 DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v34i04.1396

Avaliação da implantação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no Distrito Federal

Evaluation of the overweight and obesity care pathway in Federal District

Cinthya Ferreira Rodrigues[1], Eduarda Ângela Pessoa Cesse[2], Cinthia Kalyne de Almeida Alves[3]

RESUMO

Introdução: o crescente aumento da obesidade na população do Distrito Federal levou a Secretaria de Saúde a adotar a estratégia da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.

Objetivo: avaliar o grau de implantação dessa Linha em uma região de saúde do Distrito Federal. Para tanto, foi realizada uma avaliação normativa das dimensões estrutura e processo para definição do grau de implantação, e identificados os fatores dificultadores/facilitadores para a sua implantação.

Método: foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais relacionados a essa Linha de Cuidado, e aplicados questionários com profissionais.

Resultados: os principais achados apontam para um grau de implantação parcial (26%), com a dimensão estrutura obtendo melhor desempenho (44,44%) que a dimensão processo (15,15%).

Conclusão: a implantação da Linha sofre interferência de vários fatores dificultadores como o perfil dos profissionais da Atenção Primária, dentre outros, e facilitadores como a existência do Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão.

Descritores: Obesidade; Padrão de Cuidado; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the growing increase in obesity of the population of the Federal District led the Secretariat of Health to adopt the strategy of the Line of Care for Obesity.

Objective: this study aimed to evaluate the degree of implementation of the Line in a health region of Federal District. To this end, a normative assessment of the structure and process dimensions was carried out to define the degree of implementation, and the hindering/facilitating factors for its implementation were identified.

Method: semi-structured interviews were conducted with managers and professionals related to this Line of Care, and questionnaires were applied to professionals.

Results: the main findings point to a degree of partial implementation (26%), with the structure dimension performing better (44.44%) than the process dimension (15.15%).

Conclusion: the implementation of the Line suffers interference from several complicating factors such as the profile of primary care professionals, among others, and facilitators such as the existence of the Specialized Center for Diabetes, Obesity and Hypertension.

Keywords: Obesity; Standard of Care; Health Assessment.

[1] Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF.

[2] Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Rio de Janeiro.

[3] Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Autor correspondente: **Eduarda Ângela Pessoa Cesse** – Fundação Oswaldo Cruz – R. Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ, Brasil CEP: 21041-210 – E-mail: eduarda.cesse@fiocruz.br – Telefone: 21 2598-2525.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura distribuída pelo corpo e que pode provocar prejuízos à saúde do indivíduo[1]. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o diagnóstico de obesidade se dá a partir do parâmetro do Índice de Massa Corporal (IMC), que é a relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m²), sendo o indivíduo com o valor igual ou superior a 30 kg/m² considerado obeso[2].

Do ponto de vista epidemiológico, a obesidade vem sendo considerada um grave problema de saúde pública, em função das progressivas alterações respiratórias, de locomoção e no metabolismo que podem se instalar no indivíduo, sendo que, de forma secundária, também está relacionada ao desenvolvimento ou agravamento de outras doenças crônicas não transmissíveis relevantes, como, por exemplo, hipertensão, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares[3].

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), no ano de 2025, haverá no mundo cerca de 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e mais de 700 milhões de obesos, sendo que o número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderá chegar a 75 milhões nesse período[4]. A estimativa é de que cerca de 2,8 milhões de pessoas morram a cada ano no mundo em consequência do excesso de peso ou da obesidade[5].

Em relação ao cenário mundial, a obesidade vem aumentando, para ambos os sexos, tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento das Américas[2]. No que se refere ao cenário nacional, os estudos de base populacional demonstram que o sobrepeso e a obesidade aumentaram na população brasileira, principalmente entre os adultos[6]. Expressa-se, portanto, a consequência das transformações demográficas, epidemiológicas e nutricionais vivenciadas no Brasil e em diversas partes do mundo.

O cenário nacional se reflete também no Distrito Federal, onde os casos de obesidade e de excesso de peso apresentam aumento importante, considerando que a frequência de adultos com excesso de peso em 2017 era de 47,6%, chegando a 55% em 2019, e a ocorrência de obesidade em adultos passou de 15,3% no ano de 2017 para 19,6% em 2019, alertando sobre os riscos atuais e para o agravamento do problema[7].

Com base no panorama mundial e brasileiro descrito, ficam evidentes as razões que colocam a obesidade na condição de enorme desafio para a saúde pública agravada ainda pela transição demográfica e nutricional vivenciada nos últimos anos. Posto isso, frente a esse desafio, faz-se necessária a organização do sistema de atenção à saúde em sistemas integrados com a finalidade de prestação de serviços baseado nas reais necessidades de saúde da população de maneira efetiva, eficiente, segura, com qualidade e equidade[8].

Neste sentido, a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) contempla as ações preventivas, curativas e de reabilitação, delineando os fluxos assistenciais para a atenção ao indivíduo que apresente índices de sobrepeso ou de obesidade, de modo a resolver o problema de saúde naquele nível ou encaminhar o paciente para outro nível de atenção, de forma tempestiva e segura. Apesar desta Linha de Cuidado no Distrito Federal contemplar as sete Regiões de Saúde, a implantação foi iniciada em 2016, na então denominada Região de Saúde Centro-Norte, atual Região de Saúde Central, com a ação de capacitação dos profissionais de saúde, abrangendo os níveis de Atenção Primária, secundária e hospitalar, e visando ofertar ações de promoção e prevenção à saúde, controle e tratamento da obesidade de acordo com a gravidade da doença.

Considerando que a atenção deve ter foco na prevenção e no controle do sobrepeso e obesidade e de seus fatores de risco, com o objetivo de incidir sobre o crescimento epidêmico das DCNT, o cuidado deve ser realizado nos diferentes níveis de atenção, considerando a gravidade do problema apresentado, e atendendo aos critérios de encaminhamento e referência da Atenção Primária para a Atenção Secundária e Atenção Hospitalar e vice-versa, estabelecendo a contrarreferência do paciente, com cada nível de atenção assumindo as responsabilidades específicas em relação à doença e ao paciente.

A Linha de Cuidado estabelece que o usuário deve ser acompanhado com vistas à redução de 5 a 10% do peso corporal, sendo que, após um ano de acompanhamento na Atenção Primária, o usuário que não conseguir perder peso e tiver diagnóstico de Obesidade Grau 2 (IMC ≥ 35 a 39,9 kg/m²) e diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doença osteoarticular degenerativa, doença cardiovascular (infarto do miocárdio, acidente vas-

cular cerebral, oclusão arterial aguda, trombose venosa profunda), câncer e apneia do sono diagnosticado por polissonografia, deverá ser referenciado para o Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão arterial (CEDOH), via Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), por meio do panorama três da regulação[9].

Na Atenção Secundária, o CEDOH representa atualmente o principal local de acompanhamento e tratamento da obesidade grave para a Região de Saúde Central e constitui-se um ponto de atenção importante da implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no Distrito Federal[10].

Após o primeiro ano de atendimento, com o término dos encontros coletivos e das consultas individuais, é realizada a avaliação de cada participante pela equipe que, a depender dos resultados, poderá adotar um dos seguintes caminhos: contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde (APS), manutenção no Programa de Obesidade por mais um ano, ou será referenciado para a cirurgia bariátrica[10].

Por ser a obesidade uma doença crônica que se configura como grave problema de saúde pública do ponto de vista epidemiológico e pelo seu aumento na população do Distrito Federal faz-se relevante avaliar a implantação da Linha de Cuidado da Obesidade na Região de Saúde Central, de modo a aferir os avanços e os limites, considerando a complexidade dessa atenção e o pouco tempo de implantação.

Esse estudo tem o objetivo de avaliar o grau de implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade voltada para os adultos obesos na Região de Saúde Central do Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo de caráter normativo e somativo que tem como foco os componentes de estrutura e de processo de uma intervenção, utilizando-se métodos e técnicas quantitativas e qualitativas de análise. Por se tratar de uma avaliação de implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no DF, optou-se pelo Estudo de Caso, estratégia metodológica que permite estudar um fenômeno contemporâneo no contexto real "especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos" Yin (2005, p. 32) mediante uso de variedade de técnicas de coletas, tais como documentos, artefatos, entrevistas e observações[11].

Foi escolhida a Região de Saúde Central como área de estudo, considerando o fato desta Região apresentar altas prevalências de obesidade e por ter sido a primeira a implantar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no âmbito do DF, no ano de 2016.

Em relação às unidades de análise, o trabalho inicial buscou conhecer a estrutura e o processo, na condição de componentes da intervenção proposta em três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e hospitalar. Buscou-se entender sobre quais estruturas os profissionais de saúde dispunham para desempenhar suas funções, em cada um dos níveis de atenção, assim como sobre quais ações e atividades, no âmbito de suas atribuições, eram efetivamente executadas.

As unidades foram estudadas quanto ao Grau de Implantação (GI) da LCSO na Região de Saúde Central, sendo também analisados os fatores contextuais facilitadores e dificultadores que influenciavam o seu GI servindo, portanto, ao estudo do contexto dessa implantação.

Para tanto, as unidades de saúde incluídas no estudo foram: a UBS nº 1 da Asa Sul, a UBS nº 2 da Asa Norte, escolhidas por terem equipes completas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o CEDOH e o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Para se chegar ao Grau de Implantação (GI) da LCSO na Região de Saúde Central no DF foram adotadas as seguintes etapas: Construção do Modelo Lógico; Construção da Matriz de Relevância e Indicadores; Construção da Matriz de Análise e Julgamento; Avaliação da estrutura; Avaliação dos processos; Determinação do Grau de Implantação (GI).

Na identificação dos gestores e profissionais, adotou-se como critério de inclusão aqueles que desenvolvem as atividades voltadas para a implantação e fortalecimento da Linha de Cuidado no âmbito dos três níveis de atenção. Como critérios de exclusão, considerou-se os servidores em período de férias, licença, ou que não estiveram presentes no período de realização da pesquisa.

Na pesquisa documental foram analisadas produções oficiais do Ministério da Saúde e publicações administrativas da Secretaria de Saúde do DF (SES/DF), entre elas: Memórias das reuniões

do Grupo Condutor Central da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do DF e o Plano de Organização Regional da Linha de Cuidado para Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade no DF.

A aplicação dos questionários e da entrevista ocorreu entre maio e junho de 2021. Os questionários foram entregues a 53 profissionais de saúde sendo: 18 médicos e 18 enfermeiros da APS; dois médicos, dois nutricionistas, um psicólogo e um fisioterapeuta do nível secundário; cinco médicos, três nutricionistas e três psicólogos da Atenção Hospitalar.

A entrevista semiestruturada foi direcionada a gestores regionais: Diretor Regional de APS, Gerente de Áreas Programáticas da APS; Diretor Regional da Atenção Secundária, Coordenadora da CEDOH e Diretor Hospitalar, da Região de Saúde Central.

O número de indicadores variou por nível de atenção e por dimensão, sendo que para o nível da APS foi elencado o maior número, com 18 indicadores, e para a dimensão estrutura, 24 indicadores. O valor máximo esperado por nível de atenção e dimensão variou conforme número de indicadores, sendo o nível de Atenção Primária o de maior valor esperado, conforme descrito no Quadro 1 a seguir.

A partir do retorno dos questionários foi possível analisar sobre a convergência e a divergência das respostas para cada indicador, tendo sido classificado o valor atribuído a partir do padrão estabelecido na matriz de análise e julgamento (0,0/0,5/1,0). Foi definido que se houvesse duas ou mais divergências nas respostas o valor atribuído seria de 0,5. Para aqueles indicadores com maior número de convergência nas respostas, foi aplicado o valor correspondente ao padrão com maior frequência. Por fim, foi realizado o cálculo a partir da soma dos valores atribuídos, com base no observado em relação à soma dos valores máximos esperados, chegando ao percentual do grau de implantação.

Para o cálculo do GI Total, foi atribuído peso 4 para a dimensão estrutura e peso 6 para a de processo, por ser a dimensão processo mais importante na implantação da Linha de Cuidado, de acordo com a matriz de relevância. Desta forma, o GI total foi estabelecido de forma ponderada da seguinte forma:

$$\text{GI total: } \frac{((4\sum E^1+6\sum P^1)/10)}{((4\sum E^2+6\sum P^2)/10)} \text{x}100$$

Leia-se, $\sum E^1$ = Somatório dos valores atribuídos a partir do observado nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; $\sum P^1$ = Somatório dos valores atribuídos a partir do observado nos indicadores que compunham a dimensão processo; $\sum E^2$ = Somatório dos valores máximos esperados nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; e $\sum P^2$ = Somatório dos valores máximos esperados nos indicadores que compunham a dimensão processo.

A partir deste cálculo, para o julgamento de valor do grau de implantação foi considerado os seguintes pontos de corte: 0 a 25% – implantação incipiente; 25% a 50% – implantação parcial; 50 a 75% – implantação semiplena; 75% a 100% – implantado.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e da FEPECS (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde), registro CAAE: 36339020.8.0000.5240, tendo sido emitido o parecer consubstanciado nº 4.610.274, em 24 de março de 2021, tornando possível o início da coleta de dados na data prevista.

Quadro 1

Relação entre os indicadores e os valores esperados. Brasília, Brasil, 2021.

Nível de atenção	Nº indicadores Estrutura	Nº indicadores Processo	Valor máximo Estrutura	Valor máximo Processo	Valor máximo Total (e + p)
APS	9	9	10	16	26
Atenção Secundária	9	4	10	7	17
Atenção Hospitalar	6	5	7	10	17
TOTAL	24	18	27	33	60

RESULTADOS

Na Atenção Primária não foi possível estimar o grau de implantação pela falta de resposta aos 16 questionários enviados aos médicos e enfermeiros e pela ausência de outra fonte de evidência que permitisse atribuir valor aos indicadores. A falta de respostas, mesmo após inúmeras tentativas, pode ser justificada pela troca de Gerentes nas UBS, provocando rupturas no processo de trabalho; somadas à sobrecarga dos serviços da APS em virtude da pandemia do covid-19 causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2[12]. Dois gestores disseram que, no contexto atual da pandemia, a prioridade é a vacinação contra a covid-19:

> *[...] Não, não nesse momento. Infelizmente porque a vacinação da covid-19, a pandemia nesse momento se tornou nossa prioridade máxima, então a gente realmente não tá ainda tendo tempo de olhar para essas outras linhas de cuidado [...] (Gestor 2)*

> *[...] Não. Atualmente está tudo muito conturbado por conta da pandemia. Então a prioridade hoje é a covid. Nenhuma linha de cuidado hoje é prioridade nas UBS pelo menos aqui que a gente trabalha com a vacinação, com o teste rápido RT-PCR, a prioridade é a covid desde 2020 [...] (Gestor 3)*

No escopo da Atenção Secundária os resultados demonstram que o grau de implantação da Linha de Cuidado alcançou o *status* de semiplena com índice de 67,65% (GI: 50% a 75%), estando a dimensão estrutura implantada, com índice de 80% (GI: 70% a 100%), e a dimensão processo parcialmente implantada, com índice de 50% (GI: 25% a 50%).

No que se refere à Atenção Hospitalar, o grau de implantação da Linha de Cuidado alcançou *status* de parcial com 32,35% (GI: 25% a 50%), sendo a dimensão estrutura considerada semiplena, com índice de 57,14% (GI: 50% a 75%), e a dimensão processo na condição de implantação incipiente com o índice de 15% (GI: 0% a 25%).

O grau de implantação total da Linha de Cuidado caracterizou-se como parcial com 26% (GI: 25% a 50%), verificando que a dimensão estrutura está parcialmente implantada, apresentando índice médio de 44,44% (GI: de 25% a 50%), e a dimensão processo da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, demonstrou implantação geral no nível incipiente, com 15,15% (GI: de 0% a 25%).

O levantamento dos fatores facilitadores e/ou dificultadores realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com os gestores e profissionais dos três níveis de atenção revelou que os gestores da APS expressaram opiniões diferentes quanto à prioridade para a gestão em relação à implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Região de Saúde Central. Para os gestores da APS:

> *[...] Sim, é uma prioridade porque quando se trabalha essa linha de cuidado da obesidade a gente trabalha com prevenção de outros agravos, como hipertensão, diabetes, enfim diversas comorbidades que estão associadas. Então é sempre uma prioridade [...] (Gestor 1)*

> *[...] Não, não vejo como uma prioridade para a gestão não, porque a gente não vê uma grande divulgação sabe? Eu não vejo que as equipes de saúde da família se apropriem bem dessa linha de cuidado, eu acho que fica um pouco a desejar [...] (Gestor 4)*

Entre os entraves/dificuldades para a implantação da Linha de Cuidado estão a pouca experiência e a falta de formação das equipes da estratégia de Saúde da Família (eSF), considerando o contexto vivenciado no estabelecimento do Converte em 2017, o que causou resistência dos profissionais em adotar o modelo de eSF; a dificuldade da integração das equipes de eSF com os NASF, a dificuldade no diagnóstico do sobrepeso/obesidade, o número expressivo de médicos sem formação em medicina de família e comunidade, dificultando a atenção sistêmica ao usuário com sobrepeso e obesidade, a falta do matriciamento, a suspensão das atividades coletivas em decorrência da pandemia, a falta de ações de educação permanente, a falta do acolhimento qualificado, a falta de estrutura, incluindo insumos, recursos humanos e equipamentos. Tais questões proporcionam insegurança para a continuidade do tratamento da obesidade na APS, acrescidas ainda da dificuldade de comunicação com os níveis de Atenção Primária e secundária.

Como potencialidades na implantação da Linha de Cuidado, os gestores da APS citaram o estabelecimento do CEDOH como centro de referência da Atenção Secundária na Região de Saúde Central, bem como a existência no mesmo de equipe multiprofissional capacitada para atender os usuários com sobrepeso e obesidade no contexto do número reduzido de UBS na Região de Saúde, que conta com NASF e com a presença de profissional

da Educação Física em uma das UBS. Foram citadas ainda a potencialidade da SES/DF para capacitar seus profissionais e o matriciamento em saúde estabelecido para a atuação dos profissionais que atuam no CEDOH.

Na percepção dos entrevistados na Atenção Secundária, os entraves/dificuldades na implantação da Linha de Cuidado encontram efeito na falta de vínculo e diagnóstico da obesidade pela APS, no número reduzido de agentes comunitários de saúde, na falta da estratificação de risco dos pacientes obesos pela APS, na falta de marcação de consultas para a cirurgia bariátrica pelo sistema de regulação, na suspensão das cirurgias bariátricas em decorrência da pandemia, na resistência dos profissionais da APS para conhecer o tratamento da obesidade, na sobrecarga da APS no contexto da pandemia, na falta de preparador físico vinculado à saúde e à educação, na estrutura física insuficiente, na dificuldade de integração dos sistemas de informação (e-SUS e TrakCare), na demanda de pacientes oriundos de outras Regiões de Saúde, aumentando a sobrecarga de trabalho, na dificuldade de comunicação entre a APS e a Atenção Secundária, no atendimento do CEDOH regulado no Panorama 3, que abarca usuários de todo o DF, dificultando a assiduidade nas consultas, no aspecto crônico da obesidade, como uma doença complexa e com causas multifatoriais, na integração intersetorial com outros órgãos, como por exemplo, com a educação, além da falta de drogas efetivas para o tratamento da obesidade no mercado.

Como potencialidades os entrevistados da Atenção Secundária elencaram o número de endocrinologistas, a existência do CEDOH na Região Central com equipe multiprofissional, a planificação iniciada na Região Central, o resultado positivo que a perda de peso gera nas outras comorbidades, a existência do HRAN como referência para a cirurgia bariátrica, a realização de oficinas *online* no contexto da pandemia aumentando a participação dos pacientes, a efetividade do tratamento na Atenção Secundária.

O conjunto dos profissionais entrevistados da Atenção Hospitalar sinalizaram como entraves/dificuldades na implantação a falta de política pública para a prevenção e tratamento da patologia obesidade, a demora na aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a realização da cirurgia bariátrica, a falta de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, o acesso difícil do paciente ao serviço, a falta de clareza do fluxo pelos profissionais da rede, a falta de estrutura (recursos humanos, cadeiras e salas apropriadas), a falta de exames especializados, a dificuldade de acesso aos especialistas, tais como cardiologista, pneumologista, gastrologista e psiquiatra, a demora para a realização da cirurgia, a contrarreferência, e a Atenção Hospitalar por vezes assumindo as atribuições de outros níveis de atenção, o fato da centralidade do tratamento da obesidade em centros de referência, a saber o CEDOH e o HRAN, a falta de comunicação entre os profissionais especializados, a falta de um protocolo único, a centralidade da Linha de Cuidado nos profissionais que lidam com a obesidade, a demora na realização dos exames e na obtenção do laudo.

Como potencialidades os entrevistados citaram a equipe de excelência do HRAN no tratamento da obesidade, o comprometimento das áreas envolvidas na Linha de Cuidado, a existência de equipe multiprofissional, a existência do CEDOH como referência para a Atenção Secundária.

Resta apontar que entre as potencialidades relatadas pelos profissionais está a efetividade do tratamento da obesidade realizado pelos profissionais do CEDOH, fruto da experiência e qualificação dos membros da equipe, associada ao fato desses profissionais verem a perda de peso como um resultado positivo nas comorbidades associadas ao peso excessivo, propiciando assim uma melhor qualidade de vida aos pacientes que buscam o serviço.

Vale o registro de que os processos que envolvem a contrarreferência, ou seja, o retorno formal do paciente para a UBS de referência, também foram apontados como entraves, reforçando novamente a dificuldade na comunicação entre os níveis de atenção.

DISCUSSÃO

Atenção Primária

A APS se configura como o ordenador da organização do SUS, sendo a principal porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, e tem como atributos o primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade ou abrangência; a coordenação do cuidado; a centralidade na família; a orientação para a comunidade; e a competência cultural[13]. Tais características representam desafio ainda maior, considerando os problemas adicionais

vivenciados desde março de 2020, por conta da pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, causador da covid-19, que obrigaram todos os estados e municípios a procederem reorganizações nos serviços da APS para atender ao cenário de emergência e crise sanitária[14].

Esse cenário epidemiológico explica o fato dos resultados apontarem que as atividades coletivas foram suspensas e a carteira de serviços da APS passou por adaptações, com a implementação de critérios de avaliação de risco clínico e vulnerabilidade para priorização dos atendimentos.

As consequências da pandemia para a APS se intensificaram ainda mais a partir de janeiro de 2021, com o início da vacinação contra a covid-19, inicialmente para os grupos prioritários e que progressivamente foram expandidas para todas as pessoas com 12 anos ou mais, atingindo mais de 3 milhões de procedimentos vacinais até meados de setembro de 2021. Toda a sobrecarga de trabalho e o consequente aumento do absenteísmo nas equipes foram entendidos como fator de justificativa para a não adesão dos profissionais da APS aos questionários da presente pesquisa.

A partir dos resultados obtidos das entrevistas realizadas com os gestores da APS foi possível identificar que dentre as causas para as dificuldades apontadas estão a atuação das equipes, que podem ser relacionadas a um conjunto de fatores, entre eles o fato de que muitos profissionais médicos alocados na APS não têm formação em medicina de família e comunidade, aliado à realidade de que equipes de eSF da Região de Saúde Central são advindas do modelo tradicional da atenção básica, então formadas por profissionais sem experiência em Atenção Primária, facilitando a prestação de um cuidado fragmentado e distante das reais necessidades da população.

Importante esclarecer que a mudança das equipes tradicionais para a eSF se deu no ano de 2017 com a publicação das Portarias nº 77 e nº 78, sendo que a primeira tratava da formulação administrativa trazendo as equipes de saúde da família (eSF), equipes de saúde bucal (eSB) e o NASF-AB como elementos para a organização central da APS. Diante da nova organização houve a necessidade de estabelecer regramentos para os profissionais de saúde que já trabalhavam na APS, mas não em eSF, para que pudessem migrar para as novas equipes, desde que cumprissem os requisitos estabelecidos para a conversão de modelo e mediante realização de processo simplificado de capacitação, e no caso dos médicos, realização de avaliação escrita, sendo que para os aprovados foi feita a mudança de especialidade para medicina de família e comunidade para fins de prestação de serviços junto a SES/DF, ainda que sem alteração em seu registro junto com órgão de classe[15].

A proposta de conversão contou com a natural resistência aos processos de mudança, especialmente porque na época havia muito desconhecimento por parte dos profissionais, e até mesmo da população, sobre a eSF, então implantada de forma incipiente no DF. As falas dos gestores demonstram que, ainda atualmente, persiste a resistência para a correta adoção da eSF, assim como se perpetua a falta de conhecimento dos profissionais, em especial para o manejo da obesidade, o que se configura respectivamente em entrave e dificuldade para a implantação da Linha de Cuidado.

Em estudo realizado foi mostrado que os profissionais que geralmente manifestam resistência a mudanças apesar de possuírem a formação técnica, são pouco comprometidos com as políticas públicas e carentes de uma visão crítica da sociedade, sendo fundamental a reestruturação na formação profissional para uma maior humanização na prestação de serviços de saúde[16].

Assim, pode-se inferir que a maneira adotada pela gestão para a conversão e o pouco tempo de mudança de modelo na APS, aliado ao fato de que a implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Região de Saúde Central ter sido iniciada pouco antes da conversão, situações agravadas pela pandemia, dificultaram a rotina dos serviços de saúde na atenção aos pacientes com sobrepeso/obesidade, o que foi reforçado pela falta de educação permanente, uma das dificuldades levantadas pelos gestores. A educação permanente em saúde se apresenta como um dos possíveis caminhos de solução para a baixa competência da equipe no manejo das condições crônicas, considerando a Portaria GM/MS nº 424, na qual fica determinado que a formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade deve estar de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde[17].

Outro entrave apontado pelos entrevistados diz respeito à dificuldade de integração do NASF-AB e eSF e a falta do matriciamento da equipe, cuja responsabilidade cabe tanto às eSF quanto aos NASF, como forma de aproximar a equipe do usuário, permitir a identificação e manejo dos problemas

de saúde do território, assim como compartilhar as práticas entre as equipes.

Os estudos revelam que a parceria entre as equipes do NASF e da eSF é determinante para a efetividade do apoio técnico, sendo que a relação pode sofrer interferências de condições dificultadoras ou facilitadoras, tais como a formação e a experiência profissional, a dinâmica de trabalho das eSF, quando centradas em práticas curativas e em padrões de produtividade diferenciados, entre outras[18].

A realização do acolhimento qualificado, do diagnóstico precoce e estratificação de risco dos pacientes obesos, também foi apontada como entrave e/ou dificuldade pelos gestores. Considerando que para ser resolutiva no controle dos casos de sobrepeso/obesidade a APS precisa estabelecer o correto acolhimento, o apoio diagnóstico e terapêutico das eSF e NASF, e para tanto, os profissionais devem estar devidamente capacitados, com especial compreensão que o excesso de peso é um agravo à saúde e que a reversão do quadro na maioria das vezes, pode se dar neste nível de atenção.

Além da qualificação da equipe, para que as atividades precípuas da APS sejam implementadas, também são importantes os aspectos relacionados à infraestrutura das UBS, tais como existência de rampas de acesso, de portas largas, de cadeiras, macas e balanças com capacidade para mais de 200 kg, esfigmomanômetro adequado, a oferta de prática integrativa, a teleconsultoria, o apoio matricial, a articulação com demais pontos da rede de atenção, entre outros[17]. Nesse sentido foi apontada nos resultados como entrave a falta de estrutura, como espaços físicos adequados com cadeiras que suportem o peso dos pacientes, banheiros adequados, maca para avaliação, falta de balança e aparelho de pressão, recursos humanos em quantidade insuficiente.

Como dificuldade levantada está o problema de comunicação entre a APS e a Atenção Secundária, sendo assim vale reforçar a relevância da articulação entre os níveis de atenção, que exige diálogo constante entre as equipes, de forma a possibilitar a discussão de cada caso e ofertar a atenção mais resolutiva, fazendo com que essa dificuldade de comunicação não impacte negativamente na implantação da Linha de Cuidado. Como possível reforço nesta necessária articulação, podem ser aplicados mecanismos de referência e contrarreferência, como forma de ampliar o olhar para a complexidade das relações entre as pessoas envolvidas no processo do cuidar, favorecendo as relações dialógicas, e influenciando na coordenação da atenção entre os níveis assistenciais[19].

Ainda, segundo Giovanella, Escorel e Mendonça[20], a definição de protocolos clínicos com estabelecimento de fluxos claros e definição detalhadas de responsabilidades também se apresentam como importantes estratégias para a integração dos níveis de atenção do sistema e para a melhoria dos processos de referência e contrarreferência[21].

Cabe registrar o fato de que os entrevistados reconheceram a existência do CEDOH na Região de Saúde Central como uma grande potencialidade, em especial por conta da equipe multiprofissional capacitada para atender os pacientes com sobrepeso/obesidade, tornando assim mais factível a realização do matriciamento junto à Atenção Primária.

A existência de equipe multiprofissional qualificada permite múltiplas intervenções técnicas e a interação de profissionais de diferentes especialidades e experiência, produzindo a necessária articulação e cooperação entre os níveis de atenção e os serviços[22].

Por fim, também foi apontada como potencialidade, o fato de a Região de Saúde Central apresentar o menor número de UBS na conformação do SUS do DF, o que, na avaliação dos entrevistados, facilita a articulação entre os níveis de atenção e o próprio processo de capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado com o sobrepeso/obesidade.

Atenção Secundária

O nível da Atenção Secundária apresenta baixa produção científica, especialmente quando confrontada com a APS, refletindo as dificuldades de sua implementação no âmbito do SUS. Tal situação também é realidade no DF, onde a estruturação e organização deste nível de atenção iniciou apenas no ano de 2018, em função da emergente necessidade de organização dos serviços ambulatoriais na perspectiva das redes de atenção[23].

Foi com a organização da APS por meio do modelo Converte, que surgiu a demanda de retaguarda assistencial e de consultoria e apoio aos processos cuidadores que se fundamentam no vínculo principal mais frequente com o nível de Atenção Primária. Com isso, verificou-se a necessidade de estruturar a Atenção Secundária para que seus serviços cumprissem sua função, possibilitando a

correta articulação com a Atenção Hospitalar e a atenção às urgências e emergências[23].

Com o início da implementação dos serviços da Atenção Secundária, foi possível verificar na prática o fato de que todos os serviços estão necessariamente interligados em rede e dependem do mútuo funcionamento para que alcancem seus melhores resultados, como condição para garantir a integralidade da atenção e a longitudinalidade do cuidado demandado pelos usuários[21]. O que não foi possível detectar com os resultados desse estudo, uma vez que ainda existe a fragmentação da atenção ao usuário com sobrepeso/obesidade em decorrência da dificuldade de comunicação entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária evidenciada na fala dos gestores e profissionais.

Em análise mais detalhada, verifica-se que, ainda que tenha apresentado valores que permitem inferir que a dimensão estrutura está implantada para este nível de atenção, a demanda excessiva de usuários com sobrepeso/obesidade para atendimento especializado, sobretudo oriundos de outras Regiões de Saúde, assim como a estrutura física inadequada dos consultórios e dos equipamentos, aliada à insuficiência de recursos humanos para atender o elevado número de pacientes se apresentam como fatores de entrave e dificuldades na implantação da Linha de Cuidado.

Outra questão que exige melhor análise é a preocupação relatada pelos entrevistados no que diz respeito à dificuldade dos usuários oriundos de outras Regiões de Saúde em manterem a assiduidade nas consultas. Tal fato é recorrente, uma vez que a regulação para o CEDOH se dá por meio do Panorama 3 do Complexo Regulador de Saúde do DF, fazendo com que o serviço seja referência para todo o DF. Por tal razão, muitos pacientes encontram dificuldades de deslocamento de suas residências até o CEDOH, localizado na Região Central. Com isso, o acompanhamento do usuário pelos profissionais de saúde, que requer uma continuidade do atendimento para o sucesso do tratamento, tende a ficar comprometido no alcance de suas metas e objetivos, o que é reforçado pela falta de coordenação da atenção pela Atenção Primária. No contexto da pandemia foi adotada a realização de oficinas *online*, uma vez que estavam suspensas as atividades de grupos de forma a evitar a aglomeração de pessoas, o que foi considerado uma potencialidade pelos profissionais, pois houve o aumento da participação dos pacientes.

Os problemas enfrentados são corroborados pela literatura, que estabelece que o excesso de demanda tem se tornado cada vez mais uma dificuldade dos serviços, frente à necessidade de atender a todos, e na busca de garantir os princípios do SUS, o que por vezes inviabiliza a realização das atividades planejadas pela equipe de saúde. Outro fator descrito por vários autores dá conta de que as falhas estruturais da unidade de atendimento colocam em risco a confiança e o respeito entre os profissionais e usuários dificultando as necessárias relações de troca e o próprio vínculo e adesão do paciente ao tratamento preconizado[16,24].

Avançando para a análise da dimensão processo chama a atenção a não realização das consultas multiprofissionais completas na frequência adequada, a não realização das práticas integrativas em saúde nos grupos de hábitos de vida saudáveis, assim como a formação inadequada e/ou insuficiente dos profissionais da atenção especializada a quem cabe ofertar apoio matricial às eSF.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos, as práticas integrativas se configuram como ações a serem adotadas para que seja estabelecido estilo de vida mais saudável, sendo adjuvantes da alimentação equilibrada, da prática regular de atividade física e do autocuidado no tratamento da obesidade. Para tanto, as práticas integrativas oferecem inúmeros benefícios, dentre eles, a redução de estresse com a melhora do humor, da ansiedade, da insônia e consequentemente da qualidade de vida e do bem-estar físico, sendo assim elemento indispensável para as mudanças de comportamento exigidas na terapêutica[25].

Outro fator importante de análise nesta dimensão é o matriciamento, dificuldade apontada pelos gestores e profissionais. Destaca-se a necessidade do apoio matricial das equipes especializadas às equipes de eSF para o correto manejo do sobrepeso e da obesidade, considerando que o matriciamento em saúde tem como objetivo ofertar uma retaguarda assistencial especializada às equipes, que a partir de um processo de construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias, têm condições de estabelecer a proposta de intervenção pedagógico-terapêutica individualizada[26].

Na percepção dos profissionais e gestores participantes do estudo, a dificuldade no tratamento da obesidade se dá pelo fato dela ser uma doença com aspecto crônico e complexa por envolver causas multifatoriais que abran-

gem desde fatores genéticos, metabólicos, culturais, sociais até os comportamentais, de difícil diagnóstico e intervenção.

As múltiplas causas da instalação da patologia coadunam com o modo de vida contemporâneo, no qual observa-se crescente prática de hábitos alimentares inadequados por conta do horário irregular de trabalho, da falta de força de vontade, do custo dos produtos mais naturais em oposição aos de baixa qualidade e a necessidade de renunciar a alimentos de que mais gosta, na maioria das vezes os menos saudáveis. Importante ressaltar que, desde a juventude, a adoção de hábitos saudáveis depende de cada indivíduo, ainda que sofra influência do contexto familiar e comunitário e de sua rede de relacionamento. No entanto, mesmo com tantas variáveis elencadas para o correto diagnóstico e tratamento, os gestores da saúde não devem se dar por vencidos na busca da implementação de políticas públicas capazes de colaborar com a mudança no cenário atual, sob pena de agravamento de um já grave problema de saúde pública[16].

Seguindo na análise dos achados, a dificuldade de comunicação entre as equipes dos diferentes níveis de atenção, já relatada no item da APS, é agravada pela falta de integração dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde e da SES/DF, a exemplo do eSUS-AB e o TrakCare respectivamente, impactando negativamente para implantação da Linha de Cuidado.

Segundo os relatos, a falta de integração dos sistemas de informações dificulta o acompanhamento do tratamento realizado em cada um dos níveis de atenção, gerando muitas vezes um retrabalho. Somado a isso, muitas vezes o usuário 'congela' no CEDOH, não querendo retornar à UBS de origem em função de seus interesses e pela falta de confiança nos profissionais da APS para a continuidade de seu tratamento, entre outros motivos. Alguns autores afirmam que esse congelamento do usuário no ambulatório pode ser atribuído à influência do modelo médico-hegemônico, que incentiva o indivíduo a buscar por serviços e procedimentos mais especializados, questionando o papel da APS como local de coordenação do cuidado, sendo que tal postura acaba sendo 'premiada', uma vez que, quando o usuário não retorna para a sua UBS de referência, o cuidado é assumido pela atenção especializada[21].

Tais fatos podem ser diminuídos ou melhorados por meio da Planificação da Saúde, apontada pelos profissionais como uma potencialidade e uma importante ferramenta de gestão, já que tem como objetivo a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas Regiões de Saúde, estabelecendo a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado, integrada com a Atenção Ambulatorial Especializada e, posteriormente, com a Atenção Hospitalar. Essencial relatar que o processo de Planificação foi iniciado na Região de Saúde Central no ano de 2019, porém foi interrompido em 2020, com o advento da pandemia.

Por fim, os exames especializados, a assistência farmacêutica e a regulação se configuram em sistemas de apoio e logística para as RAS, neste contexto, os sistemas de apoio, que incluem os exames especializados e a assistência farmacêutica prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde e os sistemas logísticos, entre os quais a regulação, se apresentam como soluções tecnológicas que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção. Logo, fica estabelecido que para a implantação da Linha de Cuidado de forma que atenda às necessidades de saúde do usuário nos diferentes pontos de atenção, é imprescindível que o suporte promovido por meio dos sistemas de apoio e logístico esteja de fato operacionalizado[27].

Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar, realizada pelo HRAN, é responsável pelas ações da atenção ambulatorial especializada com foco no atendimento ao obeso grave, por meio da realização dos procedimentos pré e cirúrgicos aos usuários que realizaram tratamento na atenção ambulatorial especializada, pelo período determinado e não obtiveram sucesso no controle e remissão da obesidade. Cabe à equipe do HRAN proceder também o acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica por no mínimo 18 meses após o procedimento.

Corroborando com o baixo GI desta dimensão, os entrevistados relataram como principais entraves a demora para aquisição de equipamentos e materiais permanentes que permitem a realização da cirurgia bariátrica, assim como a falta de manutenção preventiva e corretiva dos mesmos, o que repercute no tempo de espera do usuário para realização do procedimento cirúrgico. Outra dificuldade apontada na realização das cirurgias bariátricas é a falta de anestesistas e de salas de cirurgias.

Os entraves acima têm potencial desmotivador, considerando que o usuário se submete ao acompanhamento, atinge a perda de peso exigida para realizar a cirurgia, e devido à demora na realização do procedimento, muitas vezes volta a ganhar peso, retornando ao serviço com a situação de saúde descompensada[28].

A questão do acesso do indivíduo aos cuidados de saúde por ele demandado tem se tornado um entrave cada vez maior, sendo que a estagnação deste acesso colabora para o estabelecimento de espera, frequentemente associada aos atrasos relatados e que muitas vezes se devem à incapacidade de combinar de forma eficaz a real capacidade do serviço com a real demanda dos pacientes. Ademais, o setor da saúde tem sido constante e progressivamente afetado por restrições orçamentárias, exigindo a racionalização de recursos e o uso eficiente dos mesmos, assim como sobre o desempenho de cada serviço[27].

Neste contexto, a cirurgia bariátrica é recurso terapêutico que deve ser ofertado com rigoroso critério e somente após o insucesso dos tratamentos clínicos e interdisciplinares, exigindo articulação entre as equipes que atuam na APS, na Atenção Secundária e na Atenção Hospitalar como critério para garantir a estratificação de risco e a organização da oferta de tratamento cirúrgico aos pacientes com obesidade mórbida, incluindo todo o acompanhamento pré e pós-cirúrgico, garantindo o acesso aos exames e avaliações em cardiologia, endocrinologia, respiratória, gastroenterologia e anestésica[17].

O relato dos entrevistados evidencia que os pontos descritos acima não estão sendo desenvolvidos pela equipe do HRAN, sendo bem pontuado como entrave para implantação da Linha de Cuidado, a dificuldade de acesso dos usuários aos especialistas médicos e aos exames especializados, impactando negativamente na obtenção dos laudos para dar seguimento ao tratamento estabelecido.

Em outro estudo realizado no DF[29] também fica demonstrado que o tempo de espera para Atenção Especializada sofre influência de vários fatores, sendo o quantitativo de profissionais um fator relevante, mas não determinante, uma vez que o simples ato de ampliar o número de profissionais não resolve o problema, sendo necessário levar em conta a capacidade produtiva desses recursos humanos. Entre os outros fatores determinantes para longas listas por longo tempo de espera estão a falha na comunicação, o horário de atendimento do serviço, a insuficiência na capacidade instalada e o quantitativo de profissionais especialistas, a alta demanda por consultas especializadas encaminhadas pela APS, as falhas de controle e regulação, entre outras. Todos esses fatores geram como consequências a alta procura pelo serviço especializado, a ausência de equidade no acesso, a elevação do custo do tratamento e a subutilização da força de trabalho disponível[29].

A ausência de qualificação para os profissionais de saúde acerca da patologia obesidade e a ausência de um protocolo único também foram apontadas como entraves relevantes neste nível de atenção, reforçando o que já foi discutido no item da APS de que o processo educacional é imprescindível para o bom desenvolvimento dos serviços. Esse fato levanta o alerta para a necessidade da implantação das ações de educação permanente e de educação continuada tendo como público os profissionais das equipes que atuam na Linha do Cuidado, dado as particularidades inerentes à esta doença e a importância de manter o bom controle clínico, e sobretudo em razão da relevância da obesidade em associação a outras comorbidades. Para Silva (2020)[28], a participação dos saberes da equipe multiprofissional por meio do investimento em educação e da qualificação permanente como forma de superar as dificuldades existentes é condição inerente para o estabelecimento do cuidado integral em saúde.

Dentre os entraves ainda foram relatados a falta de políticas públicas mais amplas para a compreensão da necessidade de prevenção e tratamento da obesidade enquanto doença, a falta de comunicação entre os profissionais especializados e ausência de clareza do fluxo da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, o que causa preocupação, uma vez que essa doença é objeto de políticas públicas há mais de 15 anos, sendo o Ministério da Saúde o principal propositor de ações de prevenção desde a década de 1990 com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na qual foram definidas as diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS, seguindo tendência internacional[31].

CONCLUSÃO

Com o presente estudo pode-se, por meio dos relatos dos gestores e profissionais, ter uma noção da realidade dos três níveis de atenção, com todas as suas perspectivas e dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento do seu trabalho.

Toda essa análise permite aos profissionais e gestores visualizarem seus principais problemas, abrindo caminho para proposição e implantação dos ajustes necessários para efetiva implantação da Linha de Cuidado.

Nesse sentido, recomenda-se que a Atenção Primária assuma o seu papel de ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado, com vistas a fortalecer o diagnóstico, estratificação de risco; fortaleça a discussão sobre a prioridade do controle, tratamento da obesidade enquanto relevante problema de saúde pública; desenvolva estratégias para melhorar a integração entre as equipes da Atenção Primária e secundária visando o encaminhamento do usuário com obesidade a partir dos critérios corretos; e realize, em parceria com a SES, capacitação e atualização de todos os profissionais que atuam na Atenção Primária sobre a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, investindo na produção de material técnico e didático atualizado para os profissionais e para as atividades de educação em saúde; e incorpore práticas de monitoramento e avaliação no cotidiano dos serviços de saúde.

A Atenção Secundária se apresentou como o nível em destaque da Linha de Cuidado, uma vez que conta com profissionais qualificados e onde de fato a atenção se mostra mais resolutiva, sendo amplamente reconhecida a existência do CEDOH como uma potencialidade da rede pelos outros níveis de atenção. Ainda assim, persiste também neste nível de atenção a fragilidade na comunicação com os demais pontos de atenção da Linha de Cuidado, com a percepção de que o excesso de demanda acontece muitas vezes pela falta de coordenação do cuidado pela APS.

Recomenda-se que a Atenção Secundária organize o processo de trabalho para que haja o suporte matricial às equipes de estratégia de saúde da família; realize, em parceria com a SES, capacitação e atualização de todos os profissionais que atuam na Atenção Secundária sobre a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

Finalmente, na Atenção Hospitalar, que se caracterizou com o pior desempenho tanto na dimensão estrutura quanto na de processo, percebe-se que, apesar da presença da equipe multiprofissional qualificada, ainda existem falta de conhecimento nos fluxos e de comunicação com os demais níveis de atenção. Nesse sentido, o pouco conhecimento contribui para a fragmentação das práticas e do cuidado, repercutindo negativamente na qualidade da atenção e dificultando a implantação da Linha de Cuidado.

Adicionalmente, acrescentam-se as dificuldades apontadas: sistemas logísticos e de apoio dada a transversalidade deles em todos os níveis de atenção, com vistas a dar maior resolutividade ao tratamento da obesidade. Os sistemas de informação integrados, a assistência farmacêutica, a regulação e o sistema de apoio diagnóstico terapêutico são dimensões transversais que devem ser consideradas para o bom funcionamento da Rede de Atenção à Saúde. Nesse sentido, sugere-se a continuidade desse estudo para aprofundamento da Atenção Primária, visto que não foi possível avaliar implantação nesse nível de atenção, bem como realizar uma avaliação numa perspectiva maior de rede de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Fagundes ALN *et al*. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo. Revista Paulista de Pediatria. 2008;26(3):212-217. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-05822008000300003.

2. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(1):185-194. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024.

3. Souza SA *et al*. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. Cadernos de Saúde Pública. 2018;34(8). Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00161417.

4. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Mapa da Obesidade. São Paulo: ABESO; 2019. Disponível em: https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/.

5. Reis EC. Avaliação do componente ambulatorial especializado da linha de cuidado para obesidade grave na cidade do Rio de Janeiro. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2018.

6. Filho MB, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: as tendências regionais e temporais. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19:181-191. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700019.

7. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2019.

8. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

9. Distrito Federal. Plano de Organização Regional da Linha de Cuidado para Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Distrito Federal. Brasília: GDF; 2015.

10. Luz CRAN, Farias FBQ. Proposta de Plano Educativo para indivíduos obesos. Brasília: [s.n.].

11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre, RS: Bookman; 2005.

12. Aquino EM *et al*. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2020;25:2423-2446. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020.

13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Johns Hopkins Bloom Sch Public Heal Milbank Q. 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

14. BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

15. Corrêa DSRC *et al*. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2019;24(6):2031-2041. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019.

16. Maximiano TDO. Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade. [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2016.

17. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

18. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS. Saúde Debate. 2018;42(1):142-158. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210.

19. Almeida HB. A compreensão da comunicação entre os profissionais e sua relação com a coordenação da atenção. [Dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Recife, 2018.

20. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica: Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde em Debate. 2003;27(65):278-89. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394029.

21. Santos RSAF. Avaliação da Implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis em um Distrito Sanitário do Município de Recife – Pernambuco. [Dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

22. Santos AC. A inserção do nutricionista na Estratégia da Saúde da Família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. p. 257-265, 2005. Fam Saúde Desenv. 2005;7(3):257-265. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-55930.

23. Guedes BAP *et al*. A organização da atenção ambulatorial secundária na SES/DF. Ciência & Saúde Coletiva. 2019;24(6):2125-2134. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019.

24. Montenegro L. A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade de Minas Gerais; 2010.

25. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2020.

26. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.º 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(5):2297-2305.

28. Silva EMS. Proposta de intervenção educativa a partir da análise das dificuldades e potencialidades vivenciadas pelos profissionais atuantes na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no Município de Cachoeira do Sul/RS. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2020.

29. Faria SF. Gestão de filas de espera para cirurgia. [Dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2016.

30. Aguiar LOF. Regulação do acesso em saúde: uma análise das filas e o tempo de espera para consultas médicas especializadas no Distrito Federal. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2018.

31. Dias PC *et al*. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cadernos de Saúde Pública. 2017;33(7). Disponível em: https://doi.org/ 10.1590/0102-311X00006016.