sustentem a conformação de uma rede ou linha de cuidado para o enfrentamento do excesso de peso no nível local.

Já que tal conformação demanda a coordenação de atividades interdependentes por diversos atores, é fundamental fazer uso de um modelo de compreensão comunicativa dos mecanismos e processos de coordenação que incluem ou excluem determinados atores nos seus modos de interação, assumindo que não há como pensar a organização de redes sem a coordenação associada à interdependência. (LIMA, 2008; LIMA & RIVERA, 2009)

A partir de uma análise das interações e vínculos estabelecidos entre os atores que potencialmente conformariam essa suposta rede no espaço da gestão da APS, e da identificação das principais lideranças e mediadores que atuam no jogo social, se vislumbram os significados e sentidos que circulam, bem como os mecanismos e articulações que se colocam no processo de coordenação dos serviços e ações de saúde, que se mostram tanto a partir dos fluxos já estabelecidos como pelas redes de conversações dos atores (LIMA, 2008).

### **5.1.1 Atores sociais envolvidos nas ações relacionadas ao sobrepeso e obesidade**

Todos os interlocutores da pesquisa se expressaram enquanto instituição ou serviço que representavam, mas também individualmente, em que cada ator desempenha uma atividade de gestão e/ou técnica, onde convivem interesses individuais e coletivos, com maiores ou menores possibilidades de ação de cada um sobre a realidade.

Nas entrevistas e conversas, percebemos algumas falas mais institucionalizadas, em que o ator sinaliza sua postura enquanto representante de determinada instituição ou setor de atuação, mas em diversos momentos destaca as reflexões pessoais e o seu modo

de compreensão quanto ao problema, que não necessariamente se coaduna com a atuação prática na condução das ações.

Percebe-se desse modo, que apesar de comporem a gestão em saúde seja no âmbito central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) ou no espaço de gestão territorial que compõe as Coordenadorias de Áreas de Planejamento (CAP), alguns entrevistados que ocupam cargos técnico-gerenciais muitas vezes não se identificam enquanto gestores, ainda que sejam reconhecidos como tal pelos demais profissionais que atuam nos serviços de saúde.

Uma questão destacada pelos entrevistados na sua identificação enquanto gestores se remete às habilidades de gestão, que reconhecidamente não compõem a formação básica em saúde e, deste modo, vão sendo adquiridas ao longo do tempo a partir das interações e processos que vão compondo o seu aprendizado na situação. Entretanto, alguns dos entrevistados destacaram a contribuição de cursos de formação para a gestão que realizaram por meio de parcerias entre a SMS-RJ e instituições de ensino.

Apesar de estar na gestão eu não tenho formação em gestão, *né*. (...). A gente faz muito por intuição, *né*, a gente aprende. (E2 – INAD)

Para este estudo, à exceção dos dois nutricionistas que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), todos os entrevistados são identificados como gestores por sua atuação se dar a partir dos espaços e processos de gestão. Entende-se que estes influenciam em maior ou menor grau a dinâmica dos processos de gestão mesmo quando não há grande poder de decisão para questões mais estruturais, que dependem também de engendramentos políticos e hierárquicos. Quando necessário, foram diferenciados o lugar de fala como central ou territorial, ou como gestor ou gestor-técnico.

O ator social pode constituir uma personalidade, mas também uma organização ou agrupamento humano, representando não apenas a si, mas a um projeto, influenciado também pelas acumulações de processos e estruturas, que impactam na sua capacidade de acumular força enquanto ator social e produzir fatos na situação (MATUS, 1996; MATTOS, 2010; RIVERA & ARTMANN, 2016).

Além das diversas percepções quanto a determinada situação, cada ator reconhece de maneira diferente o outro e as demais agências no processo de produção

social da saúde, revelado como um jogo social dinâmico que envolve uma assimetria de explicações (MATUS, 1996), onde se articulam relações de poder, governabilidade e possibilidades de negociação para o entendimento e governança em saúde.

Seja no âmbito da coordenação do cuidado ou da coordenação sistêmica, os atores identificam inicialmente seis principais organizações que se relacionam de diversos modos à condução de ações que envolvem a discussão quanto ao excesso de peso e que figuram entre instituições e serviços, identificados no quadro 4.

#### **Quadro 4 – Atuação das organizações e representação dos atores interlocutores da pesquisa**

<b>Organizações (Instituições, órgãos centrais e intermediários e serviços)</b>	<b>Ator/ Representantes (Sujeitos de pesquisa)</b>	<b>Atuação e contexto institucional</b>
Superintendência de Atenção Primária (SAP/SUBPAV/SMS)	Gestores que compõem as superintendências, coordenações e gerências da SUBPAV	Constitui uma gestão central, sendo denominada pelos demais interlocutores como “nível central”. É responsável pelas orientações técnicas e coordenação das ações da APS e Policlínicas.
Superintendência de Promoção da Saúde (SPS/SUBPAV/SMS)		
Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD/SVFS/SUBVISA)	Gestores (profissionais envolvidos na Gerência Administrativa e na Gerência de Atenção e Cuidado Nutricional)	Área técnica de alimentação e nutrição, mas com posição diferenciada na estrutura organizacional porque sai da SUBPAV/SPS para compor a SUBVISA, apresentando fragilidades também internas como o quadro de pessoal reduzido devido principalmente a aposentadorias.
CAP - Coordenadorias de Áreas Programáticas (CAP2.2 e CAP3.2)	Gestores (coordenador de área, profissional envolvido no acompanhamento de ações de alimentação e nutrição na área, coordenador NASF)	Gestão territorial com divisão em áreas técnicas similar ao nível central, com relativa autonomia decisória para a gestão dos territórios, apesar dos direcionamentos e processos de coordenação alinhados com o nível central.
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF AP2.2 e NASF AP3.2)	Coordenador responsável e nutricionistas AP3.2	Papel de apoio matricial à ESF, podendo incluir o nutricionista em sua composição, além do educador físico, entendidos como profissionais potenciais ao cuidado da obesidade. Aumento do número de equipes nos últimos anos, mas apresenta limites no seu processo ainda em construção.
Centros de Referência em Obesidade (CRO)	Coordenador de área de planejamento e equipe multiprofissional dos três CRO's do município localizados nas áreas programáticas 3.1 e 3.3	Serviços de cuidado a obesidade grau III pensados inicialmente como polos de atendimento planejados por AP, mas apenas 3 unidades foram implantadas, 2 delas na mesma AP, apresentando um momento atual de indefinição quanto à sua continuidade.

Fonte: Elaboração própria.

Os representantes destas organizações contemplaram os interlocutores da pesquisa, segundo indicação de atores-chave, por conformarem uma rede existente ou potencial de conversações para as ações relacionadas ao sobrepeso e à obesidade, o que poderia contribuir para a construção de uma linha de cuidado para o enfrentamento desta problemática no município do Rio de Janeiro, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), apesar de não comporem todo o dinâmico desenho que esta necessita.

Os sujeitos de pesquisa foram incluídos ou excluídos pela identificação implícita ou explícita dos atores que sinalizavam os melhores interlocutores segundo a sua compreensão quanto à conformação dessa rede de interações ou por identificarem uma melhor interlocução para contribuir para o tema deste estudo.

Estas instituições e serviços ocupam posições diferenciadas no arranjo institucional e compõem estruturas que operam por alguns fluxos e processos pré-definidos para a organização do sistema de saúde de maneira geral, mas também por arranjos múltiplos que dependem da apropriação destes processos e da construção de estratégias de coordenação e execução das ações.

Tais engendramentos são fruto da interação entre pessoas, trabalhadores dos equipamentos de saúde que atuam na gestão ou na prática dos serviços, e imprimem uma atuação social no sentido sinalizado por Matus (1996), para a produção de fatos que influenciam mais ou menos a situação em determinados momentos e circunstâncias.

Todas estas organizações, em dado momento, cumpriram de algum modo o papel de ator social relacionado a sua atuação específica frente às ações de saúde relacionadas ao excesso de peso, construído nos processos e participação dos atores, onde alguns atores não mais se integram por distintas razões, como aposentadorias.

Entretanto, estas organizações expressam diferentes possibilidades de atuação e mobilização nas diversas circunstâncias e no cenário atual da gestão em saúde municipal. Deste modo, marca-se a transitoriedade e a dinamicidade sinalizadas por Matus (1996), que impactam no acúmulo de forças dos atores no jogo de produção social.

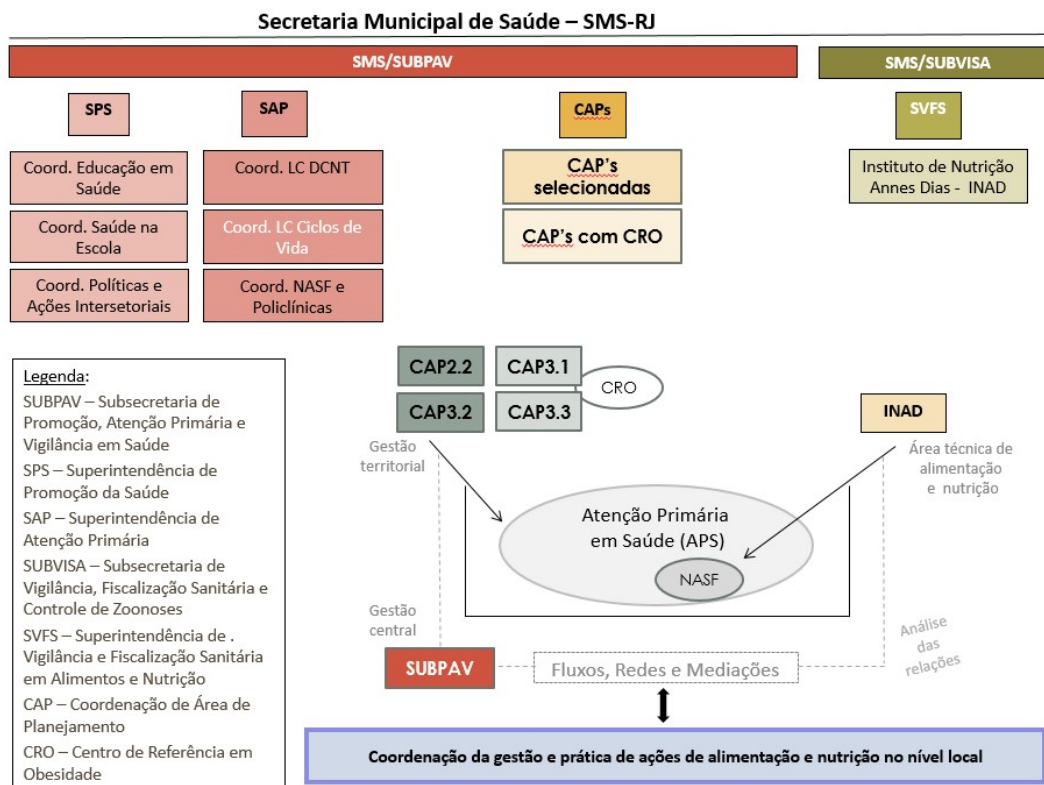
A representação esquemática da figura 3 se baseia na estrutura organizacional da SMS-RJ<sup>13</sup>, que compreende as posições institucionais de cada uma das organizações, que se configuram atualmente, já o fizeram em determinado momento ou mesmo tem potenciais para se configurarem atores sociais mais implicados no processo de produção

---

<sup>13</sup> O esquema não contempla toda a estrutura organizacional da SUBPAV, representada no Anexo B.

de sentidos da obesidade enquanto problema e de organização do seu enfrentamento e cuidado na rede de atenção à saúde (RAS), que se dá também a partir de uma dinâmica de relações informais entre os atores sociais.

**Figura 3 - Grupos prioritários identificados para a discussão atual da obesidade no município do Rio de Janeiro**



Fonte: Elaboração própria com base no organograma da SMS-RJ e indicações dos sujeitos de pesquisa devido às interações estabelecidas entre os atores.

Este desenho inicial, conformado pelos interlocutores da pesquisa nas entrevistas e observação participante, tem centralidade na APS enquanto coordenadora do cuidado em saúde, a partir da interação entre a gestão central e a gestão territorial pelas Coordenadorias de Área de Planejamento (CAP), mesmo que uma linha de cuidado para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade demande outras articulações intra e intersetoriais.

A atenção primária é conformada no território pelas CAP, que denotam relativa autonomia decisória para a gestão direcionada às especificidades do território na coordenação das ações, o que as coloca como ator fundamental na coordenação sistêmica e do cuidado em saúde; e pelas unidades de produção de saúde, onde se

inserem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este é identificado como um ator importante na discussão da obesidade no sentido do seu papel de matriciador enquanto equipe multiprofissional de apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entretanto, devido à inserção recente e dificuldade de apropriação dos diversos atores, o NASF encontra-se ainda em processo de construção no município do Rio de Janeiro, apresentando limites para sua atuação em determinados territórios.

As interações formais e informais deste desenho expõem a dinâmica das relações para a linha de ação da obesidade na interlocução com a APS, integrando: a) a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), como órgão gestor central, apresentando um conjunto de processos e fluxos já formalizados de interação com as CAP e a rede de serviços de saúde; b) o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), como área técnica de alimentação e nutrição, com posições e expressões diferenciadas ao longo da sua trajetória; c) os Centros de Referência em Obesidade (CRO), por constituir um serviço direcionado ao cuidado da obesidade grau III.

A SUBPAV é responsável pela gestão central da atenção primária, sendo identificada como “nível central” pelos atores. Entre suas competências, a subsecretaria está incumbida de estabelecer orientações técnicas e formular diretrizes, fluxos e protocolos para a condução dos serviços e ações de saúde no âmbito da APS e atenção especializada das Policlínicas.

O INAD é responsável por planejar, implementar e avaliar a Política de Alimentação e Nutrição no âmbito do município do Rio de Janeiro. Mesmo não compondo mais o quadro da SUBPAV e apresentando fragilidades institucionais, ainda é identificado pelos sujeitos como ator principal para abordar e mobilizar a discussão da obesidade no município frente ao seu protagonismo histórico e/ou expertise na área de alimentação e nutrição.

Dois gestores da SAP/SUBPAV o apontaram como principal interlocutor para a discussão da pesquisa, já no momento do convite para a entrevista. Um deles justificou que a entrevista com o INAD seria mais interessante, já que eles responderiam pela Política Municipal de Alimentação e Nutrição (PMAN) no município do Rio de Janeiro, que ainda não foi nem publicada. Um dos gestores do INAD também relatou que recebe demandas aludindo à PMAN, que contou com um processo de formulação coletivo, mas que teria sido finalizado mais internamente, tal como é abordado por Bocca (2014).

Esta identificação denota o seu reconhecimento enquanto responsável pela condução das ações de alimentação e nutrição, que incluiria a organização do cuidado do sobrepeso e da obesidade. Entretanto, a mudança na estrutura organizacional da SMS-RJ o coloca em uma posição diferenciada, impactando nas relações e capacidade de produzir sentidos que mobilizem a discussão do excesso de peso na gestão central e territorial.

O termo “nível central” foi muito utilizado nas falas para designar as coordenações que compõem a SUBPAV e demais subsecretarias que se localizam no prédio da prefeitura, onde fica a sede da SMS-RJ. Uma das falas do INAD demonstra essa centralidade principalmente relacionada à articulação da SUBPAV com os serviços de saúde, onde o INAD apesar de também compor a gestão central atualmente não se inclui.

Deste modo, o INAD não é identificado como “nível central” neste estudo, mas como área técnica de alimentação e nutrição, devido à sua posição desde 2015 na Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (SUBVISA), ou seja, fora da subsecretaria responsável pela interlocução direta com as Coordenarias de Áreas Programáticas (CAP) e a rede de serviços de saúde. Quando os gestores ou organizações são identificados como “nível central” nos referimos especificamente à SUBPAV, mesmo não sendo este o único órgão central da SMS-RJ.

O termo “ponta” é utilizado para designar a atuação dos serviços de saúde de modo geral e o termo “gestão” é utilizado tanto em referência à Coordenação de Área Programática (CAP) quanto à gestão central da SMS-RJ.

A SUBVISA, assim como o INAD, é localizada em outro bairro e recebe críticas de não aproximação da discussão da saúde em geral, porque, segundo os atores, manteria sua atuação mais próxima do núcleo específico da vigilância sanitária.

A atual situação do INAD expõe o enfraquecimento do seu papel de ator social enquanto organização, dadas as possibilidades de atuação limitadas, segundo os discursos, pela sua posição institucional e pela grande saída de pessoal em sua maioria por aposentadorias.

Os Centros de Referência em Obesidade (CRO) foram implantados a partir de 2011 e constituem um serviço ambulatorial direcionado ao cuidado da obesidade grau III respeitando os critérios de inclusão: indivíduos adultos com IMC  $\geq 40$ kg/m<sup>2</sup> associado a diabetes ou IMC  $\geq 50$  Kg/m<sup>2</sup>. Conta com uma equipe multiprofissional que



inclui médico endocrinologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e profissional de educação física. (Brasil, 2014a). Estes são contratados via Organizações Sociais de Saúde (OSS) como NASF por ser a possibilidade atual de contratação destes profissionais, apesar de sua atuação não ser especificamente voltada ao cuidado dos usuários encaminhados ao CRO e não constituir as mesmas atribuições dos demais profissionais do NASF.

No momento da sua implantação, os CRO apresentavam uma expectativa de expansão e implantação em todas as áreas de planejamento em saúde do município, o que não se consolidou, sendo implantado em apenas duas. Uma delas contava com duas unidades deste serviço que funcionavam em bairros diferentes e hoje atuam no mesmo espaço, fruto de um processo de enfraquecimento deste modelo de cuidado junto à gestão.

Os discursos demonstram que sua implantação ocorreu de modo conflituoso, devendo ser executada rapidamente, e seu surgimento teria sido fruto de um compromisso de campanha assumido pela gestão do então prefeito Eduardo Paes (2009-2012 e 2013-2016), ainda em seu primeiro mandato, devido a pressões de vereadores sensíveis ao tema da obesidade e da cirurgia bariátrica e movimentos sociais como o Grupo de Resgate à Autoestima e Cidadania do Obeso (GRACO). Deste modo, surge como uma resposta a necessidades específicas de grupos da sociedade.

Segundo os discursos, o INAD, em virtude de sua expertise e por representar a área técnica de alimentação e nutrição foi chamado naquele momento para organizar e coordenar os CRO. Entretanto, sua implantação e coordenação ocorreu de maneira conflituosa e pouca comunicativa segundo os atores, sendo inclusive interrompida não atendendo às expectativas de expansão dos serviços.

O local de implantação destes serviços não foi definido pelo INAD, que alega ter tido pouco tempo para a definição do processo de trabalho, construído de maneira pouco dialogada com algumas gerências da SUBPAV, o que teria gerado desconforto.

Inicialmente, o INAD organizou o modelo de serviço que julgou necessário na perspectiva da promoção da saúde e auxiliou na contratação de pessoal, que consistia em uma equipe multiprofissional e um coordenador responsável por realizar a interlocução com os demais serviços de saúde. Contudo, ao longo do tempo o CRO perdeu este profissional responsável pela coordenação e, devido à saída de profissionais do INAD, também perdeu atores-chave que apoiavam esta configuração.

Segundo os discursos, o INAD aos poucos se retirou do papel de coordenação do CRO, entendendo que o serviço não poderia ser uma responsabilidade exclusiva da instituição.

O modelo de serviço implantado é criticado pelos gestores do nível central e territorial devido aos limites de abrangência, já que devido à complexidade dos casos os usuários são acompanhados pela equipe durante um longo período de tempo, não havendo uma porta de saída estruturada do serviço, o que impossibilita a abertura de vagas via sistema de regulação. Deste modo, a gestão entende que a oferta do serviço desvincula o usuário e não dialoga com a proposta de modelo de atenção da SMS-RJ.

Sua configuração o coloca isolado nos processos de interação formal da rede de atenção à saúde, estando submetido às Coordenadorias de Área de Planejamento, cuja interlocução vem ocorrendo apenas para questões estruturais. Deste modo, o CRO foi implantado de forma paralela às demais construções do modelo de expansão da APS no município, sofrendo desacumulações e se enfraquecendo enquanto proposta mesmo durante a gestão que o implantou.

É apresentada como uma inquietação da gestão que o serviço acompanhe um número reduzido de usuários em comparação às equipes de NASF, apesar de a maioria dos gestores que foram entrevistados reconhecerem que o cuidado ofertado àqueles usuários que têm acesso ao serviço pode ser efetivo. Para a gestão, diferente do NASF, formalmente os CRO se apresentam como um serviço que não está vinculado à atenção primária.

Atualmente, a continuidade destes serviços encontra-se ameaçada por novos desenhos de organização e fluxos ainda indefinidos até o final da pesquisa de campo. Entretanto, observa-se a compreensão de que o acúmulo adquirido ao longo de cerca de seis anos de atuação, pode contribuir para pensar os fluxos e o cuidado à obesidade para a abrangência municipal, juntamente com a organização da atenção nutricional. Deste modo, de acordo com os sujeitos, INAD e CRO constituem atores importantes para pensar a obesidade nos serviços de saúde.

Dentre os possíveis arranjos pensados pela gestão para este cuidado estão a incorporação dos profissionais do CRO ao NASF, compondo uma atuação matriciadora para o cuidado da obesidade ou a identificação de polos de atendimento da obesidade na atenção especializada a partir da identificação do perfil de profissionais que já atuam na

rede de atenção à saúde, mas pensando um modelo de referência regulada para toda a cidade.

O discurso da gestão a partir das entrevistas e observação participante em reuniões realizadas com o INAD, nutricionistas dos serviços de saúde municipais e representantes da SUBPAV, questiona a especificidade do trabalho desenvolvido no CRO. Entretanto, os profissionais ressaltam a necessidade do acompanhamento multiprofissional e alertam que se o NASF absorver este cuidado de forma institucionalizada poderia prejudicar as demais frentes de atuação. Assim, faz-se necessário definir protocolos, diretrizes e fluxos para o cuidado da obesidade em todos níveis de atenção, para o que a gestão central entende como fundamental a organização da atenção nutricional.

No que tange à organização do cuidado do sobrepeso e da obesidade no município alguns atores denotam maior expressão e governabilidade, ou seja, maior possibilidade de ação sobre uma situação ou realidade (MATUS, 1996). Neste caso, a compreensão da obesidade enquanto um problema e a perspectiva quanto à sua abordagem, que é vista pelos atores sociais de maneira diferente, influenciam nas possibilidades de conformação de uma rede para esta linha de ação, assim como a força dos atores para a produção de sentidos frente às relações de poder e negociação.

A compreensão quanto à situação ou problema já denota um ponto de tensão ou mesmo o impedimento ou dificuldade de pautar a discussão da obesidade em determinados espaços. Os mecanismos de coordenação e interdependência entre os atores nas interações, que até extrapolam o tema sobrepeso/obesidade, constituem a ligação entre os “nós” dessa rede (FLEURY & OUVÉRY, 2007), na perspectiva futura de conformação de uma rede de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, que envolve diversos atores sociais. As interações observadas entre os atores serão apresentadas ao longo do trabalho.

Para melhor compreensão do papel institucional das organizações que compõem os órgãos centrais e intermediários da SMS-RJ descrevemos a sua caracterização de maneira a compor sua atuação e responsabilidade referenciada em alguns documentos, mas, principalmente, a compreensão dos atores tal como se percebem ou percebem o outro.

### 5.1.2 Papel e atuação das organizações e interações entre os atores, programas e ações

A SMS-RJ formula e executa as políticas municipais de saúde por meio das suas subsecretarias. A SUBPAV é responsável por planejar, coordenar, acompanhar e avaliar as ações e serviços de promoção, atenção primária e vigilância em saúde da rede municipal de saúde, a partir da formulação das políticas e diretrizes em articulação com as demais subsecretarias. O Anexo C esboça a estrutura organizacional atual da SUBPAV e das duas superintendências incluídas no estudo, já atualizada por decretos municipais nesta nova gestão 2017-2020<sup>14</sup>.

Além da Superintendência de Atenção Primária (SAP) e da Superintendência de Promoção da Saúde (SPS), também compõem a SUBPAV a Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) e a Superintendência de Integração das Áreas de Planejamento (SIAP), que não estão representadas no esquema da figura 3 por não terem sido citadas direta ou intensamente pelos atores da pesquisa, apesar da sua necessária interlocução para a discussão da obesidade (Anexo C).

A SIAP foi citada por alguns sujeitos de pesquisa, entretanto outros não a conheciam pelo nome, o que pode demonstrar o desconhecimento da estrutura organizacional da SUBPAV, a identificação da SPS e SAP como principais interlocutoras para o tema pesquisa ou que os sujeitos relacionem as ações da SIAP como se oriundas da SAP, por lidar mais diretamente com a organização dos serviços e interação com as áreas de planejamento ou mesmo por identificarem apenas como gestão da atenção primária.

Os setores de vigilância em saúde, seja no nível central, a Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS), ou as Divisões de Vigilância em Saúde (DVS) das Coordenadorias de Áreas Programáticas (CAP), foram apontadas como áreas de mais difícil articulação, constituindo um desafio para a gestão e coordenação em saúde. A

---

<sup>14</sup> A Coordenadoria Geral de Gestão Institucional da Secretaria Municipal da Casa Civil disponibiliza por meio do Sistema Integrado de Comunicação Institucional (SICI) as informações quanto aos titulares de todas as pastas da PCRJ, bem como a estrutura organizacional e competências destas. Disponível em: <<http://sici.rio.rj.gov.br/PAG/principal.aspx>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

Divisão de Informação, Controle e Avaliação (DICA), que compõe a Coordenadoria de Gestão Administrativa, foi sinalizada como uma área estratégica pelos gestores da APS.

A SPS, com suas três coordenações, é responsável por formular, desenvolver e avaliar a Política de Promoção da Saúde, possibilitando a implantação de políticas públicas, estratégias e ações que ampliem o acesso da população a modos de vida mais saudáveis.

A Coordenação de Saúde na Escola/SPS tem como principal atribuição coordenar o Programa Municipal de Saúde na Escola – PSE Carioca – a partir da articulação intersetorial entre os setores de saúde, educação e assistência social.

A Coordenação de Políticas e Ações Intersetoriais/ SPS desenvolve e coordena ações intersetoriais para o enfrentamento dos determinantes sociais e vulnerabilidades que afetam a saúde dos indivíduos.

A Coordenação de Educação em Saúde/ SPS, na articulação com a SAP, desenvolve e coordena atividades de educação permanente para ampliar a reflexão dos profissionais sobre promoção da saúde e é responsável pela coordenação do Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS).

A SAP é responsável por definir e apoiar a implementação de estratégias, fluxos e diretrizes para o gerenciamento e a coordenação das linhas de cuidado na atenção primária, bem como propor metodologias e instrumentos de avaliação e educação permanente, a fim de fortalecer e consolidar a ESF na rede municipal de saúde.

Compõem esta Superintendência três Coordenações de Linhas de Cuidado: de Doenças Crônicas Transmissíveis, de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, e de Ciclos de Vida; além das Coordenações de Saúde Bucal, de Reabilitação da Pessoa com Deficiência, e de Policlínicas e NASF (Anexo C).

A SAP constitui o principal interlocutor com as CAP na coordenação das ações nas linhas de cuidado, o que a identifica pelos atores como “a área técnica da SUBPAV para a saúde”, representando um “apoio institucional” para as Áreas de Planejamento, visto que “operacionaliza e dá organicidade” à rede sistêmica de saúde, com a atenção primária como coordenadora do cuidado em articulação com os níveis de maior densidade tecnológica.

Alguns atores criticaram a forma de atuação ainda fragmentada, “em caixinhas”, de alguns processos das coordenações e gerências que compõem a SUBPAV, sinalizando a dificuldade de trabalhar em conjunto, muitas vezes, e a necessidade de

quebrar barreiras institucionais para construir articulações de trabalho no cotidiano da gestão em saúde e na articulação com outros setores da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ), o que exige protagonismo e comunicação dos atores. Outros, porém, elogiaram o ambiente organizacional reestruturado a partir de 2009 com a adoção do modelo de Atenção Primária à Saúde e os movimentos que se colocaram para a sua expansão.

A partir das falas foi possível identificar algumas interações que se estabelecem a partir de necessidades específicas ou oportunidades, onde destacam-se interações devido aos programas, interações intrasetoriais para coordenação de ações relacionadas à alimentação e nutrição; e interações com atores externos.

#### 5.1.2.1 Interações devido aos programas

As duas principais ações apontadas pelos gestores como potenciais ao enfrentamento da obesidade estão relacionadas a programas que se localizam na Superintendência de Promoção da Saúde (SPS/SUBPAV): o Programa Saúde na Escola (PSE), devido principalmente à sua inserção na ampla rede de educação municipal e sua proposta de atuação intersetorial com a educação e a assistência social; e o Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS).

Os discursos apontam proximidades e afastamentos entre a SAP e a SPS, na dualidade entre ações de promoção e de assistência à saúde que se expressa na coordenação e condução das estratégias e também nas ações de cuidado das unidades de produção de saúde.

A interseção que se estabelece entre as duas Superintendências, de modo geral, se dá no âmbito das ações de prevenção, que aproveitam a capilaridade da área de promoção da saúde na articulação com outros equipamentos sociais do território e incorporam as temáticas das campanhas vacinais, surtos e demais necessidades da assistência na agenda da promoção da saúde, principalmente junto ao PSE.

De acordo com os sujeitos, a ampla inserção das Academias Cariocas da Saúde no território tem facilitado o diálogo com os serviços de saúde e estimulado parcerias entre as coordenações e áreas técnicas da SUBPAV.

As falas apontaram um diálogo mais frequente entre a Coordenação de Práticas em Saúde/SPS, responsável pelo PACAS, e as coordenações da SAP, principalmente a Coordenação de LC de DCNT, estimulado pela capilaridade dos educadores físicos nos territórios a partir do programa, que tem compartilhado algumas demandas seja no âmbito do planejamento ou da execução das ações. Como exemplo foi citado o auxílio às equipes da ESF na avaliação dos pés dos usuários com diabetes *mellitus* (“pé diabético”) para identificação de deformidades.

Como esta parceria teria obtido sucesso, foi iniciada uma construção conjunta de protocolos clínicos para tuberculose, com o auxílio das universidades, onde os educadores físicos vêm apoiando as equipes também neste cuidado.

No momento de realização da pesquisa a principal pauta em discussão no colegiado mensal organizado pela Assessoria de Atividade Física/Coordenação de Práticas em Saúde/SPS junto aos educadores físicos era a saúde mental, demonstrando a demanda do território para lidar com essas questões e a necessidade da APS conduzir os casos menos graves de depressão, ansiedade e hiperatividade, que estariam emergindo continuamente, em diálogo com a atenção especializada.

Devido à maior capilaridade no território oriunda da inserção no PACAS, o educador físico tem sido visto pela gestão central como um ator potencial para atuar nas demandas mais frequentes do território e que constituem prioridade da SUBPAV, principalmente no diálogo entre a Assessoria de Atividade Física/Coordenação de Práticas em Saúde/SPS e a Coordenação de Linha de Cuidado de DCNT.

Contudo, a fala de alguns atores critica a ênfase a processos como a avaliação do pé diabético que denominaram “caça aos indicadores”, bem como a atividade física como forma de controle de risco.

Os discursos nas entrevistas e na observação do campo de pesquisa permitiram identificar a chamada também aos nutricionistas e outros profissionais para atuar nas prioridades da SMS-RJ, onde o discurso da gestão central da APS traz a necessidade do NASF dialogar com as equipes da ESF para a construção conjunta do apoio para as unidades de saúde.

No cuidado da obesidade nos territórios é apontada a potencialidade da atuação conjunta entre educador físico e nutricionista.

### 5.1.2.2 Interações intrasetoriais para coordenação de ações relacionadas à alimentação e nutrição

Os discursos apontaram baixa articulação intersetorial e limites intrasetoriais para a organização da rede de atenção à saúde e condução do cuidado relacionado à obesidade.

A presença de gestores com formação em Nutrição na SUBPAV faz com que estes sejam demandados, como responsáveis diretos ou apoio, para a maioria das ações desenvolvidas que se relacionam com a alimentação e nutrição, como o Programa Bolsa Família (PBF), o PSE e o RAP da Saúde, que trabalham com o tema da promoção da alimentação saudável.

No discurso de alguns gestores a proximidade que o espaço físico compartilhado da gestão central oportuniza parece facilitar a interação e articulações internas entre os atores da SUBPAV, permitindo uma comunicação cotidiana mais informal entre as Coordenações, Gerências e Áreas Técnicas.

A chegada de uma nutricionista que compunha o INAD foi apontada algumas vezes, identificando que tinha “mais uma menina que é nutricionista agora”. Deste modo, algumas ações de alimentação e nutrição estão dispersas na SMS-RJ, apesar do INAD, localizado em uma estrutura própria, ser considerado a área técnica de alimentação e nutrição.

As interações com outras subsecretarias e órgãos intermediários foram muito citadas pelo INAD, que sempre atuou em diversas frentes, articulando a relação com a Secretaria Municipal de Educação devido aos Programas de Alimentação Escolar e Saúde na Escola, bem como com outros equipamentos da Prefeitura para a área de alimentação coletiva. Além disso, já estabelecia uma relação e atuação junto à Vigilância Sanitária anteriormente à mudança para a SUBVISA.

Algumas coordenações compõem temas mais amplos e exigem necessariamente o diálogo, buscando construir diretrizes que dialoguem com as demais linhas de cuidado. Na compreensão de alguns entrevistados estar no mesmo espaço do nível central facilita a interação e cooperação entre os atores. Outros, porém, não identificam a localização do INAD como impeditivo à articulação, entretanto, ressalta-se a necessidade de identificação de mecanismos de comunicação, principalmente agora que não compõe mais o quadro da SUBPAV.



A Gerência de Saúde da Criança e do Adolescente/Coordenação de Linhas de Cuidado de Ciclos de Vida/SAP/SUBPAV foi apontada como importante parceira do INAD. Era conduzida por uma nutricionista que deixou o cargo para se dedicar à carreira acadêmica, e deve ser ocupada por uma nutricionista do INAD que aguardava trâmites burocráticos para ocupar a nova função. Em reunião com nutricionistas dos serviços de saúde, foi indicada a continuidade e prioridade às ações já conduzidas e articuladas junto à rede de serviços de saúde, principalmente em relação ao incentivo ao aleitamento materno, com destaque para a necessidade de investimento em outras frentes como a obesidade infantil e as articulações que podem ser estabelecidas, por exemplo junto ao PSE na discussão da alimentação e nutrição em relação às causas da obesidade.

A Coordenação de NASF e Policlínicas aparece como espaço de negociação entre CRO, coordenadores de NASF e INAD. Esta Coordenação foi elogiada em alguns espaços por manter uma rotina de diálogo entre diferentes atores. Entretanto, durante a realização das entrevistas e em meio ao período de substituições no início da nova gestão municipal, a coordenação desta área foi modificada, o que gerou apreensão quanto às futuras conduções no momento em que as entrevistas eram realizadas com a gestão territorial.

Em ambas as áreas de planejamento do estudo – AP2.2 e AP3.2 – o NASF parece apresentar níveis de associação com as Coordenadorias de Área de Planejamento (CAP), apontando uma relação de confiança na parceria entre a coordenação de área e o coordenador responsável pelo NASF, mesmo sendo este contratado pelas Organizações Sociais de Saúde.

A Coordenação de Policlínicas e NASF têm se mostrado como importante ator social nas discussões que envolvem a alimentação e nutrição e a obesidade. Isto porque assumiu um diálogo com o CRO e com o INAD devido à discussão que envolve o papel do nutricionista no NASF e a composição do CRO com profissionais contratados como NASF, mas que compõem uma atenção especializada.

A realização de um grupo de trabalho (GT) mensal por esta Coordenação com os apoiadores de NASF de cada AP teria permitido a aproximação das principais questões do território. Os temas destes GT's seriam apresentados anualmente pela Coordenação de Policlínicas e NASF, ao que os apoiadores NASF acrescentariam algumas especificidades. As discordâncias sinalizadas em relação a esses temas expressam as

diferenças entre as AP's, que tem autonomia quanto à constituição e composição de equipes de NASF no território. Também seriam realizados alguns GT's temáticos, denominados GT's de produção, onde a participação dos apoiadores seria eletiva.

O primeiro tema do GT NASF deste ano foi sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB)<sup>15</sup>, representando o direcionamento das ações para a qualificação dos indicadores de avaliação do Programa. Este direcionamento já ecoa nos serviços de saúde e os discursos dos nutricionistas no acompanhamento das reuniões mensais junto ao INAD apontam que o planejamento das ações das unidades de saúde neste ano de 2017 vêm sendo norteadas pelo PMAQ-AB desde o início do ano.

Uma das dificuldades constantemente problematizadas neste espaço é a dificuldade de dar visibilidade ao trabalho do NASF, que não registrava suas ações nos prontuários eletrônicos do paciente, então formulados com especificações de acordo com o processo de trabalho da equipe de referência. Tal fato representou um *quiebre*, tal como sinalizado por Echeverria (apud LIMA, 2008), como uma ruptura no transcorrer normal das atividades, o que disparou a comunicação entre os atores que se articulam neste GT NASF levando à coordenação de ações para sua resolução.

Deste modo, o esforço de construção de indicadores de avaliação para o NASF, ainda não finalizado durante o trabalho de campo deste estudo, e a produção de documentos que organizam o processo de trabalho das especialidades a partir de notas técnicas foi valorizado nos discursos. As notas técnicas de algumas especialidades já haviam sido construídas e a da Nutrição estava em fase de construção em diálogo com o INAD.

Uma das questões trazidas por apoiadores de NASF estaria relacionada à “rede de nutrição”, devido à demanda de atendimento de usuários com insuficiência renal crônica para os nutricionistas do NASF e ampliação do acompanhamento de usuários com obesidade, a partir da compreensão dos profissionais das equipes de referência de que “a Nutrição seria sinônimo de obesidade”.

A Coordenação de LC de DCNT sinalizou o INAD como parceiro, mas não destacou nenhuma ação conjunta, o que pode se referir a parcerias estabelecidas em outros momentos que não o atual, o que corrobora com a dinamicidade das redes

---

<sup>15</sup> O programa, lançado em 2011, objetiva induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2015a).

(FLEURY & OUVÉRY, 2007) e a transitoriedade no acúmulo de força dos atores (MATOS, 1996).

Entretanto, o trabalho de campo posterior às entrevistas possibilitou observar redes de conversações estabelecidas entre os atores destas duas instituições disparadas por um *quiebre*, que serão apresentadas no item 5.4.

### 5.1.2.3 Interações com atores externos

Foram destacadas as interações com atores externos à SMS-RJ, principalmente a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) e instituições de ensino.

As interações com a gestão estadual foram apontadas como limitadas, ressaltando o contexto político e financeiro que o Estado do Rio de Janeiro tem vivenciado, com limitação de insumos e recursos para condução das ações e pagamento de pessoal.

Alguns gestores sinalizaram ecos na fala de uma nutricionista de uma das áreas técnicas estaduais relacionados à preocupação com a construção de uma “Linha de Cuidado da Obesidade” em reuniões com o grupo de DCNT estadual. Estes encontros teriam se iniciado em meados de 2016, mas ainda não havia ocorrido uma mobilização para essa discussão seja no âmbito estadual ou municipal.

Já saiu essa questão da preocupação com essa linha de cuidado da obesidade, como é que faz e acho que vai ter que envolver realmente o Estado também. Mas acho que tem possibilidade, mas eu acho que a gente acabou não tendo pernas ainda. (E9 – SAP)

A SES/RJ divulgou, em 2012, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022, induzido pela Portaria nº 23/SVS/MS de 09/08/2012<sup>16</sup> e aprovado pela Portaria nº 2.993/GM/MS, de 26/12/2012<sup>17</sup>. Os eixos de ação deste Plano dialogaram

---

<sup>16</sup> BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Portaria nº 23, de 9 de agosto de 2012. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2012/prt0023\\_09\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2012/prt0023_09_08_2012.html)>. Acesso em: 12 jun. 2017.

<sup>17</sup> BRASIL. Gabinete do Ministro. Ministério da saúde. Portaria nº 2993, de 26 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2993\\_26\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2993_26_12_2012.html)>. Acesso em: 12 jun. 2017.

com a estrutura proposta no Plano Nacional: eixo I – Vigilância, informação, monitoramento e avaliação; eixo II – Promoção da saúde; e eixo III – Cuidado integral (SES, 2016).

Este prevê um monitoramento bianual sob responsabilidade de um Comitê Gestor. Em 2016 foi publicado o 1º Relatório de Monitoramento referente ao biênio 2013/2014 que destaca que ocorreram

Avanços no controle de fatores de risco para as DCNTs, em áreas como a de controle do tabagismo e de promoção da atividade física, persistindo, no entanto, importantes desafios no que concerne às estratégias voltadas ao controle do aumento da obesidade e sobrepeso entre a população do estado (SES, 2016, p.8).

Um dos entrevistados citou a pesquisa realizada no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, intitulada “Intervenções nutricionais para o enfrentamento da obesidade na atenção básica do SUS no estado do Rio de Janeiro”. Esta é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pelo Edital de n.º 35, referente a pesquisas para o SUS, iniciado em junho de 2014. É desenvolvida em parceria com a Área Técnica de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e três universidades públicas: Universidade Federal Fluminense (UFF); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). (SES, 2016)

A pesquisa estava sendo finalizada durante a realização deste trabalho, mas seus produtos podem contribuir para aprofundar as discussões quanto ao enfrentamento da obesidade de forma regionalizada.

O INAD destacou pouca interação com a área técnica de alimentação e nutrição (ATAN) estadual, ao que se justifica pela falta de pessoal das duas áreas técnicas e limitações de atuação interna do INAD, remontando à possibilidade de uma relação de apoio ao Estado.

A gente não dá conta da gente! Mas a gente precisa apoiar. (...). Mas por que a gente não pode também congrega em relação à possibilidade de a gente ter também a representação, e apoiar, e ajudar também as nossas colegas do estado? (E18 –INAD)

Outro gestor destaca que uma das respostas à questão da obesidade na articulação entre estado e município ocorre a partir da aproximação oportunizada pelo

INAD ter assento na ATAN estadual, possibilitando conversas em relação ao cuidado da obesidade, já que o estado é responsável pela realização das cirurgias bariátricas e o município tem a expertise dos CRO. Segundo o entrevistado, teriam se iniciado conversas ao final de 2016 para o acompanhamento de usuários com obesidade grau III e coronariopatias junto ao CRO e o Instituto de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), unidade estadual de referência para o tratamento de patologias cardíacas de alta complexidade em adultos e crianças.

A preocupação com este recorte para as coronariopatias se deve ao risco de mortalidade no período pós-cirúrgico dos usuários que se submetem a cirurgia bariátrica. Deste modo, estaria sendo traçada uma linha de cuidado com foco nos indivíduos com obesidade grau III e coronariopatias, a partir da construção de fluxos para as necessidades apresentadas, por exemplo, uma revascularização, a fim de evitar o óbito no pós-operatório.

Aí aonde que a gente conseguiu alguma luz: como o Estado tem que dar conta, *né*, da questão da obesidade e o município também... E a gente já está adiantado por um lado em relação à obesidade grave, pelo menos em três grandes áreas da cidade, *né*, que não cobre todo município, mas cobre alguma coisa. E o Estado via Instituto de Cardiologia no processo de recuperação. Então por onde estamos começando junto com o Estado? O obeso grave coronariopata. Então essa linha *tá* sendo traçada. Já começou esse processo agora no final do ano, município e estado. Já é alguma coisa, *né*, o obeso grave coronariopata. (E2 – INAD)

No momento de realização da entrevista, o INAD ainda compreendia a continuidade dos CRO enquanto modelo. Contudo, nas falas mais atuais e na observação de reuniões, já aponta a indefinição quanto à continuidade destes serviços e refere que as conversas com o Estado foram minimizadas.

A Superintendência de Promoção da Saúde (SPS/SUBPAV) sinalizou parcerias como o Laboratório Culinário de Manguinhos, localizado no Centro Regional da Juventude, do governo estadual, constituindo um projeto em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e o Instituto de Nutrição e de Gastronomia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde são realizadas oficinas de promoção da alimentação saudável tanto com alunos dos cursos e também com a comunidade. Essa parceria teria propiciado a realização de oficinas com diversos públicos dos equipamentos de saúde da região como adolescentes, médicos residentes e moradores de rua.

A relação com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) ganha destaque tanto na interação com o nível central e territorial, quanto com o INAD. A universidade é citada por cooperar em diversas inserções, mas principalmente devido ao Programa Saúde na Escola, com o apoio ao desenvolvimento de materiais educativos e em eventos e reuniões para a compreensão dos modos de abordagem quanto ao componente de promoção da alimentação saudável, onde o INAD também teria um papel fundamental.

Na relação com o INAD nota-se grande associação e cooperação entre as duas instituições. O que também é relatado no estudo de Bocca (2014), que refere a atuação conjunta das duas instituições, facilitada pela presença de profissionais em comum, que atuam tanto no INAD quanto no Instituto de Nutrição da UERJ. Segundo a autora, o INAD tem na articulação com a UERJ a associação para a formulação do documento da Política Municipal de Alimentação e Nutrição (PMAN) para a cidade do Rio Janeiro e uma “aliança política” no contexto de incerteza institucional que culminou na mudança de alocação do INAD para outra subsecretaria.

Alguns docentes da UERJ não mais compõem o INAD atualmente, mas mantêm a relação com a instituição, o que aproxima essa interlocução com outros profissionais para o compartilhamento de objetivos e projetos. Entretanto, estas articulações também ocorrem de forma transitória, a depender de circunstâncias institucionais e relações pessoais entre os atores.

A relação da UERJ com a CAP 2.2 foi bastante evidenciada nas entrevistas, já que incluiu atores que atuam nas duas organizações.

A CAP 2.2 apresenta um vínculo colaborativo com o Instituto de Nutrição da UERJ, que realiza ações junto às unidades como campo de estágio e relacionadas ao programa PET Saúde<sup>18</sup>.

A UERJ valoriza o trabalho no campo da AP2.2 por confluírem o mesmo território, chamando simbolicamente esta área de planejamento de um “quintal da UERJ”, o que facilita o acesso dos alunos pela proximidade com a universidade, mas, principalmente, pela responsabilidade de olhar para o território onde a instituição se

---

<sup>18</sup> O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde é instituído pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, a fim de fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como pressuposto a educação pelo trabalho. São disponibilizadas bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2010b).

insere. Os alunos do curso de graduação em Nutrição da universidade também se inserem no território da AP3.2, considerado “vizinho” da UERJ.

A 2.2 é o nosso quintal, *né*, da UERJ, então tem essa responsabilidade muito grande pela proximidade, *né*, dos muros. E vários cursos já, e até a Nutrição já tem uma inserção em algumas unidades. (E17 – INAD/UERJ)

Foram apresentados como desafios do PET Saúde na interlocução e atuação entre o Instituto de Nutrição da UERJ e a AP2.2:

- a) integrar os estudantes dos diversos cursos devido à incompatibilidade de horários e dificuldade do “fazer junto”;
- b) contribuir para a organização das ações de alimentação e nutrição, já que AP2.2 não teria um interlocutor para tais ações, o que dificulta a comunicação, precisando articular com diversos interlocutores dos programas e linhas de cuidado, como PSE, PBF, DCNT;
- c) a insuficiência de profissionais de Nutrição na rede de atenção à saúde, tendo em vista a estruturação de um modelo de APS centrado na ESF, em que estes profissionais estão inseridos no NASF, cuja composição da equipe é opcional e nesta área não inclui o nutricionista nas equipes de NASF. Deste modo, o papel da atuação do docente e alunos que seria de contribuição e apoio, se torna a única opção de cuidado.

O entrevistado relata que o internato de Nutrição iniciaria a atuação nesta área de planejamento no momento da pesquisa de campo em uma unidade de saúde recém-implantada que não tinha NASF. Esta inserção estaria demandando a definição de papéis, ou seja, a equipe da unidade de saúde quer saber qual seria a contribuição desta inserção para a unidade de saúde, que, no entendimento do docente compõe a atuação junto aos alunos com um papel matriciador.

Embora não tenha NASF naquela unidade, a gente se coloca no papel de matriciador e a gente vai construir a relação junto com a equipe nesse papel. Mas é muito diferente por exemplo, na 3.2 (se refere à Área de Planejamento 3.2), que o estágio tem nutricionista, então os alunos ficam junto com o nutricionista do NASF e aí fica muito mais claro ver a atuação desse profissional. É uma outra coisa, *né*. (E17 – INAD/UERJ)

Segundo as falas, o projeto PET Saúde na AP2.2 tinha dois grandes braços: um relacionado à formação e outro ao apoio à organização das ações de saúde,

principalmente para a saúde mental e as doenças crônicas não transmissíveis, o que denotou um foco à estruturação do apoio matricial.

O estágio e internato de Nutrição objetivam uma inclusão mais precoce dos alunos de graduação no SUS, para o que, segundo um dos sujeitos de pesquisa, outros cursos da UERJ já teriam se organizado como a Enfermagem. Outro objetivo da Nutrição da UERJ é estar mais presente na RAS municipal, já que a inserção dos alunos estava mais próxima da Policlínica Piquet Carneiro (PPC/UERJ), o que não permitiria observar algumas relações que se dão no espaço da APS.

O pertencimento da UERJ na composição do território da AP2.2 também se coloca na relação que a Policlínica Piquet Carneiro (PPC/UERJ) buscou estabelecer com a área ao longo dos anos. Ainda que a localização da PPC/UERJ tenha proximidade ao campus universitário e ao Hospital Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), ambos inseridos no território de abrangência da AP2.2, se encontra no limite de recorte espacial com a AP3.2, com fluxo viário mais facilitado da população desta área.

Deste modo, apesar de constituir referência para as duas AP's, a PPC/UERJ tem maior demanda de usuários da AP3.2, mas o pertencimento da UERJ e a rede de relações proporcionada pelo PET Saúde, com docentes que também atuam junto aos alunos na PPC/UERJ, faz com que se busquem aproximações com a AP2.2.

Porque é o caminho, *né*. Fisicamente ela já é lá, *né*. Dizem que é 2.2 por causa da UERJ. Eles dizem que é nosso, mas não dá para ser nosso, nem pelos usuários. (E14 – AP)

A aproximação entre a PPC/UERJ e a AP2.2 vinha sendo construída pelo menos no período entre 2012 e 2013<sup>19</sup> buscando constituir um fluxo de encaminhamentos de usuários para a PPC/UERJ, que, à época, apresentava dificuldades de inclusão da regulação via SISREG. Esta relação foi mencionada por dois gestores da CAP2.2.

Enquanto era aguardada a definição quanto à regulação, foi realizada uma tentativa de construção de um fluxo de encaminhamento para a área de Nutrição da PPC/UERJ. Esta conta com nutricionistas distribuídos em serviços e áreas de atuação específicos, como a atenção nutricional infantil, e o Núcleo de Assistência e Pesquisa em Transtornos Alimentares (NAPTA), cuja equipe básica incluía nutricionista,

---

<sup>19</sup> Período em que a pesquisadora deste estudo atuou na Assessoria do Departamento de Nutrição da PPC/UERJ e acompanhou reuniões e o início da construção de fluxos de encaminhamento para a Nutrição.



psicólogo e psiquiatra, com o apoio de um médico clínico geral, assessorados por docentes e sob coordenação do Departamento de Nutrição/PPC/UERJ.

O fluxo de referência priorizado à época era para o NAPTA, por meio do encaminhamento de usuários com transtornos alimentares identificados por profissionais de saúde e encaminhados à CAP2.2. Esta enviaria por e-mail a relação dos usuários, dentro das disponibilidades e perfis de vagas ofertadas, para o Departamento de Nutrição da PPC/UERJ.

A procura para construção deste fluxo ocorreu devido à divulgação do serviço do NAPTA, considerando a necessidade de dar visibilidade aos casos de transtornos alimentares que não tinham unidade de referência para acompanhamento. Entretanto, houveram dificuldades de encaminhamento por diversos motivos, entre eles a dificuldade de diagnóstico dos transtornos alimentares pelos profissionais de saúde<sup>20</sup> e a limitação quanto à localização da PPC/UERJ para acesso dos usuários da AP2.2.

De acordo com as entrevistas foi pensado um fluxo para encaminhamento inicial do CMS Maria Augusta Estrela devido à proximidade da PPC/UERJ. Contudo, um dos gestores aponta que a chegada de uma nutricionista, então servidora em uma unidade hospitalar, para atuar no CMS à época, teria suprido a demanda para a atenção nutricional da unidade e diminuído o encaminhamento para a PPC.

Com isso, a questão dos transtornos alimentares teria se perdido, já que o encaminhamento era muito baixo e havia dificuldade dos profissionais para identificar os distúrbios alimentares. Foi relatada a tentativa de construção de um canal de comunicação com as escolas, onde se tem uma observação mais próxima dos adolescentes, que não conseguiu estabelecer um diálogo consistente e as escolas não teriam identificado nenhum caso.

Deste modo, as universidades são apontadas como atores sociais da saúde que fomentam a discussão da operacionalização dos serviços públicos e das ações de alimentação e nutrição e de promoção da alimentação adequada e saudável na rede de atenção à saúde, mas ainda se enfrenta a dificuldade de construir canais de comunicação e coordenação.

---

<sup>20</sup> À época, a equipe do NAPTA realizou alguns encontros com profissionais de saúde visando auxiliar o diagnóstico dos transtornos alimentares.

### 5.1.3 O INAD e seu papel como área técnica de alimentação e nutrição

Como a gestão central e territorial da APS identifica o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD) como importante ator para mobilizar a discussão do sobrepeso e da obesidade no município, mas ao mesmo tempo questiona o seu papel enquanto área técnica de alimentação e nutrição (ATAN), torna-se importante contextualizar esta instituição visando uma melhor compreensão das acumulações e desacumulações que envolvem o seu processo de produção social.

O estudo não pretende detalhar aqui a trajetória da instituição, já apontada por outros autores e reconstruída por Bocca (2014), mas destacar as questões que marcam o seu contexto institucional interno e externo e culminam na posição e papéis atuais do INAD. Este contexto esteve muito presente nos discursos dos diversos sujeitos durante a realização das entrevistas.

Neste sentido, destacam-se três momentos que se entrelaçam e contextualizam a instituição. Estes se referem: 1) à sua trajetória histórica na educação e saúde, conferindo protagonismo à instituição e reconhecimento como ATAN; 2) ao contexto de fragilidade institucional vivenciado, principalmente com a mudança mais recente da instituição na estrutura organizacional da SMS-RJ, referenciando perda de posição e poder; 3) ao movimento mais recente de reorganização e resgate do seu papel na rede de atenção à saúde.

Apesar de todos os entrevistados terem sinalizado de alguma maneira o contexto institucional do INAD, os discursos dos diversos atores remontavam maior expressividade ou silêncios. Enquanto alguns discursos expressaram a descrição dos momentos e processos de interação de maneira detalhada e até emotiva, outros se apresentaram de maneira mais técnica e com menor menção aos embates e conflitos.

Os silêncios podem se referir a uma avaliação mais sucinta fruto de uma reflexão pregressa, ao entendimento que outro ator poderia avaliar melhor a situação ou a um esgotamento da discussão e compreensão de que o processo passou. O não detalhamento pode constituir, portanto, uma recusa a descortinar determinados conflitos que poderiam atrapalhar o movimento que se inicia atualmente de reaproximação com o nível central.

A compreensão deste contexto institucional é importante já que o espaço do político influencia o processo de planejamento, que precisa buscar formas de coordenação da ação onde o conflito se faz presente e deve ser tematizado entre os múltiplos atores (MATUS, 1996; RIVERA & ARTMANN, 2012).

Estes três momentos destacados estavam mais presentes nas falas dos entrevistados que atuam ou já atuaram no INAD. Os demais destacaram os dois primeiros momentos, trajetória e fragilidade institucional, ou apenas o segundo, sinalizando um afastamento ou até mesmo a não atuação do INAD no contexto atual, até a realização das entrevistas.

O terceiro momento, relacionado ao resgate do seu papel, aparece como atos de fala (ECHEVERRIA apud LIMA & RIVERA, 2009), uma promessa ou compromisso social dos atores do INAD, seja no discurso individual e coletivo, ou nos movimentos que vem construindo de aproximação com a gestão e prática da rede de atenção à saúde, observados após a realização das entrevistas.

Os discursos apontam o reconhecimento pelos demais atores, à exceção de alguns dos gestores com inserção mais recente, quanto à trajetória histórica de atuação do INAD primeiramente na Secretaria Municipal de Educação, com atribuições direcionadas ao programa de alimentação escolar e sua posterior incorporação à SMS-RJ.

A reconstrução da trajetória histórica do INAD apresentada por Bocca (2014), reforçada pelos discursos dos atores desta pesquisa, possibilita a compreensão de que desde sua criação em 1956, ainda como Instituto de Nutrição do Estado da Guanabara, municipalizado em 1974, a instituição vivencia processos de acumulações e desacumulações, permeados por contextos políticos e arranjos organizacionais diversos. Estes dificultam ou facilitam as associações com outros órgãos da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e denotam maiores ou menores possibilidades de produzir fatos e sentidos que influenciem a situação (MATUS, 1996).

O trabalho de Bocca (2014) destaca o reconhecimento da trajetória e singularidade do INAD como área técnica de alimentação e nutrição, que apresenta autonomia relativa para implementação de suas ações ao longo de sua trajetória, o que pode ser proporcionado pela sua localização em um espaço físico diferenciado da gestão central da SMS-RJ.

Este espaço, inaugurado em 1963, teria sido ameaçado por outros órgãos da Prefeitura, o que também é sinalizado nas entrevistas do presente estudo<sup>21</sup>. Na ocasião da pesquisa de Bocca (2014), já se apontava a fragilidade institucional vivenciada pelo INAD e consolidada com a mudança para a SUBVISA.

A transferência do INAD para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), em 1995, aponta embates internos, fruto das diferentes percepções dos profissionais que compõem a instituição e da dificuldade de apropriação das novas competências aliada aos limites de pessoal. Isto se dava principalmente em relação à responsabilidade técnica pelo Programa de Alimentação Escolar e ampliação de suas atribuições, quando é oficializada sua posição como matriciador de ações de alimentação e nutrição (BOCCA, 2014)

Quando o INAD vai para a SMS-RJ, esta passava por uma reestruturação interna, portanto, o Instituto fica inicialmente ligado ao Gabinete do Secretário de Saúde, embora tecnicamente subordinado à então Superintendência de Saúde Coletiva. Concluída a reestruturação a instituição é locada na então Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SUBASS), responsável pela gestão da atenção básica e hospitalar (BOCCA, 2014).

Em 2009, com a nova reestruturação da SMS-RJ, marcada pela ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS), a SUBASS é extinta e subdividida em Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) e Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), ou seja, se separa a gestão hospitalar da atenção básica, então fazendo uso da nomenclatura atenção primária (BOCCA, 2014; SORANZ et al., 2016)

Na SUBPAV é criada a Subsecretaria de Promoção da Saúde (SPS), a qual o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD) é então submetido. Deste modo, pode-se observar no Anexo B deste trabalho que o INAD aparece como “Instituto Annes Dias” no organograma de 2008, sendo omitido no organograma de 2009 após a reestruturação da SMS-RJ.

Devido à mudança mais recente do INAD da SPS/SUBPAV para a SUBVISA, os discursos remontaram às diversas mudanças e perdas de posição na estrutura

---

<sup>21</sup> O INAD se localiza na Avenida Pasteur, 44, no bairro de Botafogo, Zona Sul do município do Rio de Janeiro, considerada uma área nobre, com bela vista e espaço de estacionamento interno, além de possuir estrutura física de dois andares, ao que os atores justificam a disputa pelo espaço em outros momentos.

organizacional da instituição ao longo de sua trajetória, embora estivesse presente na maioria dos entrevistados de forma menos explícita, até por não constituir o objeto desta pesquisa.

Destaca-se, portanto, o contexto de fragilidade institucional interna e externa que o INAD vem vivenciando ao longo dos anos, devido ao acúmulo de demandas e mudanças no arranjo organizacional da SMS-RJ e pela perda de pessoal, principalmente devido a aposentadorias de alguns atores considerados estratégicos para a articulação com a rede de atenção à saúde. Esta compreensão aponta a importância das pessoas na conformação das redes, tal como apontando por Lima (2008).

Apesar das limitações e compreensão de perda de poder, os discursos apontam três frentes que ocorreram mais ou menos à mesma época e se destacam no contexto institucional de transição da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) para a Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (SUBVISA). O referido contexto de transição contempla desde os primeiros movimentos de aproximação, apontado como cerca de dois anos antes, até pouco mais de um ano após a mudança de subsecretaria. Estas frentes se referem:

- a) às questões que envolviam a vigilância sanitária e à insuficiência de profissionais, que impossibilitavam o acompanhamento adequado do PNAE, e foram levadas à SMS-RJ como demanda “aflitiva” da direção do INAD à época, e que alguns atores compreendem que pode ter sido interpretada de maneira equivocada pelo então secretário de saúde;
- b) ao processo de formulação da Política Municipal de Alimentação e Nutrição, entre os anos de 2009 e 2011;
- c) à implantação, a partir de 2011, dos Centros de Referência em Obesidade (CRO), já descrita anteriormente.

Um dos gestores do INAD destaca a incongruência que conforma este contexto, onde após a sua alocação na SPS se inicia um “namoro” da SUBVISA objetivando a sua mudança para esta subsecretaria com a resistência do INAD, segundo as informações.

A mudança para a SUBVISA e os desdobramentos destes processos apontam embates internos. Contudo, estes aparecem velados nas entrevistas. O trabalho de Bocca (2014) também aponta estes embates anteriormente à efetivação da mudança, onde mesmo que a direção à época no INAD estivesse tensionando e resistindo a essa possibilidade de novo arranjo organizacional nos espaços de gestão, o tema era pouco

partilhado entre os demais profissionais, o que pode ter dificultado a construção de um movimento coletivo de estratégias de defesa da instituição, como já ocorrera em outras ocasiões.

Bocca (2014) destaca a postura combativa dos profissionais do INAD na sua trajetória, o que também é ressaltado na fala de um dos gestores do INAD. Este buscou elencar os motivos para justificar a mudança para a SUBVISA, apontada como ainda incompreendida, embora se reconheça uma abertura à atuação da Nutrição no campo da Vigilância Sanitária, onde tinha pouca inserção.

Entretanto, a compreensão dos profissionais do INAD, de modo geral, aponta que as relações entre INAD e os órgãos da SUBVISA poderiam ser estreitadas sem a necessidade desta mudança, que fragiliza sua atuação ou mediação junto à rede de serviços de saúde.

Um dos sujeitos destaca que o INAD teve dificuldade para acompanhar as mudanças oriundas da reestruturação da SMS-RJ e a adoção do modelo de gestão com as Organizações Sociais da Saúde, o que pode ter contribuído para o seu afastamento do nível central. Deste modo, mais que o processo de apropriação da reestruturação da APS, pelo que todos os atores e instituições passaram, o INAD parecia não concordar com algumas definições e com o modelo de gestão adotado, gerando pontos de tensão.

A relação do INAD com algumas universidades, especialmente a UERJ, se encaixa no conceito de comunidades discursivas de Araújo e Costa (2007, p.81), em que “grupos de pessoas produzem e fazem circular discursos” onde seus membros se reconhecem e são por eles reconhecidos. Alguns projetos de cooperação e associação para o compartilhamento de objetivos e projetos demonstram uma relação de solidariedade e confiança entre as instituições ao longo dos anos, denotando alto nível de reconhecimento entre ambas, tal como proposto por Rovere (1999).

Ainda no começo do primeiro ciclo administrativo do governo do prefeito Eduardo Paes (2009-2012), se inicia o processo de formulação da Política Municipal de Alimentação e Nutrição (PMAN), protagonizado pelo INAD entre 2009 e 2011, que intencionava uma discussão coletiva mesmo em um contexto político desfavorável à instituição devido à reestruturação da SMS-RJ. A formulação do texto da PMAN pode ser considerada, segundo Bocca (2014, p.200), “como uma estratégia política de um grupo de atores para o fortalecimento não apenas das ações de alimentação e nutrição na PCRJ, como também da própria área técnica”.

O texto foi concluído no final de 2011 e encaminhado à SMS-RJ para apreciação. Embora os movimentos de discussão no final do segundo ciclo administrativo do governo Eduardo Paes (2013-2016) estivessem caminhando para sua publicação, mesmo que não como uma Política, mas como um Decreto, isto não se concretizou.

Apesar de integrar outras organizações no processo de formulação do documento, o INAD terminou por fechar o texto de maneira mais isolada devido aos esvaziamentos no processo que durou cerca de 3 anos. Entretanto, ainda que não publicado, o documento constitui, na percepção dos atores do INAD, o norteamento da sua atuação. Para Bocca (2014, p.198) “este processo não pode ser, de modo algum, reduzido à formulação de um documento, sendo necessário trazer à tona elementos que traduzem a perspectiva de política pública e de formulação de uma dada política”.

Deste modo, a PMAN pode ser entendida como um bem simbólico, no sentido de constituir um conjunto de ideias, conhecimentos e sentimentos acerca da organização das ações de alimentação e nutrição no município do Rio de Janeiro, que confluíram no processo de formulação enquanto proposta de texto para uma política. Embora simbólico, necessita de suportes materiais para circular, compreendendo a sua publicação, mas também os arranjos informais que se constroem no cotidiano dos processos de trabalho (ARAÚJO & COSTA, 2007).

Mesmo neste espaço do simbólico, os interlocutores não são iguais, pois acumulam lugar e fala diferenciados em relação ao tema (ARAÚJO & COSTA, 2007) e também em relação às possibilidades de produzir os fatos na situação (MATUS, 1996) e possibilitar a inclusão de questões na agenda da saúde.

Neste cenário, o INAD tem mais centralidade na discussão técnica relacionada à alimentação e nutrição, mas perde força para pressionar a sua inclusão no espaço decisório da gestão central, desde um lugar enfraquecido enquanto ator social e sem apoio político (MATUS, 1996).

Apesar de certo reconhecimento dos atores quanto à trajetória construída do INAD, é apontada por atores internos e externos a necessidade de institucionalizar determinados processos, para que não se expresse apenas pela comunicação interpessoal, o que demonstra o peso que os atores denotam ao arranjo organizacional formal.

O segundo momento teria sido marcado, portanto, por acumulações, mas também muitas desacumulações de pessoas, processos de trabalho, posições, poder, que conformam o processo de produção social do Instituto de Nutrição (MATUS, 1996).

Como estes momentos se entrelaçam, o terceiro momento, que se refere ao movimento de reorganização e resgate do seu papel na rede de atenção à saúde, já se expressa desde a mudança para a SUBVISA. Esse resgate se sustenta na resistência dos profissionais que compõem a instituição em reduzir a sua atuação, ao passo que a gestão da SUBVISA também não pressiona por esta redução.

O primeiro ano após à mudança, recebida de maneira inesperada pelo INAD em outubro de 2014 apesar das discussões anteriores, teriam gerado a indefinição quanto à missão da instituição, embora o que se observe na prática é sua manutenção, assim como da atuação e mediação que já realizava, acrescida da atuação na Vigilância Sanitária. Este período teria sido marcado por um esgotamento das discussões e definições que fez com que a direção do Instituto se retirasse do cargo.

O INAD passou então por uma reestruturação interna, agora com menor quantitativo de profissionais, já que alguns migraram para o nível central e outros se inseriram mais diretamente nas ações da Vigilância Sanitária.

Assim, a limitação de pessoal e os movimentos de reorganização interna priorizaram determinadas atuações e fragilizaram outras. Inicialmente, a limitação de profissionais do INAD impactou o processo de trabalho da instituição que buscava conduzir as discussões e ações de modo mais participativo e dialogar com diferentes atores para entender o processo e então propor soluções e estratégias. Deste modo, algumas ações conseguiram se manter, fruto do esforço dos profissionais, mas que para a instituição como um todo e para o seu papel enquanto área técnica de alimentação e nutrição ainda é pouco significativo.

Mesmo com a instabilidade na capacidade de acumular forças e induzir ou desenvolver interesses e necessidades junto à gestão central, dentre eles a PMAN e o CRO, é possível notar o esforço pessoal dos atores que ainda integram a instituição no sentido de manutenção da sua missão e resgate da sua atuação e papel de área técnica de alimentação e nutrição junto à rede de atenção à saúde, confirmados pela descrição da estrutura e competências do INAD no ano de 2017 (Anexo D).

O INAD aponta que não deixou de articular com a rede de serviços de saúde neste período, mesmo que de maneira menos rotineira. Nesta relação, focou



principalmente na interação com os nutricionistas que atuam nos serviços de saúde e principalmente no NASF, buscando compreender e tensionar o papel de apoio matricial.

Além desta relação com os nutricionistas inseridos nos serviços de saúde teria sido iniciada uma reaproximação das áreas de planejamento por meio de visitas técnicas, que junto aos recentes movimentos de aproximação com a SUBPAV contribuem para este resgate.

Este esforço demonstra uma recusa ao fechamento dos sentidos e privilegiamento das falas autorizadas (ARAÚJO & CARDOSO, 2007), que pode levar à busca por espaços no âmbito da micropolítica e da macropolítica municipal que propiciem uma comunicação articuladora de saberes e práticas.

## 5.2 COORDENAÇÃO COMO ELEMENTO PARA CONSTITUIÇÃO DE REDES EM SAÚDE

A coordenação assume papel chave na perspectiva das redes como arranjos organizacionais que envolvem estruturas gerenciais com múltiplos atores interdependentes, buscando agir cooperativamente vinculados por um objetivo comum (FLEURY & OUVRENEY, 2007; LIMA, 2008).

Neste sentido, o planejamento deve estar imbricado aos processos de gestão e coordenação, desfazendo a perspectiva de cálculo pontual para uma ideia de processo onde constitui instrumento fundamental para a constituição de redes (RIVERA & ARTMANN, 2012).

Contudo, o espaço do político não fica de fora do planejamento já que a necessidade de coordenação flexível dos múltiplos atores interdependentes da gestão em saúde implica a contextualização das condições técnico-políticas à constituição de redes na busca por formas de coordenação e comunicação mediadas pela linguagem (MATUS, 1996; LIMA, 2008; RIVERA & ARTMANN, 2012). Esta influência aparece nos discursos dos atores em relação ao planejamento e coordenação das ações no sistema de saúde do município do Rio de Janeiro e, particularmente, no espaço privilegiado por este estudo que é o espaço da gestão da APS.

As instabilidades na definição de alguns caminhos no período inicial do ciclo administrativo sob nova gestão municipal com o Prefeito Marcelo Crivella (2017-2020)

e as demandas dos novos gestores para se apropriarem das questões da SMS-RJ adiaram o planejamento anual que a SUBPAV realizava comumente entre os meses de dezembro e janeiro, onde são repassadas as diretrizes e prioridades da Secretaria de Saúde no âmbito da APS junto às áreas de planejamento. Este período inicial se configura, portanto, um momento de maior resposta às demandas.

É muita demanda, prefeito novo, secretário novo, então...a gente *tá* meio que numa fase de pouco planejamento, mas muito, aqui área técnica *tá*, a gente *tá* muito respondendo as demandas. A gente parou um pouquinho nossos planejamentos, mas acho que é normal. (E7 - SAP).

Na perspectiva dos atores, apesar do período de transição de governo gerar apreensão quanto à continuidade de algumas ações, também aponta para a possibilidade de uma mudança de cenário que possa favorecer a retomada de interações e processos antes emperrados, entre eles a discussão do cuidado da obesidade e as possibilidades de publicação da Política Municipal de Alimentação e Nutrição, com as devidas atualizações no texto.

Um dos gestores destacou este momento e sua influência nos processos de planejamento e coordenação das ações, buscando traçar um paralelo com os objetivos da pesquisa, onde a comunicação ganha importância principalmente com a mudança de cenários.

Como você vai *tá* trabalhando um pouco essa questão do diálogo, *né*, dessa questão da própria comunicação na gestão; os processos que facilitam e que emperram, eu acho que, enfim, é um momento importante de você relatar isso também, *né*, essa mudança. (E4 – SPS).

A reestruturação da SMS-RJ e o investimento na expansão da APS nos dois ciclos administrativos do governo Eduardo Paes (SORANZ et al., 2016) amplia o escopo de ações da atenção primária, onde se compreende que esta expansão não se limita às questões estruturais, sendo demarcada pela abrangência das ações realizadas nas unidades de saúde, mas também pela dificuldade de incorporar processos de coordenação.

Mas dentro da atenção primária a gente trouxe melhoria de acesso. Estamos aprendendo a fazer coordenação, aprendendo a ser resolutivo. Em termos de carteira de serviços, ampliou brutalmente o que se faz dentro da atenção primária. Antes [...] era postinho que dava vacina, atendia consulta de

hipertensão, diabetes e tuberculose, se a pessoa tinha uma queixa um pouco mais complexa: “Não é aqui”. (E15 – AP).

A Carteira de Serviços (PCRJ, 2016) publicada pela SMS-RJ traz a relação dos serviços prestados na APS municipal e representa o esforço e entendimento da gestão central para a organização da rede de atenção primária, visando nortear as ações de saúde oferecidas no município.

Deste modo, compreende uma forma de coordenação e direcionamento das atividades, expondo maior visibilidade de algumas ações, que pode ser fruto da abrangência de atuação das ações, do seu modo de organização e coordenação, mas também da maior interação e diálogo entre os gestores que participaram da sua construção.

O eixo de Promoção da Saúde da Carteira de Serviços traz a promoção da atividade física e aproveita este espaço para listar as ações de modo geral, mas também detalha as atividades cotidianas realizadas nas unidades de saúde, servindo como um mecanismo de coordenação das ações dos educadores físicos, inseridos no NASF principalmente a partir do Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS). Assim, faz uso deste espaço dando visibilidade às atividades do Programa, o que não se observa tão detalhadamente para outras ações e serviços.

Apesar deste documento sinalizar a importância da promoção da saúde na condução das ações dos serviços de saúde, observa-se a compreensão de que a expansão estrutural e o aumento da abrangência de ações da APS com foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF), envolvendo novas equipes e profissionais, não possibilitou incorporar esta vertente na condução das ações da APS em uma perspectiva mais ampliada, reproduzindo assim resquícios de um modelo assistencialista em territórios marcados por importantes vazios sanitários.

Como esse período teve toda essa questão da ampliação que *tava* muito focado nisso, na Saúde da Família, eu acho que a gente teve que jogar muitas fichas nessa questão de equipes novas, fazendo tudo ao mesmo tempo. Então eu acho que a gente não conseguiu desenvolver tanto essa parte (se refere às ações de promoção da saúde articuladas com a assistência). Mas eu acho que tem que ser, não tem muito jeito. (E9 – SAP).

Algumas coordenações ou área técnicas da gestão central estariam, portanto, muito direcionadas à gestão de insumos e organização do manejo de situações clínicas

prioritárias com foco em medidas assistenciais. Este manejo tem exigido a realização de capacitações contínuas relacionadas ao mesmo conjunto de temas devido à inexperiência de grande parte dos profissionais contratados e a rotatividade destes na ESF, o que representa ainda um desafio para a gestão e o cuidado em saúde.

As prioridades da SUBPAV que norteiam o planejamento das Coordenadorias de Áreas de Planejamento (CAP) e os indicadores de acompanhamento nos últimos anos estão concentrados na mortalidade materno-infantil, na tuberculose e no diabetes, com maior foco para a prevenção da amputação devido às complicações da doença.

Como as DCNT teriam entrado mais recentemente para as prioridades da SUBPAV, as áreas de planejamento criticaram o quantitativo de pessoas trabalhando com a temática em comparação a outras linhas de cuidado, como as relacionadas às doenças crônicas transmissíveis, que tem linhas de cuidado estruturadas há mais tempo.

As implicações da expansão da APS estão muito presentes no discurso dos gestores, que destacam a necessidade de qualificar a rede de atenção primária para a melhoria dos indicadores, o que atravessa as novas prioridades do governo municipal (2017-2020), com foco na atenção especializada.

Depois dessa expansão imensa que teve, *né*, de 3,5% em 2008 para 70% em 2017, o trabalho nosso é a qualificação da rede. O que a gente foca hoje é qualificar a rede para melhorar nossos indicadores e, enfim...os números que a gente espera ver, que eles apareçam aí depois dessa reforma toda na saúde. (E7 – SPS).

O documento de planejamento estratégico 2017-2010 (PCRJ, 2017), publicado logo após a realização da pesquisa de campo, sinaliza a expansão da APS nos últimos anos, mas já aponta para a dificuldade de custeio.

A nova gestão não traz, portanto, a continuidade da expansão da APS, projeto de governo da gestão do prefeito Eduardo Paes. Entretanto, apresenta um discurso de qualificação dos profissionais e uma aposta declarada para o investimento na atenção especializada, principalmente na implantação de Clínicas de Especialidades.

O setor saúde é comumente um dos pontos cruciais dos modelos de campanhas eleitorais. Deste modo, esta demarcação de projetos de governo é compreendida como característica de diferenciação das campanhas políticas com foco em resultados que se coadunam com o tempo governamental e devem ser apontados antes das próximas eleições.

Observa-se que em alguns discursos, principalmente dos gestores territoriais, ecoaram a apreensão quanto à essa proposta, que poderia relegar a segundo plano o investimento na APS, o que provavelmente delimitará cortes em equipes atuam de maneira sobrecarregada nos territórios, com quantitativos populacionais superiores ao limite estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Alguns gestores da SUBPAV já incorporavam a perspectiva de foco na atenção especializada trazida no documento de planejamento estratégico, com discursos que oportunizavam este momento na relação com a APS. Assim, compreende-se um momento oportuno para trabalhar a agenda da regulação, tendo em vista a expectativa de investimento na atenção especializada e ampliação de Policlínicas, que demandaria a qualificação da APS para a coordenação sistêmica, de forma a facilitar os processos de regulação.

As fragilidades da regulação e as filas geradas para atendimento especializado são apontadas como problemas, já que o nível secundário de densidade tecnológica não apresenta uma rede de serviços bem distribuída no município, o que dificulta a estruturação de um fluxo de cuidado adequado. Deste modo, compreende-se a necessidade de qualificação dos profissionais para a adequação dos encaminhamentos e aumento da resolubilidade da APS.

A necessidade de organização da atenção secundária compõe um recorte da realidade, que serve como argumento para a colocação de um ponto de vista, que aumenta a influência sobre as políticas e direciona o financiamento para a viabilização da ação (MATUS, 1996).

Portanto, os primeiros delineamentos percebidos nos discursos de alguns atores da SUBPAV tendiam a se aproximar dos direcionamentos então anunciados pela gestão municipal, já repercutindo nas definições de foco de ações oportunizadas pelo contexto institucional junto às CAP.

Às vezes por não ter vaga não tem muito o que fazer. Mas ainda o encaminhamento que tem é muito ruim. Então esse também foi um foco que a gente tirou ontem com as coordenações. (E9 – SAP).

O documento ainda destaca a necessidade de intensificação das ações de monitoramento para obtenção de melhores resultados na mortalidade infantil,

mortalidade materna e taxa de cura de tuberculose, reforçando a manutenção dos indicadores prioritários (PCRJ, 2017).

O planejamento das prioridades das CAP estaria, portanto, muito direcionado pela SUBPAV, apesar de sua autonomia para a incorporação das prioridades do território. Um dos entrevistados sinalizou este direcionamento como uma reação em cadeia, em que a SUBPAV passa para o coordenador que passa para os gerentes de unidades de saúde, limitando o escopo de ações àquelas priorizadas.

A descentralização da gestão em saúde, possibilitada também pelo modelo de gestão compartilhado entre as CAP e as Organizações Sociais de Saúde (OSS), mas também pela autorização informal e flexibilidade institucional que a gestão ao longo dos últimos 8 anos vem pactuando com as CAP, conferiu maior autonomia político-administrativa às AP's, transferindo mais responsabilidade e também poder à gestão territorial.

Alguns atores do nível central criticaram esta autonomia, considerada essencial para a gestão territorial pelos coordenadores de AP's entrevistados. Ao passo que auxilia o planejamento e organização territorial, a autonomia das AP's pode limitar a perspectiva integral do município e as possibilidades de pensar a regionalização, caso não existam espaços de articulação que promovam esta integração e discussão.

Este estudo não pretende realizar uma análise comparativa entre as AP's selecionadas para o estudo, mas busca compreender os mecanismos de articulação e coordenação entre a gestão central e territorial e entre as áreas, além de observar as possíveis convergências e disparidades para o cuidado da obesidade.

De modo geral, observa-se grande heterogeneidade entre as AP's tanto em relação ao território, como à composição de NASF e quantitativo de nutricionistas. As diferenças na composição de NASF contribuíram para a escolha das duas áreas de planejamento selecionadas para este estudo e, apesar de não apontarmos resultados comparativos entre as áreas, algumas associações podem ser realizadas.

Uma das críticas pontuadas em relação à autonomia das AP's se refere justamente à definição da composição dos NASF, definidos por cada CAP. Esta definição não necessariamente está pautada em um diagnóstico epidemiológico do território, respondendo muitas vezes a demandas assistenciais ou a fragilidades de especialidades médicas.

Como a expansão da APS com foco na ESF priorizou algumas AP's, nota-se que a AP3.2 teve maior investimento na implantação de Clínicas da Família e equipes de Saúde da Família, o que pode implicar favoravelmente na reorientação do cuidado segundo o novo modelo. Em contrapartida, na AP2.2 há mais rugosidades pela manutenção unidades de saúde tradicionais, classificadas como tipo C<sup>22</sup>.

As primeiras equipes de NASF no município do Rio foram compostas por profissionais estatutários anteriormente ao modelo de gestão com as organizações sociais. Entretanto, em algumas unidades tipo B<sup>23</sup>, que ainda não sofreram reestruturação, ainda funcionam alguns ambulatorios de especialidades com profissionais estatutários, incluindo os ambulatorios de Nutrição.

A AP2.2, de acordo com os discursos, teve forte influência do apoio matricial em saúde mental, já articulado nas unidades de saúde junto à Uerj, o que pode ter levado a uma composição de NASF mais voltada à saúde mental, que não inclui nutricionistas.

Duas nutricionistas e outros profissionais com vínculo estatutário que atuam em uma unidade mista desta AP teriam sido incluídos como equipes de NASF, mas ainda não teriam transformado sua atuação, ao que apresentariam inclusive certa resistência, já que alguns estariam em processo de final de carreira com aposentadoria próxima. Esta inclusão, de acordo com alguns discursos, se deve muitas vezes a uma complementação de carga horária exigida para a composição destas equipes, denominadas por alguns atores como “pseudo-NASF”.

Na AP3.2 e em uma das áreas com CRO entrevistadas, a definição quanto à composição do NASF foi elencada de forma mais ou menos aleatória em reunião da CAP com gestores e responsáveis técnicos (RT's) das unidades de saúde, onde estes apontavam as especialidades que julgavam necessária dentro da carga horária disponível para o número de equipes. Estas duas AP's incluíram nutricionistas nas equipes desde a implantação dos NASF. Na AP2.2, entretanto, as equipes de NASF atuam em uma perspectiva mais voltada à saúde mental, de acordo com os atores, por representar um “gargalo” da área.

---

<sup>22</sup> As unidades tipo C ainda não contam com equipe de Saúde da Família, apesar de atuarem com território de referência definido (PCRJ, 2013; 2016).

<sup>23</sup> As unidades tipo B são aquelas onde somente parte do território é coberto pela ESF, também denominadas unidades mistas (PCRJ, 2013; 2016).

Estas considerações destacam a dificuldade de combinar os processos de planejamento e coordenação com a autonomia dos demais participantes que atuam na rede de atenção à saúde, exigindo o delineamento de novos contornos destes processos que impactam o jogo social de diferentes modos (RIVERA & ARTMANN, 2012).

Percebe-se, portanto, que algumas questões e coordenações da gestão central imprimem maior peso para o direcionamento da gestão territorial, apresentando uma desigualdade na circulação das vozes institucionais, em que a fala dos atores soa desigual, o que gera conflitos que não necessariamente são resolvidos no espaço formal de gestão, e exige a inclusão do espaço do político na complexidade da realidade em saúde escapando à tendência meramente gerencialista, tal como defendido por Matus (1996; Rivera & Artmann, 2012).

Os mecanismos de coordenação que se colocam frente a este cenário deixam mais clara a capacidade de mobilização, as cooperações e as associações entre os atores no processo de organização da rede de atenção à saúde (MATUS, 1996; FLEURY & OUVÉRY, 2007)

A SUBPAV constitui, portanto, o lugar de conformação dos pactos ou acordos que visam à condução das ações, buscando reduzir as desigualdades regionais, na busca pela solidariedade entre as áreas, que na descentralização administrativa e financeira para as áreas de planejamento fortalece o papel de ator social dos coordenadores de área, aumentando a importância dos espaços de interação e comunicação para coordenação do sistema e do cuidado em saúde (MATUS, 1996).

Apesar dos lugares ocupados no organograma e do impacto para a comunicação e interação entre os atores, é sinalizada em alguns discursos uma construção de rompimento gradual da barreira dos organogramas, fruto de um esforço coletivo ao longo dos últimos 8 anos de gestão municipal.

Então eu acho que ao longo desses 8 anos, *né*, da gestão anterior (refere-se aos 2 ciclos administrativos do prefeito Eduardo Paes – 2009-2012 e 2013-2016). A gente cada vez mais tem rompido a barreira, *né*, do organograma, e feito mais o funcionograma, trabalhado mais junto, *né*. E isso é um ponto positivo, eu imagino que isso vá continuar nessa próxima gestão também. (E11 – SAP).



### 5.2.1 Espaços de interação, comunicação e negociação

Os espaços de interação se relacionam tanto à dimensão da coordenação relacionada ao sistema de saúde como àquela relacionada ao cuidado. Os discursos apontaram para a dinâmica das interações entre os atores que se consolidam em espaços e engendramentos formais e informais, onde são expostos conflitos e a necessidade de comunicação para a negociação e busca de consensos (MATUS, 1996; RIVERA & ARTMANN, 2012)

As interações ocorrem por meio de relações pessoais, que envolvem redes de pessoas, mesmo que representando suas agências (LIMA, 2008). Pela atuação em diferentes locais ao longo dos anos de atuação na SMS-RJ, alguns gestores sinalizaram já conhecer algumas pessoas que atuam no âmbito da gestão e da prática em saúde, o que facilitaria os processos de comunicação e interação que tem ocorrido a partir de relações menos formais.

Eu que passei por alguns locais, então eu conheço...assim, você acaba fazendo uma rede, né. Que já conhecem o meu trabalho, já sabem. Então assim...tem uma relação de confiança também. (E4 – SPS).

A comunicação formal, por meio de memorandos e ofícios, por exemplo, se mantém para questões específicas, como o direcionamento de materiais ou qualquer outra ação que demande controle ou registro. Contudo, os processos de comunicação têm ocorrido de maneira menos formal, segundo os atores, através de correio eletrônico (*e-mail*) e telefonemas e, cada vez mais, com o uso das tecnologias e mídias sociais.

A comunicação através do aplicativo “*WhatsApp*”<sup>24</sup> tem sido muito utilizada para respostas mais rápidas devido a sua praticidade e possibilidade de organizar grupos com propósitos específicos de discussão. Fleury & Ouverney (2007) apontam que o desenvolvimento tecnológico das comunicações, que permite interações virtuais entre os atores em tempo real, têm contribuído para o estabelecimento de redes de gestão.

O uso do aplicativo já é apontado como uma ferramenta de monitoramento contínuo da CAP3.2. Essa forma de comunicação constitui um espaço também de

---

<sup>24</sup> O “*WhatsApp*” é um aplicativo gratuito para uso em celulares, que disponibiliza o serviço de chamadas de voz, compartilhamento de arquivos e mensagens, com uma ou mais pessoas. É utilizado por mais de 1 bilhão de pessoas, em mais de 180 países. (<https://www.whatsapp.com/about/>. Acesso em 16/06/2017)

compartilhamento de experiências e de educação permanente, que auxilia na coordenação das ações e serviços de saúde.

Hoje em dia se você pegar meu telefone ali tem grupos do *WhatsApp* que eu estou aqui e eles estão lá, se resolvendo. (E1 – AP).

Estes grupos representariam um “NASF virtual” na percepção dos seus integrantes, por possibilitar o apoio de profissionais com diferentes inserções no território para a resolução de problemas e casos específicos, apoiando a APS na coordenação do cuidado em saúde. Esta ferramenta aos poucos foi ganhando adesão nesta área de planejamento e se consolidando como meio de formalizar uma comunicação informal, que produz pertencimento pela constituição de redes de pessoas com um objetivo comum.

Um exemplo desta organização apontado seria a redução de encaminhamentos inadequados de quadros de depressão que poderiam ser mantidos no âmbito da APS. Este grupo conta com diferentes atores dos equipamentos de saúde do território como hospital, maternidade, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), CAPS e unidades da atenção primária. Segundo as falas, a possibilidade de colocar os representantes de todos esses espaços em comunicação vem aumentando a resolubilidade da APS na AP3.2 e a integração dos serviços a partir do contato virtual entre as pessoas.

E aí devagarzinho a gente conseguiu evitar muita condução inadequada. Porque às vezes o profissional é uma pessoa, pessoal, profissional, que sabe as diretrizes, sabe os protocolos, mas não tem a experiência. [...]. Então quando ele se vê com acesso a essa turma que é especialista, que tem uma experiência grande, ele se fortalece, ele aprende. Então é muito comum de vez em quando terminar assim: “Obrigado pela aula, professor!”. Muito legal, porque aí você se sente pertencente a uma equipe. É uma equipe que transpõe os muros da sua unidade, entendeu. [...]. E que dá uma coisa muito importante, que eu acho, que é a sensação de pertencimento. (E1 – AP).

A partir destas articulações se conforma uma rede de pessoas em contato por esta ferramenta de comunicação, possibilitado inicialmente pelas reuniões que colocam estes atores em interação com o apoio da CAP. Essa interação compartilha a responsabilidade na resolução de casos específicos e auxilia a integração entre os diferentes equipamentos de saúde no território com níveis de densidade tecnológicas diferenciados, o que é demonstrado na fala de um dos gestores.

Então tem um grupo de responsáveis técnicos, que o RT conversa, liga para a maternidade; vê que tem uma paciente sua internada; conversa com responsável da maternidade. O responsável da maternidade matricia um caso, às vezes, que ainda está na unidade: “Olha, chegou uma hipertensa e estou com isso, estou esperando ambulância. O quê que eu faço nesse momento? Estou preocupado com isso”. E aí os profissionais que estão em rede ajudam. Então o profissional de Atenção Básica que antigamente entrava assim: “Cara, que desafio, vou ter que ver tudo isso”. Hoje em dia ele se sente pertencente a uma grande equipe, *né*, de profissionais especialistas e de equipamentos. (E1 – AP).

Este exemplo demonstra a utilização da linguagem como ação, que extrapola os desenhos dos fluxos predeterminados a partir do reconhecimento de um *quebra* por algum dos membros do grupo, disparando uma série de comunicações ou redes de conversações que auxiliam a coordenação do cuidado e a integração dos serviços mediados pela linguagem (FLEURY & OUVRENEY, 2007; LIMA, 2008; RIVERA & ARTMANN, 2009).

Outra forma de comunicação são as plataformas digitais como o endereço eletrônico da própria SMS-Rio e a Plataforma SUBPAV<sup>25</sup>, utilizada como canal de comunicação formal entre a subsecretaria e os demais gestores e profissionais, reunindo as orientações técnicas e protocolos para diversas ações, materiais de apoio, entre outras informações.

Os Observatórios de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS)<sup>26</sup> distribuídos nas áreas de planejamento, compartilham informações diversas, apresentando informações das unidades de saúde, com o objetivo de compartilhar conhecimento e apoiar a gestão.

Foram citadas e observadas uma multiplicidade de estratégias de comunicação informais, ou seja, não instituídas pela SMS-RJ entre as diversas organizações e grupos, por meio de ferramentas digitais, *sites* e *blogs*, ou perfis na rede social *Facebook*, com o objetivo de compartilhar informações ou expor fotos das atividades para promover eventos e estimular a interação entre os usuários. Nem todas apresentavam informações atualizadas, o que poderia estar relacionado à descontinuidade da ação, falta de inclusão

---

<sup>25</sup> Algumas informações da “Plataforma SUBPAV” são restritas aos profissionais vinculados aos serviços de saúde a partir do número do CNES, mas grande parte está disponível para acesso de qualquer pessoa mediante a realização de um cadastro rápido. Disponível em: <<https://subpav.org>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

<sup>26</sup> A Rede de Estações Otics-Rio compõe um espaço físico, chamado de Estações, e um espaço virtual através do portal, onde divulga informações das unidades de saúde visando o compartilhamento de conhecimentos para a educação permanente no âmbito da atenção primária e vigilância em saúde. <<http://www.redeoticsrio.org>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

dos dados ou a possibilidade de utilização do espaço da OTICS, sem a exclusão das informações anteriores.

Alguns atores identificam a utilização do *Google Drive*<sup>27</sup> como ferramenta para consolidação e compartilhamento de dados entre grupos, como os gestores do PSE, que a partir de 2015 mantém um acompanhamento das ações dos componentes do programa por meio deste recurso.

Deste modo, são diversos os espaços virtuais de informação e comunicação, sejam formais ou informais, com objetivos diferenciados que vão desde o simples compartilhamento de fotos à coordenação de ações e processos.

Os espaços formais de interação destacados pelos atores contemplam principalmente reuniões periódicas, ciclos de debate, grupos de trabalho, rodas de conversa e seminários. Estes são realizados nos espaços de gestão central e territorial e direcionados tanto para a organização de ações e coordenação sistêmica e do cuidado em saúde como para educação permanente.

No nível central, são realizadas reuniões periódicas envolvendo as superintendências (SPS e SAP), bem como suas coordenações e os coordenadores de área. Cada uma das coordenações e gerências da SAP também se articula com os coordenadores e RT's das áreas de planejamento, o que faz com que a estrutura institucional da CAP seja organizada nos mesmos moldes, como áreas técnicas, a fim de facilitar a comunicação e coordenação com o nível central. Mas foi criticada a fragmentação dos processos de trabalho das coordenações no interior da SUBPAV.

O contato das coordenações da SUBPAV se dá mais diretamente com a coordenação de área e com o diretor da Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS), onde estão inseridas as áreas técnicas ou linhas de cuidado prioritárias, mas também com os RT's e apoiadores das áreas.

Algumas interações entre gestores do nível central e profissionais que atuam nos serviços de saúde são facilitadas devido a um contato anterior, criando redes de pessoas, que são às vezes priorizadas para iniciar novos projetos, sendo vistos como apoiadores das coordenações e áreas técnicas da SUBPAV.

---

<sup>27</sup> O *Google Drive* é uma ferramenta que permite o armazenamento e compartilhamento de arquivos de diversos formatos, de forma gratuita até determinado limite de tamanho. Disponível em: <[https://www.google.com/intl/pt-BR\\_ALL/drive/](https://www.google.com/intl/pt-BR_ALL/drive/)>. Acesso em: 29 jul. 2017.

Como eu conheço muita gente na própria rede eu tenho esses apoiadores, *né*, digamos assim. Em cada área você tem uma pessoa, enfim, que possa *tá* articulando isso. Apesar de eu conhecer todos os coordenadores de área, já tenho essa relação que você vai na pessoa que realmente vai operacionalizar. Mas, é claro, tudo isso com aval do próprio coordenador. (E4 – SPS).

Nota-se a busca por focar o trabalho em áreas onde já se conhece um apoiador seja por uma relação anterior, ou pela identificação de realização de uma atividade relacionada ao projeto que se quer trabalhar, mas sempre identificando essa disponibilidade de interlocução não necessariamente presencial e um apoio que permite a autonomia e protagonismo deste profissional, já que a coordenação não poderia estar tão próxima.

Visando aproximar o contato com as áreas de planejamento, as coordenações e áreas técnicas têm realizado reuniões e oficinas descentralizadas ou itinerantes tanto na CAP quanto nas unidades de saúde, seja para questões de organização de processos ou capacitação dos profissionais. Estas possibilitam a identificação dos contatos de referência, que se tornam mediadores da organização de ações, facilitando a comunicação para coordenação direta entre nível central e técnicos, sem necessariamente passar pela CAP. Esta estratégia de estar mais próximo do território também tem sido utilizada pelo INAD que vem retomando as visitas técnicas nas unidades de saúde.

A importância de estar próximo ao território é destacada na fala dos atores por possibilitar um diagnóstico mais apurado das limitações do território e por representar um espaço de troca e aprendizado que favorece a gestão, além de marcar presença, reforçando a comunicação e a coordenação.

Alguns entrevistados que já atuaram na ponta destacaram a necessidade de o nível central conhecer melhor a rotina do processo de trabalho dos profissionais da ESF, compreendendo que há certa verticalidade no modo de comunicação e interação das áreas técnicas com os profissionais dos serviços de saúde. Segundo as falas, as áreas técnicas do nível central muitas vezes não percebem que há dificuldades ou até impossibilidade de inclusão de algumas ações na rotina de trabalho da APS ou mesmo que algumas orientações nem chegam a estes profissionais do modo como a área técnica solicitou. Mas também foi sinalizado que essa aproximação do nível central com a ponta vem aumentando no último ano.

Os espaços formalizados de interação da SUBPAV com as áreas de planejamento representam um modo de coordenação do cuidado e do sistema de saúde, frente à autonomia decisória que as AP's têm na organização das especificidades do território e que teriam tomado maior forma ao longo da última gestão, de acordo com as informações dos sujeitos de pesquisa.

A principal atividade de interlocução do nível central com as AP's – incluindo gestores da CAP e gerentes e RT's das unidades de saúde – se dá nos “Ciclos de debates”, realizados quinzenalmente, ou semanalmente em alguns casos. Eventualmente, representantes das gerências também realizam ou acompanham reuniões de RT nas áreas de planejamento.

Entretanto, alguns gestores criticaram esse modelo regular de comunicação para coordenação das ações, destacando dois limites. O primeiro está relacionado à abordagem de pouca interlocução, organizada como apresentações e palestras com pouco espaço participativo.

O segundo limite apontado se refere à capilaridade das discussões realizadas nos Ciclos de Debate para as unidades de saúde. Para um dos gestores, a capacidade multiplicadora dos profissionais se perde na rotina da unidade, frente a alta demanda da rotina dos serviços de saúde. Além disso, algumas unidades não realizariam a reunião semanal prevista na carteira de serviços, que reserva um turno por semana para esta atividade, acumulando as pautas de discussão que serão priorizadas no momento em que a reunião ocorra.

Quem vai no ciclo de debate supostamente teria uma função multiplicadora, mas não consegue. Não tem tempo, entendeu, de discutir todos os assuntos. O *cara* tem uma lista de tarefas enorme para cumprir. E ainda se ele fizer, ele vai fazer numa reunião de equipe, se tiver. Nem toda unidade tem reunião de equipe de módulo, que é como a gente chama, que é a unidade inteira parar e discutir coisas. A gente sabe que tem unidade que não faz, ou faz só quando o bicho pega. Esse cara teria que trazer essa informação do ciclo de debates, num curto período de tempo ali, porque vai dividir com outras questões e passar aquilo que foi em 3, 4 horas, sei lá. Então não capilariza. O que o nível central faz não capilariza. Esse é um diagnóstico que a gente tem. (E15 – AP).

Deste modo, os ciclos de debate constituiriam ações estratégicas que utilizam a linguagem como meio de transmissão da informação, mas que depende da influência exercida pelos atores em interação e da apropriação que este denota ao conteúdo da informação (LIMA & RIVERA, 2009).

Tal fato tensiona a relação entre circulação e apropriação associada à tradição de concentrar o poder de fala nas instituições e à dificuldade de desenvolver metodologias participativas e espaços democráticos de discussão (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

Observa-se, portanto, diferenças na mediação da coordenação por meio da linguagem, ou seja, na relação entre o que as instituições, neste caso a SUBPAV, produzem e fazem circular e o modo como realmente circulam ou são apropriadas pelos diversos interlocutores e operacionalizadas nos serviços de saúde.

Apesar de algumas críticas quanto à possibilidade de apropriação do mediador, que representa “um elo a mais na rede de comunicação que permeia e move as ações de saúde”, imprimindo seus próprios sentidos no momento do repasse das informações (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.55), os ciclos de debate constituem um canal de comunicação instituído e legitimado de certa maneira.

Ainda que apresente limites, as discussões realizadas nos Ciclos de Debate ainda ecoam nas unidades de saúde. Por isso, este é apontado por alguns atores como um espaço de coordenação e interlocução que possibilita a sensibilização dos profissionais e visibilidades para os temas discutidos, onde poderia ser incluída a questão da obesidade.

A plataforma SUBPAV mantém as apresentações realizadas nestes encontros, constituindo mais um modo de disseminar as discussões, visando uma melhor circulação das vozes da instituição.

Os temas são programados anualmente e nos três dos últimos anos, percebe-se que alguns temas se apresentam de maneira contínua, como a hipertensão e o diabetes, e outros compõem uma necessidade mais específica de discussão identificada no momento da rede municipal de saúde.

Pode-se notar diferenças de apropriação entre as AP's ou diferentes momentos de entrada para determinadas discussões nos espaços de produção da saúde, ao que os gestores reconhecem como entraves do território. Como exemplo, a Coordenação de Policlínicas e NASF se organizou com representantes das AP's para que fossem realizadas oficinas relacionadas ao registro dos profissionais do NASF nos prontuários eletrônicos. Algumas áreas teriam conseguido realizar as oficinas de prontidão, porque teriam se sentido apropriadas para essa construção de maneira mais autônoma ou solicitando o apoio da Coordenação de Policlínicas e NASF. Entretanto, algumas AP's somente após algum tempo teriam começaram a se articular para a realização destas oficinas.

Uma das ferramentas para o monitoramento e avaliação das unidades de saúde citada foi o processo de certificação das unidades de saúde, tal como a Certificação de Reconhecimento do Cuidado com Qualidade (CRCQ). A certificação é apontada pelos gestores como uma possibilidade de mobilizar as unidades de saúde a se organizarem para os temas das certificações, que costuma ser bem recebido pelas equipes que se sentem reconhecidas. O INAD também já produziu algumas experiências com certificação das unidades de saúde, conferindo a mesma recepção dos profissionais de saúde.

Os “Seminários de *Accountability*” realizados pela SUBPAV, foram destacados pelos gestores do nível central como um momento de prestação de contas, mas também de autoavaliação das unidades de APS e da CAP para análise do alcance dos objetivos, identificação dos problemas e definição de propostas para a melhoria dos resultados. Este foram valorizados como espaços de coordenação, interação e pactuação entre os atores. Também foi muito valorizado o papel da educação permanente e do matriciamento para o processo de coordenação das ações.

Foi possível notar a compreensão quanto à necessidade de construir um ambiente organizacional mais comunicativo na SUBPAV, que propicie que as coordenações se conheçam e interajam, formando redes de pessoas. Neste sentido, foi destacado que o INAD não conhece determinados processos e discussões da SUBPAV e da APS, estando afastado da linguagem e da produção de sentidos que circulam neste espaço de gestão.

As áreas de planejamento realizam reuniões mensais com gerentes de unidades de atenção primária. Na AP3.2 são realizadas reuniões bimensais para integração com gerentes de unidades de APS e de outros equipamentos de saúde do território, como hospitais e UPA, na tentativa de fortalecer a integralidade do cuidado, a partir destes espaços de interação, comunicação, negociação e coordenação de ações.

As falas apontam que a valorização da APS nos últimos anos estimulou a construção destes espaços, que já acontecem na CAP3.2 há seis anos. Apesar dos desafios, a gestão territorial tem notado melhorias na organização da atenção à saúde, a partir do entendimento da APS enquanto coordenadora do cuidado pelos gestores de outros equipamentos de saúde do território.



Esta articulação contribui para a responsabilização e encaminhamento dos usuários que utilizam a atenção especializada como porta de entrada, buscando garantir a continuidade do cuidado.

A Atenção Primária durante muito tempo, ela ficou isolada, ela não se via pertencente a uma rede, valorizada. A gestão tinha um foco muito hospitalocêntrico, muito na doença, no agravo. Então com esse trabalho de fortalecer a Atenção Primária como norteadora do cuidado, nós conseguimos promover espaços dentro do território, de comunicação, de discussão do território com todos os equipamentos. (E1 – AP3.2).

Os discursos destacaram a centralidade da atenção primária como norteadora do cuidado, que deve interagir no território com os demais equipamentos de saúde e sociais. Deste modo, a AP3.2 sinalizou a importância da parceria com lideranças comunitárias e religiosas e um dos gestores relatou o caso de uma líder comunitária que acolhia mulheres em situação de violência e crianças pequenas que passavam muito tempo sozinhas na comunidade enquanto a família trabalhava. Esta teria procurado a CAP3.2 para realizar ações pontuais como campanhas de vacinação em um território que constituía um vazio sanitário.

Aos poucos, o local foi se constituindo um espaço informal de educação e de cuidado, onde começaram a ser oferecidas oficinas e atividades em parceria com universidades, passando então a um espaço formal de educação, a Escolar Popular de Saúde da Água Santa. Atualmente, este território conta com uma Clínica da Família.

Neste sentido, o gestor reforça a importância do apoio de lideranças comprometidas e interessadas na comunidade, o que pode potencializar a organização do cuidado em saúde no território. Contudo, são criticadas algumas lideranças que apresentam interesses estritamente políticos e individuais.

Sou apaixonada pelo modelo (se refere ao modelo de Saúde da Família). Eu acho que o modelo dá possibilidades de você trabalhar de uma forma integrada, de você ter parcerias tão diferentes... (E1 – AP).

O INAD e o CRO realizam seminários anuais a fim de possibilitar a integração com o público interessado na temática e o compartilhamento de experiências dos serviços, integrando profissionais que atuam ou não na rede municipal de saúde.

Foi sinalizada por alguns gestores a participação na 21ª Conferência Mundial Wonca de Médicos de Família, que ocorreu no Rio de Janeiro em 2016, como uma experiência que instigou a rede e fomentou a troca de experiências.

Espaços como seminários e congressos, que possibilitam reunir muitos profissionais ao mesmo tempo, foram apontados como alternativas para discussão de alguns temas mais amplos, a fim de reduzir a saída rotineira dos profissionais para os Ciclos de Debate.

Compreende-se, portanto, que os espaços de interação formais ou informais, vão conformando a organização do sistema e do cuidado em saúde e dependem da mobilização dos atores e capacidade conversacional para configurar redes de conversação que possibilitem coordenar ações em saúde (LIMA, 2008).

### 5.3 PERCEPÇÕES ACERCA DA OBESIDADE E SUA ABORDAGEM NA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

As percepções dos diversos sujeitos de pesquisa acerca da obesidade, de modo geral, denotam o seu reconhecimento como problema de saúde, destacando de alguma maneira sua complexidade e multicausalidade, apesar dos diferentes modos de compreensão quanto ao conceito e abordagem referente à sua organização e cuidado no sistema de saúde.

#### **5.3.1 Presença da obesidade como problema de saúde, baixo reconhecimento de sua dimensão social**

Durante a realização das entrevistas foi possível perceber que os diferentes contextos situacionais se misturam (MATUS, 1996), definindo na fala de cada um dos sujeitos um lugar de interlocução enquanto participante da pesquisa, o que acentua a polifonia da sua fala (ARAÚJO, 2006; ARAÚJO & CARDOSO, 2007), expondo os diferentes discursos sobre a obesidade que emanam dos lugares ocupados – “eu gestor”,

“eu médico”, “eu médico de família”, “eu nutricionista”, “eu sanitaria”, “eu apenas técnico ou funcionário de um órgão gestor sem poder de decisão”, “eu militante”. Estes estão, contudo, imbricados na expressão dos interesses individuais e da organização ou grupo que os atores se inserem (MATUS, 1996).

Apesar de nem sempre perceberem a polifonia ou algumas dualidades no seu discurso conferindo-as de maneira não intencional, muitas vezes foram destacados este lugar de fala, ou seja, o entrevistado sentiu a necessidade de marcar determinadas posições quanto ao seu entendimento e possibilidade ou não de ação, produzindo alguns discursos e abordagens antagônicas em relação à obesidade.

Tais discursos promovem diferentes associações de acordo com as circunstâncias e interlocutores produzindo diferentes sentidos para a obesidade. Essa construção se conforma principalmente na dualidade, e não necessariamente contrariedade, entre fator de risco e doença, onde as diversas vozes ora se complementam e ora se confrontam na disputa de espaço e combinação de sentidos, quando os sujeitos legitimam sua fala e lugar a partir de discursos já legitimados no campo da saúde (ARAÚJO, 2006; ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

Aqui vale destacar a diferenciação que Araújo & Costa (2007) trazem da teoria da comunicação entre “significado” e “sentido”. Mesmo que o significado imprima características culturais, ele se refere a uma definição mais ou menos hegemônica e instituída, como as encontradas nos dicionários. Enquanto o sentido traz a pluralidade e o dinamismo de algo que é construído na situação e está sujeito a negociações e mudanças.

Olhar a obesidade como fator de risco ou doença se relaciona à característica normatizadora da saúde, que precisa definir significados para produção de diagnósticos e protocolos. Assim, expõe o desafio de revelar e produzir intervenções que abarquem os diferentes sentidos e determinantes deste problema complexo, que se coadunam à dificuldade de reversão do modelo de atenção à saúde e de adoção de uma abordagem integral e intersetorial da obesidade.

É nítida a compreensão de que a discussão da obesidade não é legitimada isoladamente pois figura nessa dualidade, ora sendo percebida como um problema quase-estruturado (MATUS, 1996), na compreensão de sua complexidade e variabilidade de soluções, que sempre envolvem o âmbito sociopolítico além da dimensão técnica; e, mais frequentemente, como um problema intermediário, quando

entendida como fator de risco às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e abordada de forma secundarizada nas ações e serviços de saúde.

A abordagem da obesidade exclusivamente como fator de risco aparece apenas na fala de alguns profissionais com outra formação, embora os entrevistados com formação em Nutrição também a tenham expressado como fator de risco para outras comorbidades. Entretanto, estes marcaram a sua caracterização como doença e como problema de saúde pública, denotando a polifonia e concorrência discursiva (Araújo & Cardoso, 2007), fruto de discursos já legitimados na saúde, tal como a consideração da simultaneidade entre doença e fator de risco da obesidade (BRASIL, 2014b).

A própria parte médica, a obesidade hoje é um fator de risco, né. [...] Então entra nesse contexto, quer dizer, o obeso ele fica com maior chance de ter hipertensão e, portanto, aumenta o risco cardiovascular. O quê que eu quero dizer com isso? A gente não pensa única e exclusivamente na obesidade. A obesidade surge num contexto de saúde da população. (E7 – SAP).

A gente cuida de uma maneira pouco organizada, né, do fator de risco obesidade, não sei se dá para chamar de doença, assim, não sei, como que vocês pensam isso. (E15 – AP).

O olhar dos outros profissionais, né, que muitas vezes subjagam a obesidade como uma doença. [...] Entender a obesidade como uma doença multicausal, ela não é uma doença só de nutrição. [...] Não é só o nutricionista que vai dar conta, né. [...] Como que a gente vai trabalhar isso no município do Rio de Janeiro? (E2 – INAD).

Esta última fala de um dos gestores destaca a necessidade de compreensão do processo multicausal que envolve a obesidade e, conseqüentemente, demanda respostas abrangentes que não se limitam a uma única categoria profissional ou ao setor saúde para o seu enfrentamento.

O reconhecimento do processo multifatorial da obesidade é sinalizado de algum modo pelos atores, que citam a influência do ambiente, da alteração do ritmo de vida, dos padrões de consumo e de acesso aos alimentos, das indústrias alimentícias e propagandas nas representações sociais da alimentação. Contudo, no discurso do conjunto de atores entrevistados não é relevante a problematização dos diversos fatores que influenciam a obesidade no território e no espaço das ações e engendramentos políticos e organizativos.

Apenas dois entrevistados trouxeram a discussão do acesso a alimentos saudáveis, criticando o fato de o município do Rio de Janeiro não contar com uma

Secretaria de Agricultura e Abastecimento, além da distribuição desigual das feiras orgânicas no território.

Alguns discursos trouxeram a alimentação como componente básico da vida, onde circulam e são compartilhadas vivências e informações, com mudanças relacionadas diretamente à organização da vida urbana e condições de vida, que reforçam acumulações e desacumulações (MATUS, 1996), impactando a qualidade de vida.

Entretanto, o principal discurso neste sentido se refere à influência do ambiente para a obesidade, destacada por todos os atores, mas focada principalmente nos espaços de convívio das unidades de saúde e pouco no espaço da comunidade ou do ambiente, na compreensão deste

em seu sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (“*as escolhas saudáveis serão as mais fáceis*”) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (PELEGRINI FILHO; BUSS; ESPIRIDIANO, 2014, p.306).

Mas é defendida a importância de as unidades de saúde constituírem espaços promotores de saúde, em que a alimentação saudável seria um dos seus componentes, sinalizando a qualidade da alimentação oferecida ou compartilhada nos espaços de convívio dos serviços de saúde, tanto com os usuários em eventos e grupos educativos quanto entre os profissionais em reuniões de equipe ou outros momentos de encontro.

Nossas reuniões, lá mesmo, lá dentro da Clínica, em todo lugar que você vai tem que ter refrigerante e salgadinho. (E6 – SPS).

Eu chegava lá e as reuniões todas deles era carboidrato, *Coca-Cola* normal, e eles obesos, eu tive que chamar a atenção da diretora na época. Assim: ‘Para com isso. Coloca uma fruta, uma água, uma *Coca zero* pelo menos’. (E7 - SAP).

A discussão do papel de promoção da saúde nos eventos realizados nas unidades de saúde é ressaltada como um dos investimentos do NASF na AP3.2. Estes são entendidos como um espaço de educação permanente tanto para os usuários quanto para os profissionais das equipes de Saúde da Família, que algumas vezes apresentam resistência à substituição dos alimentos industrializados por opções mais saudáveis.

Assim, representa um momento de desmistificação de algumas percepções acerca da alimentação saudável, onde já se observa uma mudança gradual na aceitação da incorporação de opções mais saudáveis e compartilhamento de receitas e técnicas culinárias.

Nas festas em que o NASF vai as pessoas até brincam: “Ih, a gente não pode levar nada de gordura, de gordinho, porque senão...”. Então as pessoas já de alguma forma, não tão clara, mas já entendem que ali é um momento que a gente vai produzir cuidado, a gente vai produzir saúde, não doença. (E13 – AP).

Também foi demonstrada a preocupação com a oferta de alimentos no entorno das unidades de saúde e as propagandas veiculadas no interior dos serviços, constituindo a produção de uma nota técnica pelo INAD quanto à proibição da propaganda de alimentos nos serviços de saúde municipais, que estaria aguardando apreciação dos órgãos competentes da Prefeitura.

Entretanto, essa discussão permeia os conflitos de interesses, questão controversa no meio da saúde. Algumas percepções normalizam estes conflitos, já que estariam mais ou menos expostos nos diversos insumos utilizados nos diferentes serviços de saúde, como as próteses, órteses, *stents*, a escolha pelo tipo de parto normal ou cesáreo, por um tratamento dentário ou uso de implantes.

Quanto à alimentação e nutrição foram destacadas a inquietação com algumas máquinas de refrigerantes nos ambientes de gestão ou de produção de saúde e a propaganda de produtos lácteos em contradição à recomendação do aleitamento materno. Também é referenciada a compra de gêneros alimentícios para as unidades hospitalares, de responsabilidade do INAD, que ao longo dos anos têm sido tensionada junto a outros órgãos da Prefeitura, a fim de garantir uma alimentação saudável aos usuários, com o norteamento das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014e).

O quanto a alimentação daquela unidade pode beneficiar esse usuário e que é possível fazer alimentação saudável, dentro dos parâmetros do Guia (se refere ao Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde), também na Atenção Hospitalar. É possível reduzir muito o uso de alimentos industrializados. É possível fazer uma alimentação gostosa, saborosa, prazerosa, pensando que essa alimentação vai interferir de fato no produto final que é a melhora daquele usuário. (E2 - INAD).

Assim, mesmo que se perceba a preocupação da obesidade como problema de saúde pública complexo e multifatorial, o seu reconhecimento é controverso enquanto um problema social, já que não é definido ou frequentemente pautado nos processos de gestão para direcionamento das ações em saúde e não constitui uma prioridade da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (SMS-RJ) ou das Coordenadorias de Áreas de Planejamento (CAP) para a organização das ações de saúde nos territórios.

Ainda que se identifique algumas ações pontuais mais direcionadas, é pouco valorizada no conjunto das intervenções a influência do ambiente, e particularmente do ambiente alimentar, nas condições de vida da população.

As mudanças nos modos de viver e alimentar-se, considerando a alimentação como componente da vida, é influenciada pelo atual ambiente obesogênico em que vivemos, que impacta nos comportamentos individual e coletivo, implicados por influências ambientais e ações políticas que envolvem fatores físicos, econômicos, legislativos e socioculturais (OPAS, 2015; EGGER & SWINBURN, 1997; LAKE & TOWNSHEND, 2006).

A despeito da sua abordagem nos serviços de saúde, os sujeitos de pesquisa reconhecem o processo multifatorial da obesidade, mas o relacionam principalmente a uma alimentação inadequada juntamente com uma prática de atividade física insuficiente.

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional não aparece no discurso dos atores, denotando pouco impacto no nível local. O INAD foi o único ator a citar a construção de caminhos para o enfrentamento da obesidade norteado pela Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, resultante do esforço intersetorial promovido pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN, 2014).

O estudo de Dias et al. (2017) analisa as estratégias nacionais de enfrentamento da obesidade no Brasil e destaca no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) uma abordagem primordialmente intrasetorial com enfoque individualista e socioambiental orientada a mudanças no estilo de vida, enquanto no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) é entendida como problema social, onde são propostos novos modos de produzir, comercializar e consumir alimentos.

É, portanto, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional que a obesidade ganha uma abordagem mais ampla, onde é tratada como questão de caráter social, não apenas do setor saúde, demandando planejamento integrado de ações envolvendo diferentes setores de governo e participação da sociedade.

Apesar do aumento do sobrepeso e da obesidade (excesso de peso) se configurar um problema global que impacta a qualidade de vida da população, esta identificação enquanto problema vem sendo questionada mesmo no âmbito acadêmico, como discutido anteriormente.

Esta compreensão é compartilhada por alguns atores que sinalizam que diante dos muitos problemas vivenciados pela população, exacerbados pelo modo de vida urbana, que convive com a violência e grandes diferenças territoriais e sociais, a obesidade não se configuraria como problema por não constituir o maior dos problemas vivenciados pela população, o que poderia contribuir para a sua não priorização tanto pelos profissionais de saúde e gestores quanto pelos usuários.

E aí com os nossos pacientes com sobrepeso e obesidade, pelo menos os nossos aqui era isso: “Eu não tenho tempo para atividade física, eu não *tô* com *saco* de comer alimentação saudável, eu não tenho acesso a frutas e verduras, eu não tenho perto, eu não *tô* a fim, eu *tô* angustiada, eu briguei com alguém.”. O sobrepeso e a obesidade é um *plus* dentro de todo esse caldeirão de problemas. (E8 – AP).

Tal fato pode estar relacionado tanto à dificuldade de intervenção frente à determinação social que envolve a obesidade, aliado a uma perspectiva individualista de compreensão das escolhas alimentares e estilos de vida, como à oferta do cuidado ainda centrado no médico e na resposta medicalizante aos agravos de saúde.

As respostas quanto ao enfrentamento do excesso de peso foram relacionadas diretamente ao tratamento da obesidade em uma perspectiva mais assistencial pela maioria dos entrevistados. Uma compreensão mais abrangente apareceu com maior ênfase no discurso daqueles atores envolvidos com a promoção da saúde, o que destaca a compartimentação da própria organização da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) e a dificuldade de incorporar a vertente da promoção da saúde no cotidiano das ações e nas linhas de cuidado prioritárias da atenção primária.

Deste modo, a demanda e a oferta ainda se pautam prioritariamente no tratamento médico-assistencial, apesar da expansão da APS no município do Rio de



Janeiro, calcada no modelo de Saúde da Família que, ainda recente, carece de qualificação para se consolidar na organização do cuidado de alguns territórios antes conformados como vazios sanitários.

As falas dos gestores com inserções diferenciadas apontam para lógicas distintas de compreensão do problema, exacerbando uma tensão entre uma visão relacionada à promoção da saúde e uma visão medicalizante. A primeira considera uma perspectiva ampliada para a obesidade, enquanto a segunda se pauta em uma gestão riscos que dialoga com o modelo de gestão municipal dos últimos anos, focado no alcance de metas estabelecidas entre o nível central, as CAP e as Organizações Sociais de Saúde (OSS) para indicadores prioritários definidos pela SMS-RJ.

O reconhecimento quanto à determinação multifatorial da obesidade, que exige medidas de âmbito individual e coletivo, tem como contrapartida o destaque para a fala culpabilizante de alguns entrevistados, que compreendem as escolhas alimentares em uma perspectiva individualista apenas, sem considerar os determinantes relacionados ou mesmo após citá-los.

Tal fato reforça a dificuldade de pautar o enfrentamento do excesso de peso e discutir a promoção da alimentação adequada e saudável nos espaços de gestão e no cotidiano dos serviços de saúde, a partir de ferramentas de intervenção que apoiem os usuários e promovam sua autonomia.

Alguns entrevistados criticaram essa abordagem culpabilizante e individualista de alguns gestores e profissionais, que dificultam uma percepção mais abrangente no sentido de compreender o processo multifatorial que envolve a obesidade e não restringir as intervenções ao âmbito individual, focado apenas nas transformações do comportamento dos indivíduos, ignorando a influência e a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais e ambientais da saúde que produzem a obesidade (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPIRIDIANO, 2014).

São citados como exemplo deste tipo de abordagem as campanhas de combate à dengue ou obesidade infantil, inclusive veiculadas na mídia, que focam apenas o âmbito individual e culpabilizam os indivíduos. Portanto, deixam de tensionar os demais determinantes deste processo, que demandam uma articulação intersetorial e a compreensão dos múltiplos fatores, que vão além do consumo alimentar e da prática de atividade física.

Então quando você vai discutir avaliação antropométrica, que é a questão que aí você vai ver obesidade, [...], se você não falar de alimentação saudável, de atividade física, não adianta. Todo mundo tem que *tá* inserido. Se você não falar do preço do alimento, de onde é mais barato, da rede que tem do seu entorno, [...] não tem sentido você falar de obesidade. (E6 – SPS).

Os gestores destacam em seu discurso que a gestão e o cuidado em saúde ainda se organizam para apagar incêndios em um território adoecido e, neste sentido, as ações de promoção da saúde tal como realizadas, em geral, parecem perda de tempo e suas iniciativas são criticadas pela falta de indicadores imediatos de avaliação e impacto.

Por se tratar de um problema complexo, a discussão da obesidade perpassa diversos contextos nos serviços de saúde. Observa-se, muitas vezes, a consideração de que seria abordada transversalmente a outras ações no cuidado em saúde, que, entretanto, se expressam prioritariamente na sintomatização de outros agravos. Somente aparece como uma discussão central quando já expõe limitações aos usuários, além da necessidade ou desejo de realizar a cirurgia bariátrica.

Para um dos gestores entrevistados, que já atuou na prática ambulatorial, até mesmo na compreensão dos usuários a obesidade não ganhava relevância enquanto demanda a menos que almejasse a realização da cirurgia bariátrica. Antes disso, o cuidado é direcionado ao tratamento dos sintomas e a abordagem da obesidade compõe mais um dos riscos de comprometimento do quadro geral de saúde, mas com pouca possibilidade de intervenção precoce ou mesmo de uso de ferramentas de apoio os usuários.

A abordagem da obesidade surgiria, portanto, na percepção de alguns entrevistados, em um contexto de saúde da população e não como demanda exclusiva ou associação direta com as morbidades que mais demandam a atenção dos profissionais e ações da rede de atenção à saúde municipal.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde há um direcionamento para o diabetes ou outra morbidade que carrega a obesidade como um fator secundário, não constituindo uma prioridade ou o primeiro olhar do profissional de saúde. Com isso, há uma forte probabilidade de o que é considerado transversal passar pela tangente, não permeando o cuidado em saúde.

Assim, a transversalidade referenciada ao tema se perde na larga abrangência de ações, secundarizando a problematização da obesidade seja na perspectiva de promoção, prevenção ou mesmo do seu tratamento.

Apesar da transição epidemiológica e a tripla carga de doenças (MENDES, 2010, 2011), as prioridades do município se concentram principalmente na saúde materno-infantil e na tuberculose. Estas vem compondo as ações e metas dos planos estratégicos continuamente, inclusive o atual plano estratégico 2017-2020 (PCRJ, 2017), por apresentar dificuldades para atingir ou manter as metas pactuadas, demandando a atenção dos serviços de saúde seja na intensificação de ações ou atividades de educação permanente.

O acompanhamento da tuberculose e da mortalidade materno-infantil ganha vulto nas Áreas de Planejamento (AP's), sendo sinalizada em diversas falas a forma de coordenação destas ações, fruto de fluxos, interações e mediações estabelecidos continuamente entre a gestão central e as AP's, o que demanda a movimentação em torno do cuidado deste agravo, já que a gestão territorial precisa retornar respostas quanto a essa organização no território para a gestão central.

Foi criticada por alguns entrevistados a ausência da discussão da obesidade bem como a relevância deste agravo para os profissionais e para a população, de forma a tensionar a percepção de risco de morte para a relevância da condução dos agravos.

Tem uma questão da obesidade que ela passa despercebida, *né*, no próprio atendimento. Muitas vezes, *né*. Tem uma certa banalização da obesidade. Isso assim, de uma forma geral. Diferente da desnutrição que tinha aquela coisa de salvar crianças desnutridas, que é uma coisa que choca que tem o risco iminente de morte, então a obesidade não, *né*. A obesidade, por ser um processo mais lento, ela acaba sendo banalizada muitas vezes. (E4 – SPS).

Aponta-se, portanto, uma banalização da obesidade, onde é subjugada como doença, cuja percepção quanto à compreensão generalizada dos gestores e profissionais na comparação a outros agravos é expressa na seguinte fala de um dos gestores:

“Tô falando em algo que mata e você vai falar do gordinho. Pelo menos ele tem o salgadinho *pra* comer”. (E12 – AP).

Deste modo, a dificuldade de induzir a organização das ações relacionadas à obesidade na rede de saúde municipal estaria também relacionada à ausência de uma mediação entre a gestão central e territorial, onde atualmente se nota a falta de comunicação e de uma coordenação das ações relativas a esta temática no território. Alguns entrevistados das CAP apontam a lacuna na relação com o Instituto de Nutrição

Annes Dias (INAD), reconhecido como área técnica de alimentação e nutrição e que anteriormente estaria mais presente nos territórios.

As diferentes percepções envolvidas no processo de construção social da obesidade e o modo como se apresentam nos espaços de gestão e de produção da saúde impactam no direcionamento das ações, que nos serviços de saúde estão centralizadas na resposta às demandas em torno das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com foco nas agudizações ou até mesmo conduções e acompanhamento de agravos crônicos que priorizam a terapia medicamentosa.

Tal fato remete ao modo de gestão que tendencialmente trabalha com questões que apontam resultados mais imediatos, e destaca a dificuldade de pensar as DCNT articulada aos determinantes sociais, já que mesmo no tratamento das condições crônicas, como o diabetes e a hipertensão, a forma de organização dos serviços de saúde direcionada às agudizações e resposta à sintomatização reproduzem um modelo assistencialista de atenção à saúde (MENDES, 2010, 2011).

Assim, trabalhar na perspectiva de uma Clínica Ampliada, tal como defendida por Campos (2013), onde sugere ampliar o objeto de saber e de intervenção da Clínica a partir da inclusão do sujeito e da consideração da doença como parte da vida humana, ainda representa um grande desafio. Este se coloca principalmente nos grandes centros urbanos onde sua dinâmica e maior dificuldade de organização social afeta potencialmente a vida dos seus moradores (CAIAFFA et al., 2008).

Este cenário exige a adoção de políticas públicas intersetoriais de proteção da população e de promoção da saúde, além da organização da oferta dos serviços de saúde, dificultado pelas rugosidades da convivência de distintas formas de organização das estruturas e ações, fruto das acumulações e desacumulações da produção social (MATUS, 1996), que esbarra em conflitos de interesses quanto aos modos de produção da saúde.

A intervenção nas DCNT tem foco principalmente no diabetes, e mais especificamente nas complicações da doença como a amputação, com o olhar para o pé diabético, exacerbando o reducionismo do cuidado, apontado por muitos dos entrevistados. Um dos gestores territoriais fez uma analogia quanto ao modo de organização das intervenções em saúde com os óbitos, onde é discutido o que já teria dado errado, distante de um maior investimento mesmo na prevenção à saúde da população.

Acho que a gente olha muito para materno-infantil e quando a gente olha doenças crônicas, olha o diabético e aí a gente olha a amputação do diabético. Já vai recortando e vai indo praquele grupo que já tá...é igual discutir óbito, né, você discute o que já deu errado. (E15 – AP).

A “caça ao pé diabético” comporia, neste sentido, o final de uma linha de cuidado, tal como o indivíduo com obesidade que seja indicado a realizar uma cirurgia bariátrica numa linha de cuidado da obesidade. Antes disso, uma série de cuidados continuados podem ser disparados, mas foi necessário acessar um recurso de alta complexidade que poderia ser evitável se cuidado precocemente por meio de abordagens de prevenção e promoção da saúde.

Apesar dos recortes e priorizações necessários às condições mais vulneráveis, esse reducionismo exclusivo é questionado pelos entrevistados, que destacam as tendências ao foco em indicadores específicos, o que é reconhecido inclusive por aqueles envolvidos na condução dessas ações. Contudo, não se desconsidera a necessidade desta avaliação enquanto mais um dos componentes do cuidado ao usuário com diabetes.

E avalia o pé, aí é a caça ao pé. E aí nutricionista quer avaliar o pé, educador físico quer avaliar o pé. (E8 – AP).

Percebe-se um reconhecimento por parte dos sujeitos de pesquisa de que a organização prioritariamente em torno do diabetes se refere à uma preocupação logística que demanda atenção quanto à dispensação de insumos, em que a ausência destes nos serviços de saúde implica uma visibilidade midiática que gera grande repercussão.

Esta organização focada na medicalização é tensionada enquanto proposta, em que os serviços de saúde precisam acolher os usuários, já que o uso da insulina leva a limitações e problemas emocionais que exigem um olhar mais cuidadoso e estratégias que ofereçam apoio aos usuários.

Não tô discutindo que não precisa ter insulina, pelo amor de Deus, mas será que ele não precisa melhorar emocionalmente, melhorar mentalmente para que ele possa ter um estilo de vida melhor? (E8 – AP).

O enfrentamento do sobrepeso e da obesidade claramente não aparece como prioritário na organização das ações de saúde do município, o que é reconhecido pelos atores, embora tenham sido citados projetos específicos e ações pontuais realizadas no

âmbito dos serviços e na articulação com o espaço escolar. Estes privilegiam práticas individuais e comportamentais e/ou relacionadas ao tratamento das DCNT associadas com uma prática sanitária ainda voltada prioritariamente para a atenção médica (MENDES, 1999).

A temática da obesidade, contudo, há muito esteve presente nas discussões, ações e mediações do Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), marcada no desenvolvimento de alguns materiais educativos e projetos, devido à preocupação com a transição epidemiológica e o crescimento exacerbado deste agravo.

Um dos materiais produzidos pelo INAD, compondo o projeto “Com Gosto de Saúde”, publicado em 2000, já trazia a obesidade como tema de um dos exemplares em diálogo com as diretrizes da então recente Política Nacional de Alimentação e Nutrição, sendo este material destinado tanto para a área de educação quanto de saúde. Também foram produzidos outros materiais para a Semana de Alimentação Escolar, que ocorre anualmente, e demais projetos.

A mediação do INAD no que se refere à obesidade junto à rede de atenção à saúde municipal ocorre na sensibilização dos nutricionistas que atuam nas unidades de produção de saúde. Entretanto, apesar do reconhecimento da obesidade como um problema, a falta de pessoal é apontada como um empecilho à condução mais aprofundada deste e de outros temas atualmente.

A construção da legitimação da obesidade enquanto um problema e a busca por alternativas e ações efetivas e organizadas demanda ao INAD uma atuação coordenada para o que não tem fôlego isoladamente, dadas as suas múltiplas frentes de ação, a rotina, o limitado número de profissionais, e também por necessitar o envolvimento de outros atores.

O esforço empreendido pelo INAD para a mobilização do tema da obesidade ainda não consegue ter abrangência e sua abordagem, em momentos diversos, é atravessada pela conjuntura institucional e política, levando a estagnações e retrocessos.

Algumas falas apontaram para a importância de um papel de militância dos profissionais de saúde, tanto os gestores quanto os técnicos, na problematização e busca por espaços de discussão e construção de estratégias que possibilitem pautar a obesidade e sua determinação multifatorial, com vistas a organizar um cuidado ampliado em saúde, que considere a intervenção sobre as questões que determinam os processos de saúde-doença.

Eu entendo quando você tem que defender (se refere à defesa da obesidade como problema), porque a gente ainda *tá* dando conta de um passível que a gente não *tá* dando conta. A gente *tá* muito distante de *tá*. Então pensar doença crônica é alçar um patamar que a gente ainda não *tá*. Porque é pensar modelo de sociedade, muitas vezes. Não é pensar saúde somente, é pensar de forma verdadeiramente intersetorial. É pensar que políticas públicas eu vou ter. [...]. É uma política de governo, é uma política de Estado mesmo, até mais do que de governo. (E11 – SAP).

Um dos gestores sinalizou a necessidade de condução do problema obesidade como uma política de Estado, trabalhada de maneira contínua e intersetorial, citando a iniciativa do Uruguai quanto à proibição dos saleiros nos restaurantes como medida protetiva e uma das estratégias de redução do consumo de sal no país, exemplificando a importância da discussão da alimentação adequada e saudável de maneira intersetorial.

Os discursos denotam que a compreensão da determinação multifatorial da obesidade e a necessidade de intervenções relacionadas a processos macroestruturais pode contribuir para a não priorização de intervenções que considerem a abordagem ampliada da obesidade. De acordo com alguns atores, este entendimento poderia reduzir as possibilidades de atuação para o enfrentamento desta problemática desde a micropolítica e os processos de trabalho no cotidiano dos serviços, já que as possibilidades de impacto seriam menores.

A construção social da obesidade e toda a complexidade quanto à compreensão do problema e o seu enfrentamento, expõe diversas dualidades estruturais ou conceituais: micro/macro, individual/coletivo, biológico/social, promoção/prevenção, promoção/assistência. Entretanto, tais dualidades estão articuladas dialeticamente, em um processo de complementação e disputa.

O nível local ou o micro é o espaço de operacionalização das políticas definidas no âmbito macro e as utiliza como referência, ou “regra” para Matus (1996), onde o cuidado como resposta aos problemas e necessidades de saúde depende da organização e construção acumulada historicamente das dimensões macro e micro. Estas estão, portanto, articuladas e expõem desafios nestes dois níveis. (ARTMANN & RIVERA, 2013).

No que tange ao enfrentamento da obesidade, ainda que este estudo tenha privilegiado o espaço do nível local e da APS para análise, é demandada a articulação destas dualidades, já que os determinantes são diversos e complexos e faz-se necessária a organização do sistema de saúde e dos serviços em todos os níveis de densidade

tecnológica, bem como uma articulação intersetorial para uma resposta adequada a este problema.

Deste modo, a organização de um cuidado alinhado à perspectiva de produção social da saúde, à luz da promoção da saúde, demanda a organização dos profissionais e gestores para a conquista de ações direcionadas à qualidade de vida por se afastar de um conjunto de respostas hegemônicas relacionadas ao complexo industrial da saúde, exigindo certa militância tanto na macropolítica como na micropolítica que envolve o nível local (MATUS, 1996; MENDES, 1999).

Ainda que alguns atores tenham sinalizado a compreensão do processo multifatorial da obesidade, nos discursos da maioria prevalece o conjunto de intervenções desde o setor saúde, com pouco foco relacionado aos determinantes gerais sobre as condições de saúde da população. A articulação da APS com o setor de educação aparece de forma superficial, demonstrando baixa articulação intersetorial.

Os discursos apontam, portanto, que a obesidade ainda precisa se legitimar como um problema social, já que mesmo reconhecida como um problema de saúde pública, nota-se baixo reconhecimento de sua dimensão social pelos gestores entrevistados e pouca organização de uma resposta coordenada e integral ao seu enfrentamento.

### **5.3.2 Principais ações relacionadas ao cuidado da obesidade no território**

De modo geral, os entrevistados compreendem que a discussão em torno do problema obesidade no município do Rio de Janeiro ocorre de forma pulverizada e esporádica, como “ondas” que ganham maior vulto em campanhas como o “mês da alimentação saudável” ou a “semana de alimentação escolar”, mas que não parece ser um discurso já apropriado pelos profissionais da ESF para a condução das linhas de cuidado dos ciclos de vida, apesar de alguns profissionais serem mais sensíveis à esta abordagem.

Mas a gente não tem isso de forma estruturada, alguém que coordene tudo isso. [...]. Então essa é uma discussão que hoje ela parece que está dada, mas não está dada, entendeu, porque ela não tem ações claras. [...]. Hoje eu vejo muito potencial de discussão, mas pouca organização para que se torne uma política forte, uma estratégia indutora, *né*, para a gente pensar ações indutoras. (E11 – SAP).



Todos os entrevistados puderam sinalizar alguma ação que se relacionasse ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade na rede de serviços de saúde, seja na perspectiva do cuidado em saúde ambulatorial ou em iniciativas, projetos, programas e políticas em curso.

As principais ações ou frentes citadas pelos gestores, seja pela percepção quanto ao seu êxito ou potencialidade, foram: o Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS) e o Programa Saúde na Escola (PSE), além da atuação do NASF, principalmente com o papel do nutricionista e do educador físico.

O Centro de Referência em Obesidade (CRO) é apontado e reconhecido como o único serviço direcionado ao cuidado da obesidade grau III, mas foram pontuadas as tensões que se colocam a este modelo de serviço, que não aparece como uma proposta de continuidade no discurso da gestão central, mas vem gerando articulações para pensar o cuidado aos usuários com obesidade grave no município.

As cirurgias bariátricas foram sinalizadas como último recurso na percepção de todos os atores, que referem um processo de banalização deste procedimento tanto pelos profissionais quanto pelos usuários.

Foram também citadas as ações de incentivo ao aleitamento materno desenvolvidas continuamente nos serviços de saúde, o Programa de Alimentação Escolar (PAE) e, em menor intensidade, o Programa Bolsa Família (PBF).

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é frágil na rotina dos serviços e os dados são pouco valorizados, não constituindo um instrumento de planejamento e gestão que serviria de base para a tomada de decisão. Apenas a partir do final de 2016 os dados começaram a ser tratados pelo Núcleo de Informação da SUBPAV, destacando-se entre os diversos entrevistados o Boletim divulgado pela SUBPAV do Perfil Nutricional no Município do Rio de Janeiro<sup>28</sup>.

O documento de formulação da Política Municipal de Alimentação e Nutrição (PMAN), fruto do esforço de construção coletiva protagonizado pelo INAD, foi citado apenas pelos gestores com formação em Nutrição.

Foram destacados por alguns gestores iniciativas como o RAP da Saúde, que aposta no protagonismo juvenil e na comunicação entre pares, e instrumentos de comunicação em saúde e interação como o aplicativo “Muda aí”, buscando atingir a população mais jovem.

---

<sup>28</sup> Disponível na Plataforma SUBPAV: [http://subpav.org/SAP/perfil\\_nutricional](http://subpav.org/SAP/perfil_nutricional). Acesso em: 09/03/2017.

No momento de realização das entrevistas, os caminhos apontados para a discussão do excesso de peso priorizavam o grupo materno-infantil como ponto de partida, com o direcionamento do olhar para a gestante e a obesidade infantil, por constituírem grupos de risco. Atualmente os CRO não comportam a especificidade do manejo da obesidade infantil.

Os dois programas citados como principais ações de enfrentamento da obesidade são descritos a seguir. Contudo, como a proposta deste estudo não pretendia aprofundar a discussão das ações, mas os mecanismos de articulação e coordenação envolvidos, destacam-se apenas as principais questões sinalizadas nos discursos dos entrevistados.

- Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS):

O PACAS foi implantado no município do Rio de Janeiro em 2009, sendo coordenado pela Assessoria de Atividade Física da Coordenação de Práticas em Saúde/SPS/SUBPAV e vinculado às unidades de atenção primária, com o objetivo de aumentar o acesso à prática regular de atividade física e possibilitar maior efetividade das práticas de promoção da saúde (PCRJ, 2016; FRAGA et al., 2013).

Em 2013, estava presente em 176 unidades de atenção primária das 10 áreas de planejamento onde os equipamentos para realização de atividade física estão inseridos e em locais disponibilizados por parceiros nos territórios (FRAGA et al., 2013).

O programa prevê a contratação de um educador físico vinculado ao NASF (PCRJ, 2016). Este organiza sua atuação na integração entre a área específica de atividade física e a área multiprofissional da APS (FRAGA et al., 2013), o que garante a representatividade deste profissional junto ao NASF. Esta vinculação amplia o escopo de atuação do educador físico e a integração com a equipe, realizando as demais ações do NASF como interconsultas e visitas domiciliares.

O usuário pode acessar o programa por demanda espontânea ou referenciado por algum profissional de saúde. Apesar de ser aberto à população, o conjunto de 10 aparelhos prioriza pessoas idosas e que convivem com hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e excesso de peso. São desenvolvidas uma variedade de atividades que não se limitam aos equipamentos de acordo com as prioridades e capacidades dos territórios, como ginástica, alongamento, grupo de caminhada, hidrogenástica, atividades recreativas e culturais (FRAGA et al., 2013).

Eles têm atividades diferentes, dança, tem muitas coisas incluídas [...]. Não é aquela coisa de eu vou ali fazer academia, exercício, só. Eles trabalham outras coisas com a comunidade e acho que aí tem um potencial muito maior né de resultados *pra* doença crônica e pra tudo na verdade. (E9 – SAP).

Na AP2.2, por exemplo, muitas unidades não possuem os equipamentos do PACAS, até devido à disponibilidade de espaço físico, mas as atividades são conduzidas no espaço físico de uma escola de samba do território, permitindo a integração de usuários de diferentes unidades de saúde acompanhadas pelo mesmo profissional do NASF, além de passeios e caminhadas em áreas externas.

Os usuários são acompanhados longitudinalmente e as informações são registradas no prontuário eletrônico do paciente (PEP) e em instrumentos de campo para monitoramento contínuo da efetividade das ações. Os dados vêm mostrando uma redução da perda de peso, bem como o controle da pressão arterial e da glicemia dos usuários hipertensos e diabéticos que participam do programa, bem como a redução do uso ou dosagem de medicamentos.

A pesquisa de campo aponta que as atividades do PACAS ganharam um escopo maior do que a atividade física, na associação com a promoção da alimentação saudável para a perda de peso. Os educadores físicos estariam trabalhando as orientações de alimentação saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira, buscando integrar a discussão com os nutricionistas junto às suas equipes do NASF. A parceria entre educador físico e nutricionista no NASF foi apontada como uma forma de potencializar as ações de cuidado das doenças crônicas e de abordagem da promoção da saúde e de promoção da alimentação saudável e atividade física.

Então essas ações da Academia Carioca elas ganharam um escopo muito maior do que só a atividade física e eu acho que poderia também ser uma frente que os nutricionistas deveriam pegar essa onda, né. Porque tem um público alvo ali já bastante definido, as pessoas estão ali por outro motivo, mas certamente boa parte da motivação das pessoas que tão ali é porque elas não estão felizes com seu corpo ou com o estado de saúde que se encontram. (E12 – AP2.2).

Atualmente, uma nutricionista compõe o quadro da Coordenação de Práticas em Saúde, assumindo o Eixo de Alimentação Saudável, com foco no projeto “Promover, prevenir e temperar” que aborda prioritariamente a implantação e manutenção de hortas nas unidades de atenção primária como espaço promotor de saúde. O projeto busca incentivar a discussão da alimentação saudável e o cultivo dos alimentos, mesmo que

apenas os temperos, para reduzir o consumo de sódio e impactar na qualidade de vida da população.

Contudo, sua atuação também consiste na qualificação dos educadores físicos nas reuniões e espaços mensais de coordenação e educação permanente, buscando a integração dos usuários da atividade física para o cuidado com as hortas e a discussão da alimentação saudável.

O PACAS foi muito apontado pela maioria dos entrevistados como a principal estratégia relacionada ao enfrentamento da obesidade no município, devido à potencialidade da discussão da atividade física e alimentação saudável no âmbito da APS e o oferecimento deste espaço enquanto promotor de saúde, deslocando a unidade de saúde do lugar exclusivamente da doença, o que poderia contribuir para uma mudança efetiva do modelo de atenção e melhor efetividade do cuidado relacionado às doenças crônicas não transmissíveis.

Então eu acho que isso tem uma amplitude para a questão da doença crônica que é muito maior que essas ações que a gente acaba na consequência da complicação. Então eu acho que esse tem que ser um grande foco mesmo. (E9 – SAP).

É o momento que se fala de saúde, talvez. Então as pessoas desvinculam a ideia só de doença na unidade. Como as Academias Cariocas são ao lado ou dentro das unidades de saúde eu não vou lá só quando eu estou doente, eu vou também cuidar de mim. Essa é uma ideia muito nova, né. (E7 – SAP).

Para alguns atores, frente ao reconhecimento das ações da APS ainda estarem direcionadas às demandas assistenciais, o PACAS representa o momento de deslocamento das doenças para se falar em saúde na unidade, buscando desconstruir a ideia do medicamento como única fonte de melhora e estimulando o autocuidado, na produção de espaços de diálogo com a população.

O reconhecimento do PACAS, mais que outros programas que trabalham com a promoção da saúde, pode se referir à sua alocação nas unidades de atenção primária com atividades contínuas desenvolvidas principalmente por um profissional que foi incluído diretamente para a condução dessas atividades, apesar de integrar a equipe do NASF e suas ações.

Um dos elogios dos gestores quanto ao programa é a capacidade de realizar um acompanhamento dos usuários, possibilitando uma avaliação periódica dos resultados

das ações relacionados inclusive à melhora do humor e não se limitando aos indicadores clássicos da saúde. As principais críticas em relação aos programas e ações de promoção da saúde de forma geral são a sua realização pontual sem que haja uma apresentação dos resultados e avaliação dos impactos para a saúde da população.

Deste modo, o programa apresenta grande visibilidade junto à SMS-RJ e também junto à população, já que a implantação em determinados territórios aparece com uma demanda da comunidade, como é percebido no estudo de Padilha et al. (2015).

Além de um espaço de convivência entre os usuários, a atividade física foi abordada em algumas falas como o movimento essencial à vida, colaborando para a prevenção do sobrepeso e da obesidade juntamente com a promoção da alimentação saudável. Os equipamentos e atividades da Academia Carioca nas unidades de saúde ou nas parcerias estabelecidas potencializam a orientação ambulatorial e possibilitam o acesso da população a espaços para a prática de atividade física, já que muitas vezes o território não conta com áreas de lazer disponíveis, apesar da violência em alguns territórios também se apresentar como um problema para acessar as unidades de saúde.

Na percepção de alguns gestores, o PACAS é visto como espaço de socialização, principalmente para os idosos, que muitas vezes não tem mais vínculos sociais, contribuindo para a prevenção da depressão, o que poderia refletir a importância do programa em áreas com grande concentração de idosos.

Por outro lado, apesar dos elogios sinalizados foram também destacadas as suas limitações, principalmente pelos gestores das áreas de planejamento, visto que a adesão se concentraria em idosos aposentados que já teriam se mobilizado para o cuidado de si, e não consegue abranger a população ativa ou tem dificuldades para atrair adolescentes e jovens. Os usuários com obesidade grau III também não necessariam o programa, sendo necessárias outras atividades a depender das especificidades do território que também ajudam a compor o conjunto de ações aliado à prática dos profissionais.

Foi sinalizada a formação do educador físico para a saúde que, entretanto, se apropria gradualmente dos processos de trabalho e incorpora a perspectiva da educação que traz da sua formação, que perpassa a linguagem estabelecida pelo programa de professor e aluno.

Tem uma questão da formação do educador físico para a saúde, que é muito difícil, mas ele quando entra ele se forma lá no serviço para as questões de saúde, e eu acho que faz muito bem o papel deles. (E17 – INAD).

O estudo de Padilha et al. (2015) pretendeu realizar a análise de avaliabilidade do PACAS em um território definido e aponta a adequação do desenho do programa devido à implementação das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde. Como ainda se encontrava em fase de consolidação no território estudado não permitiu uma avaliação de resultados e foi sugerida a realização de estudos sistemáticos do seu processo de implantação nos territórios a fim de avaliar a cobertura e acesso dos usuários ao programa, satisfação dos usuários, a adequação das atividades aos recursos previstos e o diálogo que estabelece com outras políticas, como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

- Programa Saúde na Escola (PSE Carioca) e outras ações de promoção da saúde:

O Programa Saúde na Escola também foi apontado como uma das principais ações relacionadas ao enfrentamento do excesso de peso desenvolvidas no município do Rio de Janeiro, destacando a importância dos equipamentos de educação para potencializar a discussão sobre promoção da saúde e promoção da alimentação saudável e prática de atividade física.

O PSE constitui uma política intersetorial, instituída em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, que busca articular as redes de saúde e de educação e as demais redes sociais do território para o desenvolvimento de ações, intensificando o diálogo entre os serviços para impactar no modelo de atenção à saúde e na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2011c).

Na cidade do Rio de Janeiro, o Programa Municipal de Saúde na Escola – PSE Carioca – é instituído em 2011 na articulação intersetorial entre às Secretarias Municipais de Saúde e de Educação e, a partir de 2015, inclui também Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH, antes denominada SMDS), visando a promoção de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Por meio da Resolução conjunta SEGOV/ SMS/SME/SMDS nº 01, de 06 de fevereiro de 2015, institui as diretrizes que estruturam as ações do PSE Carioca em três componentes, em conformidade com o PSE nacional: I - avaliação das condições de saúde dos alunos; II - atividades de promoção de saúde, de prevenção de doenças e proteção social; III - Educação Permanente e Capacitação dos profissionais da educação, da saúde e do desenvolvimento social.

A coordenação do programa se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI's) nos três níveis de governo, centrada na gestão compartilhada, em uma construção que envolve o planejamento e a execução das ações, visando a sustentabilidade dessas a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Os GTI's devem incluir obrigatoriamente representantes da saúde e da educação, podendo incluir parceiros de outras redes sociais do território (BRASIL, 2011c).

O GTI municipal é responsável pela formulação das diretrizes do PSE Carioca articuladas regionalmente pelos Núcleos de Saúde na Escola e na Creche (NSEC), constituídos por representantes das Coordenadorias de Áreas de Planejamento (CAP) da SMS, das Coordenadorias Regionais de Educação (CRE) da SME e das Coordenadorias de Assistência Social e Direitos Humanos (CASDH) da SMASDH.

Segundo os discursos, a participação do INAD no Grupo de Trabalho Intersetorial vinha contribuindo para fortalecer a inclusão e qualificação do tema da alimentação e nutrição no âmbito do PSE, mas os atores apontam que atualmente este estaria mais afastado.

Apesar do reconhecimento da potencialidade do PSE, o discurso predominante critica o modo como o programa se estrutura nos territórios, com ações pontuais que cumprem determinada agenda firmada como metas dos contratos de gestão, como a avaliação do estado nutricional dos alunos, que de modo geral não gera respostas e ações específicas.

Um dos desafios destacados pelos atores na condução das ações do programa se refere ao tamanho da rede de educação municipal, que conta com 1.537 unidades escolares, entre Escolas de Ensino Fundamental e Unidades de Educação Infantil, totalizando 641.655 alunos matriculados, segundo dados da SME, e ultrapassa, portanto, o número de equipamentos de atenção primária em saúde.<sup>29</sup>

Ainda em relação à estrutura da rede são destacadas mais duas questões que dificultariam a atuação das unidades de saúde junto às escolas. Uma delas seria a distribuição desigual das escolas no território, o que faz com que algumas unidades de saúde, que atuam com território adscrito, tenham mais unidades escolares que outras para acompanhar, além da quantidade de alunos também diferenciada entre as escolas.

---

<sup>29</sup> Dados disponíveis em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sme/educacao-em-numeros>>. Acesso em: 25/07/2017.

Deste modo, as unidades de saúde responsáveis por várias escolas costumam priorizar ações em determinado local e não em todos os equipamentos de educação que compõem o seu território.

A outra questão se refere à definição das áreas de planejamento por não apresentam os mesmos recortes territoriais entre saúde, educação e desenvolvimento social, o que exige a articulação da Coordenadoria de Atenção Primária ou Área Programática (CAP) com mais de uma Coordenadoria Regional de Educação (CRE). Este é o caso da CAP3.2 que tem escolas tanto no território da 3ªCRE, como da 1ªCRE e 5ªCRE, impactando no trabalho de coordenação e na comunicação com atores diversos.

No âmbito da saúde, as unidades de APS do tipo B teriam maior dificuldade de interlocução com as escolas, realizando ações apenas quando são demandadas pela escola para alguma atividade específica.

A intersetorialidade das ações de saúde e educação é considerada um desafio pelos atores, de modo geral ocorrendo de maneira pontual, algumas mais articuladas e já incluídas no projeto político pedagógico das escolas, a depender, contudo, das especificidades do território e da boa vontade na interlocução entre diretores de escolas e gerentes de unidades de saúde, exacerbando desdobramentos diferenciados no território.

Na medida do possível, o trabalho é feito assim com a boa vontade dos diretores de escola e dos gerentes de unidades de saúde. Com boa vontade *tá indo, né*. (E6 – SPS).

Ao contrário do PACAS, que tem o educador físico como o principal condutor das ações, o PSE tem a equipe básica da ESF como a principal executora das ações, apesar da articulação e apoio do NASF. Na observação de algumas reuniões com os nutricionistas que envolveram a discussão do PSE, pudemos notar as diferenças das áreas de planejamento no modo de organização relacionado tanto à articulação dos espaços de interlocução e construção coletiva quanto à atuação do NASF nas ações realizadas.

De acordo com os discursos, a avaliação nutricional é realizada ao menos uma vez por semestre para construção do risco nutricional e discussão conjunta da equipe



com o NASF e a Academia Carioca para um projeto terapêutico com ações e orientações, dependendo das especificidades do território.

Na AP 2.2, de acordo com os entrevistados, as ações do PSE e do PBF estariam estritamente relacionadas à avaliação do estado nutricional, não tendo um propósito formal de resposta. Além disso, é sinalizada a pouca confiabilidade destes dados.

O prontuário eletrônico ofereceria a possibilidade de identificar os alunos que são do território de abrangência da unidade, mas como esta identificação nominal não é obrigatória e nas escolas também estudam crianças também de outros territórios, o profissional acaba incluindo apenas o dado sem a identificação e cumprindo deste modo uma agenda que não gera a devida resposta.

A participação das universidades, que realizam atividades como campo prático de atuação para os graduandos de cursos da área da saúde, e dos acadêmicos bolsistas é destacada pela realização de atividades diferenciadas junto às escolas, porém temporárias.

Então hoje em dia a avaliação antropométrica nas escolas, é *pra* dizer que fez. A gente consegue ter algo diferenciado quando são os acadêmicos, eles estão aprendendo e motivados. Aí faz um material educativo, uma atividade didática legal com os professores, com os pais, com uma linguagem própria, faz uma coisa, que não fica naquela só de palestrante. Tem também o acadêmico bolsista, mas uma hora ele sai, *né*. (E14 – AP).

Na AP3.2, uma nutricionista que anteriormente realizava atendimento ambulatorial em uma unidade de saúde que passou por reestruturação, atualmente é responsável pelo acompanhamento das ações do PSE desta AP. Os atores destacam o desafio de coordenar as ações do PSE na interação com três CRE neste território, mas é possível notar uma maior organização a partir dos discursos que sinalizam a articulação entre a ESF, o NASF e o Programa Academia Carioca quanto ao monitoramento do risco nutricional dos educandos, que ocorre por meio de uma gestão de listas.

Um dos atores referiu que no levantamento do perfil nutricional dos educandos da rede municipal de ensino surpreendeu os profissionais o fato de observar grande expressão de crianças e adolescentes com excesso de peso, quando imaginavam encontrar mais desnutrição, o que reforça a necessidade de atuação no espaço escolar.

As escolas também teriam a tarefa de trabalhar com o tema da alimentação e nutrição inserido em seus projetos pedagógicos de maneira transversal, e geralmente o tema da alimentação saudável costuma ser muito utilizado nas escolas. Contudo, para

alguns atores, as ações realizadas não dariam conta de uma discussão mais ampla em relação à alimentação e nutrição, incorporando os conceitos da Segurança Alimentar e Nutricional, porque seriam realizadas de uma forma tradicional, que não inclui a reflexão da escola como ambiente alimentar e gerador de práticas que possam favorecer escolhas saudáveis em diálogo com as famílias e o território (BRASIL, 2015b).

A complexidade que envolve a determinação social da obesidade representa um grande desafio e a fala de um dos atores expõe as dificuldades e conflitos de interesse que se colocam frente à indústria e propaganda de alimentos, ampliando a discussão da alimentação saudável.

Essa é uma ação prevista pelo PSE que ela é muito complexa e trabalhar com a questão da Alimentação Saudável, eu até sempre conto isso que nessa história de *tá* lá pesando, medindo e tal aí tinha lá uma mãe, sabe, bem magrinha, com os filhos dela bem assim magrinhos. Crianças ótimas, *né*, dentro da avaliação antropométrica. Eu a parabeneizei, falei: “Poxa, que legal, vocês estão super bem. Você é uma mãe cuidadosa.” Ela olhou *pra* mim e falou assim: “O que? Você acha que eu não dou Coca Cola *pros* meus filhos? É claro que eu dou! Eu ouvi o presidente da Coca Cola falou que a Coca Cola tem carboidrato, tem *num* sei o que...” Aí eu nem sabia que tinha um vídeo dele *né* na internet falando dos benefícios da Coca Cola. Aí nesse dia eu fiquei muito impactada, porque mesmo que você tenha uma criança, um adolescente, uma família dentro do padrão, você pode ter aquela família se alimentando totalmente equivocada. (E6 – SPS).

Deste modo, mesmo que uma das diretrizes do PSE se relacione ao monitoramento e avaliação permanentes dos educandos através da comunicação entre escolas e unidades de saúde, a fim de buscar a resolutividade das ações necessárias, além da avaliação do seu impacto (BRASIL, 2015b, p10), é ressaltada no discurso dos atores as dificuldades para o desenvolvimento, acompanhamento e avaliação das ações do programa.

### **5.3.3 Imbricação dos constructos “obesidade” e “promoção da alimentação adequada e saudável”: entre a especificidade da assistência à saúde e a articulação com a Promoção da Saúde para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição**

As diferentes percepções dos atores quanto à obesidade se relacionam à sua perspectiva de construção social, onde se questiona o lugar social que o problema ocupa na agenda municipal de saúde e em que dimensão é considerada a qualidade da alimentação e mesmo o aumento de peso para a qualidade de vida da população.

As ações de alimentação e nutrição se inserem na atenção primária desde a década de 1970 em uma perspectiva biológica, associada aos programas de suplementação alimentar para o público materno-infantil, e com o desenvolvimento de práticas pontuais de caráter normatizador e disciplinador voltadas a grupos específicos (BRASIL, 2017b).

Este histórico influencia o modo atual de organização das ações de alimentação e nutrição, a partir da compreensão dos gestores e profissionais quanto ao papel do nutricionista na rede de atenção à saúde e sua contribuição para o modelo de atenção e de gestão vigentes.

Contribuem para a manutenção dessas práticas a dificuldade de integrar constructos diferentes como a “obesidade” e a “promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS)”, assim como as práticas de assistência e de promoção da saúde, onde as diversas percepções impactam na produção de sentidos, na valorização das ações e na sua organização nos serviços de saúde ou na mediação intersetorial.

O conceito de obesidade está mais associado ao processo de adoecimento, seja na concepção de fator de risco e/ou de doença, como discutido anteriormente. A PAAS se relaciona à promoção da saúde a partir da adoção de modos de vida saudáveis, entre eles a alimentação, dialogando com a concepção de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) para garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAA).

A PAAS é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e uma das vertentes da Promoção da Saúde. Objetiva a melhora da qualidade de vida e da situação alimentar e nutricional da população por meio de ações intersetoriais de incentivo, proteção e apoio aos indivíduos e coletividades, contribuindo para a reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde (BRASIL, 2012a).

Tem como estratégias a Educação Alimentar e Nutricional (EAN)<sup>30</sup>, a regulação de alimentos e o incentivo à criação de ambientes promotores de alimentação adequada

---

<sup>30</sup> A Educação Alimentar e Nutricional é um “campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis”. (Brasil, 2012b, p.23)

e saudável, no desenvolvimento de mecanismos de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde, visando a qualidade de vida da população.

A PAAS objetiva a melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural), de caráter amplo e que possam responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição. (Brasil, 2012a, p.32).

Como a proposta deste trabalho buscava vislumbrar as possibilidades de construção de redes e de constituição de uma linha de cuidado para o enfrentamento do “sobrepeso” e da “obesidade”, e as perguntas faziam uso destes termos, as respostas foram conduzidas, em sua maioria, demarcando a ênfase para o tratamento da obesidade, o que denota a especificidade da assistência à saúde organizada a partir da doença.

A percepção da obesidade de maneira ampliada, sob a perspectiva positiva da saúde, se apresenta prioritariamente na fala dos gestores envolvidos com a Promoção da Saúde e as práticas do PSE, que imediatamente relacionaram o enfrentamento da obesidade com a promoção da alimentação saudável e da prática de atividade física. Entre os atores envolvidos com a gestão ou com as práticas dos serviços de saúde, mesmo que se considerasse o processo saúde-doença-cuidado que envolve a obesidade, o aspecto assistencial e sua organização era mais ressaltado.

As lógicas que orientam as ações dos serviços de saúde estão pautadas nas questões assistenciais, onde, muitas vezes, a obesidade é subjugada como doença. Constitui, portanto, um grande desafio para os diversos atores induzir a Promoção da Saúde no território, visto que as demandas da assistência à saúde são intensas, o que ocuparia a maior parte do tempo dos profissionais, que secundarizam as ações promotoras de saúde direcionadas à comunidade e ao ambiente, bem como aos indivíduos.

Mesmo a alimentação saudável constituindo um tema caro à Superintendência de Promoção da Saúde (SPS/SUBPAV), que tinha o propósito de incluí-lo como tema central nas escolas junto à discussão de autocuidado no ano de 2016, outras demandas ganharam maior espaço na agenda. Ações relacionadas aos surtos, como as arboviroses e meningite, ou campanhas de vacinação como a vacina do HPV, costumam “atropelar”

a agenda mais ampliada da SPS junto ao PSE. Ademais, assume grande relevância a discussão de promoção da paz em um território que tanto convive com a violência como o município do Rio de Janeiro.

As ações que envolvem a promoção da saúde nos territórios são criticadas por alguns gestores por privilegiarem apenas aqueles usuários que já estão adoecidos, na perspectiva de melhora da sua condição. Frequentemente são privilegiados os grupos educativos com usuários diabéticos e hipertensos, em sua maioria idosos, restando pouco tempo aos profissionais para intervenções coletivas direcionadas aos demais ciclos de vida.

Outros gestores criticaram a abordagem focada principalmente na transformação dos comportamentos individuais e estilos de vida, em uma visão restrita da promoção da saúde, que ignora a influência dos determinantes sociais e ambientais nas “escolhas” individuais, com pouco reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPIRIDIANO, 2014).

Outra crítica se refere ao modo de interação e comunicação nestas ações em uma perspectiva linear, onde há um emissor, profissional de saúde que detém o saber sobre determinado assunto, e o usuário como receptor. Ressalta-se, portanto, a necessidade de estimular práticas de comunicação em rede, onde a voz institucional é mais uma das vozes que faz circular esses discursos, incluindo a população na construção compartilhada de conhecimento e estratégias que produzam sentidos que visem à qualidade de vida, entendendo “que não há transferência de significados, mas um processo de produção social dos sentidos” (ARAÚJO, 2006, p.6).

A fim de facilitar a necessária avaliação da efetividade das políticas, estratégias e ações da promoção da saúde, Pellegrini Filho, Buss & Espiridião (2014, p.319) sugerem estimular processos participativos na definição e implantação de políticas, com a “constituição de redes colaborativas envolvendo diferentes atores – pesquisadores, gestores, tomadores de decisão, a fim de definir e monitorar agendas compartilhadas de indicadores das políticas públicas”. A definição compartilhada de indicadores de avaliação, a partir da interação entre quem produz informações e quem as utiliza, pode favorecer o monitoramento das iniquidades em saúde e dos resultados das políticas públicas.

No que tange as ações de alimentação e nutrição e a abordagem relacionada à obesidade e à promoção da alimentação adequada e saudável, os discursos apontam que

estas ocupam ainda pouco espaço na gestão e no cuidado em saúde, necessitando o seu fortalecimento de modo a qualificar e articular essas ações ao cuidado integral à saúde.

No Programa Saúde na Escola (PSE) é criticada e reconhecida a dificuldade de incluir a avaliação dos dados antropométricos e realizar desdobramentos das ações realizadas. Algumas escolas já teriam incorporado a temática da PAAS e da promoção da prática de atividade física ao seu projeto político pedagógico, onde são priorizadas ações mais amplas na interlocução com a gestão central, facilitadas pela identificação de profissionais mediadores já comprometidos com essa discussão no âmbito escolar. Entretanto, as ações ocorrem de maneira pontual, com grandes disparidades nos territórios, constituindo um espaço potencial de mobilização da discussão, mas que apresenta limites diversos.

Além da potencialidade de discussão da temática no PSE, esta vem sendo trabalhada pelos educadores físicos do Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS), atualmente tendo o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014e) como norteador para a discussão da alimentação saudável. A atuação do PACAS vem sendo muito elogiada pelos gestores devido a sua organização no sentido de avaliação de resultados, a sua capilaridade na rede de atenção primária, a capacidade de diálogo com a gestão e os profissionais, constituindo, na percepção da gestão central, uma referência de ação promotora de saúde desenvolvida no espaço das unidades de saúde.

Ainda que o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade demande mediação e ações intersetoriais, a situação alimentar e nutricional da população com o aumento crescente do excesso de peso e outras DCNT impõe a necessidade de estruturar intervenções desde o setor saúde e apoiar os profissionais na condução deste cuidado no cotidiano dos serviços.

Atualmente, a organização do cuidado direcionado à obesidade no âmbito dos serviços de saúde se dá principalmente pelo atendimento de um grupo limitado de usuários pelos Centros de Referência em Obesidade (CRO), que deu visibilidade aos indivíduos com obesidade grau III na rede de atenção à saúde. Além disso, com a implantação do NASF a partir de 2011 no município e a inclusão de nutricionistas em algumas equipes, a demanda para acompanhamento da obesidade por estes profissionais tem se apresentado cada vez mais constante.

A obesidade constitui, segundo os gestores e nutricionistas do NASF entrevistados, a principal demanda para a Nutrição, que além do atendimento individual, realiza algumas atividades de grupo voltadas diretamente a este agravo, com destaque para a atuação conjunta com os educadores físicos em alguns territórios direcionada aos usuários que integram o PACAS.

Apesar de a obesidade compor a linha de cuidado para os diversos ciclos de vida, este olhar para a situação nutricional e as implicações que o excesso de peso pode acarretar, configurando-se em um agravo quando chega à obesidade, se perde na rotina dos serviços, caso não seja priorizada ou sinalizada a vigilância destes dados para a gestão e a tomada de decisão em saúde, impactando no olhar dos profissionais para este cuidado.

Na percepção dos atores, a forma de intervenção ambulatorial quanto à obesidade na APS é muitas vezes sinalizada como um discurso pronto, de pouco diálogo com o usuário, soando como um “conselho de amigo”, onde o profissional sinaliza a necessidade de perda de peso e prática de atividade como discursos legitimados, sem que haja o compartilhamento de estratégias de apoio, o que é minimizado pela prescrição medicamentosa de resposta aos sintomas.

É marcante no discurso da gestão central da APS o foco prioritário ao tratamento da obesidade com valorização de uma abordagem medicalizante, seja no tratamento das DCNT associadas ou devido ao componente emocional vinculado à dificuldade de perda de peso, que eventualmente necessita de intervenções medicamentosas. Com isso, revela pouca importância à interdisciplinaridade que este cuidado demanda.

Nós temos endócrinos famosos que falam muito bem sobre isso de uma forma mais simplista, mais real, de tratar. Se você é hipertenso, é diabético, você não vai tomar remédio *pra* sempre? Então se você é obeso, dependendo do motivo, você vai ter que se tratar *pra* sempre. Você tem um componente psiquiátrico muito importante atrás da obesidade. (E7 – SAP).

Alguns gestores das AP's sinalizaram a vontade de trabalhar a obesidade em uma perspectiva ampliada, fruto de uma reflexão durante a sua prática de gestão ou mesmo durante a realização da entrevista, destacando, contudo, a necessidade de apropriação dos gestores do nível central quanto às dificuldades do cotidiano dos serviços de saúde para a condução das ações a partir da construção de protocolos claros

que alertem e apoiem os profissionais da atenção primária para este cuidado diante da sua rotina de atendimento ambulatorial.

Há, contudo, a compreensão de alguns gestores de que na rotina do médico não caberia um cuidado desde uma perspectiva de prevenção e promoção da obesidade, já que a demanda dos territórios, extremamente adoecidos, ainda exige que este profissional lide prioritariamente com a resposta medicamentosa aos sintomas, visto que é o único profissional que pode realizar este tipo de ação.

Entretanto, há um reconhecimento de que o médico pode ser o disparador deste cuidado, encaminhando os usuários com risco nutricional para alguma atividade de promoção da saúde protagonizada por outro profissional da equipe, visto que o tempo de realização da consulta médica ambulatorial não permite abordar profundamente determinadas questões.

Nesse sentido, as atividades coletivas poderiam possibilitar ganhar tempo para discutir questões comuns a um determinado grupo de pessoas, permitindo a troca de experiências, mas destaca-se a percepção de que outro profissional deveria acompanhar a atividade e não o médico, visto que a demanda por atendimento individual o obriga a estar no consultório e esta atividade poderia ser protagonizada por outro profissional da equipe de saúde.

Como é uma equipe multiprofissional, dentro das *expertises*, cada um tem a sua função, *né*. [...]. O médico não é aquele cara que tem que guiar o grupo, ele tem que *tá* no consultório, só ele faz o que faz na equipe. (E7 – SAP).

Foram apontadas algumas experiências em que os usuários assumem a coordenação dos grupos, que constituem grupos de convivência dentro das unidades de saúde, além de experiências exitosas apresentadas nos territórios a partir da aproximação com lideranças comunitárias, onde os usuários passam a conduzir algumas ações em parceria com os serviços de saúde.

A necessidade de dar visibilidade a essas experiências é sinalizada por um dos gestores que, entretanto, pontua a dificuldade dos profissionais e gestores para escrever e relatar tais experiências devido à sua rotina de trabalho, o que reforça a proposta de articulação entre os tomadores de decisão e pesquisadores a fim de avaliar as políticas públicas (PELLEGRINI FILHO; BUSS & ESPERIDIÃO, 2014).



O modelo de ações ofertado nos serviços de saúde e as dificuldades que se colocam no âmbito individual e coletivo, são demonstradas pelas tentativas frustradas de algumas ações pontuais de prevenção ou tratamento do sobrepeso/obesidade ou iniciativas comuns na APS, como grupos de diabéticos e hipertensos. A utilização de uma abordagem considerada mais tradicional nas ações coletivas realizadas é criticada por alguns gestores pelo seu formato de “palestras”.

Deste modo, o olhar para a obesidade ainda não se mostra de maneira estruturada, por meio da organização de uma linha de cuidado com a organização de processos, a garantia de fluxos para os demais níveis de complexidade e a construção de protocolos de cuidado que exigem uma abordagem multidisciplinar e um planejamento compartilhado com a comunidade (BRASIL, 2014c). Demanda, portanto, uma organização que pontue o olhar para este cuidado de maneira mais dinâmica e inovadora, integrando os diversos atores e possibilitando novos pactos e arranjos.

#### 5.3.3.1 Disputa de saberes na alimentação saudável e reconhecimento do protagonismo da Nutrição na discussão da obesidade

As implicações da obesidade se expressam frequentemente na situação de saúde dos usuários na associação com o diabetes e a hipertensão, que representam grande demanda de cuidado em saúde. O cuidado da obesidade ganha visibilidade no território, tal como sinalizado na AP3.2, porque inclui esta oferta de cuidado a partir da inserção do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

De acordo com os nutricionistas, a obesidade é uma das maiores demandas para atendimento nutricional. Este assunto foi apontado nas entrevistas e também nas reuniões com os nutricionistas realizadas no Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), que destaca a sensibilização contínua destes profissionais para o tema da obesidade, mas apontam também a angústia destes em relação à compreensão de outros profissionais de saúde.

Com a implantação do NASF na AP3.2, que incluiu nutricionistas desde o início em sua composição, grande parte dos encaminhamentos eram relacionados à obesidade, onde os profissionais das equipes de referência da Saúde da Família entendiam a “obesidade como sinônimo de Nutrição”.

Apesar do nutricionista não ser o profissional exclusivo para a discussão do sobrepeso e da obesidade no território, percebemos que a sua inserção dispara processos de demanda de encaminhamentos, em sua maioria relacionados à obesidade.

Esse entendimento está atrelado à dificuldade, ainda presente, de compreensão de gestores e equipe de referência da ESF quanto à lógica do apoio matricial, o que faz com que o NASF seja reconhecido como uma equipe de especialidades que comporiam apenas um fluxo ambulatorial mais direto com a APS, e não como equipe interdisciplinar também pertencente à atenção primária, que deveria atuar de modo compartilhado, horizontal e dialógico com a equipe de referência para a construção de projetos terapêuticos integrados (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Os conceitos de “campo” e “núcleo” de conhecimento (CAMPOS; CHAKOUR & SANTOS, 1997; CAMPOS, 2013) buscam responder à fragmentação do processo de trabalho, oriunda da crescente especialização em todas as áreas de conhecimento. O núcleo de conhecimento compõe as atribuições específicas de cada especialidade, justificando sua existência enquanto área. O campo de conhecimento teria uma abordagem mais geral, onde reúne os principais saberes de outras especialidades compondo um campo de interseção com outras áreas.

De acordo com os atores, o papel do NASF vem ainda se construindo junto à atenção primária municipal e buscando escapar à tendência de transferência das atividades e pouco diálogo com as equipes de referência. Assim, o trabalho do NASF ainda responde a uma lógica medicalizante quando incorpora as consultas individuais e o núcleo de saber especializado de cada categoria profissional sem alinhá-lo à lógica do apoio matricial, que proporcionaria a dinamicidade e o diálogo necessários para o compartilhamento de saberes que qualificaria o cuidado em saúde, contribuindo para aumentar a abrangência e resolubilidade da APS (BRASIL, 2017b).

O papel do nutricionista do NASF é compreendido, portanto, em uma dimensão mais medicalizante, clínica associada ao emagrecimento para prevenir o risco de outras comorbidades e complicações. Deste modo, o encaminhamento dos casos de obesidade para os nutricionistas do NASF está associado à compreensão da sua responsabilidade por emagrecer os indivíduos, culpabilizando tanto a atuação do profissional quanto o indivíduo quando a perda de peso não se concretiza.

A compreensão de que o nutricionista é responsável exclusivo aos cuidados e ações relativos à alimentação e nutrição reproduz uma prática fragmentada, fruto das

limitações da formação dos profissionais e da prática hegemônica dos serviços de saúde. A concentração da discussão e cuidado da obesidade no nutricionista, neste sentido, representa um dos limites à incorporação do tema na agenda de discussão dos demais profissionais.

Contudo, uma das tensões que se colocam para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade de acordo com o discurso de alguns gestores é a disputa de saberes que envolvem a promoção da alimentação saudável.

Para um dos gestores, isso se relaciona tanto à capacidade do nutricionista para o trabalho interdisciplinar e o compartilhamento de saberes referentes à promoção da alimentação saudável, quanto à especificidade do seu núcleo de saber, já que outros profissionais podem e devem incorporar esta discussão. Para ele, algumas situações estariam relacionadas a um núcleo de saber mais específico, o que pode levar ao privilegiamento de outras categorias profissionais na escolha da composição dos NASF, realizada pelas Coordenadorias de Áreas de Planejamento.

Ninguém se propõe a fazer uma restauração no dente que não seja dentista. Mas, por exemplo, sobre alimentação saudável, o dentista, o nutricionista, o ACS, o médico... (E12 – AP).

A alimentação e nutrição é uma das áreas temáticas estratégicas do NASF, mas apesar de compor a área específica do nutricionista não remete unicamente à sua atuação. As ações de EAN também não são exclusivas do nutricionista, mas este constitui um potencializador e qualificador das ações de promoção da alimentação adequada e saudável nos territórios (BRASIL, 2017b).

É na articulação entre a Promoção da Saúde e a especificidade da assistência à saúde que se coloca o NASF e a inclusão do nutricionista para o fortalecimento e qualificação das ações de alimentação e nutrição. Ou seja, na organização horizontal do processo de trabalho do apoio matricial, onde os saberes são compartilhados com a equipe de referência, na combinação entre especialização e interdisciplinaridade, com vistas ao cuidado integral (CAMPOS, 2013).

A composição das equipes de NASF deve ser realizada com base nas necessidades do território e, atualmente, não há a exigibilidade do nutricionista na equipe. No entanto, este profissional está presente em 88% equipes de NASF

implantadas no país, sendo a terceira categoria profissional mais frequente (BRASIL, 2017b).

Estudo apresentado por Almeida (2014) evidencia que a implantação dos NASF contribuiu para o aumento do quantitativo de nutricionistas no Sistema Único de Saúde e sua inserção tem possibilitado a potencialização das ações de alimentação e nutrição na atenção primária, aliado a um norteamento para um processo de trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Entretanto, apesar do reconhecimento do avanço da obesidade e da compreensão da importância do nutricionista na composição das equipes de NASF por alguns gestores da SMS-RJ, no espaço da gestão territorial outras questões assumem relevância e algumas ainda se pautam em uma lógica medicalizante, priorizando categorias que apoiem o diagnóstico e a compreensão do que cada CAP tem de prioridade no seu território.

Hoje eu tenho a saúde mental como um grande gargalo nosso, né, então sinceramente entre contratar um nutricionista e esse acompanhamento nutricional ele pode ser feito não com a mesma qualidade, mas ele pode ser monitorado por um médico, né, enfermeiro. E a saúde mental ela não pode ser tocada, dependendo do grau do distúrbio, ou que acomete esse usuário, ele não pode ser conduzido por qualquer profissional. [...]. Algumas categorias acabam se tornando prioritárias seja pelo desenho da rede, seja pelo perfil da população. Aí a nutrição [...] acaba não sendo prioridade, embora seja uma delas, mas não é uma prioridade número 1 para a gente ter o nutricionista no NASF. (E12 – AP).

O discurso de alguns gestores salienta a necessidade da Nutrição, enquanto categoria profissional e enquanto área técnica representada pelo Instituto de Nutrição Annes Dias, ocupar os espaços de gestão para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição, onde poderia se pautar e potencializar a discussão da obesidade.

Alguns gestores questionaram o papel do INAD enquanto área técnica de alimentação e nutrição, confundida com uma área técnica de nutricionistas, onde é criticado o seu lugar como pertencente a um modelo de gestão anterior. De acordo com um dos atores, o novo formato de gestão exige uma articulação interna que pode ser prejudicada com uma instituição que acaba por se posicionar à parte da organização do modelo de gestão atual.

Contudo, ao mesmo tempo em que é questionado o lugar e papel do INAD, também é colocada a necessidade de este marcar posição nos espaços de gestão.

Alguns discursos apontaram que o INAD está mais próximo dos espaços de produção do cuidado, na preocupação com a qualificação do trabalho do nutricionista e das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde. Assim, é criticado por impor grande ênfase em debates conceituais e processos de trabalho, relegando os espaços decisórios de gestão onde prioridades, orçamentos e relevâncias são definidos para a coordenação do cuidado e do sistema de saúde. A necessidade de disputa por orçamento que ocorre nesses espaços é destacada, já que contribui para o direcionamento das ações no território.

Acho que sensibilizar um pouquinho a gestão também né. Eu acho que a nutrição ela deve pleitear um pouco mais de espaço, ela deve ser mais militante nos campos decisórios que eu acho que a Nutrição ela trabalha muito na qualificação do cuidado propriamente dito, ela trabalha pouco nos espaços das agendas prioritárias, né. (...). Ela deve disputar mais espaço. E aí eu tô falando de disputar orçamento mesmo, porque nas políticas públicas de saúde o que sustenta a agenda prioritária é o quanto de recurso a gente vai ter pra determinada atividade, né. Então eu acho que **a nutrição, ela é um pouco ingênua ainda nessa disputa**, ela fica muito focada nos debates conceituais e dos processos de trabalho e deixam um buraco muito grande na gestão que é quem acaba definindo o tamanho da importância da Nutrição na Saúde Pública. (E12 – AP, grifo nosso).

Deste modo, se tensiona a capacidade do INAD de mobilizar e tematizar os conceitos e problemas desde os espaços de gestão, além dos espaços de cuidado. Outra questão que se coloca é a necessidade de organização da rede de atenção nutricional no município, visando dar sustentabilidade às demandas apresentadas e possibilitar a construção de fluxos, o que foi destacado também em reuniões da instituição junto aos nutricionistas e gestores do nível central.

De modo geral, as prioridades de ação da gestão central direcionam o planejamento das ações nas linhas de cuidado nos territórios e algumas incluem a agenda da alimentação e nutrição como apoio aos indicadores prioritários, tal como é apontado na AP3.2 onde estas são incorporadas ao planejamento de ações relacionadas à mortalidade infantil, que é um dos indicadores prioritários da SMS-RJ.

Neste ano de 2017, o INAD vem aos poucos retomando a discussão do enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no município. Compreende, entretanto, que a condução deste processo deve ser construída de maneira diferenciada de outros momentos, visto que os desafios internos são muitos e já ocorreram diversas estagnações e retrocessos.

Tem que ser com o pé no chão. Não adianta a gente querer fazer e daqui a pouco acabar. O processo foi embora, *né*. E não construiu, se perdeu...não é isso que a gente quer. (E2 – INAD).

O INAD iniciou, em 2015, uma construção conjunta com o Instituto de Nutrição da UERJ de um Plano de Prevenção e Controle do Sobrepeso e da Obesidade, influenciado pelo contexto de discussão nacional da obesidade e com a publicação de documentos que apresentavam a necessidade do enfrentamento do sobrepeso e da obesidade na população brasileira, induzindo a construção de uma linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade (BRASIL, 2011a, 2013a, 2013b, 2014b, 2014c; CAISAN, 2014). Mas esta construção se deu em um momento de fragilidade institucional do INAD, quando as possibilidades de articulação e cooperação com outros atores estariam limitadas e não conseguiu se sustentar.

A retomada desta discussão junto com a Política Municipal de Alimentação e Nutrição (PMAN) constituem metas da Instituição para 2017. Os discursos apontam a compreensão atual do INAD de que não pode concentrar a discussão da obesidade, reforçando a importância de resgatar e construir parcerias, principalmente na aproximação e articulação com a gestão da SUBPAV, mas também com os demais atores da SMS-RJ.

Numa cidade como o Rio de Janeiro, os desafios são grandes. Então a gente tem buscado superar esses desafios junto com parceiros. A gente tem buscado conhecer quem são os potenciais atores e parceiros envolvidos. Não dá *pra* fazer sozinho, não dá. A obesidade não pode ficar no Instituto de Nutrição só, *né*. Não é responsabilidade só do nutricionista. Então isso tudo a gente *tá* construindo, mas é uma construção. É demorada, não é fácil, *né*. Às vezes a gente avança, a gente dá dois passos *pra* frente, dois passos *pra* trás. Tem momentos que a gente desanima, é verdade, é fato. Quem trabalha com gestão pública passa por isso o tempo inteiro, *né*. (E2 – INAD).

Assim, os diversos desafios impostos pelos problemas sociais, com robustas implicações para sua resolução principalmente nas grandes cidades, aliado às acumulações e desacumulações da produção social como um jogo (MATUS, 1996) vão gerando possibilidades de construção de novos modos de interação e arranjos de governança em saúde que não se enquadram nas regras estabelecidas, mas são constituídos nas redes de conversações e na tematização dos desafios e conflitos entre os diferentes atores envolvidos.

Estes caminhos não estão definidos a priori, mas a partir de uma construção compartilhada que precisa integrar os diversos atores, incluindo o usuário, na construção de novas possibilidades de governança e articulação em rede.

Jogamos como se estivéssemos cegos à existência de outros jogos possíveis, porque o jogo em que vivemos absorve todas as nossas energias. Obviamente, porém, mais importante que fazer uma jogada que nos dê vantagem adicional no jogo corrente é imaginar e produzir uma jogada que nos abra a possibilidade de outro jogo com melhores condições (MATUS, 1996, p.146).

#### 5.4 INTERAÇÕES E VÍNCULOS PARA A FORMAÇÃO DE UMA REDE DE MOBILIZAÇÃO DA DISCUSSÃO DA OBESIDADE

Os espaços de comunicação constituem um importante instrumento de coordenação, entretanto, torna-se fundamental conhecer as conexões estabelecidas e possíveis entre os diversos atores sociais (LIMA, 2008), identificando quem está incluído ou excluído dos processos, a natureza das interações estabelecidas (ROVERE, 1999; FLEURY & OUVRENEY, 2007) e como estas se colocam no jogo social (MATUS, 1996).

Tomando como base a possibilidade de constituição de redes para a resolução de problemas complexos e organização do cuidado em saúde, compreender o modo como os atores interagem, se comunicam e como algumas escolhas são colocadas em pauta contribui para a identificação de pontos de articulação e possíveis *quebres* estabelecidos, bem como ao modo que os atores os gerenciam nos processos de negociação e coordenação e no seu processo de trabalho frente aos conflitos na busca pelo entendimento (MATUS, 1996; LIMA, 2008; RIVERA & ARTMANN, 2009, 2012).

As falas apontaram que todos os interlocutores se reconhecem e citam uns aos outros na entrevista, inclusive realizando indicações para participação na pesquisa que deu origem a este estudo de acordo com seu entendimento daqueles atores que poderiam constituir uma rede de conversações para o planejamento e desenvolvimento de ações

que visem o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, mais especificamente no âmbito da gestão da APS.

Os vínculos estabelecidos entre os atores e organizações, ambos considerados atores sociais em Matus (1996), interferem na dinâmica e constituição das redes, sendo possível perceber entre os atores destacados neste estudo todos os níveis de reconhecimento na formação de redes apontados por Rovere (1999) e apresentados no Quadro 2 - Níveis de reconhecimento na formação de redes.

Ao sinalizar as possibilidades de enfrentamento do excesso de peso, os atores destacaram parcerias e importantes vínculos pregressos apontando níveis de associação e cooperação para determinadas ações e projetos entendidos como exitosos, mas que se realizaram anteriormente. Entretanto, preponderam atualmente vínculos mais frágeis, confirmando a sua característica de transitoriedade a depender dos arranjos e contextos institucionais (ROVERE, 1999; FLEURY & OUVÉRY, 2007).

Mesmo apresentando fragilidades institucionais, o INAD é reconhecido enquanto área técnica de alimentação e nutrição e aparece no discurso da gestão da APS como ator central para a discussão da obesidade. Esta centralidade fez com que as questões que dificultam a sua atuação e articulação na rede de atenção à saúde ganhassem maior destaque dos demais atores quanto a um afastamento ou sua “não atuação” no cenário atual junto à APS após a mudança de alocação institucional para a SUBVISA.

Este afastamento tem certa dose de não implicação e esvaziamento da instituição pela sua baixa governabilidade, além de dificuldades e perda de força política para coordenar. Fazendo uso da perspectiva conceitual de Rovere (1999), pode-se dizer que o INAD ainda é reconhecido pelo conjunto dos atores quanto a sua presença no âmbito da gestão central e seu papel é conhecido e aceito, embora atualmente tenha menos recursos para colaborar, colabore pouco e se mantenha dissociado do processo de gestão.

O seu papel na articulação com a rede de atenção à saúde e as questões que envolvem o cuidado à obesidade grave aliado ao papel dos CRO constituem nós críticos para a discussão de uma rede de enfrentamento da obesidade no município, exacerbando pontos de conflito e desafios que exigem a construção de fluxos de comunicação e coordenação entre os atores.



Os fluxos de comunicação sinalizados denotam a dinâmica da rede e apontam as posições mais centrais ou periféricas dos interlocutores que se relacionam ao poder de produzir e de fazer circular suas percepções, definindo assim o seu lugar de interlocução (ARAÚJO, 2006, 2009; ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

A depender do contexto situacional os atores podem ocupar posições diferentes (ARAÚJO, 2009), com maior ou menor capacidade de acumular forças e atuar produzindo fatos na situação (MATUS, 1996).

Deste modo, o INAD estaria institucionalmente na periferia do poder no que tange a comunicação e vozes autorizadas junto à APS no cenário atual. Essa perspectiva periférica se refere tanto à sua posição no quadro organizacional da SMS-RJ quanto à apropriação dos novos processos e interações a partir da reestruturação da APS no município, impactando na sua capacidade de articulação com a gestão central e territorial para a coordenação da rede de atenção à saúde.

Os discursos salientam que esta articulação ocorreu em outros momentos, mas o tempo que o INAD levou para compreender a mudança de alocação da SUBPAV para a SUBVISA, se reestruturar e se reorganizar internamente, o teria afastado e interrompido alguns canais de interlocução com a SUBPAV e com a rede de atenção à saúde.

Durante este período, o INAD priorizou o contato mais centralizado com os nutricionistas que atuam nos serviços de saúde, principalmente, por meio de reuniões mensais realizadas na instituição. Isto levou a uma percepção de perda de comunicação e coordenação com os demais atores da APS, expressa na seguinte fala de um dos seus gestores: “*Não temos mais a rede na nossa mão*”.

Após cerca de dois anos da mudança para a SUBVISA, ocorrida ao final de 2014, o INAD mantém sua missão e inicia uma tentativa de resgate da aproximação com a rede de serviços e com a SUBPAV. Contudo, a sua posição atual o coloca distante dos espaços formais de interação e comunicação, já que compondo outra subsecretaria não acompanha o cotidiano das discussões e discursos que circulam no nível central. Assim, não estaria presente no momento em que as questões são pautadas, onde se conforma um espaço fundamental de debate que pode influenciar a tomada de decisão.

Tal fato limita a capacidade de apropriação das questões e processos cotidianos, já que não participa dos espaços de discussão que fazem circular ideias que produzam

sentidos junto ao planejamento e coordenação das ações e práticas no âmbito da gestão da APS.

Ainda que reconhecido como ator importante para protagonizar a discussão da obesidade no município, esta condução não pode se dar de maneira isolada, já que nenhum ator isoladamente tem governabilidade total na rede (MATUS, 1996). Além disso, a obesidade ainda precisa se legitimar enquanto problema para a gestão em saúde e a constituição de uma rede para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade exige a tematização dos desafios e o diálogo com os atores que poderiam contribuir para essa construção que não se restringem à APS, tomada como foco deste trabalho.

Os discursos apontam que como a SUBPAV ocupa o lugar mais central de interlocução com a gestão territorial, o INAD precisa acessar os meios, canais ou espaços que possibilitem restabelecer essa comunicação, buscando circunstâncias que propiciem fazer circular a sua voz e ser ouvido tanto no espaço da gestão e cuidado no território quanto nos espaços de gestão mais central, que envolvem as interações para a negociação, o planejamento e a coordenação de ações junto à SUBPAV e demais órgãos da Prefeitura. De todo modo, os desafios são grandes já que são destacadas a dificuldade de comunicação entre os diversos atores seja no setor saúde ou intersetorialmente.

No momento das entrevistas, a maioria dos interlocutores sinalizaram a voz autorizada do INAD para falar sobre obesidade, devido ao seu reconhecimento enquanto ATAN do município. Todavia, isso pode se relacionar tanto a uma legitimação quanto a uma transferência de responsabilidade quanto à condução dessa discussão, que expressa a importância do INAD recuperar sua capacidade de transmitir confiança ao interior da rede e ampliar sua cooperação não só entre os nutricionistas, mas como organização com os demais atores (ROVERE, 1999). Nos discursos parece haver uma expectativa quanto a tomada de decisão e mudança de comportamento.

Este cenário levanta o questionamento quanto às possibilidades e caminhos de o INAD fomentar esta discussão ou fazer circular os sentidos que potencializem a inclusão da obesidade na agenda de saúde municipal.

Apesar das fragilidades que a organização do cuidado à obesidade apresenta no âmbito municipal, no discurso da gestão da APS este constitui um tema com maior potencial de mobilização e integração dos profissionais de saúde que a alimentação e nutrição isoladamente, já que alguns atores identificam um reducionismo destas ações, e

mesmo da obesidade em determinada proporção, à responsabilidade exclusiva do nutricionista, ideia que precisa ser desconstruída entre gestores e profissionais de saúde.

Pode-se notar o peso do lugar atual que o INAD ocupa no arranjo institucional da SMS-RJ, quando este se coloca receoso do momento de levantar determinadas pautas, visto que entende que a percepção do contexto político e institucional limita algumas construções. Também se mostra a preocupação com a forma que as demandas são apresentadas para a gestão central, já que há um conjunto de regras estabelecidas no jogo social que precisam validar estas demandas para que sejam aceitas (MATUS, 1996).

Deste modo, a percepção de que o contexto pode limitar a sua atuação, faz com que recue em determinadas aspirações ou provoque a busca por mecanismos de comunicação e interação que apoiem e legitimem os sentidos que defende ou mesmo que produzam novos sentidos, se apropriando da linguagem e de processos validados para a gestão em saúde.

Este receio se deve aos momentos de acumulações e desacumulações (MATUS, 1996; RIVERA & ARTMANN, 2009), como a não publicação da PMAN, a perspectiva de descontinuidade dos CRO e a iniciativa de pensar internamente a construção de um Plano de Prevenção e Controle da Obesidade em um momento de frágil articulação com outros atores da gestão central, que recua pelo momento político e institucional.

Assim, o movimento empreendido pelo INAD na capacidade de se reorganizar internamente e lançar mão ao resgate do seu papel junto à RAS altera sua própria capacidade no acúmulo dessa experiência (MATUS, 1996), onde se reconhece limitações e desafios na coordenação das ações de alimentação e nutrição.

Um dos gestores da SUBPAV sinaliza que o INAD apresentou em determinado momento as suas demandas, principalmente quanto à situação do CRO, mas critica o seu desconhecimento dos processos e linguagem da gestão da atenção primária, com forte preocupação com a área técnica de nutrição e dificuldade de envolvimento nos processos mais amplos da APS.

Neste sentido, a identificação do INAD como ator importante, porém não o único, para mobilizar uma rede de discussão obesidade e as interações que tem se apresentado para as questões que envolvem a alimentação e nutrição na atenção à saúde expõem que a interdependência entre o INAD e a SUBPAV se dá no planejamento e coordenação das ações relacionadas à alimentação e nutrição, principalmente no que

envolve o cuidado a organização do cuidado à obesidade no cenário atual, em diálogo com as prioridades da gestão em saúde municipal.

A observação de campo possibilitou perceber algumas aproximações entre estes atores disparadas por *quiebres* apresentados na organização do cuidado e atenção nutricional, que demandaram redes de conversações para coordenação de ações e para possíveis ações (LIMA, 2008).

Dois casos de interações disparadas por *quiebres* ilustram as redes de conversação e a discussão de outros *quiebres* oportunizados a partir da interlocução entre o INAD, os nutricionistas que atuam na rede de atenção à saúde e gestores da Superintendência de Atenção Primária (SAP/SUBPAV): a) a restrição da solicitação de exames laboratoriais pelos nutricionistas; b) a demanda quanto à obesidade relacionada ao NASF junto à ameaça de descontinuidade dos CRO, bem como a fragilidade da rede de atenção nutricional apresentada pelos apoiadores de NASF à Coordenação de Policlínicas e NASF/SAP/SUBPAV.

Essas interações ocorreram no espaço mensal de diálogo com os nutricionistas protagonizado pelo INAD por meio de rodas de conversa com temas predefinidos semestralmente, incluindo discussões mais formativas ou relativas aos processos de trabalho, ou em grupos de trabalho direcionados exclusivamente aos nutricionistas do NASF.

A postura do INAD frente a estes encontros, que no ano de 2017 retomou a discussão dos processos de trabalho e organização da Nutrição na RAS, é de compartilhamento das inquietações e proposições com o objetivo de fomentar ações e instrumentalizar os nutricionistas para sua atuação na RAS. Em seu estudo, Bocca (2014), destaca que os processos participativos são uma característica dos atores que compõem o INAD ao longo de sua trajetória.

O espaço de construção dialogada dos processos e ações é marcado como uma característica da instituição, defendida por seus participantes e reconhecida por alguns gestores, entendido como um modo de gestão, que, entretanto, necessita de mecanismos de coordenação que permitam um melhor fluxo de comunicação para a organização e coordenação da atenção nutricional na RAS municipal e monitoramento das ações realizadas. Alguns atores do INAD reconheceram a fragilidade deste monitoramento e a observação participante nas reuniões ocorridas na instituição permitiu presenciar a busca e estabelecimento de pactos com os nutricionistas para facilitar esta construção.

Uma das interações disparadas por *queiebre* foi a restrição da solicitação de exames laboratoriais pelos nutricionistas na APS, que fez com que os nutricionistas buscassem o INAD, estabelecendo redes de conversações para possíveis conversações (LIMA, 2008), entendendo a possibilidade de interlocução do INAD com a gestão central para a resolução do problema.

A partir da identificação deste *queiebre* foram estabelecidas redes de conversação para possíveis ações entre o INAD e o representante da SUBPAV atualmente responsável por esta condução, que compõe a Coordenação de Linha de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis/SAP/SUBPAV. Estes atores já se conheciam e durante as entrevistas citaram um ao outro como parceiro, com destaque para o período de afastamento mais atual.

As conversações caminharam para a possibilidade de coordenação do problema no âmbito da gestão, que posteriormente gerou uma discussão ampliada com os nutricionistas da rede de atenção à saúde em uma das reuniões mensais realizadas no INAD, mesmo não sendo esta a pauta programada de discussão.

Em apresentação para os nutricionistas, o representante da SUBPAV expôs o direcionamento da gestão central justificando que as restrições, de modo geral, teriam uma finalidade técnica definida a partir de uma avaliação de custos dos exames solicitados pelos profissionais realizada pela Superintendência de Atenção Primária da SUBPAV, que foi apresentada aos nutricionistas destacando alguns exames que seriam realizados comumente e que não teriam respaldo científico.

Entretanto, essa restrição não se limitava à Nutrição, visto que também representava um *queiebre* para outras especialidades devido a uma cláusula contratual com os laboratórios privados que realizam os exames, necessitando a inclusão de um aditivo ao contrato. Este, portanto, já se configurava um problema em discussão no âmbito da SUBPAV devido principalmente aos exames de preventivo ginecológico, mesmo antes do INAD disparar a discussão para a área de Nutrição.

Em interação pregressa, INAD e gestão central já haviam consensuado uma lista de exames, fruto de um processo conflituoso de discussão e argumentação que exigiu a apresentação de critérios de validade (MATUS, 1996; RIVERA & ARTMANN, 2012) que respaldassem a inclusão de cada um dos exames.

O INAD, enquanto área técnica, tem buscado instrumentalizar os nutricionistas, para o que exigiu um esforço de estudo e atualização dos seus representantes,

sinalizando que os profissionais devem estar seguros de que os exames solicitados podem ser trabalhados pelo nutricionista.

Alguns nutricionistas assumiram inicialmente discursos defensivos e comparativos a outras categorias profissionais, ao que o gestor central respondeu não ser uma perseguição com a Nutrição e incentivou a conversa com a equipe de referência e principalmente com o médico para a solicitação de exames, de forma a possibilitar o trabalho interdisciplinar apresentado como um desafio pelos nutricionistas, que referenciam as diferenças nos territórios.

Esse momento de interação propiciou conversações que destacaram outros problemas do cotidiano do processo de trabalho dos nutricionistas, que não eram do conhecimento do ator que representava a SUBPAV, como a inconformidade dos parâmetros de avaliação do estado nutricional que se encontram desatualizados para as diferentes fases do curso de vida no prontuário eletrônico do paciente e a limitação de acesso a algumas abas deste instrumento.

A centralidade das conversações nos processos de coordenação e conformação de vínculos é decorrente do papel gerativo da linguagem, que não apenas descreve, mas também gera a realidade. Echeverria (apud LIMA & RIVERA, 2009) classifica três atos de fala – afirmações, declarações e promessas – como subcomponentes da conversação, onde são levantadas pretensões de validade durante a comunicação.

Para esta rede de conversação, as afirmações dos nutricionistas descreveram algumas dificuldades vivenciadas no processo de trabalho, declarando possibilidades de resolução validadas de acordo com as normas construídas, o que oportunizou direcionamentos que levaram a promessas do gestor, implicando um compromisso mútuo. Neste caso, entretanto, algumas questões já teriam sido pautadas em outros momentos pelo INAD sem a possibilidade de resolução e retomam a possibilidade de discussão.

Esta aproximação foi marcada por um dos gestores do INAD como uma das expressões do movimento de resgate do papel da instituição na RAS. Apesar da dificuldade apresentada no primeiro momento de encontro entre os atores nas conversações relacionadas à restrição dos exames laboratoriais, a boa vontade, escuta e disposição teriam contribuído para a construção do entendimento, que implicou que os atores cedessem algumas posições.

Foi então pactuada uma lista de exames que poderão ser solicitados pelos nutricionistas e constarão no aditivo ao contrato com os laboratórios de exames, à exceção daqueles cuja avaliação caberia apenas ao médico, além de outros para acompanhamento específico que não foram incorporados à lista por não haver registros da Nutrição que respaldassem sua inclusão até o momento.

No processo de interação comunicativa entre estes atores os dois lados cederam no confronto de argumentações e negociação, onde mesmo em um processo colaborativo o conflito não deixou de estar presente, até porque tensionou os modos de coordenação e de organização da atenção nutricional na RAS, levantando a necessidade de discussão quanto ao monitoramento das ações de alimentação e nutrição e organização do cuidado nutricional.

Neste sentido, as unidades mistas são apontadas como um desafio pelo nível central, que questiona o papel e lugar dos ambulatórios de Nutrição que ainda permanecem na APS, muitos deles ainda não regulados por meio do SISREG devido à resistência de alguns profissionais.

Nesta ocasião, o tema da regulação já compunha uma das pautas previstas para discussão na reunião mensal do INAD com os nutricionistas. Contudo, esta não teve uma participação expressiva dos profissionais, talvez por este tema não despertar tanto interesse quanto aqueles relacionados à revisão de materiais educativos e a obesidade infantil, em que foi possível notar uma maior representatividade dos profissionais.

Contudo, os nutricionistas e alguns gestores sinalizaram a necessidade de evitar a saída frequente dos profissionais das unidades de saúde, o que propiciou negociações como na AP3.2, em que os oito nutricionistas do NASF têm se organizado para frequentar as reuniões no INAD de forma intercalada, com dois profissionais por reunião. Estes teriam a tarefa de comunicar aos demais os desdobramentos e discussões no grupo de trabalho mensal que realizam com os oito nutricionistas desta área de planejamento.

O segundo caso destacado de redes de conversações disparadas por quiebres se dá na interação entre o INAD e a Coordenação de Policlínicas e NASF/SAP/SUBPAV. O diálogo entre estes atores vem ocorrendo devido à indefinição quanto ao papel e continuidade dos CRO e a organização do cuidado da obesidade grau III, mas também à demanda por organizar a rede de Nutrição no município, apresentada como um entrave por alguns apoiadores de NASF.

No contexto atual os gestores entendem que a regulação deve entrar como uma normativa, ou seja, como um direcionamento da SMS-RJ para a organização da RAS. Entretanto, a postura do INAD reforça a construção conjunta e investe nestes espaços de comunicação e interação para suprir as dúvidas dos nutricionistas, buscando uma atuação menos verticalizada, expressa na fala representativa de um dos gestores do INAD em relação à baixa representatividade na reunião sobre regulação: “A gente tem que tomar a decisão junto. Eu esperava mais gente.”.

O INAD se encontra, portanto, na interseção entre os momentos de democratização, como se sente confortável a atuar, e de normatização, frente à necessidade de organizar a atenção nutricional na RAS e dialogar com a SUBPAV.

Assim, utiliza como principal mecanismo de coordenação a comunicação com os nutricionistas buscando contextualizar a necessidade de desenhar a rede de Nutrição e as dificuldades que se colocam no uso do SISREG como ferramenta de regulação. Deste modo, assume uma prática comunicativa de inclusão dos profissionais, que busca compartilhar a situação e os desafios a fim de construir um direcionamento conjunto, antes de normatizar um direcionamento enquanto área técnica.

Esta tentativa de construção das ações de forma comunicativa e democratizada é destacada nos discursos, seja nas entrevistas ou na observação participante. Entretanto, essa construção que se pretende democrática na relação de mediação que o INAD propõe com os nutricionistas não pode ser confundida com uma ausência de coordenação, o que exige que o INAD estabeleça mecanismos para o monitoramento e organização da atenção nutricional na RAS.

O movimento de organização da atenção nutricional demanda a identificação do perfil dos nutricionistas que integram principalmente as unidades mistas e Policlínicas e a inclusão destes profissionais no sistema de regulação com possíveis direcionamentos a questões ou grupos específicos.

É apontada pela Coordenação de Policlínicas e NASF a necessidade de alguns destes profissionais integrarem o NASF incorporando o papel de apoio matricial, ou que se mantenha a organização de ambulatórios específicos, porém regulados e com diretrizes de encaminhamento bem definidas, de modo a dialogar com a lógica da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do usuário e coordenadora do cuidado em saúde.



As Policlínicas e Centros Municipais de Saúde não possuem prontuários eletrônicos, mantendo os registros ainda de forma manual, que se perdem e representam um desafio para o monitoramento e avaliação das ações. Deste modo, é levantada a necessidade de um preenchimento paralelo de informações necessárias ao acompanhamento nutricional.

O discurso da gestão salienta uma perspectiva de implantação do e-SUS na RAS municipal, que se daria inicialmente como teste em algumas unidades ou em uma área de planejamento. O plano estratégico 2017-2020 (PCRJ, 2017) denota a intenção de implantação do e-SUS em todas as unidades de saúde.

Outro movimento de interlocução para a coordenação das ações de alimentação e nutrição constitui a organização de uma Nota Técnica<sup>31</sup> de Nutrição para atuação no NASF, tal como a Coordenação de NASF e Policlínicas já produziu junto com outras categorias profissionais.

Para tal foi constituído um grupo com representantes da Coordenação de Policlínicas e NASF, do INAD e alguns nutricionistas que atuam nos serviços de saúde para organizar este documento. A orientação e indução da gestão é de que todos as categorias profissionais devem atravessar os eixos prioritários para o NASF, mas na prática os profissionais se subdividem e o nutricionista atua mais no eixo referente à Alimentação e Nutrição.

O documento que dará origem a esta nota técnica seria posteriormente submetido a uma consulta técnica ao conjunto dos demais nutricionistas dos serviços de saúde, via plataforma SUBPAV, a fim de ampliar o olhar e buscar responder como o nutricionista pode intervir nas situações mais prevalentes do território. O discurso da gestão central é de que se o nutricionista não incorporar o direcionamento da APS e atuar nas prioridades vai continuar a ser reconhecido apenas como “sinônimo de obesidade”.

A importância da construção deste documento se deve à grande demanda por cuidado nutricional apresentada ao NASF frente à insuficiência de nutricionistas ou à falta de organização da atenção nutricional na RAS. A reunião que discutiu a necessidade de regulação apontou preliminarmente que a Nutrição pode não constituir

---

<sup>31</sup> A Nota Técnica traz as recomendações sobre o atendimento, instrumentos e ferramentas da categoria profissional para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

um problema na RAS, levantando o questionamento se realmente há uma insuficiência destes profissionais ou se o problema está na desorganização da oferta de vagas.

Esta necessidade também se coloca devido à possibilidade de descontinuidade dos CRO, que deu visibilidade aos usuários com obesidade e que precisam ser acompanhados. Como este modelo de serviço não se apresenta mais como uma proposta de expansão é preciso que se estruture o fluxo para indivíduos com obesidade grau III, que compõe parte da linha de cuidado da obesidade e exige a organização da nutrição bem como a definição de papéis para os diferentes atores e serviços.

Em uma das reuniões com os nutricionistas a Coordenação de Policlínicas e NASF tensionou o diferencial oferecido pelo CRO em relação ao NASF, destacando a importância de pensar o papel do NASF na linha de cuidado da obesidade, já que este recebe uma grande demanda de sobrepeso e obesidade no território.

A resposta dos nutricionistas permeia a complexidade do cuidado a este usuário que exige o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar. Para eles, se o NASF for formalmente incluído neste acompanhamento comprometeria todo seu tempo e sua atuação se limitaria ao cuidado de pessoas com obesidade grau III. Um dos direcionamentos propostos neste encontro remeteu à necessidade de pensar um papel matriciador do NASF para este cuidado.

Essa demanda implica levar a rede de gestão no âmbito da linha de cuidado da obesidade para os níveis de compartilhamento mais elevados, o que poderia reestruturar o papel do INAD interna e externamente.

De modo geral, estas interações podem contribuir para a organização da atenção nutricional na RAS, a partir do aprendizado acumulado nos últimos anos da SUBPAV para a construção de protocolos, diretrizes e fluxos tanto para a coordenação das práticas de cuidado relacionados à obesidade quanto para a coordenação sistêmica.

A ação comunicativa que o INAD e a Coordenação de Policlínicas e NASF vem construindo pode favorecer que estas normatizações apontem caminhos para o desenho de uma linha de cuidado da obesidade, que, contudo, deve incluir outros atores.

Essa relação de cooperação ou associação, mesmo que pontual, como na resolução de questões específicas como a inclusão dos exames ou a produção da Nota Técnica de Nutrição para o NASF, extrapolam dicotomias e expõem os modos como os mediadores se associam e vão conformando uma rede.

As associações e vínculos com os diversos atores em diferentes posições influenciam as conversações e conexões disparadas para a resolução de *queibres*. Assim, há que se considerar o papel dos atores sem desconsiderar as organizações e os processos normativos e estruturais para coordenação das ações e organização do cuidado na atenção à saúde, já que os locais de produção transformam e traduzem os significados e incorporam sentidos na relação que envolve o micro e o macro (ARAÚJO e COSTA, 2007).

O ator da gestão central que participou da conversação quanto aos exames laboratoriais destacou durante a reunião que a mudança de alocação institucional do INAD dificultou a interação com a SUBPAV, porém esta rede de conversação disparada teria sido positiva e poderia conduzir a novas redes de conversação para possíveis ações, como a regulação e a organização da atenção nutricional na RAS.

Apesar das interações e vínculos constituírem formas de coordenação, outro gestor aponta a necessidade do INAD formalizar algumas demandas devido à sua posição atual em outra subsecretaria, de modo a “amarrar os projetos e não se limitar às relações pessoais”.

Isto se coloca porque embora o INAD seja identificado como ator central na rede de mobilização para a ainda não legitimada discussão da obesidade, ocupa posição mais periférica na discussão da rede de atenção à saúde (ARAÚJO e COSTA, 2007).

Ao mesmo tempo que a troca de governo municipal denota a retomada de algumas questões que se fortalecem pela perspectiva de possíveis aberturas ao diálogo, são limitadas pela proposta prioritária da nova gestão com foco na implantação de Policlínicas de Especialidades.

Embora a Coordenação de Policlínicas e NASF esteja interagindo com o INAD para pensar a construção do cuidado para a obesidade, esta coordenação tem duas frentes com propostas diferenciadas e alguns atores apontaram a preocupação quanto ao investimento no NASF frente ao foco nas Policlínicas de Especialidades. Deste modo, para o fortalecimento das frentes “NASF” e “alimentação e nutrição” na RAS, bem como para a discussão da obesidade é imprescindível a busca por novas associações e entrada de novos atores na perspectiva de construção de redes.

A consolidação deste processo depende do fortalecimento da capacidade de diálogo entre INAD e SUBPAV, mas também com os demais atores que contribuem

para a estruturação de uma linha de cuidado da obesidade, o que extrapola o âmbito da APS, ainda que esta seja sua ordenadora e coordenadora.

Assim, no espaço de articulação intrasetorial, mas também intersetorial, vão sendo incorporados diferentes atores com suas percepções e modos de atuação em interação a fim de romper as barreiras de algumas comunidades discursivas técnicas (ARAÚJO e COSTA, 2007), para encontrar o objetivo comum que possibilita as associações para a relação de solidariedade e confiança entre os atores na rede.

## 5.5 CONSTITUIÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO PARA O ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE: PERCEPÇÕES DOS LIMITES E POTENCIALIDADES DO PONTO DE VISTA MUNICIPAL

São diversos os limites e potencialidades identificados pelos atores à constituição de uma linha de cuidado para o sobrepeso e a obesidade no município do Rio de Janeiro. Estes são evidenciados e influenciados também pelo lugar de interlocução (ARAÚJO & CARDOSO, 2007) dos atores sociais e pela possibilidade de cada um deles ver a mesma situação ou realidade de uma maneira diferente, conferindo-lhe distintas explicações (MATUS, 1996).

Para Matus (1996), a possibilidade de fazer um recorte do mundo para agir sobre ele representa uma indicação, onde a explicação da situação compõe um encadeamento de indicações.

Uma das indicações propostas para a situação de enfrentamento do excesso de peso é a constituição de uma linha de cuidado para o sobrepeso e a obesidade. Esta, entretanto, não é a única indicação possível, embora apenas um dos atores, que compõe a gestão territorial, a tenha sinalizado como uma estratégia desnecessária, visto que compreendia a obesidade como transversal às demais ações desenvolvidas na APS, o que não demandaria um foco especificamente para este cuidado.

De modo geral, essa estratégia ainda não apresenta robustez no discurso dos atores, que encontram no momento das entrevistas um convite e uma oportunidade à crítica e reflexão quanto à condução deste problema no sistema de saúde, identificando

que a obesidade não constitui prioridade na agenda municipal de saúde, o que impacta também na organização das ações nos territórios.

*Tô criticando o nível central, mas também não tô trabalhando ainda com obesidade aqui (se refere a uma das áreas de planejamento em saúde). Tô na mesma vibe lá dos diabéticos, procurando quem está amputado, quem está com a hemoglobina glicada acima de 8 (%), e mandar pras equipes e tal. [...]. Até porque tem que dimensionar o insumo. O insumo chama, né, pede atenção. ‘Oh, vai acabar o negócio!’ E aí vai pro jornal, e toda aquela coisa. E é uma deficiência que a gente tem aqui realmente de abordagem da obesidade como fator de risco e tentar ferramentas. (E15 – AP)*

A obesidade e a constituição de uma linha de cuidado para o seu enfrentamento ganham maior destaque como discussão interna do INAD ou devido à situação de indefinição quanto ao cuidado dos indivíduos com obesidade grau III, visibilizados na RAS pela atuação dos CRO que sofrem atualmente uma possível descontinuidade, e pela alta demanda de cuidado da obesidade no NASF.

Na gestão central, apenas um dos atores refere ter ouvido sobre a preocupação com esta construção, a partir dos espaços de comunicação com a Secretaria Estadual de Saúde. Outros parecem desconhecer a proposta, o que pode estar relacionado também ao tempo para a entrada desta discussão como agenda, que é ainda recente e precisa ganhar vulto na articulação entre Estados e Municípios, já que se propõe uma organização regional (BRASIL, 2014c).

Contudo, a pactuação de planos regionais para a organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade como pré-requisito para a habilitação de Serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade, induzida pelas Portaria nº 424 e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013a, 2013b), é excluída pela Portaria nº 62/GM/MS, de 6 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017c), o que evidencia a dificuldade de operacionalizar tais arranjos seja no âmbito regional ou municipal.

No ano de 2015, o INAD empreendeu, em associação com a UERJ, a um movimento de construção de um Plano de Prevenção e Controle da Obesidade no âmbito municipal, norteador por documentos do Ministério da Saúde para a prevenção e controle das DCNT e para a organização da linha de cuidado da obesidade (BRASIL, 2011a, 2013a, 2013b, 2014b, 2014c; CAISAN, 2014). Esta construção realça a interdependência entre os atores no âmbito da macro e micropolítica e a operacionalização de planos locais em resposta aos moldes de planos nacionais.

O esboço do desenho do Plano dialogava com os três eixos de ação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, apesar de algumas diferenças de nomenclatura: Eixo 1: Organização do cuidado na rede de atenção à saúde; Eixo 2: Promoção da alimentação saudável; Eixo 3: Monitoramento da situação alimentar e nutricional da população. O Eixo I trazia como objetivo desenhar a linha de cuidado para o sobrepeso e a obesidade na RAS da SMS-RJ.

Neste sentido, os discursos apontam a influência destes contextos na orientação das agendas locais, mas também da associação com as universidades e dos *quiebres* identificados nos microprocessos da RAS, que fomentam determinadas discussões para a gestão e a organização dos serviços de saúde podendo representar oportunidades de pautar novos temas.

À época<sup>32</sup>, se destacava o momento político e estrutural da rede de saúde municipal como pouco favorável à constituição desta linha de cuidado devido às fragilidades institucionais e de articulação. Ainda assim, compreendendo a possibilidade de mudança de cenário, o que expõe a dinamicidade da rede e a transitoriedade das relações de força entre os atores (MATUS, 1996; FLEURY & OUVÉRY, 2007; LIMA, 2008), se propôs a construção pautada inicialmente na concentração de ações que o INAD teria mais autonomia para realizar. Entretanto a proposta não se sustentou devido à mudança de gestão interna da instituição e saída de alguns atores estratégicos a essa discussão naquele momento.

As propostas e desafios pensados então novamente emergem no contexto atual, cerca de dois anos depois, quando já se tensionava, por exemplo, o afastamento do INAD da rede de atenção à saúde, com maior dificuldade de interlocução para realizar o mapeamento das ações relacionadas ao sobrepeso e à obesidade, que constituía uma das estratégias do referido documento. Também já se destacava a importância de identificar o perfil dos nutricionistas da rede para possíveis realocações, definição de fluxos de encaminhamentos e inclusão do papel de apoio matricial à atenção especializada.

Os CRO já não conformavam uma proposta de expansão, sinalizando a necessidade de organizar pólos de acompanhamento multiprofissional aos moldes deste serviço junto aos profissionais que atuavam na RAS, a partir da identificação de

---

<sup>32</sup> A autora deste estudo foi convidada por um dos atores a participar de reuniões para a discussão deste plano, devido à relação com o tema de pesquisa.

unidades que teriam maior potencialidade para servir de referência para o cuidado da obesidade grave.

Foi discutida ainda a necessidade de priorizar o espaço da APS, sem deixar de incluir a média e a alta complexidade para a garantia a integralidade do cuidado. No contexto da prevenção da obesidade, o documento trazia uma articulação com as seguintes ações estratégicas da APS: Gestação; Saúde da Criança e do Adolescente; Doenças não transmissíveis; Academia Carioca; Acompanhamento de saúde das famílias do PBF e do Cartão-família carioca; Tabagismo.

O grupo de atores que conduziu essa discussão compreendeu o protagonismo e papel do INAD nesta constru o. Entretanto, não percebia abertura política e institucional para estabelecer uma rede de conversac es neste sentido, ao que não conseguiu manter mesmo internamente.

O contexto institucional e a atua o do INAD assumiram papel relevante nos discursos dos atores e auxiliaram a compreensão das lógicas que orientam ou não a agenda de saúde municipal para o tema da alimenta o e nutri o e, particularmente, para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

As acumula es e desacumula es históricas na trajetória da institui o são fruto das intera es de coopera o e conflito que ocorrem no jogo social competitivo entre desiguais, onde uma mesma situa o ou realidade pode ser vista de maneira diferente por cada ator social (MATUS, 1996).

Embora o INAD tenha construído sua singularidade enquanto área técnica de alimenta o e nutri o, papel definido mesmo antes da conforma o da Política Nacional de Alimenta o e Nutri o, nem sempre seus esforços ganharam relevância devido aos contextos políticos e institucionais, como ocorreu neste caso e com a proposta de constru o da Política Municipal de Alimenta o e Nutri o.

Embora a organiza o do cuidado   obesidade apresente diversas fragilidades no âmbito municipal, para alguns atores este parece constituir um tema com maior potencial de mobiliza o e integra o dos profissionais de saúde que as a es de alimenta o e nutri o isoladamente, já que se identifica um reducionismo destas, e mesmo da obesidade em determinada propor o,   responsabilidade exclusiva do nutricionista. Esta considera o, entretanto, deve ser desconstruída entre gestores e profissionais de saúde com vistas   interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes e potencializa o das a es no fazer coletivo.

Um dos gestores aponta a dificuldade, também expressa nos discursos dos nutricionistas, de apropriação dos saberes relacionados à alimentação e à obesidade e, ainda mais, de reconhecer este olhar como seu papel.

Acho que uma dificuldade também, a questão da nutrição, porque a gente também não tem o profissional disponível *pra* todos os casos e nem vai ter, *né*. E aí o nosso profissional (se refere à equipe de referência) às vezes tem dificuldade de entender que ele precisa incorporar alguns saberes, trocar com o NASF, onde tem, mandar casos específicos. Porque às vezes ele ainda fica achando que esse papel não é dele, e aí, enfim, não vai rolar, *né*. (E9 - SAP).

Foram confirmados alguns dos possíveis limites apontados previamente à estruturação de uma rede de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, entre eles, o não reconhecimento da obesidade como agenda importante e prioritária, havendo certa conformidade dos gestores quanto a essa compreensão.

Deste modo, o enfrentamento da obesidade não se configura um objetivo comum, o que aponta uma limitação para a conformação de uma rede, ou seja, não há ação cooperativa e os atores agem muitas vezes de maneira independente, sem qualquer diálogo (ROVERE, 1999; FLEURY & OUVÉRY, 2007), exacerbando grande dificuldade de comunicação que interfere no planejamento e coordenação das ações.

Para um dos gestores territoriais, é necessária a aproximação da gestão central com os territórios para compreender que o papel dos profissionais de saúde e a rotina das unidades se modificou. Com isso, os processos de gestão precisam estar articulados e integrados à proposta da APS, na articulação com o nível micro onde o cuidado se faz e se modifica com os resultados obtidos.

Eu acho que a gerência deveria estruturar isso. A gerência tem hoje pessoas competentes lá, mas acho que falta um pouco conhecer a realidade atual da cidade do Rio de Janeiro. Porque embora eles: “ah, mas a gente vai na unidade, a gente vê *accountability*”, mas eles têm ainda a cabecinha muito programática, de achar que numa unidade de atenção primária vai ter uma pessoa responsável pelo diabetes. Não, vai. Vai ter uma pessoa responsável pelo obeso. Não vai. É tudo capilarizado, tudo ao mesmo tempo. Então o que eles precisam fazer, que eu acho, é tentar motivar os profissionais da atenção primária a virar o seu foco. Na verdade, virar não, porque senão deixa de ver o outro, mas a ampliar o seu foco *pra* esse grupo, *né*, de doença crônica e incluindo condições como obesidade e ajudar a equipe a ter um plano, a olhar como linha de cuidado, aprender a trabalhar com abordagem de fator de risco. Deixar de olhar só *pra* pessoa que chega e procurar a pessoa que se encaixa na sua condição numa lista, fazer uma lista, avaliar, estratificar o risco dessas pessoas, cardiovascular, risco de condições, artrose de joelho, que incapacita à beça a vida dessas pessoas, saúde mental, e acionando as



ferramentas que a gente tem na atenção primária olhando pra pessoas com esse foco. (E15 – AP)

Embora haja uma subjugação da obesidade enquanto doença, observa-se um reducionismo na compreensão de que a linha de cuidado da obesidade estaria direcionada ao seu tratamento exclusivamente, com pouca possibilidade de intervenção no cotidiano dos serviços de saúde ou com uma proposta relacionada exclusivamente a uma gestão de riscos, que lida com o problema em uma perspectiva gerencialista de organização das ações e serviços.

Frente à compreensão da obesidade também como uma doença e ao crescente aumento de indivíduos com excesso de peso, ressalta-se a necessidade de normatização inerente ao setor saúde para a organização das ações também de tratamento, porém articulada à perspectiva positiva e de promoção da saúde, que tem como grande desafio organizar intervenções sem produzir ou exacerbar os estigmas que envolvem o excesso de peso.

A vigilância alimentar e nutricional se mostra pouco valorizada ao longo dos anos, não constituindo um instrumento de planejamento e gestão. A divulgação dos dados do Boletim de perfil nutricional pela Plataforma SUBPAV no final de 2016<sup>33</sup> foi apontada por alguns gestores como uma possibilidade de valorização deste instrumento. Contudo, os dados gerados foram criticados por alguns atores devido aos limites de preenchimento e aferição das medidas pelos profissionais, que apresentam grande discrepância e são por isso descredibilizados. Esta crítica aponta a necessidade de investimento na VAN para monitorar a situação de saúde e a situação alimentar e nutricional da população.

Entretanto, a gestão aponta o Boletim como um avanço, apesar das suas limitações, valorizando que o diagnóstico da situação nutricional produzido pelos serviços e estratificados por área de planejamento pode contribuir para dar visibilidade à VAN e para o olhar da obesidade no território.

Pode-se analisar o Boletim pelos enunciados de fala de Echeverria apud Lima & Rivera (2009). O documento traz uma declaração porque gera um dado novo que se refere à população que é atendida nos serviços de saúde e afirma que existem pessoas com sobrepeso e obesidade na RAS. Todavia, não há uma linha de cuidado estruturada no município ou a coordenação de ações voltadas ao cuidado destes indivíduos. Deste

---

<sup>33</sup> Disponível em: <<https://subpav.org/logar.php>>. Acesso em: 09 mar. 2017.

modo, o documento declara o problema, mas isoladamente não consegue validar o que foi declarado e não garante a promessa de utilização destas informações como um compromisso mútuo ou social de organização de uma resposta ao problema.

As visitas técnicas realizadas pelo INAD teriam proporcionado a compreensão de que a discussão da alimentação saudável aparece de forma pontual e com uma abordagem tradicional nos serviços de saúde, o que salienta a necessidade de pensar mecanismos que aproximem a discussão do cotidiano dos serviços. Nesse sentido, a incorporação do tema a outros conteúdos poderia ser um potencializador, aliada ao compartilhamento de saberes com outros profissionais que teriam maior capilaridade nos serviços de saúde, tendo o Guia Alimentar para a População Brasileira como importante instrumento de apoio aos profissionais, que precisa ser mais divulgado e trabalhado.

As informações referentes à alimentação saudável permeiam diversos espaços midiáticos e estão presentes no imaginário dos indivíduos. Assim, em contrapartida a uma abordagem culpabilizante de alguns profissionais, um dos atores denota a necessidade de discutir as questões que envolvem a obesidade do ponto de vista mais ampliado aos diversos determinantes, o que poderia aproximar o usuário, que se sentiria mais compreendido na sua dificuldade e estimulando sua autonomia.

Se culpabiliza muito a pessoa. E aí não mexe no que é mais macro. Eu acho que se colocasse de uma forma mais humana, entendendo as dificuldades do indivíduo né, e que são questões não só de escolhas né, de escolhas saudáveis, talvez se conseguisse ganhar esse usuário de uma forma melhor.  
(E3 – INAD)

De modo geral, os principais limites se referem à complexidade da obesidade e sua abordagem na gestão e cuidado em saúde; à subjugação da obesidade enquanto doença e compreensão da LC com foco apenas no tratamento da obesidade; à pouca valorização da vigilância alimentar e nutricional enquanto instrumento de planejamento e gestão; e ao fato de a obesidade não compor a agenda prioritária da SMS-RJ.

Este último foi apontado como o principal limite à constituição de uma linha de cuidado ou valorização das ações de obesidade na RAS, sendo identificado por grande parte dos atores. A sua priorização pela gestão central e sua inclusão nos espaços de interação e gestão poderiam constituir, portanto, o objetivo comum que irá contribuir

para a organização das ações, visando a modificação da situação indesejada (MATUS, 1996).

Assim é destacada a necessidade a necessidade de criar eco para o tema da obesidade, que embora não constitua uma prioridade, apresenta grande potencial para mobilizar e integrar os profissionais, além de outros equipamentos de saúde e sociais do território.

As principais potencialidades destacadas nos discursos dos atores quanto à organização do cuidado da obesidade compreendem a existência de uma área técnica de alimentação e nutrição; a continuidade no investimento da análise da situação nutricional a partir do Boletim construído pela SUBPAV e o investimento na valorização da VAN na RAS; o momento de discussão atual da gestão em relação à atenção especializada; a atuação do NASF; e os programas PSE e PACAS. A articulação com os níveis estadual e federal é apresentada como indispensável à constituição da linha de cuidado.

Os mecanismos institucionais que poderiam dar maior visibilidade e/ou possibilitar a constituição desta linha de cuidado consistiram na publicação da PMAN, sinalizada por todos os atores do INAD; a valorização dos espaços de educação permanente; a criação de indicadores para o sobrepeso e a obesidade; a construção de protocolos e alertas de sinalização de risco nutricional nos prontuários eletrônicos; a comunicação em saúde; a pactuação e compromissos para o enfrentamento deste problema entre os diversos atores; e em menor ênfase nos discursos foi citado o financiamento como indutor para a organização das ações.

A existência do INAD enquanto área técnica de alimentação e nutrição constituiu ao mesmo tempo limite, potencialidade e mecanismo institucional, por isso assume tamanha relevância no discurso dos diversos atores. A necessidade do seu fortalecimento é apontada por alguns atores, enquanto outros questionam principalmente sua conformação enquanto um Instituto que acabaria por desagregar o cuidado nutricional na RAS.

Ainda que se observem dificuldades de articulação e comunicação entre os atores, eles se reconhecem como fundamentais na discussão da obesidade, atuando como mediadores na ação comunicativa para a constituição de redes, onde as conversações estabelecem a inter-relação entre interdependência, coordenação e integração (LIMA, 2008; LIMA & RIVERA, 2009).

E a discussão ainda *tá* muito intrasetorial, *né*. [...] A compreensão de que só o setor saúde, principalmente o nutricionista, o endócrino, o educador físico que vão dar conta disso. Mas deveria ser algo intersetorial. [...]. A prefeitura deveria abarcar tudo isso. Então a gente tem que fazer um caminho intra, mas também intersetorial, *né*. (E3 – INAD)

Contudo, a discussão da linha de cuidado ainda se concentra no diálogo intrasetorial, com dificuldades de incorporação de novos atores e novas vozes que também desenvolvem ações com potencial impacto na obesidade no espaço da intrasetorialidade, seja na compreensão dos processos de gestão ou de coordenação do cuidado em saúde, bem como na intersetorialidade, como previsto na Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade. Esta sugere que os estados e municípios criem instâncias de articulação para discussão da prevenção e controle da obesidade e insiram as ações desenvolvidas aos instrumentos de planejamento locais (CAISAN, 2014).

A intersetorialidade é um meio de intervenção e não um fim em si mesmo. (...). Com o tempo, a própria ação do Projeto irá ampliando as Instituições e agrupamentos envolvidos com um determinado tema. Esperar pela Intersetorialidade ideal ou pela combinação ideal de recursos é cair no imobilismo. Começa-se com o disponível, e busca-se, com sistema e planejamento, agregar novos recursos ao Projeto. (CAMPOS, 2013, p.35)

Como apresentado, as interações e vínculos estabelecidos entre os atores para resolução de problemas relacionados ao cuidado da obesidade na RAS têm disparado redes de conversações e mecanismos de coordenação que podem oportunizar novos arranjos de governança e organização do cuidado.

Portanto, é fundamental criar espaços e redes que viabilizem essa construção de forma comprometida e compartilhada entre os diversos atores e lideranças, com a inclusão dos usuários, a fim de possibilitar novas entradas e uma nova governança a partir de uma mediação intersetorial que respeite a interdisciplinaridade, mas que busque questões comuns para pensar o enfrentamento da obesidade no território.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados desta pesquisa permitiu inferir que a obesidade ainda precisa se legitimar enquanto problema social, não constituindo uma prioridade na agenda municipal de saúde, o que é apontado como principal limite à constituição da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade no município do Rio de Janeiro.

Esta legitimação figura principalmente na compreensão da dualidade entre doença e fator de risco, na dificuldade de produzir intervenções amplas que respondam à sua complexidade e na disputa de saberes que envolvem a obesidade e as ações de alimentação e nutrição de modo geral.

Os diferentes significados e sentidos atribuídos à obesidade impactam na sua valorização, seja na gestão ou nas práticas em saúde. Apesar dos discursos apontarem uma compreensão quanto ao seu processo multifatorial, sua abordagem ainda se refere prioritariamente ao tratamento dos sintomas de outras doenças crônicas não transmissíveis ou ao tratamento da obesidade grau III, embora sejam apontadas ações relacionadas à promoção da saúde. Contudo, estas se mostram pontuais, pouco dialógicas e com baixa efetividade, o que gera frustrações aos usuários e profissionais de saúde.

A situação da obesidade no âmbito municipal denota a inexistência de fluxos de cuidado organizados em todos os pontos da rede de atenção à saúde (RAS), além de pouca articulação entre os atores envolvidos, impactando na coordenação das ações e processos que envolvem este cuidado.

Deste modo, um dos desafios para a organização do cuidado da obesidade na RAS se refere à histórica fragmentação do cuidado e do sistema de saúde, tanto em relação ao modelo de atenção voltado às condições agudas ou agudizações das condições crônicas quanto à dificuldade de comunicação e coordenação entre os diferentes atores sociais envolvidos, seja o gestor e o profissional de saúde em ação ou as organizações e serviços.

Na gestão e nas práticas de cuidado em saúde da APS a obesidade não tem sido percebida enquanto doença, demonstrando a dificuldade de planejar, desenvolver e implementar estratégias que tenham o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade como foco, e que integrem a vertente da promoção da saúde à assistência.

Uma questão central e restritiva ao pleno processo de promoção da saúde é que seus conceitos, políticas e práticas têm ficado restritos a segmentos do setor saúde – não alcançando sequer todos os profissionais da saúde – e tampouco têm impregnado as políticas e os políticos e técnicos de outros setores econômicos e sociais. (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPIRIDIANO, 2014, p.306).

Embora a promoção da saúde como uma política voltada para a ação apoie a reorientação do modelo de atenção à saúde, o seu desdobramento ocorre por meio de atividades focalizadas em ambientes como a escola, por exemplo, onde também se observa pouca interação entre os atores.

A reestruturação da SMS-RJ e a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de 2009, vem modificando gradualmente as práticas da rede de atenção à saúde e os mecanismos de comunicação e coordenação entre a gestão central e territorial da APS, ainda que se coloquem dificuldades para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

Este movimento trouxe uma valorização da avaliação e monitoramento de indicadores prioritários com foco em resultados e metas, bem como a construção de instrumentos para a organização dos fluxos e o direcionamento de processos de trabalho, como os guias rápidos, as notas técnicas e a carteira de serviços. Contudo, estes podem limitar o escopo de ações dos serviços de saúde e a circulação das vozes institucionais, que nestes documentos marcam presenças e ausências de determinados atores.

Os frequentes espaços de interação da gestão central com a gestão territorial e responsáveis técnicos das unidades de saúde visam a coordenação e direcionamento de processos de trabalho. Entretanto, é criticada a dificuldade de incorporar abordagens mais participativas e questionada a sua capilaridade, visto que depende de como os mediadores traduzem e transformam estas informações e sentidos e mesmo a possibilidade de conseguirem se apropriar frente às demandas da rotina dos serviços. A presença de determinadas vozes institucionais se expressa também em relação aos temas abordados e, apesar das limitações apontadas por alguns atores, estes é referenciado como espaço importante de circulação de informações e sentidos.

Cada vez mais são também utilizadas as redes sociais virtuais e recursos tecnológicos como ferramentas de comunicação, seja para coordenação ou apoio matricial, constituindo arranjos informais que contribuem para a educação permanente e já são apresentados como ferramentas de gestão no território.

Entretanto, apesar da singularidade como área técnica de alimentação e nutrição (ATAN) municipal, o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD) apresentou dificuldades de institucionalização e legitimação neste cenário de reestruturação da APS, onde é confundido por alguns atores como uma área técnica de nutricionistas que atua de modo mais autônomo que outros órgãos intermediários que compõem a SMS-RJ.

As fragilidades acumuladas ao longo da sua trajetória o afastaram da interlocução com a rede de atenção à saúde e dos espaços formais de planejamento, gestão e coordenação, o que reduziu o seu papel de ator social. Seu afastamento da gestão central da APS devido à alocação na estrutura organizacional de outra subsecretaria parece impactar mais que o afastamento físico da instituição, dificultando as interações e demandando outros arranjos organizacionais para a manutenção do seu papel de ATAN e o resgate da interlocução com a RAS.

Ainda que os seus movimentos e construções tenham buscado valorizar as ações de alimentação e nutrição e a discussão da obesidade visando orientar a agenda da saúde no município do Rio de Janeiro, nem sempre os esforços de sua consideração e problematização se transformaram em ação ou ganharam relevância devido aos contextos políticos e institucionais e à dificuldade de conduzir questões complexas que a ATAN não consegue dar conta isoladamente.

Mesmo assim, é reconhecido pelos atores como protagonista para mobilizar a discussão da obesidade. Este reconhecimento pode se referir à sua identificação como ATAN, mas também pode representar pouca relevância à construção de um enfrentamento da obesidade no âmbito da gestão da SMS-RJ e a consideração do nutricionista como o principal responsável pela condução deste cuidado. De todo modo, o INAD ganha importância na rede temática da obesidade devido ao seu conhecimento técnico, o que pode o fortalecer enquanto ator, mas embora seja considerado central para esta discussão não pode conduzi-la sozinho.

O modo de implantação dos Centros de Referência em Obesidade expressa que a construção dos serviços e processos na RAS precisam dialogar com a gestão central da APS – a SUBPAV, lugar dos fluxos formalizados com a gestão territorial da APS, mesmo que os arranjos possam ser negociados e que o entendimento na construção conjunta e operacionalização das ações se afaste do modelo ideal pensado.

A atuação dos CRO ganha destaque nos discursos dos atores devido à discussão no âmbito da gestão quanto à continuidade deste modelo de serviço, que perde força

mesmo na gestão que o implantou. Atualmente, é compreendido como uma construção isolada da RAS e que não dialoga com a proposta de APS. Contudo, dá visibilidade aos indivíduos com obesidade grau III na RAS com a oferta de um cuidado qualificado aos indivíduos acompanhados e demanda a organização de fluxos de cuidado direcionados à obesidade.

A ameaça de descontinuidade destes serviços aliada à demanda para o cuidado da obesidade em seus diferentes graus, assim como para o acompanhamento anterior e posterior à cirurgia bariátrica junto aos nutricionistas do NASF referem a necessidade de organização da atenção nutricional, mas também de discussão da obesidade de forma ampliada na RAS, o que vem oportunizando redes de conversação para resolução de *quiebres* e coordenação de ações de cuidado à obesidade.

Deste modo, embora a situação de indefinição dos CRO seja compreendida como um limite para alguns atores, é ela que tem mobilizado a discussão da obesidade no nível central, além da fragilidade da rede de Nutrição na atenção especializada apresentada como demanda de apoiadores do NASF.

Entretanto, esta condução se dá a partir de duas frentes ainda frágeis na agenda política e institucional, o NASF e a alimentação e nutrição, necessitando a associação com outros atores a fim de fazer circular novas vozes e potencializar a discussão da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade., visto que a orientação da agenda vai sendo construída pelos diversos atores sociais e políticos.

A ação comunicativa estabelecida entre o INAD, a Coordenação de Policlínicas e NASF e alguns nutricionistas, a partir de redes de conversação para estruturar e apoiar o processo de trabalho deste profissional no NASF possibilitou outras interações, o que reforça o vínculo e a construção de objetivos comuns entre estes atores.

Apesar dos limites à constituição da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade, este pode se configurar um momento oportuno a esta construção devido à organização da atenção especializada como agenda prioritária da nova gestão e a situação dos CRO.

O lugar de interlocução do INAD demanda, entretanto, novos arranjos e contornos que mantenham e fortaleçam sua posição como ator social na discussão da obesidade, independentemente de sua posição na estrutura organizacional.

Estes espaços de interação, mediados pela linguagem, podem ser sustentados a partir da ação comunicativa que permite a entrada de novas vozes na conformação de



uma rede que mobilize a discussão do enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, incluindo outros atores na intra e intersectorialidade, bem como no reforço da interação com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ) e atores externos como as universidades que vêm apoiando a instituição e outros órgãos da SMS-RJ e conformando comunidades discursivas que fomentam a discussão da operacionalização dos serviços públicos e das ações de alimentação e nutrição e de promoção da alimentação adequada e saudável na RAS.

O destaque para o lugar de fala na construção dos significados, sentidos e ações de obesidade denotam a posição desigual e acumulativa dos atores, enquanto gestor central ou intermediário assim como sua formação básica, o que aponta para a necessidade de criar espaços que possibilitem arranjos e modos de governança diferenciados, que incluam também a participação social da população.

Os discursos apontam também a necessidade do INAD marcar posição nos espaços formalizados de planejamento, gestão e coordenação da SMS-RJ e da SUBPAV, mesmo que o seu lugar de interlocução seja mais periférico. Os Ciclos de Debate são apontados como um lugar de comunicação em que o INAD poderia buscar inserção para o diálogo com a RAS e a circulação dos sentidos da obesidade, junto às visitas técnicas em unidades de saúde e ao movimento que pretende retomar de realização de reuniões descentralizadas nas áreas de planejamento.

A obesidade vem ganhando maior visibilidade também a partir da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que incluem o nutricionista e o educador físico junto ao Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS). O compartilhamento de saberes entre estes profissionais e a equipe de referência foi apontado como potencial, integrando a promoção da alimentação adequada e saudável e das práticas de atividade física e corporais para a capilaridade das ações de alimentação e nutrição na RAS, com destaque para o papel matriciador do nutricionista e qualificador das práticas.

Compreende-se que o cuidado da obesidade se sustente também como um *quiebre* na perspectiva de uma oportunidade de organização da atenção nutricional na RAS, fruto de *quiebres* (problema) que dispararam redes de conversação para coordenação das ações e possibilidades de ação.

A necessidade de organização da atenção nutricional e identificação do perfil dos nutricionistas que atuam na RAS vem sendo apresentada nestas interações não

apenas para o cuidado da obesidade, mas neste sentido poderia possibilitar a inclusão de arranjos de apoio matricial também na atenção especializada, além do NASF, em associação com os saberes de outros profissionais.

Neste cenário, o INAD não aparece mais como único disparador da discussão da obesidade, que ganha outros ecos desde a perspectiva dos serviços de saúde. Entretanto, é necessário criar espaços de interação que pautem a discussão no âmbito da gestão para que esta não se situe na Nutrição e no NASF apenas.

Um dos caminhos sugeridos pelos atores é integrar o cuidado da obesidade às ações que tem recursos e são consideradas prioritárias como a tuberculose e questões alarmantes e emergenciais, o que confirma que apesar da gravidade que os dados epidemiológicos apontam a obesidade parece conferir outra ordem, que além ser considerada coadjuvante sua condução assusta os gestores por se tratar de uma questão complexa que demanda a mobilização de outros mecanismos de gestão e coordenação, bem como articulações e mediações com diversos atores.

O planejamento municipal de ações com base no diagnóstico epidemiológico é frágil e a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é pouco valorizada, não constituindo um instrumento de planejamento e gestão. Portanto, não faz parte da rotina da atenção primária. No Programa Saúde na Escola (PSE), muitas vezes, ocorre prioritariamente o diagnóstico de avaliação do estado nutricional para um cumprimento de agenda, sem um fluxo de cuidado direcionado e ampliação das ações.

A linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade deve envolver a valorização da VAN, tendo no movimento de consolidação do perfil nutricional da população atendida nas unidades de saúde realizado pela SUBPAV, mesmo com suas limitações, e na possibilidade de implantação do e-SUS oportunidades de ampliação do debate, que precisam ser fortalecidos com a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, bem como a articulação nos espaços de gestão para que esta ferramenta seja valorizada na avaliação, monitoramento e tomada de decisão.

Esta sensibilização se dá inicialmente pela valorização da VAN como instrumento de planejamento e gestão pelo nível central, para que os profissionais estejam atentos aos aspectos que envolvem a alimentação e nutrição, por meio da educação permanente e de estratégias que possam apoiar os profissionais no diagnóstico da situação alimentar e nutricional e nas intervenções em saúde.

É importante desenhar uma linha de cuidado que legitime a obesidade como doença e delinear os fluxos assistenciais para o cuidado da obesidade grau III, mas que imprima sua abordagem na perspectiva da produção social da saúde, a fim de evitar a medicalização dos processos, exacerbação de estigmas e o controle sobre os indivíduos.

Embora se reconheça a necessidade de protocolos e diretrizes para a assistência às condições crônicas já instaladas, é importante buscar a interseção entre a promoção e a assistência à saúde, a fim de integrar as práticas destes eixos de ação e construir uma linha de cuidado que inclua o olhar para a população e não restrinja o olhar apenas à doença.

Há que se considerar, portanto, como a obesidade pode produzir sentidos que a legitime e possibilite a construção de um projeto coletivo ou objetivo comum aos diversos atores em saúde e na perspectiva de um planejamento específico integrado aos demais setores, frente à tendência dos ciclos administrativos de considerar desfechos bem definidos, com a definição de indicadores e metas que caibam no período de gestão governamental.

Estes caminhos não estão definidos a priori, mas precisam ser construídos na tematização dos problemas e dos conflitos que se colocam entre os atores a partir da valorização do planejamento como processo relacionado ao espaço do político e da coordenação como ação comunicativa.

Deste modo, cabe tensionar a abertura política e institucional e a competência discursiva dos diversos atores na ação comunicativa que envolve interdependência, coordenação e integração (LIMA, 2008), assim como a mobilização que a área técnica pode criar para valorizar as ações de alimentação e nutrição na RAS e nos espaços de gestão, já que grande parte dos problemas de saúde da população envolvem o comportando alimentar e há grande prevalência do sobrepeso e da obesidade em todas as fases dos ciclos de vida.

Destaca-se assim a importância de tensionar o lugar social que o problema obesidade ocupa desde os espaços de gestão, onde se definem as prioridades, e também junto aos profissionais na coordenação das práticas de cuidado em saúde, com o objetivo de fortalecer a promoção da alimentação adequada e saudável e das práticas de atividade física e corporais para a qualidade de vida da população.

Na perspectiva da produção social da saúde, todos os atores envolvidos no cuidado em saúde influenciam na construção dos modos de planejar e coordenar as

ações para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, mesmo que de lugares e possibilidades diferenciadas.

Há ainda que se avançar nas mudanças sugeridas por Mendes (1999), a partir de uma perspectiva positiva da saúde e da obesidade para além do processo saúde-doença envolvendo a associação com a promoção da saúde e qualidade de vida, aliada à prática sanitária de vigilância da saúde para uma gestão social, que possibilite maior participação e arranjos organizativos, de forma a minimizar as rugosidades, bem como as desacumulações que se colocam no cenário atual do Sistema Único de Saúde.

Este estudo se restringe a poucos atores e não consegue dar conta da dinamicidade das redes, que ainda não está construída para a obesidade, mas aponta redes de conversações para a resolução de *quebres* que envolvem este cuidado ou relacionados ao processo de trabalho dos nutricionistas que, entretanto, podem disparar e fortalecer a possibilidade de conformação de uma rede de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

Vale destacar a dificuldade de sair do discurso da intersetorialidade como resposta aos problemas complexos quando esta algumas vezes nem sequer se faz presente na fala dos atores, que não reconhecem ou pouco dialogam com outros atores que poderiam estar incluídos nesta construção mesmo no espaço da intrasetorialidade, onde o conjunto de ações desenvolvidas também não está integrado.

De modo geral, a discussão da obesidade ainda se concentra no setor saúde na dualidade fator de risco e doença aliada a diversas outras dualidades que precisam ser desconstruídas porque se complementam. É no enfoque da Segurança Alimentar e Nutricional que a obesidade assume uma abordagem mais ampla que pode contribuir para reforçar a intersetorialidade.

Portanto, é necessário mobilizar novas abordagens e formas de governança para produzir ações coordenadas e que possibilitem condições de interlocução para a construção de uma mediação intersetorial a partir da constituição de redes colaborativas envolvendo diferentes atores que possam influenciar no processo de construção social de sentidos para a obesidade e para o seu enfrentamento com a participação da população.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I.S. Polifonia, concorrência discursiva e produção dos sentidos. O método do mapa do mercado simbólico. **UNIrevista** – 1(3), 2006.

ARAÚJO, I.S. & CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. Gestão comunicativa e democrática para a integralidade e humanização do cuidado em saúde: desafios. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.; MÜLLER NETO, J.S. **Construção Social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2013.

BOCCA, C.R. **Política Municipal de Alimentação e Nutrição da Cidade do Rio de Janeiro: uma narrativa sobre seu processo de formulação**. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição, 2014.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1141-1154, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional da Saúde**. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília, Ministério da saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Conceitos: Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Diário Oficial da União**, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2010b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

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

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012*. **Diário Oficial da União**, 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 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**, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 425 GM/MS, 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**, 2013b.

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

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção especializada e temática. Coordenação Geral de atenção às pessoas com doenças crônicas. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Manual Instrutivo. Brasília-DF, 2014c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM n° 687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014e.

\_\_\_\_\_, 2014. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 483/GM/MS, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece

diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, 2014f.

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**, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Ministério da Educação. **Caderno temático PSE. SAN e PAAS**. Brasília - DF: 2015b. (Versão Preliminar). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno\\_san\\_paas.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_san_paas.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 62/GM/MS, de 06 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. **Diário Oficial da União**, 2017.

BURLANDY, L. & MAGALHÃES, R. Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil. In: Barros, DC. et al. **Alimentação e Nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde**. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2013. p.165-230.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. p.19-42.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paideia**. – 4.ed – São Paulo: Hucitec Editora, 2013. (Saúde em Debate, 150)



CAMPOS, G.W.S & DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M. & SANTOS, R.C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(1):141-144, jan-mar, 1997

CAIAFFA, W.T. et al. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. **Ciência& Saúde Coletiva**, 13(6), 2008.

CAISAN. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015**. – Brasília, DF: CAISAN, 2011.

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

\_\_\_\_\_. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PLANSAN 2016-2019**. Brasília, DF: MDSA, CAISAN, 2017.

CECÍLIO, L.C.O. & MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção da integralidade**. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. 232 p. pp. 197-210.

COSTA e SILVA, V. et al., Parcerias na saúde: as organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1365-1376, 2016.

DIAS, P.C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, 33(7):e00006016, 2017.

EGGER, G. & Swinburn, B. An “ecological” approach to the obesity pandemic. Education and debate. **BMJ**, Vol315:23, August, 1997.

FRAGA, A. B. et al. (Org). **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2003. 296 p. pp. 125- 134.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo, Ed. Paz e Terra, 2ª reimpressão da 43ª edição, 2011.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & saúde coletiva**, 16 (6): p.3003-3016, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009.

GORTMAKER, S.L. et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. **The Lancet**, Volume 378, No. 9793, p838–847, 27 August 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JAIME et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, Campinas, 24(6):809-824, nov./dez., 2011.

KUSCHNIR, R. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, R. et al. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumento acesso e diminuir desigualdades. UGÁ, M.A.D., et al. (Org.) **A gestão no SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

LAKE, A. & TOWNSHEND, T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. **The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health**. JRSH, 126(6):262-267, 2006.

LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde, ou, A negação da negação.** – Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LIMA, L.D. & QUEIROZ, L.F.N. O Processo de Descentralização e Regionalização no SUS no Contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C.V., BAPTISTA, T.W.F., LIMA, L.D. (Org.). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças.** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 229-251.

LIMA, L.D. & VIANA, A.L.A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema único de Saúde. In: LIMA, L.D. & VIANA, A.L.A. **Regionalização e relações interfederativas na política de saúde do Brasil.** – Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

LIMA, J.C. & RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface**, v.13, n.31, p.329-42, out./dez. 2009.

LIMA, J.C. & RIVERA, F.J.U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):323-336, fev, 2010.

LIMA, J.C. **Agir comunicativo e coordenação em sistemas de serviços de saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.** Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.

LOUZADA, M.L.C. et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev Saúde Pública**; 49:38, 2015.

MALTA, D.C. & MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARTINS, A.P. et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Rev. Saúde Pública**. 2013;47(4):656–65.

MATTOS, R.A. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2327-2336, 2010.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente: governantes governados.** Tradução de Luís Felipe Rodriguez del Riego. – São Paulo: Fundap, 1996.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** 2ed. – São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6ªed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11ªed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referência para análise em saúde e ambiente. In: Miranda AC; Barcellos C; Moreira JC; Monkey M. (Orgs.). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, v.1, 2008. p23-41.

OMPAD, D.C. et al. Social Determinants of the Health of Urban Populations: Methodologic Considerations. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, Vol. 84, No. 1, 2007.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes.** 53 Conselho Director, 66a Sessão do Comitê Regional da OMS, 03out. 2014, Original: inglês, 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde.** Washington, DC: OPAS, 2016.

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**, Rio de Janeiro, 39(105): 375-386, 2015.

PCRJ. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC. *Áreas de Planejamento*. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=2287824>>. Acesso em: 23 ago. 2008.

\_\_\_\_\_. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Contrato de gestão 20/2010. Contrato que entre si celebram o município do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC e SPDM, com vistas à regulamentação do desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde, dos equipamentos destinados à Saúde da Família no âmbito da área de planejamento 3.2, 2010. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1718660/DLFE236326.pdf/ContratodeGestao0.2.0.2.0.1.0.SPDM3..2.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. Diretoria de Informações da Cidade – DIC. Gerência de Cartografia. *Lista de bairros e áreas de planejamento (AP'S)*. 2012. Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5148142/4145881/ListadeBairroseAPs\\_Mapa.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5148142/4145881/ListadeBairroseAPs_Mapa.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Plano estratégico da prefeitura do rio de janeiro 2013 – 2016**. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2116763/4104304/planejamento\\_estrategico\\_1316.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2116763/4104304/planejamento_estrategico_1316.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços**: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, edição revista, atualizada e aumentada: SMS, 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Planejamento estratégico 2017-2020**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[http://prefeitura.rio/c/document\\_library/get\\_file?uuid=2e703da9-e006-47c6-a6ae-cade5852e693&groupId=7108891](http://prefeitura.rio/c/document_library/get_file?uuid=2e703da9-e006-47c6-a6ae-cade5852e693&groupId=7108891)>. Acesso em: 08 jul. 2017.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P.M.; ESPERIDIÃO, M.A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.305-326.

PROIETTI, F.A. & CAIAFFA, W.T. Fórum: o que é saúde urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3):940-941, mai-jun, 2005.

RIVERA, F.J.U. & ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde**: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

RIVERA, F.J.U. & ARTMANN, E. Promoção da Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: intersetorialidade na busca de maior governabilidade. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. p.19-42.

RODRIGUES, C.S. et al. **A saúde das cidades**: o observatório de Saúde Urbana da região metropolitana de Belo Horizonte. Pensar BH - Política Social, 2008.

ROVERE M. **Redes En Salud**: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidade. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión). 1999. Disponível em: <<http://www.rosario.gov.ar>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. London, p.61-74, maio. 2011

SES. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022**: 1º Relatório de Monitoramento Referente ao biênio 2013/2014. Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, S.F & MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: CARVALHO, G. et al. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. – Campinas, SP: IDISA: CONASEM, 2008. p. 69-85.

FLEURY, S. & OUVENEY, A.M. **Gestão de Redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

WANNMACHER, Lenita. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. In: **Organização Pan-americana da Saúde. Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**. Vol. 1, Nº 7, Brasília, maio de 2016. Disponível em:

<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5134](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5134)>.  
Acesso em: 05 ago. 2016.

WHO. World Health Organization. **Obesity and overweight**. Fact sheet no. 311;  
Updated August 2014. Disponível em:  
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>>. Acesso em: 20 fev.  
2015.

**ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS  
(20 A 60 ANOS)**

<b>Classificação do estado nutricional</b>	<b>Pontos de corte</b>
Baixo peso	<18,5 kg/m <sup>2</sup>
Eutrófico	≥18,5 e <25 kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso	≥25 e <30 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade I	≥30 e <35 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade II	≥35 e <40 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade III	≥40 kg/m <sup>2</sup>

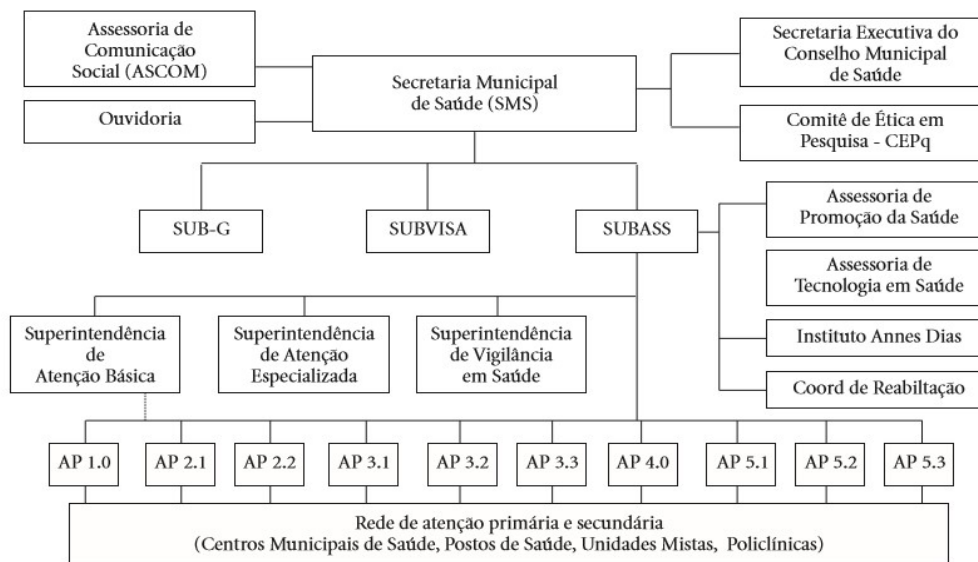
Fonte: OMS, 1995 apud BRASIL, 2014b.



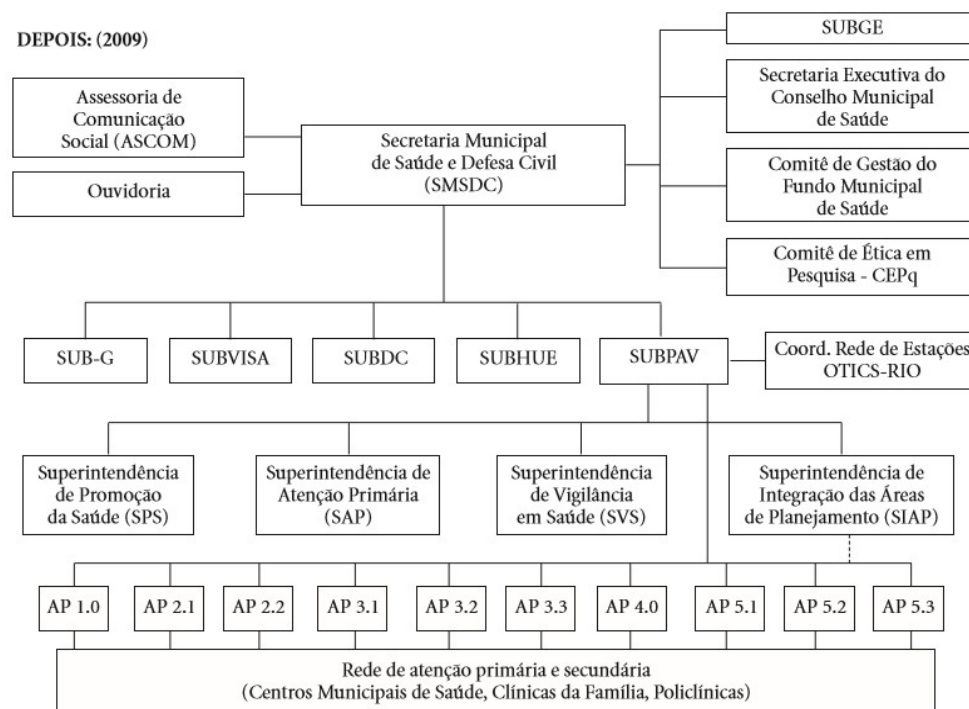
## ANEXO B – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2008 (antes) X 2009 (depois da reestruturação da SMS-RJ)

ANTES: (2008)



DEPOIS: (2009)



Fonte: Soranz *et al.*, 2016

Legenda: SUB-G = Subsecretaria de Gestão, SUBVISA = Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses, SUBDC = Subsecretaria de Defesa Civil, SUBHUE = Subsecretaria Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, SUBPAV = Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

## ANEXO C – ESTRUTURA BÁSICA ATUAL DA SUBPAV, SAP E SPS



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
Secretaria Municipal da Casa Civil  
Subsecretaria de Serviços Compartilhados  
Coordenadoria Geral de Gestão Institucional

### Estrutura\_Básica-Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Decreto N° 43467 de 26/07/2017

29/07/2017 - 11:48:01

Nome	Sigla	Código
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde	S/SUBPAV	31472
Comitê de Gestão em Atenção Primária em Saúde	S/SUBPAV/CGAPS	42448
Superintendência de Atenção Primária	S/SUBPAV/SAP	42039
Superintendência de Vigilância em Saúde	S/SUBPAV/SVS	1802
Superintendência de Promoção da Saúde	S/SUBPAV/SPS	42367
Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento	S/SUBPAV/SIAP	42365
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP1	S/SUBPAV/CAP-1	1805
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP2.1	S/SUBPAV/CAP-2.1	1806
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP2.2	S/SUBPAV/CAP-2.2	1807
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP3.1	S/SUBPAV/CAP-3.1	1808
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP3.2	S/SUBPAV/CAP-3.2	1809
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP3.3	S/SUBPAV/CAP-3.3	1810
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP4	S/SUBPAV/CAP-4	1811
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP5.1	S/SUBPAV/CAP-5.1	1812
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP5.2	S/SUBPAV/CAP-5.2	1813
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP5.3	S/SUBPAV/CAP-5.3	1814



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
Secretaria Municipal da Casa Civil  
Subsecretaria de Serviços Compartilhados  
Coordenadoria Geral de Gestão Institucional

### Estrutura\_Básica-Superintendência de Atenção Primária

Decreto N° 43467 de 26/07/2017

29/07/2017 - 00:16:06

Nome	Sigla	Código
Superintendência de Atenção Primária	S/SUBPAV/SAP	42039
Coordenação de Saúde Bucal	S/SUBPAV/SAP/CSB	13231
Coordenação de Policlínicas e Núcleos de Apoio a Saúde da Família	S/SUBPAV/SAP/CPNASF	42362
Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas	S/SUBPAV/SAP/CDT	13247
Transmissíveis		
Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	S/SUBPAV/SAP/CDNT	46409
Transmissíveis		
Coordenação das Linhas de Cuidado dos Ciclos de Vida	S/SUBPAV/SAP/CCV	46406
Coordenação de Reabilitação da Pessoa com Deficiência	S/SUBPAV/SAP/CR	16327



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
Secretaria Municipal da Casa Civil  
Subsecretaria de Serviços Compartilhados  
Coordenadoria Geral de Gestão Institucional

### Estrutura\_Básica-Superintendência de Promoção da Saúde

Decreto N° 43467 de 26/07/2017

29/07/2017 - 00:24:54

Nome	Sigla	Código
Superintendência de Promoção da Saúde	S/SUBPAV/SPS	42367
Coordenação de Educação em Saúde	S/SUBPAV/SPS/CES	16326
Coordenação de Saúde na Escola	S/SUBPAV/SPS/CSE	42361
Coordenação de Políticas e Ações Intersetoriais	S/SUBPAV/SPS/CPAI	48221

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal da Casa Civil. Subsecretaria de Serviços Compartilhados. Coordenadoria Geral de Gestão Institucional. Sistema Integrado de Codificação Institucional. Disponível em: <<http://sici.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

## ANEXO D – ESTRUTURA E COMPETÊNCIAS DO INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS (INAD)



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
Secretaria Municipal da Casa Civil  
Subsecretaria de Serviços Compartilhados  
Coordenadoria Geral de Gestão Institucional

### Competências-Instituto de Nutrição Annes Dias Decreto N° 43467 de 26/07/2017

29/07/2017 - 01:27:01

<p><b>Instituto de Nutrição Annes Dias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>° Planejar, implementar e avaliar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>a Política de Alimentação e Nutrição, no âmbito do Município do Rio de Janeiro;</li> <li>° Ações e estratégias educativas de promoção de saúde, alimentação e nutrição;</li> </ul> </li> <li>normatizar, acompanhar e avaliar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>ações de promoção de saúde e nutrição, de prevenção e de controle de doenças relacionadas à alimentação e nutrição dos programas desenvolvidos na Rede Municipal de Atenção Primária em Saúde;</li> <li>° Ações de intervenção nutricional para clientes internados (incluindo terapia nutricional enteral, banco de leite humano, lactário) e os clientes atendidos no âmbito ambulatorial;</li> <li>° Os serviços de alimentação e nutrição nas Unidades da Rede Municipal de Saúde;</li> </ul> </li> <li>executar ações específicas de controle da qualidade de gêneros e produtos alimentícios/nutricionais, serviços e refeições dos Programas de Alimentação e Nutrição da PCRJ;</li> <li>° Supervisionar e acompanhar a execução dos programas de alimentação e nutrição dirigidos a coletividades sadias em unidades da PCRJ;</li> <li>° Fomentar, realizar e divulgar pesquisas na área de alimentação, nutrição e saúde;</li> <li>° Planejar, coordenar e acompanhar as atividades de caráter técnico, científico e cultural inerentes à área técnica de alimentação e nutrição.</li> </ul>	<p>S/SUBVISA/CVA/INAD</p>	<p>1896</p>
<p><b>Gerência de Programas de Alimentação Coletiva em Unidades Institucionais</b></p>	<p>S/SUBVISA/CVA/INAD-1</p>	<p>48103</p>
<p><b>Gerência de Atenção e Cuidado Nutricional</b></p>	<p>S/SUBVISA/CVA/INAD-2</p>	<p>48102</p>

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal da Casa Civil. Subsecretaria de Serviços Compartilhados. Coordenadoria Geral de Gestão Institucional. Sistema Integrado de Codificação Institucional. Disponível em: <<http://sici.rio.rj.gov.br/>> Acesso em: 29 jul. 2017.

## APÊNDICE A – 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 (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Planejamento e implementação de ações de alimentação e nutrição voltadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no nível local”, desenvolvida por Evelyne Florido Lobato Cavalcante, sob orientação do Professor Dr. Francisco Javier Uribe Rivera, que dará origem à tese a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

O objetivo central do estudo é analisar as potencialidades e os limites da gestão e da prática de ações de alimentação e nutrição voltadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade na rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro.

O convite a sua participação se deve à sua relevante inserção no serviço em que atua, relacionando-se direta ou indiretamente às ações de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade. Sua participação não é obrigatória, contudo é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que haja nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, com duração de aproximadamente cinquenta (50) minutos. A entrevista será gravada e, caso você concorde, deverá assinalar com um “X” a autorização de gravação no final deste documento.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do Comitê de Ética.

O risco de sua participação na pesquisa é a possibilidade de sua identificação nos resultados do estudo. Entretanto, serão tomadas as medidas necessárias para buscar garantir a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, de modo que os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa dizem respeito à contribuição dada para ampliar o conhecimento sobre os processos de coordenação das ações de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, bem como os caminhos apontados para a constituição de redes de atenção à saúde.

---

Rubrica do pesquisador

---

Rubrica do participante da pesquisa

Os resultados serão divulgados na tese, em relatórios de pesquisa e artigos científicos.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os contatos da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas quanto à pesquisa ou sua participação a qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro por meio dos contatos explicitados neste termo. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê 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 do Comitê de Ética em Pesquisa ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Telefone e Fax - (0XX) 21- 25982863. E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br. <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Rua Evaristo da Veiga, 16 – Sobreloja – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20031-040. Tel: (21) 22151485. Email: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br.

---

Nome e Assinatura do Pesquisador

Evelyne Florido Lobato Cavalcante

Tel: (21)99187-6511

E-mail: [evelyne.lobato@gmail.com](mailto:evelyne.lobato@gmail.com)

RIO DE JANEIRO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista.     Não autorizo a gravação da entrevista.

---

(Assinatura e nome do participante da pesquisa)

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA AS ENTREVISTAS**

<b>DIMENSÕES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>PERGUNTAS</b>
		Nome, formação/função, tipo de vínculo empregatício.
Dados de identificação	- Identificação dos sujeitos de pesquisa (nome, formação/função, tipo de vínculo empregatício).	1. Você poderia se apresentar, falar da sua formação?
Processo de trabalho	- Conhecer o processo de trabalho dos sujeitos e identificar possíveis inter-relações.	2. Gostaria que você me contasse como é o seu processo de trabalho. (Quais as suas atribuições?)
Ações desenvolvidas e contexto da obesidade	<p>- Conhecer as ações de alimentação e nutrição relacionadas ao sobrepeso e à obesidade desenvolvidas e sua organização no nível local</p> <p>- Conhecer a percepção e concepção dos profissionais quanto à obesidade.</p>	<p>3. Que ações vêm sendo desenvolvidas que você considera relacionadas ao sobrepeso e à obesidade? Caso não identifique nenhuma, estão relacionadas a outra temática?</p> <p>4. Como você avalia a discussão do sobrepeso e da obesidade na rede de saúde do município?</p> <p>5. Quais as principais dificuldades para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade?</p>
Inter-relações e mecanismos de articulação e coordenação das ações	<p>- Compreender as relações e interlocuções (interações e vínculos) estabelecidas entre atores, políticas e programas;</p> <p>- Identificar e compreender os fluxos, redes e mediações entre os serviços, equipes e gestores;</p> <p>- Identificar a participação em reuniões, fóruns, grupos de trabalho de formação e educação permanente;</p> <p>- Compreender as lógicas que orientam as agendas locais para o</p>	<p>6. Como as ações são planejadas e coordenadas?</p> <p>7. Como se dão os processos de pactuação das ações?</p> <p>8. Com que atores/profissionais você costuma interagir no seu processo de trabalho? Conte como se dá a relação com cada um desses e o que foi positivo ou negativo.</p>

	tema da alimentação e nutrição e, particularmente, para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.	<p>9. Como se dá o diálogo entre os profissionais?</p> <p>10. Quais os meios de comunicação (memorando, reunião, e-mail, conversa) entre as equipes? E entre equipe e gestores? Como são definidas as pautas de reuniões?</p> <p>11. Existem atividades de educação permanente? Com que frequência são realizadas? Como a obesidade é discutida nesses espaços?</p>
Vigilância em saúde	- Identificar mecanismos de monitoramento e avaliação da situação alimentar e nutricional da população.	<p>12. Existem dados de monitoramento e avaliação da situação alimentar e nutricional da população?</p> <p>13. Quais os responsáveis pela alimentação e avaliação destes dados? Estes são discutidos com os profissionais?</p>
Limitações e potencialidades	- Identificar as potencialidades e limites em relação à organização do cuidado do sobrepeso e da obesidade	<p>14. Quais potencialidades e limitações você destacaria para o cuidado do sobrepeso e da obesidade? Que fatores afetariam a possibilidade de realizar ações para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade?</p> <p>15. Existe algum mecanismo institucional que poderia dar maior visibilidade ao tema?</p>
Considerações finais	- Proporcionar mais um momento para as colocações dos sujeitos de pesquisa antes do fechamento da entrevista.	<p>16. Você gostaria de falar sobre algo que eu não tenha perguntado antes?</p>