

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

ELOISA MONTANHA SOUZA DA SILVA

**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**

Porto Alegre

2020

ELOISA MONTANHA SOUZA DA SILVA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre no Programa de Pós-
Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado
Profissional da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Camila Giugliani

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

da Silva, Eloisa
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 / Eloisa da Silva. -- 2020.
116 f.
Orientadora: Camila Giugliani.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Educação Permanente. 2. Atenção Básica. 3.
Sistemas para Manejo da Obesidade. 4. Doenças Não
Transmissíveis. 5. Serviços de Saúde. I. Giugliani,
Camila, orient. II. Título.

ELOISA MONTANHA SOUZA DA SILVA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre no Programa de Pós-
Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado
Profissional da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Camila Giugliani

Aprovado em: Porto Alegre, 04 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA:

Carmen Lucia Bezerra Machado- Doutora em Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Fabiana Schneider Pires- Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ilaine Schuch- Doutora em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, por ter a oportunidade desta vida, a qual sou muito grata e feliz por tudo que tenho.

Aos meus amados filhos, Fernando Izidoro e Felipe, que são a luz e a razão da minha existência.

Ao meu esposo, Nelson, por me apoiar.

A minha mãe, Jussara, e meu irmão, Márcio, por todo o apoio, que, mesmo longe, sempre estão perto em pensamentos e atitudes.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da UFRGS, pela amizade e pelo exemplo de profissionais e comprometimento com o Sistema Único de Saúde.

Aos profissionais de saúde do município de Cachoeira do Sul participantes da pesquisa, principalmente ao profissional nutricionista, que sempre gentilmente dispensou o seu tempo para colaborar com a pesquisa.

Aos professores do PPGENSAU e a minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Camila Giugliani, por toda a dedicação, comprometimento e compartilhamento do conhecimento.

RESUMO

Com a elevação da renda da população e conseqüente aumento do poder de compra, aumentaram a facilidade de acesso a alimentos industrializados e a inatividade física, tornando o sobrepeso e a obesidade importantes fatores de risco modificáveis para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes. A Linha de Cuidado (LC) do Sobrepeso e Obesidade foi aprovada no Rio Grande do Sul em 2014, devendo ser implementada pelas Secretarias Municipais de Saúde. Assim, o objetivo da pesquisa foi analisar as potencialidades e dificuldades relativas à implementação da LC no município de Cachoeira do Sul/RS, considerando a concepção dos profissionais envolvidos, e perceber de que forma a Educação Permanente em Saúde (EPS), pode apoiar o seu fortalecimento. Foi realizado um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, unindo trabalho de campo e pesquisa documental no âmbito da Atenção Básica (AB) do município. A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação de uma entrevista individual com os profissionais de saúde de nível superior envolvidos na LC, bem como da análise dos prontuários dos pacientes inseridos na LC, no período de agosto de 2018 a agosto de 2019. Obteve-se a saturação dos dados com a realização de 25 entrevistas, das quais 13 foram selecionadas para ter seu conteúdo analisado, devido às vivências relatadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Entre os principais resultados, destacam-se: a maioria dos profissionais não conhecia o documento formal da LC, apesar de conhecer os encaminhamentos a serem realizados; a principal dificuldade relatada pelos profissionais foi o restrito acesso ao nutricionista; e as opções pedagógicas de intervenção mencionadas pelos profissionais, quando questionados sobre possibilidades da EPS para qualificar o trabalho, refletiram resquícios das metodologias tradicionais de ensino e aprendizagem. Os achados da pesquisa demonstraram a necessidade de qualificação dos profissionais para o fortalecimento da LC, levando à elaboração, como produto resultante, de uma proposta de intervenção educativa na perspectiva da EPS, que será desenvolvida ao longo de oito encontros, com a abordagem de oito temas principais, tendo-se como base os materiais publicados pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente. Atenção Básica. Sistemas para manejo da Obesidade. Doenças Não Transmissíveis. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

With the increase in the population's income, and a consequent elevation in purchasing power, the ease of access to processed foods and physical inactivity have also increased, making overweight and obesity, important modifiable risk factors for Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs), more prevalent. The Care Line for Overweight and Obesity, aiming to qualify assistance in this context, was approved in Rio Grande do Sul, in 2014, and should be implemented by the Municipal Health Departments. Thus, the objective of this research was to analyze the potentialities and difficulties to the implementation of the Care Line in the city of Cachoeira do Sul/RS, from the perspective of the professionals involved, and to understand how Permanent Health Education can support its strengthening. An exploratory study with a qualitative approach was carried out, resulting on a case study built upon field work and documental research within the scope of primary care services in the municipality. Data collection was carried out through the application of an individual interview with the higher educated health professionals involved in the Care Line, as well as the analysis of the medical records of the patients, from August 2018 to August 2019. Data saturation was obtained by conducting 25 interviews, of which 13 were selected to have their content analyzed, due to the reported experiences. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS). Among the main results, the following stand out: most of the professionals did not know the formal document of the Care Line, despite knowing the referrals to be carried out; the main difficulty reported was the limited access to the nutritionist; and the pedagogical intervention options mentioned by the professionals, when asked about the possibilities of permanent education to qualify their work, reflected traces of traditional teaching and learning methodologies. In general, the results of the research demonstrated the need for the qualification of professionals to strengthen the Care Line, leading to the elaboration, as its resulting product, of an educational intervention proposal, from the perspective of permanent education, to be developed through eight meetings, with the approach of eight main themes, based on the publications by the Ministry of Health.

Keywords: Education. Continuing. Primary Health Care. Obesity Management. Noncommunicable Diseases. Health Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categoria 1: Conhecimento sobre a LC.	41
Quadro 2 - Categoria 2: Capacitação do profissional para o manejo do usuário da LC.....	47
Quadro 3 - Categoria 3: Pontos positivos / pontos fortes da LC.....	54
Quadro 4 - Categoria 4: Dificuldades e pontos a serem desenvolvidos na LC.....	58
Quadro 5 - Categoria 5: Entendimento sobre Educação Permanente em Saúde.	63
Quadro 6 - Categoria 6: Sugestão de atividade educativa para qualificação da LC.	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -- Características dos profissionais entrevistados	38
Tabela 2 - Características dos profissionais cujas entrevistas foram analisadas.	39
Tabela 3 - Características dos usuários participantes da LC	76
Tabela 4 - Número de consultas dos usuários inseridos na LC do sobrepeso e obesidade, conforme a categoria profissional.	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestor Bipartite
CIR	Comissão Intergestor Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENDEF	Estudo Nacional de Despesa Familiar
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LC	Linha de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SGTS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIMUS	Sistema Integrado Municipal de Saúde
SISVAN	Sistema Vigilância Alimentar e Nutricional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.2. OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo geral	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
1.3 JUSTIFICATIVA	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1. TRANSIÇÃO NUTRICIONAL	19
2.2 OBESIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA.....	21
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	25
2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	29
3 METODOLOGIA	32
3.1 LOCAL DO ESTUDO E SUJEITOS PARTICIPANTE	32
3.2 NATUREZA DA PESQUISA E COLETA DOS DADOS.....	33
3.2.1 Revisão bibliográfica	34
3.2.2 Pesquisa Documental	35
3.2.3 Entrevistas	35
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
3.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS PARTICIPANTES	38
4.2 ANÁLISE DO CONTEÚDO	40
4.2.1 Categoria 1: Conhecimento sobre a LC do sobrepeso e obesidade.	41

4.2.2 Categoria 2: Capacitação do profissional para o manejo do usuário da LC do sobrepeso e obesidade	47
4.2.3 Categoria 3: Pontos positivos / pontos fortes da LC	54
4.2.4 Categoria 4: Dificuldades e pontos a serem desenvolvidos na LC	58
4.2.5 Categoria 5: Entendimento sobre Educação Permanente em Saúde	63
4.2.6 Categoria 6: Sugestão de atividade educativa para qualificação da LC ...	70
4.3 ANÁLISE DOS DADOS DOCUMENTAIS	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
6 PRODUTO	80
7 MATERIAIS COMPLEMENTARES	88
REFERÊNCIAS.....	93
ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS – PRÓ-REITORIA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	107
ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – COORDENAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DO SUL	112
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ...	113
ANEXO D - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DE DADOS E ARQUIVO DE PESQUISA	115
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	116

1 INTRODUÇÃO

No Brasil diversas iniciativas de atendimento às necessidades de saúde da população, organizando a Atenção Primária em Saúde (APS), foram experimentadas, processo iniciado com Paula Souza, em 1925 (LAVRAS, 2011). Porém, foi no início da década de 1980, com o processo de redemocratização do país (LAVRAS, 2011) e com a realização da 8ª Conferência de Saúde, em 1986, que foi iniciado o processo de discussão de um novo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988 (CF, 1988), artigo 196, que afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS assumiu uma dimensão verdadeiramente universal, quando cobre indistintamente todos os brasileiros, ofertando um sistema complexo de serviços, tendo a APS como porta de entrada, garantindo o acesso integral, universal e gratuito para a população, rompendo, dessa forma, a divisão que existia entre aqueles que possuíam a carteirinha do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os indigentes sanitários (MENDES, 2013). Porém, somente com a municipalização do SUS, no início da década de 1990, é que começou a haver uma estrutura mais uniformizada, sob a responsabilidade dos municípios, incentivados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio de normatizações e novos arranjos de financiamento (LAVRAS, 2011).

Através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a), houve a primeira revisão das diretrizes e normas de organização da Atenção Básica (AB) com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica. A mesma foi revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a). Atualmente, está vigente a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), que define, no seu artigo 2º:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão

qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Considerando o atual perfil epidemiológico brasileiro, definido por Mendes (2010) como:

[...] tripla carga de doença porque envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e alimentação inadequada; e o crescimento das causas externas (MENDES, 2010, p. 2298).

Nesse contexto, surge a necessidade do trabalho em Redes de Atenção à Saúde (RAS), pressupondo que o modelo assistencial vigente é ineficiente para o atendimentos das condições crônicas, havendo a necessidade de “adequação aos seguintes princípios e diretrizes: integralidade por meio da organização dos pontos de atenção; humanização; cuidado multiprofissional; corresponsabilização profissional/usuário; construção do vínculo, da autonomia e do autocuidado do usuário” (BURLANDY *et al.*, 2020, p.4).

Conforme a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a), que estabelece as diretrizes para a organização da RAS e com a publicação da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b), que divulga o Pacto pela Saúde, a maior integração adquiriu nova ênfase, ressaltando-se a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes, como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

[...] com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas e às condições agudas e promover ações de vigilância e promoção da saúde, efetivando a APS como eixo estruturante das RAS no SUS (BRASIL, 2010a, p. 1).

Dessa forma, “a RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010a, p. 1). Assim, as RAS, segundo Mendes (2010) objetivam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população de forma eficiente,

tendo como característica a estratificação dos riscos, considerando os determinantes sociais e as condições de saúde estabelecidas.

Conforme CHUEIRI *et al.* (2014, p. 119) “a APS passa a ocupar uma posição central na organização das redes, tornando seu fortalecimento um elemento essencial para a concretização do cuidado resolutivo de pessoas com doenças crônicas”.

Nesse contexto, a análise da situação de saúde, por meio da compreensão dos problemas e condições a que estão sujeitas as pessoas, os quais podem ampliar seus riscos ou vulnerabilidades, torna-se importante na identificação e estratificação de prioridades para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais e/ou assistenciais (BRASIL, 2010a).

Há necessidade de ampliação “do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas” (BRASIL, 2010a, p. 1). A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, juntamente com a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014a), que redefine a RAS das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado, norteiam como deve ser organizado o cuidado dos usuários portadores de DCNT. Com isso espera-se avançar rumo a uma resposta global dos profissionais das unidades de atenção de uma dada região de saúde envolvidos no cuidado, de forma a superar as respostas fragmentadas.

Como forma de desenvolvimento da linha de cuidado (LC), além dos recursos materiais e humanos, os processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) devem estar inseridos como ferramenta de transformação do trabalho, buscando “a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre equipes de saúde” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 887), estimulando a produção de saberes a partir da experiência e cultura do sujeito (CECCIM, 2005), pois “a produção do cuidado em saúde não pode ser acumulada nem tampouco estocada, a mesma ocorre no momento da interação entre profissional de saúde e cidadão” (SANTOS *et al.*, 2015, p.41).

O fortalecimento do processo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde se iniciou com “a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004 (BRASIL, 2004), teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº

1.996/2007 (BRASIL, 2007). Essa última normativa se adequou à implantação do Pacto pela Saúde” (BRASIL, 2018b, p. 9).

Após essa caminhada, em 2020, o SUS completa trinta anos de sua criação, e persiste “apesar das dificuldades, ataques e golpes sofridos, incluindo os boicotes do Estado Brasileiro” (PAIM, 2018, p.1727). Um dos obstáculos é a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016a), que limita as despesas públicas em valores reais de 2016 por vinte anos, significa mais uma grande afronta (VIEIRA, 2016; PAIM, 2018). Além disso, as profundas desigualdades regionais, tão características da realidade brasileira, também se expressam marcadamente na atenção à saúde (VIACAVA *et al.*, 2018). “A oferta de serviços e profissionais, além das características distintas de acesso e dos padrões de utilização, constituem também desafios nesse contexto” (VIACAVA *et al.*, 2018, p. 1760).

O SUS, ao longo de sua história, teve que se adaptar às demandas pela atenção à saúde decorrentes dessas transformações. Constitui-se um desafio lidar com as DCNT e os cuidados continuados que muitas vezes elas implicam, ao mesmo tempo em que a violência urbana e no trânsito crescem e doenças como dengue e zika, entre outras, impactam os serviços de saúde de maneira significativa (VIACAVA *et al.*, 2018, p. 1761).

O atual perfil epidemiológico da população brasileira se caracteriza pela alta prevalência de DCNT e seus agravos de saúde. Um dos fatores que pode ser relacionado a esse perfil é a elevação da renda da população, com consequente aumento do poder de compra, proporcionando a facilidade de acesso a alimentos industrializados e a inatividade física fazendo com que o sobrepeso e a obesidade, importantes fatores de risco modificáveis para as DCNT, tornassem-se mais prevalentes. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, o consumo de frutas, verduras e legumes, foi menor em adolescentes em comparação com adultos e idosos, enquanto que o consumo de macarrão instantâneo, biscoitos recheado e doces, salgadinhos chips, embutidos, chocolates, achocolatados, sorvete/picolé, refrescos/sucos industrializados, refrigerantes, bebidas lácteas, pizzas, salgados fritos e assados e sanduíches, foi mais elevado entre os adolescentes. Dessa forma, “o *per capita* foi maior entre os adolescentes para marcadores de dieta de baixa qualidade nutricional” (IBGE, 2020a, p. 48).

As DCNT, hoje, são os principais motivos de utilização dos serviços de saúde pela população, elevando os gastos públicos, e ocasionando a perda da qualidade de

vida e capacidade laborativa das pessoas portadoras. Os gastos financeiros com o tratamento das DCNT, cada vez maiores e tendendo ao aumento progressivo à medida que a prevalência de sobrepeso e obesidade se eleva, exigem que a saúde pública redobre os esforços para frear o avanço dessa epidemia (BRASIL, 2011b). “Os custos diretos atribuíveis a hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil totalizaram R\$ 3,45 bilhões, ou seja, US\$ 890 milhões, considerando gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos” em 2018 (NILSON *et al.*, 2019, p. 3).

A implementação de LC direcionadas às condições crônicas e seus fatores de risco representa uma forma de enfrentar o problema e, por isso, merece atenção, no sentido de identificar barreiras e dificuldades, assim como oportunidades para a sua efetivação.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as dificuldades e potencialidades da Linha de Cuidado do sobrepeso e obesidade e perceber de que forma a Educação Permanente em Saúde, na visão dos profissionais envolvidos, pode apoiar a implementação da Linha de Cuidado no município de Cachoeira do Sul/RS.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar e compreender as dificuldades envolvidas na implementação da LC no município;
- Analisar a concepção dos profissionais sobre o papel da EPS na implementação da LC;
- Descrever o perfil dos usuários da LC, quanto a sexo, idade, escolaridade e número de consultas relacionadas à LC;
- Construir uma intervenção educativa na perspectiva da EPS, para ser implementada junto aos profissionais envolvidos na LC.

1.3 JUSTIFICATIVA

Os estilos de vida adotados pela população são influenciados pelo contexto social, pelo meio ambiente, por hábitos coletivos e não somente por atitudes isoladas e conscientes.

Nessa perspectiva, “a atenção básica de saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares saudáveis. Cabe ressaltar que essas ações, além de garantir a divulgação de informações, devem buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e que promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania” (BRASIL, 2006d, p. 13).

A EPS se torna importante, no município de Cachoeira do Sul, para a qualificação do cuidado dos usuários com sobrepeso e obesidade, pois a APS é componente fundamental e estratégico desse cuidado. O município possui, atualmente, somente um nutricionista na rede, atuando no atendimento dos usuários. Pelo fato da pesquisadora ser nutricionista e compreender o importante papel do adequado cuidado dos usuários com sobrepeso e obesidade, encontra-se imersa na temática e percebe a pesquisa como meio para o aprimoramento das práticas.

Os atendimentos do nutricionista ocorrem na Unidade Básica de Saúde (UBS) 01, unidade de referência para os atendimentos da LC, por meio de atividades coletivas desenvolvidas através de grupos de diabéticos, reeducação alimentar e cirurgia bariátrica. A frequência das reuniões dos grupos é mensal, às quartas-feiras, realizando-se um grupo por semana.

Nesse cenário, a LC do sobrepeso e obesidade precisa ser desenvolvida com o apoio da Atenção Básica, porém, muitos são os desafios a serem superados para que se efetive: desde a compreensão das LC como organizadoras do trabalho, até a definição do manejo adequado e definição de protocolos clínicos que levem em consideração as especificidades dos usuários (MALTA; MERHY, 2010). Assim, uma das maneiras de organização do processo contempla a utilização da EPS como estratégia de transformação das práticas em saúde e consequente qualificação do cuidado, fundamental, para a prevenção, controle e tratamento das DCNT, pois, conforme Ceccim (2005), a EPS proporciona que os serviços sejam lugares de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Para isso, é essencial identificar as dificuldades enfrentadas no contexto local dos

profissionais atuantes, suas concepções sobre a realidade e o cotidiano do cuidado, para que a EPS possa ser balizada pelas necessidades e sentidos produzidos localmente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

“O termo transição pode ser entendido como o ato ou efeito de transitar. O verbo indica um trajeto, uma trajetória” (ESCODA, 2002, p. 221). “A humanidade tem passado por mudança nos padrões de atividade alimentar, física e na composição corporal desde que o homem surgiu na Terra” (POPKIN, 2006, p. 289). Segundo Popkin (2006), a transição nutricional pode ser dividida em cinco padrões, conforme as suas características. O primeiro padrão é caracterizado pela coleta de alimentos, chamado frequentemente padrão paleolítico, dieta muito saudável. O segundo padrão, quando surgiu a agricultura moderna e um período de fome, foi aquele em que o estado nutricional piorou. No terceiro padrão, a fome começa a diminuir, à medida que a renda aumenta. No quarto padrão, mudanças nos padrões de dieta e atividade levam ao surgimento de novas doenças. No padrão 5, a mudança comportamental começa a reverter as tendências negativas.

O padrão dois do processo de transição nutricional no país, de acordo com os cinco padrões da transição nutricional de Popkin, é caracterizado pelos relatos de Josué de Castro, com a sua *Geografia da Fome*, 1946, onde divide o Brasil em quatro regiões conforme o tipo de incidência da fome, determinando o perfil nutricional de subnutrição e desnutrição vigente na época (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003), e que perdurou até a década de 80, utilizando os dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar (1974) o qual retrata que dois terços das famílias brasileiras consumiam uma dieta de baixa adequação calórica, apresentando deficiências nutricionais qualitativas e quantitativas (ESCODA, 2002). Os padrões 3 e 4 são caracterizados pelo atual declínio da desnutrição e pelo crescimento da obesidade em todas as faixas etárias, sexos, níveis sócio econômicos e regiões do país.

No Brasil, as mudanças mais significativas no perfil nutricional da população, ocorreram nos últimos setenta anos, pelas profundas transformações ocasionadas por

questões econômicas, sociais e culturais que resultaram em mudanças não só no perfil nutricional, mas também, demográfico e epidemiológico da população.

A substituição de alimentos *in natura* ou minimamente processados por produtos prontos para consumo ocorreu em todos os estratos econômicos, e tendeu a ser maior entre os de menor renda, os quais apresentaram perfil nutricional desfavorável. Esses alimentos, por suas características, facilitam o hábito de comer entre as refeições, proporcionando o consumo excessivo de calorias (MARTINS *et al.*, 2013).

Tais mudanças foram possíveis devido à melhoria econômica, ao avanço das políticas de fornecimento de saneamento básico, fortalecimento da APS, fornecimento de água potável, melhorias no ambiente urbano, desenvolvimento de inovações biotecnológicas, como vacinas (GADELHA; NORONHA; PEREIRA, 2012), influenciando decisivamente nas condições de saúde da população.

Porém, “o dilema atual da nutrição em saúde pública é lidar ao mesmo tempo com situações aparentemente contraditórias, como a desnutrição e a obesidade e suas implicações” (COUTINHO, GENTIL; TORAL, 2008, p. 335). Conforme, Batista Filho; Rissin (2003, p.184), “a projeção dos resultados dos estudos efetuados sobre a obesidade, nas últimas três décadas, é indicativa de um comportamento claramente epidêmico do problema”.

A obesidade alimentar é a nova mazela- com duas etiologias distintas – considerada problema de saúde coletiva pela elevada prevalência. Ambas socialmente determinadas. Uma pelo baixo consumo de proteínas de alto valor biológico e pelo alto consumo de hidratos de carbono e gordura, incidindo nas classes inferiores, em bebês ou adultos.[...]. Resulta, predominantemente, do depósito acumulado pelos hidratos que fornecem calorias vazias originadas de farináceos, açúcares, infusões, macarrões, pães e outros derivados de cereais, de trigo, milho e arroz. Alimentos de baixo custo [...], associados ao consumo em menor frequência de leguminosas, frango e embutidos. Outra etiologia é a da obesidade alimentar de classes superiores, pelo consumo em excesso de infusões, hidratos, proteínas e gorduras de alto valor biológico (ESCODA, 2002, p. 224).

“Padrões de consumo e de comportamento não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas” (MENDES, 2011, p. 29). Estas, por sua vez, impactam na qualidade de vida dos indivíduos, na perda da capacidade laborativa e conseqüentemente na renda das famílias, causando mortes prematuras e alta demanda dos serviços de saúde. “Uma das implicações mórbidas mais imediatas da obesidade é o diabetes, e há evidências que sua prevalência dobrará até 2030 nas

Américas e de que o Brasil certamente seguirá tal tendência” (GADELHA; NORONHA; PEREIRA, 2012, p. 93).

Verificou-se que no ano de 2019, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), levando em consideração o estado nutricional de adultos acompanhados nesse sistema, no Brasil, 63% (8.072.435) estão com sobrepeso ou algum grau de obesidade, já no Rio Grande do Sul são 71,93% (307.983) e em Cachoeira do Sul, 73,33% (2232) (BRASIL, 2020a).

Portanto, o termo “epidemia de obesidade” reflete bem a atual situação que vivemos. Enquanto não haja consenso sobre as medidas mais efetivas para a contenção dessa epidemia, estas se centram em políticas e ações de promoção de dietas saudáveis e de estilos de vida ativo, em todas as etapas do curso da vida (GADELHA; NORONHA; PEREIRA, 2012, p. 93).

Entendendo o caráter epidemiológico da obesidade, torna-se necessário que políticas públicas sejam pautadas como forma de organizar ações de prevenção e tratamento da obesidade, que serão aprofundadas a seguir.

2.2 OBESIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

“A obesidade ganhou destaque na agenda pública internacional nas últimas três décadas, caracterizando-se como um evento de proporções globais e de prevalência crescente” (DIAS *et al.*, 2017, p. 2). Informações veiculadas pelo MS sobre a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2018, refere que, no Brasil, mais da metade da população (55,7%) tem excesso de peso. Um aumento de 30,8%, quando comparado com percentual de 42,6% no ano de 2006. O aumento foi maior na faixa etária de 18 a 24 anos, chegando à proporção de 55,7%. Quando estratificado por sexo, observou-se que os homens apresentaram crescimento de 21,7%, e as mulheres de 40% (PENIDO, 2019).

“No Brasil, a obesidade torna-se objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, e o MS, por meio do SUS, é o principal proponente de ações seguindo a tendência internacional” (DIAS *et al.*, 2017, p. 2).

A publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, tem como uma de suas diretrizes a organização da atenção nutricional, que “por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar,

proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação” (BRASIL, 2013a, p. 6), tendo sido revisada em 2011. Após isso, o MS, por meio da Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013b).

Outras políticas de saúde se somam aos princípios e diretrizes da PNAN no estabelecimento da saúde e da segurança alimentar e nutricional. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), recentemente atualizada, e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) servem de exemplo (BRASIL, 2014b).

Segundo Pinheiro *et al.* (2019), que realizou levantamento transversal das ações de prevenção e controle da obesidade implementadas pelo governo brasileiro no período de 2014 a 2018, sistematizou as ações em seis eixos que serão comentados a seguir.

Eixo 1: Disponibilidade de acesso a alimentos adequados e saudáveis, eixo este que reúne ações que oportunizam o acesso físico a alimentos e preparações tradicionais. Englobando ações de produção de alimentos da agricultura familiar, oferta, preparações nos diferentes espaços institucionais e acesso a alimentos pelas famílias e populações vulneráveis. Por exemplo: Programa Bolsa Família, que transfere renda para mais de 13,9 milhões de beneficiários, conforme informações disponibilizadas no site da Caixa Econômica Federal (BRASIL, 2020b); e o benefício de prestação Continuada (BPC), que assegura o benefício de um salário mínimo mensalmente a idosos e deficientes físicos; restaurantes populares e bancos de alimentos foram implantados e fortalecidos, através da aprovação da Estratégia Intersetorial para a Redução de Perdas e Desperdícios de Alimentos, em 2017 (BRASIL, 2018a); o Programa de Aquisição de alimentos, que adquire alimentos da agricultura familiar com dispensa de licitação (BRASIL, 2012a); o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (BRASIL, 2009a), que oferece alimentação diariamente para as crianças da rede de educação básica; no contexto da Década de Ação para a Nutrição (2016 a 2025), aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, o Brasil assumiu o papel de coordenar redes de ação com temas sobre governança em segurança alimentar e compras públicas da agricultura familiar (OPAS, 2017).

Eixo 2: Ações de educação, comunicação e informação, envolvendo ações de compartilhamento de conhecimentos. Nesse contexto, foram criados os guias

alimentares, os quais são instrumentos que definem as diretrizes que norteiam as orientações para as escolhas alimentares saudáveis pela população. O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2006 (BRASIL, 2006c), apresentou as primeiras diretrizes oficiais. Diante das transformações sociais vivenciadas pela sociedade brasileira, que impactaram sobre suas condições de saúde e de nutrição, fez-se necessária a revisão das recomendações, tendo sido publicada, em 2014, a segunda edição do Guia Alimentar (BRASIL, 2014c).

Eixo 3: Promoção de modos de vida saudáveis nos ambientes/territórios, fomentando o estabelecimento de espaços para ações educativas e de promoção à saúde para promover e facilitar práticas alimentares saudáveis, com destaque aos espaços urbanos e institucionais. Ao encontro disso, o MS coordena a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, como forma de promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável. Rede de Bancos de Leite Humano e mais de 380 Hospitais “Amigo da Criança”. Também estão incluídas nesse eixo os polos do Programa Academias da Saúde, financiados pelo Governo federal, com infraestrutura, equipamentos e profissionais conectados aos demais pontos da rede de saúde; e o desenvolvimento dos temas alimentação saudável e promoção de práticas corporais no Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2017b).

Eixo 4: Vigilância Alimentar e Nutricional, desenvolvida através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no qual os profissionais de saúde realizam avaliação do consumo alimentar e antropométrica dos indivíduos. “A primeira versão do SISVAN, com abrangência nacional e informatizada, foi disponibilizada pelo MS em 2004” (BRASIL, 2017c, p. 6). “Posteriormente, na tentativa de aperfeiçoar o sistema, [...] culminou com o lançamento, em 2008, de uma versão do sistema totalmente disponível para acesso pela internet” (BRASIL, 2017c, p. 6). “Considerando o relevante papel do SISVAN como ferramenta no ciclo de gestão e produção do cuidado, [...], foi lançada a versão 3.0 do sistema, disponibilizada com o objetivo de otimizar a integração do SISVAN com o e-SUS Atenção Básica” (BRASIL, 2017c, p. 6). O MS também financiou a aquisição de equipamentos antropométricos, por meio do incentivo criado através da Portaria nº 2.975 de 14 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011c), com o objetivo de apoiar a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em UBS e polos do Programa Academias da Saúde, levando à aquisição de equipamentos antropométricos adequados, assim como à disponibilização de cursos on-line. Realização de inquéritos anuais de abrangência nacional para vigilância de fatores de

risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico; Pesquisa Nacional de Saúde Escolar; POF; Pesquisa Nacional de Saúde e Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.

Eixo 5: Atenção Integral à Saúde do Indivíduo com Sobrepeso/Obesidade na Rede de Saúde, do qual faz parte o Programa Crescer Saudável, com ações articuladas entre saúde e educação para promoção e proteção da saúde, diagnóstico e tratamento da obesidade. Em 2017, quando foi criado, por meio da Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017 (BRASIL, 2017d), o Programa incluía os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/18, com população acima de 30 mil habitantes, cobertura do SISVAN maior que 10% em 2015 e prevalência de excesso de peso maior que 20% em crianças menores de 10 anos em 2015. Atualmente, no ciclo 2019/2020, a participação foi aberta a todos os municípios que aderiram ao PSE.

No sexto e último eixo proposto por Pinheiro, que se refere a Regulação e Controle da Qualidade e Inocuidade de Alimentos, aborda-se a agenda regulatória da rotulagem nutricional, a venda de alimentos e bebidas em espaços escolares, a publicidade de alimentos e a taxaço de bebidas açucaradas. Diversos projetos de lei tramitam no Congresso Nacional, mas em 2018, foram publicados decretos que reduziram o crédito tributário recebido pelas empresas produtoras de concentrados de refrigerantes. Em 2011, o MS publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011 – 2022 (BRASIL, 2011b). O Plano tinha como objetivo o de organizar em dez anos o Brasil para enfrentar as DCNT. Há também o Plano Nacional de Redução do Sódio em Alimentos Processados, no qual está presente o estabelecimento de acordos com a indústria alimentícia para a redução do teor de sódio em seus produtos: “entre as metas nacionais estabelecidas no plano, está a redução do consumo médio de sal de 12 gramas para 5 gramas na população brasileira” (BRASIL, 2018c, p. 8). Em 2017, o Brasil se tornou o primeiro país a assumir compromissos “SMART” (na sigla em inglês: específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazo) como parte da Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025). O Brasil assumiu o compromisso de atingir três metas até 2019: deter o crescimento da obesidade na população adulta (que atualmente está em 20,8%); reduzir o consumo regular de bebidas adoçadas com açúcar em pelo menos 30% na população adulta; ampliar em no mínimo 17,8% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente (OPAS, 2017).

A complexidade das normativas, multiplicidades de atores envolvidos e distintos mecanismo de pressão exercidos por corporações no contexto econômico, tornam a agenda desenvolvida nesse eixo, desafiadora, conforme Pinheiro *et al.* (2019).

Todos os esforços apresentados pelo governo brasileiro nos últimos anos, demonstram o tamanho da resposta necessária para o enfrentamento da obesidade, considerada condição crônica multifatorial e fator de risco para as DCNT. Dessa forma, entendendo o papel desafiador a ser desempenhado pela APS nesse contexto, diante da pandemia da DCNT, o assunto será aprofundado na próxima seção.

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Conforme Barbara Starfield (2002), a Atenção Primária envolve a abordagem de pessoas que, geralmente, têm múltiplas condições de saúde e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos. Dessa forma, a APS com o objetivo de alcançar o equilíbrio, mais conhecido como “saúde”, dos usuários, possui o difícil papel de gestora de determinantes genéticos, sociais e relacionais, ambientais, os quais são fatores de riscos diretos e indiretos que atuam no processo saúde-doença.

Portanto, incumbida do seu papel, a APS, como porta de entrada do sistema de saúde, “deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual” (STARFIELD, 2002, p. 27). Com seus atributos essenciais de acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, acrescidos dos seus atributos derivados a orientação familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002). A APS adquire papel central na RAS, como ordenadora do cuidado do indivíduo.

“A Declaração de Alma Ata, de 1978, codificou a “santidade” da atenção primária em saúde como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo” (STARFIELD, 2002, p. 33).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e

famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p.3).

O artigo 198 da Constituição Federal, dispõe que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]” (BRASIL, 1988). Dessa forma, entende-se que o conceito de RAS já havia sido apresentado pela Constituição (1988). “No entanto, ao longo da década de noventa, pelos próprios rumos do processo de descentralização, a instituição de redes deixou de ser o eixo central em torno do qual se construía a organização de serviços” (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2308), voltando ao centro do debate com o Pacto pela Saúde, em 2006, favorecendo a modelagem das redes regionais de atenção, constituindo estratégia para a sua regionalização (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2006e). A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, em 1920 (OPAS, 1964). O relatório se destaca, pois já na introdução refere a necessidade de uma nova organização entre medicina preventiva e curativa, apresentando dimensões centrais à organização de sistemas, em discussão até hoje, porém, devido ao sistema de saúde vigente, baseado na atenção hospitalar, o relatório foi esquecido (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Mais recentemente, Mendes (2015, p. 32), coloca a APS como tendo um papel estratégico na ordenação da RAS:

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, compreendendo-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. [...]. A decodificação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta das RAS.

Atualmente, as organizações estão aprendendo a atuar em redes turbinadas pela internet, adotando esquemas flexíveis, buscando os objetivos e coordenando as tarefas de forma horizontal e com graus de desempenho surpreendentemente ampliados, em detrimento de esquemas rígidos e hierarquizados (OPAS, 2008).

“Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 83).

Dessa forma, para a organização da RAS, é necessária a definição da região de saúde, baseado nos seus limites geográficos, na sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados, como forma de articulação dos recursos e das práticas de produção, ofertando, através das linhas de cuidado, o diagnóstico e o cuidado necessários às condições de saúde da população (BRASIL, 2010).

As rápidas mudanças que ameaçam a saúde mundial requerem uma resposta imediata, a qual deve ser, acima de tudo, preventiva. [...] são as epidemias invisíveis relacionadas a doenças do coração, derrames, diabetes, câncer e outras doenças crônicas, em um futuro previsível, causarão mais mortes e deficiências (WHO, 2005, p. 24).

Conforme Malta; Merhy (2010, p. 596), a necessidade do desenvolvimento das RAS, através das LC, justifica-se pela magnitude das DCNT, “pelos custos que agrega e por gerar eventos contínuos/crônicos e que, com frequência, se agudizam, especialmente quando não bem cuidados”, reforçando a necessidade do cuidado de saúde contínuo e integral, e não o fragmentado.

Todas as “estações” da rede de serviços são essenciais para a LC; para o hipertenso ou o portador de qualquer doença crônica, é essencial acessar a rede “básica”, ser bem acolhido, estar vinculado a uma equipe, ser incentivado a participar de grupos que lhe façam sentido, e não preleções que não lhe estimule a rever nada do seu modo de viver, ou seja, grupos que consigam, junto com ele, operar a criação de novos sentidos para o viver (MALTA; MERHY, 2010, p. 597).

Para que as redes desenvolvam suas ações, os formuladores de políticas públicas devem elaborar e adotar políticas e ações de saúde que sejam integradas e abrangentes, apoiadas em ações intersetoriais, considerando os ciclos de vida, as condições e necessidades locais (MALTA; MERHY, 2010), já que 80% das mortes causadas pelas DCNT ocorrem em países de baixa e média renda (WHO, 2005).

A adoção das LC como organizadoras do trabalho em saúde pressupõe a necessidade de se produzirem “mudanças no processo de trabalho, buscando a melhoria dos serviços, através de qualificação dos profissionais e aquisição de insumos estratégicos” (MALTA; MERHY, 2010, p. 598), preparando a equipe para

oferta de maior autonomia do usuário e reconstrução do seu modo de andar, criando ligações potentes entre o serviço e o usuário (MALTA; MERHY, 2010).

As RAS e a implantação das LC inovam, à medida que atingem uma série de dimensões, as principais elencadas são: o acolhimento, para que não seja um ato isolado, para ser um dispositivo de acionamento das redes internas, externas e multidisciplinares; atenção centrada na pessoa e na família, pois tudo que não se quer, “é reduzir os sujeitos às suas doenças, [...], programar [...] um elenco de procedimentos, composto por atos protocolados de profissionais da saúde” (PINTO, 2009, p. 29); cuidado continuado, de forma a ofertar ao usuário que apresenta condições que exigem o seu acompanhamento; atenção multiprofissional, a partir do trabalho em equipe, efetivando a articulação dos profissionais no cuidado; projeto terapêutico singular, de forma a favorecer a abordagem de um sujeito singular; regulação da RAS, com a construção de fluxos e condições para os encaminhamentos; apoio matricial, devendo ser garantida nas agendas das equipes de atenção especializada; acompanhamento não presencial, para acompanhamentos mais complexos, através de telefone e e-mail; atendimento coletivo, já que os grupos são dispositivos potentes de educação em saúde; autocuidado, tornando o usuário sujeito ativo de seu tratamento; estratificação de risco, levando em consideração a patologia, capacidade de autocuidado, vulnerabilidade social, entre outros; educação permanente, de forma que a educação supere os modelos tradicionais de educação dos profissionais (BRASIL, 2013c).

Importante lembrar que as redes são uma realidade, devendo ter fluidez para que alcancem os resultados desejados, redefinindo cada lugar (SANTOS, 2006). Dessa forma, é importante o conhecimento dos aspectos materiais pelos profissionais do serviço de origem, para que possam prever “a eficácia ou impossibilidade de cada relação” (AMARAL; BOSI, 2017, p.429).

As redes de atenção impõem um novo desafio às análises de sistemas de saúde, sendo necessário operacionalizá-las adequadamente em práticas de avaliação e investigação [...], compreender os processos gestados nas redes e reconhecer evidências de seus efeitos, inclusive nos princípios do sistema e nas práticas de cuidado (AMARAL; BOSI, 2017, p. 426).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2008, p.34), recomenda “uma avaliação não só dos resultados do trabalho, mas da organização como um todo”, com o objetivo de “aprender com as experiências e tirar lições para o futuro”

(OPAS, 2008, p.35), que levem a diferentes perspectivas, para sugerir, se for o caso, mudanças de rumo.

Não é possível determinar um modelo único para as redes, pois vários desenhos são possíveis, levando em consideração as possibilidades e limitações de contextos distintos para o alcance de serviços mais acessíveis e integrais.

Segundo Amaral; Bosi (2017, p.432), para compreender e fundamentar as implicações das redes na qualificação da atenção à saúde, é necessário identificar “efeitos práticos [...] entre a idealidade conceitual e sua materialidade no cotidiano dos serviços”. Assim, para que a APS nas RAS possa ser organizadora do sistema e coordenadora do cuidado, são necessários melhorias da infraestrutura física e tecnológica, construção de unidades, quando necessário, e mecanismos de valorização e programas de qualificação dos profissionais (LAVRAS, 2011).

Dessa forma, entendendo que o desenvolvimento dos profissionais por meio de qualificação permanente em saúde, é fundamental para a oferta de serviços de qualidade, o assunto será aprofundado na próxima seção.

2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O termo Educação Permanente em Saúde (EPS) surge em meados de 1980, em decorrência do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, conceituando EPS e Educação Continuada, distinguindo a última como ações de educação parceladas e fora do contexto do serviço (OPAS, 1988). Assim, “Educação Continuada, contempla as atividades que possuem período definido para execução e utilizam, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como exemplo as ofertas formais nos níveis de pós-graduação” (BRASIL, 2018b, p. 10).

Dessa forma, conforme Ceccim (2005), a EPS corresponde à educação em serviço, colocando os conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica a favor de um projeto de mudança institucional ou a favor de ações prestadas em dado tempo e lugar.

A formação dos profissionais de saúde fundamentou-se por muito tempo no uso de metodologias conservadoras de forma a produzir a fragmentação do saber, separação do corpo da mente, a ciência da ética, conseqüentemente, produzindo o conhecimento especializado (MITRE *et. al.*, 2008), gerando [...] “um ensino dissociado

dos serviços e das reais necessidades do sistema de saúde vigente” (MITRE *et. al.*, 2008, p. 2135).

Dessa forma para que o cuidado em saúde possa ser desenvolvido em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, proporcionando a integralidade do cuidado à saúde, percebeu-se a necessidade de investimentos em novas dinâmicas de formação dos profissionais da saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

“Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 886). Portanto, há a necessidade constante de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de desenvolvimento de novas perspectivas do cuidado e da autonomia individual em associação com o coletivo (MITRE *et. al.*, 2008).

“As estratégias de EPS no setor público vêm sendo elaboradas na América Latina, [...], desde a década de 1980, impulsionadas na saúde pela OPAS” (VINCENT, 2007, p. 81), ganhando estatuto de política pública na área da saúde. “No Brasil, o MS constituiu, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo de inserir os conceitos de gestão do trabalho e da educação na saúde a partir dos princípios e diretrizes do SUS” (VINCENT, 2007, p. 81). “A atuação da SGTES contemplou, [...], a formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)” (GONÇALVES *et al.*, 2019, p. 13), “[...] instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007” (BRASIL, 2018b, p. 9), adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (2006), consolidando a EPS como forma de fortalecimento do SUS e da Atenção Básica.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), apresenta entre suas finalidades para o ensino superior, a de estimular o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; e estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade. Isso reforça a necessidade de ressignificação do ato de ensinar, utilizando as abordagens pedagógicas progressivas de ensino aprendizagem, com a intenção de formar profissionais dotados de conhecimentos, raciocínio, crítica, responsabilidades e sensibilidade para as situações da vida e da sociedade (MITRE *et. al.*, 2008).

Assim, a EPS é a estratégia fundamental para o desenvolvimento de profissionais “perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional”, [...] “orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde da população” (CECCIM, 2005, p. 163).

Nos projetos pautados pelo conceito de educação permanente, os problemas da prática, as demandas para uma prestação de serviços de qualidade, são objeto de reflexão coletiva pelos sujeitos da atenção à saúde, a partir da qual são definidas as necessidades de intervenções política-educativas e outras, referenciadas à esfera da gestão (VINCENT, 2007, p. 81).

Dessa forma, a participação dos segmentos de formação, da atenção, da gestão e do controle social na orientação dos trabalhos, e na definição dos conteúdos (CECCIM, 2005), a partir dos olhares dos diversos atores envolvidos, proporciona evolução mútua, renovada e permanente, em direção ao processo contínuo de busca da qualidade na atenção à saúde (VINCENT, 2007).

Dessa forma, os profissionais desenvolvem importante papel no processo de ensino-aprendizagem, já que trazem as suas vivências, compartilhando-as para a construção do conhecimento, concepção chamada de construtivista, pois “os serviços de saúde são organizações complexas, em que apenas o aprendizado significativo será capaz de gerar a adesão dos trabalhadores aos processos de transformação do cotidiano” (CECCIM, 2005, p. 161).

“No entanto, tem que se questionar ainda, se o conhecimento atualizado é suficiente para modificar os processos, o trabalho e as relações entre os profissionais, isto é, qual o verdadeiro reflexo da educação nas práticas profissionais” (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010, p. 32), pois “as metodologias ativas não são autossuficientes na superação das fragilidades da formação em saúde” (SIMON *et al.*, 2014, p. 1360).

Porém, apesar da EPS estar imersa em um complexo contexto de desafios para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS, ela se mostra potente ferramenta, frente aos obstáculos pertinentes às práticas de formação dos profissionais, gestão e assistência.

3 METODOLOGIA

3.1 LOCAL DO ESTUDO E SUJEITOS PARTICIPANTE

O percurso metodológico deste trabalho envolveu, pesquisa documental e trabalho de campo. A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Cachoeira do Sul/RS. O município dista 196 km de Porto Alegre, capital do Estado, apresentando no último censo (2010) população de 83.827 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020b), e densidade demográfica de 22,44 hab./km². Ainda segundo o IBGE, o salário médio mensal dos trabalhadores formais é 2,3 salários-mínimos (dados de 2018); taxa de escolarização de 6 a 14 anos de 98,7% (dados de 2010); taxa de mortalidade infantil de 7,02 óbitos por mil nascidos vivos (dados de 2017). A rede municipal de saúde é distribuída em três níveis de serviços: primário, segundo e terciário.

O nível primário é composto de três UBS e oito ESF. Conforme dados do site e-gestor AB, competência abril de 2020, a cobertura de AB é de 50,00% (41.100 habitantes), o que é um ponto fraco do município. A AB é composta por 24 médicos, 17 enfermeiros e dois nutricionistas, que prestam serviços nas ESF e UBS do município. O nível secundário conta com serviços especializados como o Centro de Saúde Princesa do Jacuí, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, um CAPS Álcool e Drogas (CAPS-AD) e um Ambulatório Vida (Serviço Especializado para ISTs/HIV/AIDS). Já no nível terciário, o município possui o Hospital de Caridade e Beneficência. O município tem gestão plena do sistema, desde o ano de 1998.

A pesquisa de campo previa inicialmente 42 participantes, correspondente a todos os profissionais de nível superior servidores da APS, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por serem os profissionais diretamente envolvidos no cuidado dos usuários com sobrepeso e obesidade, sendo excluído deste número um profissional nutricionista que estava desenvolvendo atividades na gestão municipal, no momento da pesquisa. Para esta pesquisa, entendeu-se que estes seriam os profissionais mais indicados para participar, pela experiência de atuação na LC. Por esse motivo, optou-se pela não inclusão de outras

categorias de profissionais de saúde, como técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares administrativos e agentes comunitários de saúde. Durante a busca para a realização da coleta de campo, a pesquisadora constatou que um médico e uma enfermeira estavam desempenhando outras funções na SMS (regulação), cinco profissionais, (uma enfermeira e quatro médicos) foram retirados da amostra por realizarem atendimentos de ginecologia e obstetrícia no Centro de Saúde Princesa do Jacuí, dois profissionais (um médico e uma enfermeira) estavam gozando de suas licenças para aposentar-se, um médico estava em licença saúde, um médico não pertencia mais ao quadro de servidores e uma médica estava lotada no CAPS-AD. Contando com essas exclusões, faltariam cinco profissionais para serem entrevistados, mas a pesquisadora encontrou saturação de dados após 25 entrevistas realizadas. A saturação da coleta de dados deu-se quando “nenhum novo elemento permite ampliar o número de propriedades do objeto investigado” (THIRY-CHERQUES, 2009, p. 20), determinando que as observações deixaram de ser desnecessárias e a amostra se mostrou variada, senão mesmo representativa.

Apesar de a análise de dados ser uma fase distinta, durante a fase de coleta de dados a análise já pode ir ocorrendo (MINAYO *et al.*, 2002), pois conforme as entrevistas são realizadas, o pesquisador deve explorá-las individualmente imergindo em cada registro (FONTANELLA *et al.*, 2011).

Foram incluídas na pesquisa três UBS localizadas na área urbana e oito ESF. Foram entrevistados: nove médicos, quinze enfermeiros e um nutricionista, todos trabalhadores da AB. A coleta de dados iniciou-se nos serviços próximos ao centro urbano e, na sequência, partiu-se para os outros serviços, à medida que iam sendo realizadas as entrevistas. As entrevistas foram realizadas no período entre julho e novembro de 2019.

3.2 NATUREZA DA PESQUISA E COLETA DOS DADOS

Optou-se pela realização de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, utilizando estudo de caso como metodologia, já que os dados foram obtidos por meio de trabalho de campo e pesquisa documental. A escolha pelo estudo de caso decorre da compreensão de que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade

abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO *et al.*, 2002, p. 22).

A pesquisa documental ocorreu a partir da consulta aos prontuários eletrônicos dos usuários da LC na AB, com o intuito de traçar o perfil deste grupo.

Conforme, Minayo *et al.* (2002), a pesquisa de campo, que neste estudo ocorreu por meio da realização de entrevistas, promoveu a relação direta do pesquisador com os sujeitos a serem estudados, apresentando, ao pesquisador, possibilidades de construção de novos conhecimentos, através da percepção de diversas realidades existentes no cotidiano social. Dessa forma, oferta um leque de procedimentos e descobertas através das dinâmicas da realidade. O campo de pesquisa é um recorte do que se pretende estudar, tornando-se “um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre o pesquisador e o grupo estudado, propiciando a criação de novos conhecimentos” (MINAYO *et al.*, 2002, p. 54), já que “a indagação inicial norteia o investigador durante todo o percurso de seu trabalho” (MINAYO, 2012, p. 623).

“O objetivo da pesquisa está, então, menos em testar aquilo que já é bem conhecido [...] e mais em descobrir o novo e desenvolver teorias empiricamente fundamentadas” (FLICK, 2009, p. 24). “Esse tipo de pesquisa visa a abordar o mundo “lá fora”” (GIBBS, 2009, p.8), entendendo, analisando as experiências de indivíduos ou grupos (GIBBS, 2009).

3.2.1 Revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica, expondo “resumidamente as principais ideias já discutidas por outros autores que trataram do problema, levantado críticas e dúvidas, quando for o caso” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 68), possibilitou a busca de conhecimentos e informações pertinentes sobre o assunto. Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes bases de dados:

- CAPES <http://www.capes.gov.br> (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior);

- LILACS <http://lilacs.bvsalud.org> (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde);

- MEDLINE <https://www.bibliotecas.ufu.br/portal-da-pesquisa/base-dedados/medline-pubmed> (sistema online de busca e análise de literatura médica);

- SCIELO <http://www.scielo.org> (Biblioteca eletrônica científica online).

Os termos de busca utilizados foram: SUS, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, transição nutricional, atenção básica, educação permanente em saúde, linha de cuidado, redes de atenção, obesidade e sobrepeso.

Os documentos considerados mais pertinentes e representativos, considerando o tema e os objetivos da pesquisa, foram consultados.

3.2.2 Pesquisa Documental

Conforme a LC do sobrepeso e obesidade do município de Cachoeira do Sul, a implementação da LC iniciaria em agosto de 2018, com a capacitação das equipes das UBS. Estava previsto que, em junho de 2019, 50% das unidades teriam acesso à LC, chegando a 100%, até dezembro de 2019 (CACHOEIRA DO SUL, 2018). A pesquisa documental realizada nos prontuários, teve como recorte os usuários que participaram da LC, no período de agosto de 2018 a agosto de 2019. A pesquisa documental foi realizada de agosto de 2019 a junho de 2020, com a colaboração do profissional nutricionista, por meio do prontuário eletrônico, chamado Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIMUS), implantado no ano de 2015. O período mais prolongado de coleta documental foi necessário para que os profissionais envolvidos pudessem conciliar a pesquisa as suas rotinas de trabalho. Foram coletadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, frequência de participações nos grupos no período analisado e números de consultas relacionadas ao tratamento da obesidade e suas implicações.

3.2.3 Entrevistas

“A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo” (MINAYO *et al.*, 2002, p. 57), possibilitando a coleta de dados, tanto objetivos como subjetivos, para a abordagem da temática pesquisada (MINAYO *et al.*, 2002). Considerando os objetivos da pesquisa, foram entrevistados 25 profissionais de nível superior inseridos nos serviços da AB, envolvidos nos atendimentos dos usuários, já que prioritariamente

a porta de entrada para o usuário com sobrepeso e obesidade se dará AB do município.

Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice B), composto por cinco questões subjetivas, norteadoras, sobre o processo de implementação da LC do sobrepeso e obesidade, abordando também questões sobre EPS.

Do total, foram selecionadas 13 entrevistas para análise mais profunda do conteúdo, escolhidas levando em consideração as vivências relatadas pelos profissionais, consideradas mais significativas para o objetivo da pesquisa.

O roteiro da entrevista foi composto de questões estruturadas e não-estruturadas, levando em consideração o fato de serem mais ou menos dirigidas. Ao optar pela entrevista com perguntas abertas ou não estruturadas, considerou-se a possibilidade de permitir, segundo Minayo *et al.* (2002), que o informante discorra livremente sobre o tema proposto. Já as perguntas estruturadas, possibilitaram caracterizar os participantes da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram analisados pela técnica da análise de conteúdo que considera:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2016, p. 48).

“A análise de conteúdo trabalha a fala, quer dizer, a prática da língua realizada por emissores identificáveis” (BARDIN, 2016, p. 49). Possibilita ao pesquisador “[...] conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais debruça” (BARDIN, 2016, p. 50). Foram selecionadas 13 entrevistas para ter seu conteúdo analisado.

Conforme, Rocha; Deusdará (2005), os objetivos dos estudos desenvolvidos à luz da análise de conteúdo, acima de tudo, explicitam “os rumos assumidos pelas práticas languageiras de leitura de textos no “campo das ciências”” (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p.308). Ainda, conforme Rocha; Deusdará (2005, p.308), “trata-se

da sistematização, da tentativa de conferir maior objetividade a uma atitude que conta com exemplos dispersos, mas variados, de pesquisa com textos”. Essa prática interpretativa, nasceu, no século XX, da tradição de abordagens de textos como recurso metodológico para validação de descobertas (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

“O pesquisador primeiramente deve realizar a primeira leitura dos textos produzidos [...], chamada de leitura flutuante. A partir [...], o pesquisador pode transformar suas intenções em hipóteses a serem validadas ou não nas etapas consecutivas” (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p. 313).

Dessa forma a principal pretensão da análise de conteúdo é ultrapassar a incerteza “o que eu julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido [...]?” (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p. 310).

Com isso, vê-se uma concepção da linguagem como representação de uma realidade *a priori*: a linguagem seria apenas um veículo de transmissão de uma mensagem subjacente, sendo a esse conteúdo que se pretende chegar com uma pesquisa em Análise de Conteúdo (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p. 311).

“A *categorização* é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de reagrupamento baseado em analogias, [...]” (FRANCO, 2005, p. 57). “Em verdade, a criação de categorias é o ponto crucial da análise de conteúdo” (FRANCO, 2005, p. 57). Nesta pesquisa, as categorias foram criadas *a priori*, já foram predeterminadas em busca de uma resposta específica (FRANCO, 2005), conforme os seus objetivos. Ainda seguindo Minayo (2012, p. 625):

A interpretação nunca será a última palavra sobre o objeto estudado, pois o sentido de uma mensagem ou de uma realidade está sempre aberto em várias direções. No entanto, quando bem conduzida, ela deve ser fiel ao campo de tal maneira que caso os entrevistados estivessem presentes, compartilhariam os resultados da análise.

Para a apresentação dos dados, foram elaborados quadros para cada categoria, juntamente com os indicadores e uma seleção de trechos dos discursos relacionados.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido aprovada sob parecer nº 3.450.636 (Anexo A), estando em conformidade com a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) –MS, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos (BRASIL, 2012b). No município de Cachoeira do Sul, foi submetido à Secretaria de Saúde do município (Anexo B).

A participação dos profissionais se deu mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo conteúdo incluiu: o objetivo do estudo, os contatos dos pesquisadores, o esclarecimento sobre os riscos e benefícios, o compromisso dos pesquisadores com o sigilo das informações e a possibilidade de retirar-se do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo (Anexo C).

O termo de responsabilidade para uso dos dados assinado pelas pesquisadoras é apresentado no Anexo D.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 25 profissionais de saúde, sendo quinze enfermeiros, nove médicos e um nutricionista.

A tabela 1 apresenta as variáveis que caracterizam o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa.

Tabela 1 - Características dos profissionais entrevistados.

Profissão	Nº de entrevistados	Sexo		Tempo de serviço na unidade de saúde	
		Fem.	Mín. Idade	Mín.	Max.
Médicos e Nutricionista	10	03	27	1 dia	22 anos
		07	70		
Enfermeiro	15	13	27	1 dia	8 anos
		02	66		

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

Na tabela 2, estão as características desses participantes.

Tabela 2 - Características dos profissionais cujas entrevistas foram analisadas.

Profissão	Nº de entrevistados	Sexo		Idade		Tempo de serviço na unidade de saúde	
		Fem.	Masc.	Mín.	Max	Mín.	Max.
Médico e Nutricionista	03	01	02	30	70	7 mes.	6 anos
Enfermeiro	10	10	00	30	47	1 dia	8 anos

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

As entrevistas selecionadas são de dois médicos, dez enfermeiros e um nutricionista, representando seis ESF e as três UBS. Em relação ao total de médicos entrevistados, considerando a variável sexo, o grupo é formado de sete profissionais do sexo masculino e duas do sexo feminino. Considerando o número de profissionais nutricionistas na APS, corrobora achados do estudo de Gomes; Salado (2008), que coloca sobre a baixa participação dos profissionais na saúde pública, ao contrário de outras áreas de atuação mais expressivas como: nutrição clínica, unidades de alimentação e nutrição e nutrição esportiva. Esse cenário pode refletir, conforme refere Santos (2005), que a participação do nutricionista no Programa Saúde da Família (PSF), na visão dos trabalhadores de saúde, está intimamente ligada à vontade política dos gestores públicos. Porém, os dados encontrados em Neis *et al.* (2012), divergem de Santos (2005), pois refere a baixa concentração de nutricionistas na saúde coletiva, ao desconhecimento das atribuições do nutricionista, e visão elitista da profissão.

“A baixa oferta de ações primárias de alimentação e nutrição na rede [...], ou a sua baixa incorporação na atuação das equipes de saúde, implica em limitar o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade [...]” (BRASIL, 2009b, p. 11).

Ressalta-se que, dos profissionais de enfermagem selecionados para terem suas entrevistas analisadas, o predomínio foi do sexo feminino (10), o mesmo ocorreu levando em consideração o número total de enfermeiros do estudo. Este achado, está em consonância com os demais estudos que evidenciam a predominância de mulheres na graduação em enfermagem (SPÍNDOLA; MARTINS; FRANCISCO,

2008). Talvez isso ocorra, conforme infere Moreira (1999, p.62), porque “a enfermagem, como o magistério, caracterizasse como uma profissão de mulheres, profissão, que no mundo público, representava uma extensão do lar, das representações de um feminino dócil, que cuida, nutre e educa”. Por outro lado, a maioria de homens encontrada entre os profissionais médicos da APS de Cachoeira do Sul diverge dos achados de Barbosa *et al.* (2019).

4.2 ANÁLISE DO CONTEÚDO

Para melhor compreensão, as categorias foram dispostas em quadros, onde constam, além da categoria e da pergunta-chave usada no roteiro de entrevista: o indicador (descreve a concepção usada como referência, conforme a literatura), a identificação dos sujeitos de pesquisa e a citação de frases ilustrativas selecionadas. Os participantes da pesquisa foram representados por letras e números: a letra identifica a profissão do profissional de saúde; e o número, o profissional de saúde que corresponde à fala. Com a finalidade de não identificação das falas do profissional nutricionista, por ser somente um na AB, este foi incluído na categoria dos médicos.

4.2.1 Categoria 1: Conhecimento sobre a LC do sobrepeso e obesidade.

Esta categoria foi construída a partir das respostas à questão 1: “Você conhece a LC do sobrepeso e obesidade e sabe qual o seu objetivo?”.

Quadro 1 - Categoria 1: Conhecimento sobre a LC

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Conhecimento sobre a LC do sobrepeso e obesidade Pergunta-chave: Você conhece a LC do sobrepeso e obesidade e sabe qual seu objetivo?	“A linha de cuidado (LC) estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS” (BRASIL, 2014d, p. 2).	E1	<i>Eu conheci pela [...], porque [...] estavam conversando e organizando na Unidade. Eu também participei de alguns grupos, não sei se tem ligação também e não sei muito assim os objetivos assim bem específicos assim, mas eu participei um pouco.</i>
		E2	<i>Eu não conheço. Eu sei que tem o grupo da obesidade, tudo.</i>
		E3	<i>Não, o objetivo até a gente sabe, né, que, mas eu não conheço não.</i>
		E4	<i>[...] eu não tô por dentro.</i>
		MN5	<i>Eu não conheço essa linha, mas o objetivo é o emagrecimento da população, evitar as doenças crônicas Diabetes, Hipertensão.</i>
		E6	<i>Bem especificamente assim, não, [...].</i>

			<i>O meu entendimento em relação às ações preventivas como grupo de pacientes com hipertensão e diabetes que a gente desenvolve na unidade.</i>
		E7	<i>Não.</i>
		E8	<i>Não.</i> <i>A gente não tem protocolo na verdade específico. O que eu sei que tem quem atende, onde atende, o que eu tenho que encaminhar, que dias são os grupos e quais os grupos.</i> <i>Essa linha de cuidado quando tu fala me dá um nó no meu cérebro.</i>
		E9	<i>Não.</i> <i>Essa é a linha de cuidado que eu tenho com os pacientes, mas eu não sei te dizer se isso está certo, se não tá, se faz parte do que o Ministério quer. Eu não sei, por isso disse não. Eu não sei se é isso.</i>
		E10	<i>Mais ou menos.</i> <i>Eu já ouvi falar, mas não sei detalhes.</i> <i>Eu sei que foi traçado a linha de cuidado do município com o nutricionista, mas eu não sei realmente como é que funciona.</i>
		E11	<i>Não tenho conhecimento, assim, específico, a gente busca alguma orientação até por que faz puericultura e</i>

			<i>agora a gente tá também acompanhando as crianças que ficam meio perdida, as crianças até 5 anos por causa do Crescer Saudável. Aí eu busquei alguma orientação, uma tabela do Ministério da Saúde, umas orientações sobre alimentação, mas nada específico que eu tenha recebido.</i>
		MN12	<i>Sim, o objetivo é proporcionar um atendimento adequado às pessoas que necessitam de um melhor cuidado para a saúde. Então, pessoas que têm, que estão em tratamento para fazer a cirurgia bariátrica, fazer o tratamento cirúrgica da obesidade, pessoas que têm Diabetes de qualquer tipo, pessoas com hipertensão ou outras doenças crônicas.</i>
		MN13	<i>Não, não, não tenho.</i>

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

As respostas dos entrevistados, em sua grande maioria, demonstram que os profissionais não conhecem a LC do sobrepeso e obesidade, construída no município em 2018, através de documento formal, aprovado na Comissão Intergestores Regional (CIR).

Ressalta-se que “é fundamental que a LC seja amplamente conhecida e apropriada (com implicação) por todos os trabalhadores e todos os gestores de todos os serviços que integram a rede assistencial, [...]” (CECCIM; FERLA, 2006, p. 176).

No cronograma de implementação da LC no município, estava programada a realização de capacitações das equipes de saúde, no período de agosto a novembro de 2018 (CACHOEIRA DO SUL, 2018), porém, as respostas dos entrevistados sugerem que o cronograma não foi desenvolvido como planejado, já que a maioria desconhecia a formalização da LC. Porém, apesar do desconhecimento, mostraram conhecer o desenvolvimento dos grupos de apoio realizados pelo nutricionista, mas não identificavam a ação como integrante da LC. A maioria dos profissionais de enfermagem, responderam ter noção do objetivo da LC, assim como a categoria formada pelos profissionais médicos e nutricionista. Isso não surpreende, já que o conceito de cuidado em saúde através de LC, como forma de atender as condições crônicas no SUS, está, atualmente, amplamente divulgado entre os profissionais de saúde, apesar de que “no Brasil, o tema tem sido tratado, recentemente, mas com uma evolução crescente” (MENDES, 2011, p. 67). Conforme, Mendes (2011), os primeiros relatos de experiências pioneiras, datam no início dos anos 2000.

Em fevereiro de 2013, foi publicada a portaria nº 252/GM/MS que 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 apenas a atualizou. A partir destas portarias, foi publicada a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que 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 (BRASIL, 2014d, p. 2).

Dessa forma, através da publicação da Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013b) e da Portaria nº 425, de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013d) houve a necessidade da organização da LC do município de Cachoeira do Sul e dos municípios da região. A Resolução nº 589/14-CIB/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2014a), aprovou a Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

A LC descreve os fluxos, critérios da regulação (protocolos de encaminhamento), as formas de monitoramento da implantação da linha (cronograma de implantação) e as ações esperadas nos pontos de atenção (BRASIL, 2014d).

“A perspectiva de organização da LC pressupõe-se a partir de um conceito simples, mas de difícil consecução, ou seja, a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário” (MALTA; MERHY, 2010, p. 595).

Conforme achados de Marinho *et al.* (2011, p. 627), “[...] a linha de cuidado configura-se em um importante dispositivo para a mudança do modelo biomédico, no entanto reconhece a dificuldade na transformação desse modelo, pois considera que muitos profissionais são limitados à visão biológica”.

A resolutividade de uma LC difere da resolutividade da atenção básica à saúde apenas pelo reconhecimento e uso de uma cadeia de serviços, mas igualmente se define por acolhimento, responsabilidade pela cura e desenvolvimento da autodeterminação dos usuários (CECCIM; FERLA, 2006).

Objetiva-se que a rede seja baseada em uma prática cuidadora, e que, comprometida com a vida, tenha capacidade de moldar-se em resposta as condições do usuário (CECCIM; FERLA, 2006).

“A proposta de reorganização dos serviços de saúde na perspectiva de rede e de linhas de cuidado favorece uma abordagem mais integrada e intrassetorial da obesidade [...]” (DIAS *et al.*, 2017, p. 8).

“O que se defende não é deixar de lado todo o conhecimento sobre as doenças, mas fazer um uso prudente desse conhecimento guiado por uma visão ampliada das necessidades dos indivíduos que se cuida” (MARINHO *et al.*, 2011, p. 628).

Este agir na saúde, traz consigo inúmeros elementos, inclusive os das tecnologias de cuidado, as quais sugere-se que tenham a hegemonia do Trabalho Vivo em ato, calçando um trabalho mais relacional, tecnologias leves centrado. Isto significa romper com a lógica prescritiva da atividade assistencial, que a captura do Trabalho Morto exerce, em todos os níveis da assistência. (MERHY; FRANCO, 2003, p. 11).

Destaca-se que a aprovação da Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade ocorreu há seis anos. Portanto, é um assunto relativamente novo na rotina dos serviços de saúde. Dessa forma, as linhas de cuidado ainda estão em processo de implementação na Atenção Básica, necessitando, conforme Marinho *et al.* (2011), serem consolidadas.

Assim, apesar do conhecimento do conceito de LC, “a criação de protocolos e condutas relacionadas à prevenção e controle da obesidade é um grande desafio aos profissionais e serviços [...]” (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004, p. 531).

Porém, conforme Ceccim; Ferla (2006, p. 167):

A linha de cuidado implica em um redirecionamento permanente do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe se constitui como de fundamental importância para a ampliação das compreensões e interpretações, pois não é uma patologia ou um evento biológico o que flui por uma linha de cuidado, mas uma pessoa, um processo de subjetivação, uma existência encarnada num viver individual.

Dessa forma, as linhas de cuidado se apresentam como potentes geradoras de mudanças no cuidado do usuário, mas para isso elas precisam ser organizadas e executadas para “que se tenha acesso às ações e aos serviços de saúde como expressão fundamental do direito de todos” (CECCIM; FERLA, 2006, p. 173).

“Assim, ao longo do percurso da LC, nuances, sutilezas e transformações podem e devem encontrar acolhida [...], inclusive abrindo outros fluxos na malha de cuidados de uma rede de saúde” (CECCIM; FERLA, 2006, p.167).

4.2.2 Categoria 2: Capacitação do profissional para o manejo do usuário da LC do sobrepeso e obesidade

Esta categoria foi construída a partir das respostas à questão 2: “Você se considera capacitado para o manejo dos usuários com sobrepeso e obesidade? Comente”.

Quadro 2 - Categoria 2: Capacitação do profissional para o manejo do usuário da LC

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Capacitação do profissional capacitado para o manejo do usuário da LC. Pergunta-chave: “Você se considera capacitado para o manejo dos usuários com sobrepeso e obesidade? Comente”	“A capacitação é tida como ferramenta para obtenção da melhoria na realização da assistência e também entendida como forma de valorização do trabalhador” (MARCONDES <i>et al.</i> , 2015. p. 13).	E1	<i>Acredito que não muito, mas eu ia encaminhar para a [...] mesmo. Falta.... falta mesmo capacitação, algum estudo mais aprofundado, não sinto muito, mais para uma orientação alimentar, assim.</i>
		E2	<i>Eu tento, acho, acho que regular. Eu gostaria de ter o nutricionista comigo, assim, para me dar mais um aporte melhor, né. Acredito que seja regular, mas tento, tento.</i>
		E3	<i>Eu tenho conhecimento, assim, superficial, básico para orientar o hipertenso, diabético, mas eu não tenho, não me acho capacitada pra fazer uma, né, uma conduta mais assim, mais profunda [...].</i>
		E4	<i>Não, sinceramente não.</i>

			<i>Sim, as mínimas sim, tanto para o idoso, a questão da qualidade, hipertenso, diabético. Tudo isso, a gente faz aquele geralzão. A criança também a parte da puericultura, mesmo, né, eu fiz com a acadêmica, ali, eu trouxe o meu material quando eu era acadêmica, mesmo, né, trouxe ali para fazer um receituário para entregar para as mães. Ali a questão do aleitamento até os seis meses, depois entra com o suquinho, papa, depois a papa salgada, toda aquela orientação ali.</i>
		MN5	<i>Não me sinto muito capacitado.</i>
		E7	<i>Os primeiros cuidados, sim, as primeiras orientações, sim, de dieta, de exercício. Eu sigo o básico que o profissional enfermeiro sempre faz. Que a gente, mas não, sim.. eu não cheguei a ler nenhum protocolo, nem nada assim para te dizer. Eu como enfermeira a minha conduta, sempre é fazer as primeiras orientações. Pergunto como é que é, como é que é? Como que tu come? Para a partir daí começar a trabalhar. Daí a gente, sempre costumo encaminhar para uma avaliação com nutricionista, [...].</i>
		E8	<i>Sim, provavelmente não deva ser, mas acredito que sim.</i>
		E9	<i>Acho que teria que me capacitar mesmo. Acho que teria que ter mais conhecimento sobre o assunto. Eu não me</i>

			<i>sinto apta porque eu não sei, talvez alguma coisa. Tu falando assim na LC, eu fico pensando será que eu sei, será que não sei, então na dúvida, eu não sei.</i>
		E10	<i>Sabe, eu até me sinto bem segura, sim, em relação a isso porque tenho uma certa vivência [...].</i>
		E11	<i>Não, acho que falta um apoio, a gente tem o nutricionista, mas tem alguns critérios para encaminhar os pacientes. Acho que falta bastante ainda. As primeiras orientações sim, de hábitos alimentares, ingestão hídrica, essa coisa toda, mas a gente se preocupa, assim, de um algo mais, um profissional que oriente melhor.</i>
		MN12	<i>Sim.</i>
		MN13	<i>Com certeza. A dificuldade é mais no sentido, assim, de ter um nutricionista do teu lado à disposição [...]</i>

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

As respostas dos entrevistados demonstram a necessidade de aprofundamento da temática do sobrepeso e obesidade, pois as falas da maioria dos profissionais sugerem insegurança no cuidado dos usuários. De fato, a obesidade é uma doença causada pelo “abuso da ingestão calórica e ao sedentarismo, em que o excesso de calorias armazena-se como tecido adiposo, gerando o balanço energético positivo” (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 360), associada a múltiplos fatores, incluindo “genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais, causando forte impacto tanto na saúde física quanto no bem-estar psicológico e, principalmente, na qualidade de vida” (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 359). Dessa forma, a obesidade é considerada uma condição de difícil manejo, integrando o grupo das DCNT.

A partir das entrevistas, percebe-se que os profissionais, de uma forma geral, estão aptos para prestarem as primeiras orientações, mais gerais sobre alimentação.

E1: “[...] falta mesmo capacitação, algum estudo mais aprofundado, não sinto muito, mais para uma orientação alimentar [...]”.

E2: “Eu tento, acho, acho que regular”.

E3: “Eu tenho conhecimento, assim, superficial, básico [...]”.

E4: “[...] a gente faz aquele geralzão”.

E7: “Os primeiros cuidados, sim, as primeiras orientações, sim, de dieta, de exercício”.

E11: “As primeiras orientações sim, de hábitos alimentares, ingesta hídrica, essa coisa toda, mas a gente se preocupa, assim, de um algo mais, um profissional que oriente melhor”.

Conforme Neis *et al.* (2012, p. 410), “devido à dificuldade de acesso dos usuários ao atendimento nutricional, os profissionais assumem as responsabilidades sobre as orientações. Porém, [...] assumirem a responsabilidade, destacam que deixam a desejar, pois possuem conhecimento deficiente [...]”. Conforme Braga *et al.* (2020), essas características relacionadas à atuação dos enfermeiros voltadas à obesidade sinalizam a necessidade de reorganização de suas práticas profissionais de modo a realizar ações específicas.

Considerando que a nutrição é a base sobre a qual se desenvolvem todos os processos fisiológicos e patológicos, que nenhum fenômeno orgânico normal ou anormal ocorre sem que haja um componente nutricional envolvido e ainda

que o papel primordial da nutrição é o da promoção, manutenção e recuperação da saúde, pressupõe-se a necessidade de um adequado preparo dos profissionais da área da saúde em relação ao assunto (BOOG, 1999, p. 141).

Destaca-se, que as DCNT se caracterizarem pela sua história natural prolongada de longo curso assintomático e em geral lento e permanente, com períodos de remissão e de exacerbação (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004), requerendo acompanhamento continuado e de longo prazo do usuário, demandando o compartilhamento de um cuidado multiprofissional permeado por diversos olhares. Isso faz com que os profissionais necessitem de maior apoio, conforme refere a fala: E11: “[...] a gente se preocupa, assim, de um algo mais, um profissional que oriente melhor”.

Cinco profissionais, sendo quatro enfermeiros e um médico, referenciaram a necessidade do apoio do nutricionista, ressaltando a importância deste profissional e indo ao encontro de outros “resultados obtidos em pesquisas em que foram avaliadas as dificuldades que os médicos e enfermeiros têm na abordagem de problemas alimentares” (SANTOS, 2005, p. 262).

Embora a assistência e a educação alimentar e nutricional constituam ações privativas do nutricionista, [...], a promoção da alimentação saudável tem caráter mais amplo, perpassando não só ações de outros profissionais como também iniciativas que transcendem os serviços de saúde (BOOG, 2008, p. 34).

Ao encontro disso, o MS tem publicados diversos materiais técnicos sobre o assunto, contudo, conforme Boog (2008), a informação obtida não significa a problematização da realidade, mantendo o importante papel do nutricionista como referência para os demais profissionais (NEIS *et al.*, 2012).

Assim, como estratégia, é “necessária a constante atenção à qualificação profissional como garantia da assistência de qualidade ao usuário [...]” (MARCONDES *et al.*, 2015, p. 9), sugerindo a necessidade de “uma abordagem mais próxima da prática, na qual o profissional nutricionista é o profissional reconhecidamente capacitado para estas ações” (NEIS *et al.*, 2012, p. 406), possibilitando, assim, o preenchimento de possíveis lacunas na formação do profissional de saúde.

A fala do entrevistado E11: “[...] a gente tem -o nutricionista, mas tem alguns critérios para encaminhar os pacientes”, corrobora com NEIS *et al.* (2012, p.410), que refere que os encaminhamentos para o nutricionista são priorizados, fazendo que o

acesso ocorra “quando já existe um quadro de obesidade, desnutrição ou de doenças relacionadas à nutrição, [...], vinculando a atividade do nutricionista à doença”.

Assim, é preciso avançar no planejamento e implementação de ações de proteção específica e diagnóstico precoce, proporcionando o avanço das ações de prevenção no nível primário de atenção (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). No planejamento das ações dos serviços, a AB deve levar em consideração as condições de saúde, problemas e necessidades da população como forma de enfrentamento da crescente prevalência da obesidade, assumindo o desafio no enfrentamento da baixa resolutividade das intervenções de saúde associadas a essa condição.

Assim, faz-se necessário modificar conceitos relacionados à alimentação. Conforme Silva; Recine; Queiroz (2002), a visão biomédica reduz a alimentação saudável como uma soma de nutrientes. “Essa escola de pensamento crê que o corpo se alimenta de nutrientes e não de alimentos” (SILVA; RECINE; QUEIROZ, 2002, p. 1373).

A alimentação é um ato muito complexo, pois além de conter e fornecer os nutrientes envolve como “são combinados entre si e preparados, as características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. Todos esses aspectos influenciam a saúde e o bem-estar” (BRASIL, 2014c, p. 15).

Estudos destacam que é fundamental a qualificação do enfermeiro, por ser um profissional importante para o fortalecimento das ações relacionadas ao enfrentamento da obesidade por ter “a compreensão do contexto social, econômico, cultural e de saúde em que se encontram as famílias moradoras no território de responsabilidades das UBS” (BRAGA *et al.*, 2020, p.2). Essa característica favorece o alcance da integralidade do cuidado do usuário, pois “pressupõe um olhar para as questões que envolvem o afetivo, o biológico, o espiritual, o sociocultural entre outras, de cada pessoa que se cuida” (LIMA *et al.*, 2012, p. 946). “Com esse conhecimento que se poderá dar provimento ao fluir pelas linhas de cuidado; as linhas intensificam projetos terapêuticos individuais e não simples encaminhamentos de menor à maior tecnicidade da atenção” (CECCIM; FERLA, 2006, p. 166).

Somam-se ainda as habilidades profissionais e interacionais do enfermeiro e o fato das UBS serem “responsáveis pela execução de programas governamentais no nível da APS, especialmente aqueles voltados para a promoção à saúde e prevenção de agravos à saúde” (BRAGA *et al.*, 2020, p.2).

Essas questões suscitadas em estudos sobre a profissão enfermeiro, valem também para outras profissões com atuação na AB, uma vez que a integralidade é um atributo essencial da APS, e, na prática, é construído em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar.

Para que a integralidade do cuidado ocorra, deve-se considerar o ser humano completo, além de ser ofertada a qualificação aos profissionais que atuam na APS, pois as “mudanças exigem esforços e compromissos de cada trabalhador para revisão de valores, paradigmas e construção de práticas mais participativas e integradoras” (LIMA *et al.*, 2012, p. 945).

4.2.3 Categoria 3: Pontos positivos / pontos fortes da LC

Esta categoria foi construída a partir das respostas à questão 3: “Na sua opinião, quais os pontos positivos/ pontos fortes da LC?”

Quadro 3 - Categoria 3: Pontos positivos / pontos fortes da LC

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Pontos positivos (pontos fortes) da LC. Pergunta-chave: “Na sua opinião, quais os pontos positivos (pontos fortes) da LC?”	“[...] a importância de se integrarem os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave e onde ganham espaço as LC” (MALTA; MERHY, 2010, p. 597). “A perspectiva de organização da LC pressupõe-se a partir de um conceito simples, mas de difícil consecução, ou seja, a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário” (MALTA; MERHY, 2010, p. 595).	E1	<i>Não sei se tem a ver, eu acho que é bem importante. Eu acho a linha de cuidado bem importante porque tá havendo um crescimento bem alto de obesidade. Eu acho que tem que ter essa intervenção [...].</i>
		E2	<i>É porque eu não conheço [...].</i>
		E4	<i>Ai ponto positivo? Assim que vejo, sempre que eu precisei, quando trabalhava na [...], precisava e agora mesmo a gente precisa da [...] e [...] sempre, que possível, nos atende.</i>
		MN5	<i>Os pontos positivos aqui, em Cachoeira do Sul, que eu percebo são que tem grupo da [...], do nutricionista, que é de fácil acompanhamento, a pessoa simplesmente marca e vai, tem também o apoio psicológico do CAPS. Só o que é mais difícil aqui pra gente, são os acompanhamentos com</i>

<p>“São definidas com a participação dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado das pessoas com condições de saúde de relevância epidemiológica” (BRASIL, 2013c, p. 23).</p>		<i>endocrinologista, acompanhamento com psiquiatra que, às vezes, demora a consulta.</i>
	E6	<i>Ponto positivo que eu acho, assim, o grupo de reeducação alimentar que [...] desenvolve lá na US01. O grupo para encaminhamento para cirurgia bariátrica, outro ponto positivo. Outro ponto positivo, assim, é o programa, agora, Saúde na Escola, que a gente desenvolve nas escolas que estão pactuadas, o Crescer Saudável.</i>
	E7	<i>Como a gente não tem nutricionista para atendimento individual, só em algumas situações pontuais que eu já precisei e já consegui no caso [...].</i>
	E8	<i>Que a introdução alimentar é a gente que acaba fazendo, preventivos a gente já vê o rastreio da obesidade, gestante é a gente que acompanha, então tudo é a gente que tem que tá preparado para tá dando essa orientação. Então referente à questão de nutrição saudável, né, sendo que eu posso aplicar o questionário que tem ali durante o preventivo ou qualquer outra consulta que elas venham para ver como é que tá a alimentação deles, que é péssima.</i>
	E11	<i>Não tenho como avaliar isso, assim [...].</i>

		MN12	<i>Os pontos fortes é que a gente tá fazendo um trabalho que a gente consegue acompanhar mensalmente os...os pacientes. Então, a gente tem vários grupos, a pessoa é convidada a participar de mais de um grupo. Ela não precisa necessariamente ficar presa ou restrita só naquele grupo.</i>
		MN13	<i>[...] o nutricionista, é uma pessoa bem competente, bem ética [...]</i>

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

Os entrevistados apresentaram dificuldades em responder à questão 3, fato que pode ser atribuído ao não conhecimento da estrutura da LC implementada no município.

A análise do percurso da linha foi prejudicada, pois a maioria das respostas foram vagas, sem menção aos pontos fortes, como o trecho que segue: “Não sei se tem a ver, eu acho que é bem importante. Eu acho a linha de cuidado bem importante porque tá havendo um crescimento bem alto de obesidade, né. Eu acho que tem que ter essa intervenção [...]” (Entrevistado 1).

Essa revisão dos processos visava possibilitar o fortalecimento das ações que, na perspectiva dos profissionais, atendessem as expectativas da LC, assim como proporcionar a mudança de estratégia, caso necessário.

Foi elencada a competência do profissional nutricionista como ponto forte da linha, como vemos na fala do MN13: “[...]o nutricionista, é uma pessoa bem competente, bem ética [...]”. Da mesma forma, foi destacada a disponibilidade do profissional em prestar atendimento, quando solicitado, exemplificada através da fala E4: “[...] sempre que eu precisei, quando trabalhava na [...], precisava e agora mesmo a gente precisa da [...]sempre, que possível, nos atende”.

Outro ponto forte comentado foi a realização dos grupos da cirurgia bariátrica e de reeducação alimentar. Segundo Rodrigues; Boog (2006), as dinâmicas de grupo promovem a integração grupal e estimulam o autoconhecimento. Complementando isso, ainda, conforme Rodrigues; Boog (2006, p.924), a realização da “educação nutricional pode promover o desenvolvimento da capacidade de compreender práticas e comportamentos, e os conhecimentos [...] resultantes desse processo contribuem para a integração [...] com o meio [...]” na busca de estratégias para a mudança gradativa de hábitos. Porém, não foi realizado estudo nos participantes da LC do município, para poder inferir que houve mudança efetiva nos hábitos alimentares.

Também foram citadas ações de prevenção e monitoramento, como PSE e Crescer Saudável. Essas ações promovem a intersetorialidade, exigindo distintos mecanismos, processos e instrumentos institucionais (BURLANDY *et al.*, 2009). Os programas PSE e Crescer Saudável são ações governamentais de enfrentamento da obesidade infantil e de promoção à saúde, sendo ambos programas igualmente importantes diante da magnitude do problema e da associação com as DCNT, visando o tratamento oportuno e a prevenção em idades cada vez mais precoce.

4.2.4 Categoria 4: Dificuldades e pontos a serem desenvolvidos na LC

Esta categoria foi construída a partir das respostas à questão 4: “Na sua opinião, quais as dificuldades e os pontos a serem desenvolvidos na LC?”

Quadro 4 - Categoria 4: Dificuldades e pontos a serem desenvolvidos na LC

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Dificuldades e pontos a serem desenvolvidos na LC. Pergunta-chave: “Na sua opinião, quais as dificuldades e os pontos a desenvolver na LC?”	“Na organização dos serviços de saúde existem muitos desafios a serem alcançados, desde a compreensão das LC como organizadoras do trabalho, a vinculação das equipes de saúde com a população da região de saúde em que se situam e agem, responsabilizando-se pelos usuários, seja nos desdobramentos, seja na definição do manejo adequado, na definição de protocolos clínicos que incluam terapêutica	E1	<i>Paciente se manter em questão de orientação alimentar, acho que isso é mais difícil, acho que o seguimento do paciente.</i>
		E2	<i>É porque eu não conheço, né.[....]. É, eu acho que deveria ter outro profissional não tem como município do tamanho que é o município de Cachoeira só, e [...] não é 40 horas, é 20 horas.</i>
		E4	<i>A questão dos poucos profissionais nutricionistas na rede, né. O interessante, o ideal assim é que a gente tivesse, que seria um sonho que cada [...].</i>
		MN5	<i>O que tem mais de dificultoso, o tratamento da ansiedade, da compulsão alimentar. Acredito que se fosse para tratar a Hipertensão, Diabetes, tranquilo, eu consigo manejar tranquilamente, só como evitar essa</i>

	<p>medicamentosa adequada e procedimentos adaptados às especificidades do usuário, suas necessidades e singularidade” (MALTA; MERHY, 2010, p. 598).</p>		<p><i>compulsão alimentar, como manejar para que a pessoa consiga perder peso eficientemente é, fica mais difícil para mim sozinho, porque depende com certeza do nutricionista, depende do educador físico também.</i></p>
		E6	<p><i>[...] então, um ponto negativo é ausência de profissionais especializados, como nutricionista. [...].</i></p>
		E8	<p><i>Acho que não ter nutricionista, tinha que ter pelo menos uma para cada três/quatro ESF, entendeu? Que tivesse até... tipo assim... [...] estão esguelhadas, [...] não conseguem nem atualizar nós, sabe.</i></p>
		E11	<p><i>Não, eu acho que mais assim, o acesso, até a gente tem as orientações mas muitas vezes, como é um profissional só, o profissional adoece, tá em licença, a gente fica sem ter para onde encaminhar.</i></p>
		MN12	<p><i>Eu penso que é muito pouco tempo para o nutricionista, para tanta demanda, porque a procura é bem grande e só oito horas por semana [...].</i></p> <p><i>Acaba sendo a linha de cuidado, o tratamento sendo basicamente atendimento feito no grupo. Então, eu acho interessante, e muito importante que tivesse o atendimento individual [...].</i></p>

			<i>Outro ponto que eu acho uma dificuldade, uma fragilidade é que nas unidades de saúde também não tem nutricionista.</i>
		MN13	<i>É a conscientização da equipe.</i>

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

Na pergunta 4, a maioria dos profissionais apontou a questão de poucos profissionais nutricionistas na rede do município como principal ponto fraco da LC.

A crescente demanda do profissional nutricionista no SUS é justificada pela magnitude das DCNT, a crescente morbimortalidade, pelos altos custos e por gerar eventos contínuos que se agudizam, se não bem tratados (MALTA; MERHY, 2010). Conforme Neis *et al.* (2012), os profissionais de saúde compreendem a estreita relação entre alimentação e o perfil epidemiológico brasileiro, percebendo a importância da inserção do nutricionista para atuar na prevenção de doenças e agravos. Ainda, o autor pondera que, apesar dos documentos que orientam a importância da abordagem nutricional em ações de prevenção de doenças e agravos, isso tem sido negligenciado, priorizando as ações assistencialistas.

Para atuar nesse dilema da saúde pública contemporânea, onde “as DCNT são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano” (SCHIMDT *et al.*, 2011, p. 61), é necessário priorizar ações que visem a promoção da alimentação saudável com “ênfase do curso da vida, quebrando um ciclo vicioso que se inicia ainda no período intra-uterino, e se perpetua ao longo da vida” (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008, p. 333).

Dessa forma, é preciso priorizar o desenvolvimento de uma agenda de ações focadas na nutrição da população, um maior investimento nos profissionais de nutrição como efetivos participantes da AB do município, a fim da qualificação e fortalecimento da nutrição na rede.

Também estabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção e resolutividade dos problemas de saúde, como resultado do trabalho sob uma nova perspectiva dos processos como: organização da vigilância e análise das informações de saúde, de forma a agregar conhecimentos sobre as necessidades da população; incentivar a disseminação de informações sobre saúde para a população; comprometimento dos gestores; promoção da autonomia dos usuários e responsabilização do cuidador pelo usuário.

Conforme Malta; Merhy (2010) para o trabalho integrado em saúde, há a necessidade de participação dos saberes de uma equipe multiprofissional que garanta o cuidado integral, por meio da formação adequada e investimentos em educação e qualificação permanente, como forma de superar as dificuldades, existentes na maioria dos serviços de saúde, relacionadas à insuficiência na gestão dos recursos

humanos, com números de usuários superiores à capacidade da equipe, acarretando a sobrecarga das atividades (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Para que a proposta de reorganização dos serviços na perspectiva da LC do sobrepeso e obesidade alcance o seu objetivo, faz-se necessário ampliar o acesso ao profissional nutricionista, como referem os entrevistados, na fala: “[...] então, um ponto negativo é a ausência de profissionais especializados, né, como nutricionista. [...]” (Entrevistado 6).

Cabe salientar que a educação nutricional, prioridade do nutricionista nas ações, necessita de uma visão complexa, já que a alimentação é influenciada também por aspectos sociais e psicológicos (NEIS *et al.*, 2012). Como o nutricionista não tem lugar assegurado em muitas UBS e ESF, os profissionais de saúde geralmente acabam desempenhando papel de coadjuvante, assumindo função que não lhes pertence (SANTOS, 2005, p. 261).

A necessidade de outros profissionais, como parte da equipe multiprofissional, é relatada pelo entrevistado MN 5, o qual refere: “[...] manejar para que a pessoa consiga perder peso eficientemente é, fica mais difícil para mim sozinho, porque depende com certeza do nutricionista, depende do educador físico também, né”. Segundo Santos (2005), a importância do trabalho em equipe multiprofissional, caracterizado pelas múltiplas intervenções técnicas e interação dos agentes de diferentes profissões, produz a articulação das ações multiprofissionais e de cooperação nos serviços. Uma das maneiras de organizar a integralidade do cuidado é através dos projetos terapêuticos integrais, que “são elaborados pelas equipes de trabalhadores [...], articulando os diversos saberes e fazeres dos profissionais” (FRANCO; MERHY, 2008, p. 1517). “É importante registrar que a equipe tem uma grande autonomia na condução do seu processo de trabalho” (FRANCO; MERHY, 2008, p. 1517).

Apesar da centralidade colocada no trabalho do nutricionista, “o trabalho em saúde envolve a participação de diferentes profissionais [...] de forma complementar. Contudo, integração no trabalho pode não acontece [...], sobretudo pela fragmentação da assistência” (LIMA *et al.*, 2010, p. 216). Assim, apesar dos conhecimentos e atuação específicos do nutricionista, é fundamental reconhecer a importância das outras profissões no cuidado e na prevenção de condições tão prevalentes como sobrepeso e obesidade. Cada profissional tem o seu papel e atuação na rede, e, havendo integração adequada, isso possibilita a implementação efetiva de uma LC.

4.2.5 Categoria 5: Entendimento sobre Educação Permanente em Saúde

Esta categoria foi construída a partir das respostas à questão 5: “O que você entende por Educação Permanente em Saúde?”

Quadro 5 - Categoria 5: Entendimento sobre Educação Permanente em Saúde

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Entendimento sobre Educação Permanente em Saúde. Pergunta-chave: O que você entende por Educação Permanente em Saúde?	“A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar” (CECCIM, 2005, p. 162).	E1	<i>Eu entendo como o serviço, por exemplo: a Prefeitura tem uma educação permanente que aí mês a mês pega assuntos, assim, mais que a gente mais precisa para a questão de evoluir profissionalmente.</i>
		E2	<i>Eu entendo que seja as capacitações, as reuniões que a gente tem também o momento que é passado informações e também atualizações o que mudou o que que, eu entendo mais ou menos por isso.</i>
		E3	<i>Eu acho que é atualização, não digo diária, mas assim por períodos a cada seis meses ou a cada três meses, ou mensalmente.</i>
		E4	<i>[...] eu acho assim, educação permanente a gente teria, assim, em um processo de reciclagem, eu achava assim, sei eu, se a cada semestre se a gente poderia fazer um encontro, entendeu, em cada área, assim: Vamos trabalha uns assuntos, principais coisas. Para fazer um protocolo que todos trabalhassem iguais</i>

			<i>nas unidades nas estratégias. Eu entendo, por isso, seria isso aí?</i>
		MN5	<i>Para os profissionais. Acredito que fazer cursos de atualização sobre o tema mesmo, inclusive eu preciso desse curso, mas acredito que seja isso. De repente até fazer grupos, claro, para os profissionais aprenderem, não sei se um curso a cada seis, ou enfim..</i>
		E6	<i>Capacitações, formações de fluxos, também.</i>
		E7	<i>Acho assim bem importante, porque a gente que tem de estar sempre se atualizando, porque tudo o conhecimento ele muda bastante, evolui. Nos próprios protocolos, assim. Eu acho assim, que faz bastante falta para a gente, pelo menos, assim....não digo todo o mês, mas a gente em cada encontro, em cada...ter um cronograma de encontros. Encontros periódicos, assim, para reavaliar, para até... Até tipo assim, se estão montando uma linha de cuidado, para conversar com os outros profissionais para ver se está dando certo, se está atendendo.</i>
		E8	<i>Educação Permanente em Saúde é aquela que a gente segue cada dia, todos os dias, então a gente faz educação permanente em saúde [...].</i>
		E9	<i>Eu entendo que seria a nível tanto de Município, Estado e do Ministério da Saúde estarem nos oferecendo qualificações com cursos esporádicos tanto presenciais quanto por vídeo, mas</i>

			<p><i>também do profissional ir em busca dessas qualificações, se aprimorar em alguma área, fazer algum estudo, fazer alguma especialização. Eu acho que educação permanente é aquilo que o profissional não fica parado, se formou e que nunca mais vai pegar um livro, nunca mais vai abrir uma página da internet para estar se atualizando em alguma coisa. Eu vejo isso, como constante aprendizado, que a gente está sempre querendo aprender.</i></p>
		E10	<p><i>Eu entendo, assim, como bem diz o nome, permanente, que deve ser uma coisa que aconteça de tempos em tempos, que de repente a gente tem uma capacitação e muda os protocolos ou muda, a linha e a gente, novamente, seja atualizado a respeito disso. Porque uma vez tu tem uma capacitação e nunca mais tu fala a respeito do assunto, não, tem que constantemente estar revisando, modificando algumas coisas, vendo qual é, se foi... a abordagem acerca do assunto, dependendo, nessa linha aí da obesidade, se a abordagem está correta, se tem que ser modificada. Então, tem que estar em constante, assim, aprimoramento e uma avaliação mesmo.</i></p>
		E11	<p><i>Eu acho que sempre rever o que tá acontecendo de novo porque a saúde, eu acho, que ela é muito.... a gente tem que tá se atualizando, tem muita novidade, muitos tratamentos, opções, mesmo na rede pública, eu acho a orientação tem que ser</i></p>

			<i>constante, então a gente e teria que estar estudando muito sempre, né, que se tivesse uma capacitação mensal, por exemplo. Eu acho que é muito importante, porque tu na saúde pública você conversa muito, é uma educação continuada com os pacientes, então, tu tem que ter condições de passar as coisas e, às vezes, falta esse suporte. Se o profissional não busca, eu não sei avaliar que tipo de atendimento é dado.</i>
		MN12	<i>Educação permanente em saúde é aquela educação que a gente segue estudando ao longo da vida para poder sempre se atualizar e ter maior conhecimento sobre a nossa área de atuação para poder oferecer também um cuidado melhor para o paciente.</i>
		MN13	<i>É cursos, encontro, né.</i>

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

As respostas dos entrevistados revelam diferentes concepções sobre a Educação Permanente em Saúde, o que evidencia a importância da discussão do tema. “Nesse cenário, a educação permanente em saúde surge como possibilidade de prática educativa inovadora” (GIGANTE; CAMPOS, 2016, p. 756).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto (BRASIL, 2018b, p. 13).

Segundo Lima *et al.* (2010), é necessário compreender a EPS como forma de colocar o trabalho em análise.

Algumas das palavras que surgiram nas entrevistas foram: atualização, capacitações e reciclagem. Isso demonstra a necessidade, conforme Gonçalves *et al.*, (2019, p. 18):

[...] de retomar a reflexão e o debate sobre o conceito de educação permanente, uma vez que se considera não ter havido uma apropriação plena da concepção que fundamenta a PNEPS. [...] Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de efetuar a distinção entre ‘educação em saúde’, ‘educação permanente’, ‘educação popular’, distinguindo-se, também, a ‘educação profissional’ da educação permanente.

Da mesma forma, podem ser consideradas como vestígios da antiga formação dos profissionais de saúde “centrada na atenção às doenças, fragmentada e excessivamente biomédica, o que dificulta o exercício de integralidade” do cuidado (LIMA *et al.*, 2010, p. 208). Contudo, faz-se necessário reconhecer o valor da Educação Continuada, pois é importante para a consolidação de conhecimentos e valorização da ciência, enfatizando o conhecimento científico e a necessidade de constante atualização.

Destacam-se, nas falas, as palavras, conversa, fluxo, qualificação do atendimento, permanente e constante. Essas palavras, conforme, Ceccim (2005), vão ao encontro da concepção de EPS, pois colocam em perspectiva todos os profissionais do serviço de saúde envolvidos na atenção e na gestão dos sistemas e serviços, os quais conhecem os papéis que cada profissional ou unidade deve prestar nas ações em saúde.

A problematização das práticas torna o processo reflexivo, oportunizando a intervenção e a mudança nas mesmas, atingindo dessa forma os objetivos da EPS

(LIMA *et al.*, 2010). Dessa forma, torna-se um processo indispensável para que uma organização possa decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática, como resposta aos desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho.

“Educação Permanente em Saúde é aquela que a gente segue cada dia, todos os dias, então a gente faz educação permanente em saúde [...]” (Entrevistado 8).

“A diferença da proposta de Educação Permanente em Saúde para as capacitações convencionais é que esta tem como ponto de partida o processo de trabalho [...]” (MORAES; DYTZ, 2015, p. 264), tornando a realidade mutante e mutável, e transformando os perfis profissionais e pensamentos (CECCIM, 2005).

As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas [...], por trabalharem de forma descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos (CECCIM, 2005, p. 165).

“A EPS construída como instrumento para transformar o profissional de saúde em um profundo conhecedor da sua realidade local” (MICCAS; BATISTA, 2014, p. 171) construindo equipes multiprofissionais e coletivos de trabalho fortalecidos.

Os profissionais vivem em um “mundo que se transforma, que nos transforma e que é transformado por nós” (OLIVEIRA, 2007, p. 586). O resultado tem sido a rápida obsolescência do conhecimento, mostrando a necessidade de atualização contínua (OLIVEIRA, 2007). Além disso, “o trabalho em saúde requer, muitas vezes, que o profissional revise o seu modo de atuar, de acolher certas demandas ou mesmo seu próprio conhecimento técnico” (LEITE; ROCHA, 2017, p. 210).

Esse processo educativo recebe destaque frente às DCNT. “Todos os países estão enfrentando o imperativo de alterar seus sistemas de saúde para responder melhor a estes desafios sem acabar com suas economias devido a gastos com serviços de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 177).

Porém, a implementação da EPS, para que alcance os seus objetivos, requer a soma de esforços para o enfrentamento de possíveis dificuldades, como: “resistência da equipe às mudanças, falta de sensibilização e desmotivação dos profissionais [...]; falta de compreensão de EPS e sua importância; alta demanda, sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos [...]” (LIMA *et al.*, 2010, p. 221).

A enfermagem é uma das categorias da saúde mais mobilizadas para o gerenciamento das UBS e cabe a essa o compromisso, junto aos demais profissionais, da viabilização do SUS, incentivando a participação da equipe na organização e produção de serviços de saúde para atender às reais necessidades dos usuários, trabalhadores e instituição (FERNANDES *et al.*, 2010, p. 12).

Ainda, conforme Lima *et al.* (2010), as diversas realidades das unidades refletiram-se nas respostas heterogêneas dos profissionais de saúde, quanto ao processo de EPS, em que situações foram consideradas dificultadoras para uns e facilitadoras para outros. Isto é, produto das percepções e das práticas de cada profissional.

4.2.6 Categoria 6: Sugestão de atividade educativa para qualificação da LC

Esta categoria foi construída a partir das respostas à questão 6: “Você acha que uma atividade educativa ou material educativo poderia ajudar a fortalecer a LC? Se sim, que tipo de atividade/material você sugeriria?”

Quadro 6 - Categoria 6: Sugestão de atividade educativa para qualificação da LC

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Sugestão de atividade educativa para qualificação da LC. Pergunta-chave: Você acha que uma atividade educativa ou material educativo poderia ajudar a fortalecer a LC? Se sim, que tipo de atividade/material você sugeriria?	“Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde” (BRASIL, 2009c, p. 22)	E1	<i>Oficinas, eu acho. [...] fluxogramas também.</i>
		E2	<i>A cartilha e o site.</i>
		E3	<i>Eu acho que a parte escrita, informativa, cartilha, protocolo ... [...]</i>
		E4	<i>Aqui o que que precisava: folders, sabe, para a gente distribui, entregar, assim, cardápios, mas que fosse acessível à população.</i>
		MN5	<i>Acredito que um ciclo de palestras. De repente um dia inteiro de palestras ou dois ou três dias, enfim, para que pelo menos sair do conhecimento zero para um conhecimento tipo de 70 a 80 do que possa ajudar já.</i>
		E6	<i>Um guia para os profissionais que vão trabalhar, um guia com tudo assim, o que é sobrepeso, obesidade, para a gente...</i>

		<p>E7</p>	<p><i>Um guia impresso ou que tivesse um protocolo no próprio sistema que pudesse consultar, uma consulta rápido e com dicas, assim... tipo ai... uma dieta... uma dieta básica, por exemplo, assim, do que seguir certo, a gente fica muito no que a gente acaba lendo e fazendo e muito no automático, assim, com uma coisa mais, assim, sistematizada, mais protocolada, assim. Eu acho que ajudaria bastante.</i></p>
		<p>E8</p>	<p><i>Nós tivemos aquele curso de nutrição que a [...] fez, né, que foi maravilhoso. Ajudou muito.</i></p> <p><i>Foi fantástico, fantástico, mesmo e eu acho que até para a gente ir lembrando, se tivesse mais qualquer atualização, qualquer capacitação, eu adoro tudo. Qualquer coisa já atualiza.</i></p>
		<p>E9</p>	<p><i>Eu gosto muito de atividade presencial, de alguma capacitação, alguma coisa presencial, mas também é muito bom um material que a gente possa ter aqui, algum manual que nos oriente, nos diga o que preciso fazer, quais... se preciso solicitar exames, fazer algum encaminhamento, que tipo de orientação eu preciso dar a mais a esse usuário. Enfim, acho que algum material impresso na forma de um livro, uma cartilha, enfim, algum material assim. Antes algum curso presencial, eu</i></p>

			<i>gosto bastante dos cursos presenciais, nem que fosse um dia ou uma manhã, mas que nos chamassem a atenção para aquele tema, por que acho que é um tema que está adormecido.</i>
		E10	<i>Com certeza, acho que sim, é muito rico porque daí tu tem onde consultar. Às vezes, é muito difícil fazer uma capacitação para os profissionais, porque requer recursos financeiros, tudo isso, profissionais adequados, mas um material, assim, de apoio, ou seja, sistematicamente revisado, é bem interessante, porque a gente tem onde ir.</i>
		E11	<i>Eu acho que até um guia simplificado de início. Uma orientação mais específica de acordo com a idade ou por exemplo, a classe de paciente: hipertenso, diabético.</i>
		MN12	<i>Eu acredito que um material educativo vai ajudar muito, vai contribuir muito, até porque a gente tem um trabalho multiprofissional e tem muitas situações, muitos casos que poderiam ser resolvidos antes de chegar no nutricionista. Então, os outros profissionais poderiam ter um material, alguma cartilha, algum manual ou alguma coisa nesse sentido para conseguir dar orientações que não necessariamente tem que ser uma</i>

			<i>atribuição privativa do nutricionista. Então, de repente uma orientação nutricional, alguma coisa que um enfermeiro ou médico poderia dar.</i>
		MN13	<i>Talvez uma oficina, né. É, fazer um dia de encontro acho que é uma coisa boa.</i>

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

Através das respostas dos entrevistados, sobre que tipo de atividade educativa os apoiaria no cuidado dos usuários com sobrepeso e obesidade, obteve-se a organização de uma cartilha e a realização de palestras sobre a temática.

Os entrevistados referenciaram precisar de capacitações e de material para consulta, como manuais e guias, sendo essas as opções pedagógicas mais tradicionalmente usadas para transmissão de conhecimentos, reforçando que as ideias e conhecimentos são a base da educação. “Assim o aluno é considerado uma página em branco, um receptáculo vazio, onde novos conhecimentos, de origem externa, serão impressos” (ANTUNES; SHIGUENO; MENEGHIN, 1999, p. 166). Porém, essas ferramentas, dependendo da forma como são construídas, podem ser formas clássicas de recuperação de informações, ou podem ser uma oportunidade para a reflexão crítica sobre a prática.

É preciso, sobretudo, [...], que o formando, desde o princípio mesmo de sua experiência formadora, assumindo-se como sujeito também da produção do saber [...]. É preciso que, pelo contrário, desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao for-mar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado (FREIRE, 1996, p. 13).

Isso traz à tona resquícios das metodologias tradicionais de ensino e aprendizagem, utilizadas até há pouco tempo nos processos de formação dos profissionais, “[...] baseadas num modelo de ensino expositivo, através de práticas tradicionais como ler, ver (ser exposto) e escutar [...]” (ROMAN *et al.*, 2017, p. 350). Trata-se de um modelo ultrapassado e inadequado para a formação do profissional de saúde.

A memorização mecânica do perfil do objeto não é aprendizado verdadeiro do objeto ou do conteúdo. Neste caso, o aprendiz funciona muito mais como paciente da transferência do objeto ou do conteúdo do que como sujeito crítico, epistemologicamente curioso, que constrói o conhecimento do objeto ou participa de sua construção (FREIRE, 1996, p. 36).

A concepção de educação proposta por Paulo Freire (1996), é de uma educação libertadora e transformadora onde a ação do docente é a base de uma boa formação e contribui para a construção de uma sociedade pensante.

O mais importante na metodologia da problematização é desenvolver no grupo de alunos a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante e a realidade global e estrutural, detectando seus problemas, condicionamentos e limitações e buscando nos conhecimentos científicos, recursos, tecnologias e novas formas de organização do trabalho. O aluno torna-se capaz de atuar e modificar a realidade observada, propondo e

promovendo mudanças na prática social (ANTUNES; SHIGUENO; MENEZHIN, 1999, p. 166).

O uso das metodologias ativas permite que os conhecimentos alcancem significado, permitindo reflexão das práticas do cotidiano, porém exigem dos participantes no processo interação, integração, comprometimento e qualificação (CECCIM, 2005; HERMIDA; BARBOSA; HEIDEMANN, 2015).

“O enfermeiro, como agente de saúde e educador, atua como intermediário entre o conhecimento científico e o senso comum, portanto, deve ampliar suas dimensões do cuidar, buscando estratégias que privilegiem o paciente, seu sofrimento, sua dor” (GRANDO; ROLIM, 2006, p. 269).

Destaca-se que a o trabalho da AB é de fundamental para a construção de hábitos saudáveis na população. Sendo assim, para que consigam desenvolver o seu papel de prevenção, tratamento e promoção da saúde, os profissionais da AB devem ter acesso aos conhecimentos necessários. Porém, percebe-se que, apesar de sobrepeso e obesidade serem fatores de risco para diversas doenças e agravos, esse tema ainda não está recebendo a devida atenção, conforme a fala do entrevistado E9: “[...] porque acho que é um tema que está adormecido”. Essa realidade é corroborada pelo estudo de Braga *et al.* (2020), que refere a necessidade dos enfermeiros em receber qualificação nessa temática para que possam desenvolver ações específicas e qualificadas para os usuários.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS DOCUMENTAIS

Foram revisados os prontuários de 112 usuários da LC, dos quais 74 são do sexo feminino e 38 do sexo masculino. Os mesmos foram selecionados pelo fato de terem participado das atividades de grupo oferecidas na LC: reeducação alimentar e cirurgia bariátrica.

Tabela 3 - Características dos usuários participantes da LC

Faixa etária	Nº de usuários	Sexo	
		Fem.	Masc
5- 18 anos	17	06	11
19-30 anos	08	06	02
31-59 anos	70	54	16
≥60 anos	17	08	09
Total	112	74	38

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

Os grupos são realizados uma vez por mês, sempre às quartas-feiras, às dez horas da manhã, na UBS 01. Os participantes são de diversas áreas da cidade, e a entrada é livre para quem quiser participar, mas geralmente os participantes são encaminhados pelos serviços de saúde da AB. A tabela 3 representa a distribuição dos participantes dos grupos, conforme as diversas faixas etárias. Observa-se que o problema da obesidade já alcança crianças, pois a idade mínima de um dos participantes é de 5 anos. Conforme Gigante et al. (2011, p.164), “as prevalências do excesso de peso e obesidade têm aumentado na população brasileira”. Ainda levando em consideração a tabela 3, percebe-se a presença menos expressiva dos homens, o que, conforme Gomes *et al.* (2011), pode estar associada à falha no acolhimento ou ao acolhimento pouco convidativo dos serviços de saúde, organizado baseado no cuidado da mulher e da criança, podendo ocorrer uma frágil qualificação profissional para lidar com a população masculina. Assim, é necessária a qualificação da Atenção Básica para promover o cuidado das questões relacionadas à saúde do homem, de como sensibilizá-lo para o cuidado com a sua saúde.

Tabela 4 - Número de consultas dos usuários inseridos na LC do sobrepeso e obesidade, conforme a categoria profissional.

Profissionais	Nº consultas		
	1	2	>3
Médico	19	13	21
Nutricionista	24	02	-
Outros profissionais*	22	01	-

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

*A categoria outros profissionais, compreende enfermeiros e assistente social.

Os dados apresentados na tabela 4, referentes aos atendimentos de saúde a usuários da LC, no período analisado, agosto de 2018 a agosto de 2019, tendo como motivo a obesidade e suas implicações de saúde, como diabetes e hipertensão. Sendo assim, foram descartadas consultas por motivos de acompanhamento da saúde da mulher (atendimentos ginecológicos, solicitações de exames de mamografia) e atendimentos na UPA do município. Dos atendimentos selecionados, os principais motivos das consultas com o profissional médico foram: solicitação de exames e retorno para apresentação dos mesmos, prescrição de medicamentos para o controle da diabetes e da hipertensão, preenchimento do encaminhamento para cirurgia bariátrica, e encaminhamento para atendimento com o nutricionista. Já as consultas com a profissional nutricionista foram basicamente para orientações e encaminhamento para os grupos da LC. Sublinhe-se que muitos dos prontuários estudados se apresentaram carentes de detalhes ou até mesmo sem nenhuma informação sobre a evolução do atendimento prestado ao usuário, o que impossibilitou o aprofundamento na questão da forma como o cuidado é ofertado. Os atendimentos na categoria outros profissionais foram realizados quase que totalmente pela profissional assistente social, a qual auxilia o nutricionista na LC, prestando atendimento aos usuários para orientações e encaminhamento para os grupos da LC.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os objetivos propostos no trabalho foram alcançados. Os achados da pesquisa demonstram a necessidade da rede de saúde em ações de qualificação para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade e implementação da LC, de forma a possibilitar que novas relações sejam formadas entre o serviço e os usuários, tornando a rede de saúde efetiva na promoção de saúde e na prevenção e tratamento dessa condição.

Para que os profissionais de saúde consigam desenvolver melhor o seu importante papel na prevenção, tratamento e controle da obesidade junto à população (OLIVEIRA; SANTOS, 2018), era essencial conhecermos, primeiramente, a sua percepção da EPS e assim construir, na perspectiva da EPS, a intervenção educativa que melhor atenda os profissionais.

As DCNT exigirão muito dos serviços de saúde durante as próximas décadas, devido ao crescimento epidêmico dessas doenças, levando a consequências nefastas para a qualidade de vida e para os sistemas de saúde no país. Assim, a melhoria da qualidade da atenção prestada é inevitável como forma de reduzir as mortes ocasionadas pela obesidade e suas implicações.

Apesar dos profissionais conhecerem o fluxo da LC, os mesmos desconheciam a formalização da LC e seus detalhes. Contudo, isso não impediu que grande parte conseguisse determinar os pontos fortes e as fragilidades da linha. Isso é importante como forma de qualificar a LC, justificada pela magnitude da obesidade, que causa múltiplas doenças e agravos. Os achados da pesquisa serviram para desenvolver a intervenção educativa, de forma que esta faça sentido no cotidiano dos profissionais e serviços de saúde, à medida que se baseou nos relatos dos profissionais e suas vivências.

Assim, objetivando qualificar os profissionais da atenção primária, com base nas análises apresentadas e como resultado dessa pesquisa, será apresentado para a gestão pública do município de Cachoeira do Sul/RS uma proposta de intervenção educativa para as equipes da APS, na linha da EPS, como produto desta Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde.

A intervenção priorizará será desenvolvida totalmente à distância, devido à necessidade de evitar a proximidade das pessoas e contágio pela COVID-19. Dessa forma, serão utilizados recursos de ensino remoto e Educação à Distância (EAD) para

alcançar os profissionais de saúde, bem como metodologias ativas como forma de promover a participação dos profissionais na construção do conhecimento.

Apesar do contexto vivenciado, a EAD já é vista “como uma estratégia para a educação permanente frente às novas tecnologias e como uma inovação pedagógica na educação” (OLIVEIRA, 2007, p. 585). Dessa forma, a educação à distância, na perspectiva da educação permanente, oferece a oportunidade para a produção do diálogo e cooperação entre profissionais dos serviços de modo remoto (OLIVEIRA, 2007, p. 586). Porém, a EAD pode enfrentar obstáculos devido à variável lugar, pois as condições das UBS não são as mesmas quanto à disponibilidade de computadores e acesso à internet. “Desvela-se, então, um devir de incertezas e de complexidades, visto que, a cada proposta de ação, múltiplos fatores relacionam-se em sua materialização” (CAVALCANTE *et al.*, 2020, p. 57).

Considerando, assim, a realidade vivenciada pelos serviços de saúde, atualmente, no enfrentamento da pandemia, será construído, oportunamente, cronograma para a realização das atividades com a coordenação da AB do município, pois a pesquisadora entende que, no momento, firmar um cronograma para a intervenção não seja possível.

Com a pesquisa, pode-se, através dos relatos dos profissionais, ter uma noção da realidade dos serviços, com todas as suas perspectivas e dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento do seu trabalho na APS. A participação dos trabalhadores foi fundamental no desenvolvimento da intervenção educativa, como projeto de melhoria da qualidade assistencial do usuário com sobrepeso e obesidade.

6 PRODUTO

Título: Intervenção educativa para qualificar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no município de Cachoeira do Sul/RS.

Objetivo: Qualificar os profissionais de saúde para a implementação da LC do sobrepeso e obesidade do município de Cachoeira do Sul, considerando os resultados da pesquisa na construção da intervenção educativa.

Justificativa: Necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para o cuidado adequado do usuário com sobrepeso e obesidade.

Público-alvo: todos os profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde (APS).

Desenvolvimento: A intervenção será desenvolvida por meio de oito encontros com a abordagem de oito temas principais, que englobam as principais demandas dos profissionais de saúde na Atenção Básica, conforme a pesquisa realizada. Os profissionais serão convidados por meio de convite encaminhado por e-mail, incluindo cronograma das atividades educativas e assuntos que serão desenvolvidos. As atividades serão desenvolvidas utilizando, mídias virtuais, em dias e horários planejados em conjunto com a coordenação da Atenção Básica do município. Devido à pandemia pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, serão utilizadas mídias virtuais, para que, não ocorram aglomerações e exposição dos participantes ao vírus. Em um contexto em que o ensino remoto está sendo intensamente desenvolvido, mas é ainda muito recente, isso poderá impor limitações na utilização de metodologias ativas e dinâmicas, cujas experiências mais consolidadas se deram em encontros presenciais. Será solicitado à coordenação da Atenção Básica que autorize a liberação dos profissionais interessados nos dias e horários previstos, para viabilizar

a sua participação nos encontros, que terão duração prevista de 60 minutos a 90 minutos. Para melhor desenvolvimento das atividades, o intervalo de tempo entre os encontros será semanal ou quinzenal, podendo ser propostas atividades a serem desenvolvidas no intervalo entre os encontros.

Encontro	Assunto	Descrição do conteúdo	Metodologia	Objetivo	Avaliação do alcance dos objetivos	Competência	Facilitador
Encontro 1	1. LC do sobrepeso e obesidade do município de Cachoeira do Sul. 2. Atualização conceitual do sobrepeso e obesidade.	1.1. Apresentação da LC. 2.1. Avaliação e classificação do estado nutricional em diferentes fases da vida. 2.2. Exames que devem ser realizados em pacientes com excesso de peso.	- Encontro utilizando as mídias virtuais. - Apresentação utilizando o programa Power Point. - Estudo de caso. - Exposição dialogada.	- Conhecer a LC. - Avaliar corretamente o estado nutricional, risco cardiovascular e endócrino do usuário. - “Reflexão sobre o papel da alimentação enquanto fator de risco e proteção ao cenário epidemiológico” (BRASIL, 2019b, p.26). - Discussão sobre a atual situação de saúde no seu território de atuação (BRASIL, 2019b).	- Participação dos profissionais através das contribuições, argumentações e coerência das respostas no estudo de caso (ANASTASIOU, ALVES, 2005).	- Que o profissional conheça os objetivos e estrutura da LC. - Que o profissional consiga avaliar o “estado nutricional compreende diferentes etapas que se complementam: avaliação antropométrica, dietética, clínica, laboratorial e psicossocial, tendo como objetivo realizar o diagnóstico e identificar a intervenção necessária”.	- Nutricionista

						(BRASIL, 2006d, p. 30). - Que o profissional reflita sobre as questões de saúde relacionadas ao cenário epidemiológico (BRASIL, 2019b).	
Encontro 2	3. Alimentação Saudável para a população em geral.	3.1. Guia alimentar para a população brasileira.	<ul style="list-style-type: none"> - Encontro utilizando as mídias virtuais. - Apresentação utilizando o programa Power Point. - Exposição dialogada. - Apresentação de vídeo do Ministério da Saúde “Alimentação” (https://www.youtube.com/watch?v=lbLVhHF9RZ) Q) duração:2min.39 seg. 	<ul style="list-style-type: none"> - “Elucidar sobre os níveis de processamentos dos alimentos, de acordo com a classificação adotada no Guia Alimentar” (BRASIL, 2019b, p. 32). - “Trabalhar na desconstrução de mitos ou conceitos equivocados na classificação dos alimentos” (BRASIL, 2019b, p. 32). - “Identificar as refeições comumente consumidas pelas famílias atendidas pelas equipes” (BRASIL, 2019b, p. 35). -“Analisar a composição das refeições presentes no território segundo 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação dos profissionais através das contribuições, argumentações e coerência das respostas (ANASTASIOU; ALVES, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> - Que o profissional tenha propriedade para orientar a população em diferentes faixas de idade como forma de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade. -“Reflexão sobre o padrão alimentar da população do território, tendo por referência o processamento dos alimentos” (BRASIL, 2019b, p. 37). - “Esclarecimento sobre os grupos de 	-Nutricionista

				<p>processamento dos alimentos” (BRASIL, 2019b, p. 35).</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Reconhecer os grupos de alimentos adotados pelo Guia Alimentar” (BRASIL, 2019b, p. 35). - “Discutir como a combinação dos alimentos pode ser feita na forma de refeições saudáveis” (BRASIL, 2019b, p. 35). - Discutir sobre os aspectos culturais que permeiam a alimentação, bem como as dimensões de gênero, raça, etnia e escolaridade (BRASIL, 2019b). 		<p>alimentos e como podem ser combinados para uma alimentação saudável” (BRASIL, 2019b, p. 37).</p>	
Encontro 3	4. Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos (dividido em 2 encontros).	<p>4.1. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (BRASIL, 2019a).</p> <p>4.2. Apresentação do guia “Receitas Regionais para crianças de 6 a 24</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encontro utilizando as mídias virtuais. - Apresentação utilizando o programa Power Point. - Exposição dialogada. - Demonstração de prática de alimentação complementar, trabalhando os grupos 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar o aleitamento materno: o primeiro alimento. - Discutir a alimentação a partir dos 6 meses, crianças menores de 6 meses que não estão sendo amamentadas exclusivamente e de 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação dos profissionais através das contribuições, argumentações e coerência das respostas (ANASTASIOU; ALVES, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> - Que o profissional tenha propriedade para orientar as mães sobre a alimentação saudável, conforme a faixa de idade das crianças como forma de prevenção e tratamento do 	-Nutricionista

Encontro 4		meses” (BRASIL, 2010).	<p>alimentares e as quantidades conforme a faixa etária.</p> <p>- Apresentação de vídeo do Ministério da Saúde “Obesidade Infantil: como enfrentar” - duração: 2min.3seg.(https://www.youtube.com/watch?v=NFURCu1EWk)</p> <p>- Apresentação de vídeo do Ministério da Saúde “12 passos para a alimentação saudável das crianças” - duração: 2min.53seg.(https://www.youtube.com/watch?v=pN5djD3CnEM)</p> <p>- Apresentação de vídeo do Ministério da Saúde “Renata Rea ensina como atrair as crianças para uma alimentação saudável”- duração: 1min.03seg. (https://www.youtube.com/watch</p>	<p>crianças não amamentadas.</p> <p>- Reflexão sobre a alimentação adequada e saudável: lidando com os desafios do cotidiano - Doze passos para uma alimentação saudável (BRASIL. 2019a).</p>		sobrepeso e obesidade.	
------------	--	------------------------	--	---	--	------------------------	--

			?v=B50E7t1N3Bg)				
Encontro 5	5. Importância da atividade física.	5.1. Benefícios da atividade física. 5.2. Avaliação do nível de atividade física do usuário. 5.3. Promoção da atividade física.	Encontro utilizando as mídias virtuais. Apresentação utilizando o programa Power Point. Apresentação de vídeo do Ministério da Saúde “Atividade física onde e quando quiser”- duração 1min.56seg. (https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-queru-me-exercitar-mais/videos/atividade-fisica-onde-e-quando-quiser) Apresentação de vídeo do Ministério da Saúde “A	Maior embasamento técnico para o incentivo de atividade física em diferentes faixas de idade.	Participação dos profissionais através das contribuições, argumentações e coerência das respostas (ANASTASIOU; ALVES, 2005).	Que o profissional consiga fomentar a prática de atividade física na Atenção Básica.	Nutricionista

			importância da atividade física” duração 1min.53seg. (https://www.youtube.com/watch?v=sPMQiq-tzOQ)				
Encontro 6	6. Transtornos Alimentares. 7. Dietas da Moda.	6.1. Anorexia. 6.2. Bulimia. 7.1. Mitos e Tabus sobre dietas da moda.	-Encontro utilizando as mídias virtuais. - Apresentação utilizando o programa Power Point. - Estudo de caso.	- Identificar os transtornos alimentares. - Ter conhecimentos sobre as principais dietas da moda e tabus.	Participação dos profissionais através das contribuições, argumentações e coerência das respostas (ANASTASIOU; ALVES, 2005)	- Que o profissional saiba identificar os transtornos alimentares mais comuns para a realização dos encaminhamentos necessários. - Que o profissional possa esclarecer dúvidas quanto às diversas dietas e tabus na alimentação.	- Nutricionista
Encontro 7	8. Abordagem cognitivo comportamental (dividido em 2 encontros).	8.1. Identificando desencadeantes e modificando o pensamento disfuncional. 8.2. Abordagem familiar.	- Encontro utilizando as mídias virtuais. - Apresentação utilizando o programa Power Point.	- Conhecer estratégias para o desenvolvimento de atividade educativas junto aos usuários.	- Participação dos profissionais através das contribuições, argumentações e coerência das respostas	- Que o profissional tenha propriedade para incluir a abordagem coletiva nas ações de educação alimentar.	- Nutricionista e Psicóloga que será convidada para o desenvolvimento do tema.
Encontro 8							

		8.3 O trabalho em grupos. 8.4 Atividades educativas sobre alimentação saudável.			(ANASTASIOU; ALVES, 2005).		
--	--	--	--	--	----------------------------	--	--

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2020).

Fontes consultadas: O conteúdo trabalhado nos encontros com os profissionais foi apoiado nas publicações do MS, por serem materiais voltados para a realidade da população brasileira, pensados por profissionais de saúde e cientificamente embasados. Foram utilizados: o Caderno da Atenção Básica nº 38 (BRASIL, 2014f), Receitas Regionais para crianças de 6 a 24 meses (BRASIL, 2010b), Caderno de Atenção Básica nº 12 (BRASIL, 2006d), Caderno de Atenção Básica nº 35 (BRASIL, 2014e), Guia Alimentar para a População Brasileira – 2º edição (BRASIL, 2014c), Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (BRASIL, 2019a), Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema único de Saúde: manual de implementação (BRASIL, 2015), Instrutivo/ Metodologias de Trabalho em Grupos para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica (BRASIL, 2016b), Manual instrutivo: implementando o Guia Alimentar para a População Brasileira em Equipes que Atuam na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019b) e o Guia de Atividade Física para População Brasileira (BRASIL, 2021). O material visual utilizado como apoio nos encontros, veiculado pelo MS, tem acesso aberto no You Tube.

Avaliação da atividade: Como os encontros serão virtuais, a avaliação do alcance dos objetivos será através das contribuições e participação dos profissionais. Paralelamente, será utilizado instrumento de avaliação contendo perguntas para verificar grau de satisfação com o conteúdo trabalhado, metodologia utilizada e sugestões de melhorias, após cada encontro. O instrumento será encaminhado para o e-mail dos participantes e solicitado que o devolvam preenchido com as avaliações e contribuições para promover a melhoria da intervenção educativa.

7 MATERIAIS COMPLEMENTARES

LISTA DE MATERIAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DESENVOLVIDOS PELO TELESSAÚDERS-UFRGS

Atividades síncronas gravadas

(Transmissões ao vivo, webpalestras, web-aula, seminário de dúvidas, etc.)

2014

- Promovendo o Aleitamento Materno na APS. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qUqa1mEDpgE>

2017

- A contribuição do NASF para a atenção nutricional na APS. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zf06Kkc4I-Q>

2018

- Vegetarianismo e nutrição: é possível ser saudável? Link disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=RTX4_sufon8
- Situação alimentar e nutricional das famílias de baixa renda no Brasil: desafios e perspectivas. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gADSHiEpkWE>
- Transtornos alimentares: visão interdisciplinar e abordagem na atenção primária à saúde. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=K3nZwUATbP8>
- Seminário de dúvidas on-line do Curso de Alimentação e Nutrição. Link disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=74xF6Sac_gM&list=PLwtsvp7-wG7MFI-q5v-h1v02ZyKZomDIK&index=5
- Agosto dourado: Amamentação na Prática da APS. Link disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=OAd6N_MbV30
- Webpalestra - Saúde, alimentação e nutrição da população indígena. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=CLwGKQDMfLA&t=67s>

- Seminário de dúvidas on-line do Curso de Alimentação e Nutrição 2ª edição. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=A4cQZaLXViE&list=PLwtsvp7-wG7MFI-q5v-h1v02ZyKZomDIK&index=4>

- Nova rotulagem nutricional: esclarecimentos para a população. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=czF08XU7o2A>

- Nova rotulagem nutricional: ultraprocessados na saúde humana. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6aOGCdggktw>

2019

- Afinal, como tratar a obesidade? Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VSfUbmXrBk>

- Qual o impacto dos determinantes sociais na alimentação? Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kh2H0SP5HD0>

- Ambiente e Alimentação: do que estamos falando? Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yNJJ1GAwHAs>

- O corpo da mulher no climatério: alterações hormonais e alimentação. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Mj9r3VI7EqY>

- Qual o papel da nutrição no acompanhamento do bolsa família? Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lxZzjb908Eg>

- Alimentação e câncer: é fakenews? Link disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=gXzsHrV_GsA

- Saúde em todos os tamanhos. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=91ghEMY8jlo>

- Comer intuitivo. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rcHfkm9NpgI>

- Seminário de dúvidas: veganismo. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Tzuy4u-20so>

- Grupos de promoção à saúde na APS. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZhTaXuiu0B0>

- Alimentação Cardioprotetora Brasileira: desafios e expectativas. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lQquFpc-tlU>

- Alimentação e cognição. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AygOR3-2Ltk>
- Estratégias de promoção de saúde a partir dos ambientes alimentares. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-D2oP5Eq-CY>
- Abordagem da Comissão EAT-Lancet sobre alimentação, planeta e saúde: do que estamos falando? Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bYaVPcbpugo>
- Consumo de açaí e doença de Chagas: quais as evidências? Link disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=zLChM_LEbkl
- Terapia Nutricional na APS: dúvidas frequentes Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BY3N8VrvKug>
- Abordagem nutricional em pacientes com erosão dentária. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HyHY1XaEQR4>
- Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades Quilombolas. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FgMKYTISos4>
- Participação Social em Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva. Link disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=wrqZng_xT8A
- Agricultura, alimentação e saúde: o sistema agroalimentar moderno e seus efeitos na saúde. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lkhSP-hDqY>
- A importância da microbiota intestinal para a saúde humana. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BQjJg2QTJNk>
- A disfagia e o risco para pneumonia aspirativa de idosos. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=g5qv19dl2aQ>
- Seminário de dúvidas - crenças populares em alimentação e nutrição: por trás da evidência. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Fz0JegDqSWQ>
- Agricultura, alimentação e saúde: alimentos artesanais e tradicionais na perspectiva da inclusão socioprodutiva e territorial. Link disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=3tfBdml_XXw

Atividades assíncronas

(Cursos, entrevistas gravadas, eventos, etc.)

2015 - 2016

Curso EAD de Nutrição na Atenção Primária a Saúde.

- Curso de nutrição na APS: classificação dos alimentos.

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5xO5z9w44eE>

- Curso de nutrição na APS: classificação e diagnóstico da obesidade.

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IGM37t2PLo4>

• Curso de nutrição na APS: dados epidemiológicos do sobrepeso e obesidade. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dvgCEek8V1M>

- Curso de nutrição na APS: dez passos para uma alimentação saudável.

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-4UgBwkd9y8>

- Curso de nutrição na APS: diabetes.

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fHGnDJnsmio>

- Curso de nutrição na APS: dos alimentos à refeição.

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nbmzrVFHtlk>

- Curso de nutrição na APS: escolha dos alimentos.

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZzDI-qnqvzs>

• Curso de nutrição na APS: estratégias gastronômicas para redução de sódio. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5MkKHehqAH4>

- Curso de nutrição na APS: grupos alimentares.

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=y7AdNb02oZ4>

• Curso de nutrição na APS: guia alimentar e doenças crônicas não transmissíveis. Link disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=GzSHzc7wSXs>

- Curso de nutrição na APS: histórico e princípios. Link disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=EhY1o96-5Lk>

• Curso de nutrição na APS: práticas na orientação nutricional de pacientes hipertensos. Link disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=fx85qjtCyBw>

• Curso de nutrição na APS: principais recomendações nutricionais para hipertensos. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5yMzI-nO9JM>

- Curso de nutrição na APS: transtornos alimentares.

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XmyGC7jgvzE>

- Curso de nutrição na APS: transtornos alimentares parte 2.

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tBXzHnA7JEs>

2017

- TeleRS Explica - Mitos e Verdades da Nutrição

Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AfIlrOkRCas>

- Livro digital de Alimentação e Nutrição na APS. Link disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/cursos/livro_nutricao_e_alimentacao_na_aps_v019.pdf

2018

- Ciência e vida real: vídeo educativo sobre alimentação e nutrição para Atenção Primária à Saúde (documentário para sala de espera). Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bH3Fpluz51I>

- Dia mundial da alimentação - Entrevista com Carlos Augusto Monteiro. Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JXEIlsWcRdQ>

2019

- Temas de Saúde - Como a Nutrição pode auxiliar na redução dos sintomas do olho seco. Link: <https://www.youtube.com/watch?v=k1FdZmigg40>

- Temas de Saúde - É fome ou sede? Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wS1ouj5MnPk>

- VIII Seminário Universidade-Escolas (Guia alimentar para menores de 2 anos). Link disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZsBXU4PjuPo>

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 424-434, 2017.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias em aula**. Joinville, SC, Editora Univille, 2005.

ANTUNES, M. J. M.; SHIGUENO, L. Y. O.; MENEGHIN, P. Métodos pedagógicos que influenciaram o planejamento das ações educativas dos enfermeiros: revisão bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 2, p. 165-74, jun. 1999.

BARBOSA, S. P. *et al.* Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 49, Supl. 1. p. 395-403, 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, p. 181-191, 2003.

BATISTA, K. B. C; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 33-42, jan./jun. 2008.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 15 (Sup. 2), p. 139-147, 1999.

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de Assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, p. 1-19, 2020.

BRAGA, V. A. S. *et al.* Atuação de enfermeiros voltada para a obesidade na Unidades Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, e20180404, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000200170&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**. 2020a. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Caixa Econômica Federal. **Programa Bolsa Família**. 2020b. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/paginas/default.aspx>. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doenças_cronicas.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição Federal**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional Emenda à Constituição nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.775, de 04 de julho de 2012. Regulamenta o art, 19 da Lei nº10.696, de 2 de julho de 2003, que institui o Programa de Aquisição de Alimentos, e o capítulo III da Lei nº12.512, de 14 de outubro de 2011, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 05 de jul. 2012a, p. 3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7775.htm. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Lei 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nºs 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 17 de jul. 2009a, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm#:~:text=VI%20%2D%20o%20direito%20%C3%A0%20alimenta%C3%A7%C3%A3o,Art. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de dez. de 1996, seção 1. Disponível em <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/12/1996>. Acesso em: 20 de out. de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema único de Saúde**: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 35, Brasília, 2014e. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2014f. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009c. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, Ministério da Saúde, 2. ed., 2014c. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

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

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

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

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília, 2021**. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo**: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_guia_alimentar_pop_brasileira.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo: Metodologias de trabalho em grupos para opções de alimentação e nutrição na Atenção Básica.** Brasília, Ministério da Saúde, 2016b Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional para uso do sistema de vigilância alimentar e nutricional-SISVAN-3.0.**, Brasília, 2017c. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/file/ManualDoSisvan.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 78 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Receitas Regionais para crianças de 6 a 24 meses. Brasília, Ministério da Saúde, 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 12, 2006d. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Redução do Sódio em Alimentos Processados, nas quais está presente o estabelecimento de acordos com a indústria alimentícia para a redução do teor de sódio em seus produtos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/promocao/relatorio_motitoramento_consolidado_17_18.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

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

BRASIL. Portaria 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 mar. 2011a. Seção 1, p. 48. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 43, 23 fev 2006b. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 07 de jun. 2020.

BRASIL. Portaria 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 mar. 2006a. Seção 1, p. 77. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 34, 22 de agosto de 2007. Seção 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/686866/pg-34-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-22-08-2007>. Acesso em: 29 de jul. de 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.055, de 25 abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 de ab. 2017b, secção 1, p. 36. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 37, 16 de fevereiro de 2004. Seção 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/460039/pg-37-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-16-02-2004?ref=serp>. Acesso em: 29 de jul. de 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília. ed. 183, p. 68, 22 de set 2017a. Seção

1. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017. Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 49, 20 out. 2017d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2706_20_10_2017.html. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 68, 13 nov. 2014b. Seção 1. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html#:~:text=Redefine%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20\(PNPS\).&text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20redefine%20a,Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20\(PNPS\)](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html#:~:text=Redefine%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20(PNPS).&text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20redefine%20a,Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20(PNPS).). Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº483, de 1º 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 50, 2 abril. 2014a. Seção 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/68448289/dou-secao-1-02-04-2014-pg-50>

BRASIL. Portaria nº 2.975 de 14 de dezembro de 2011. Apoiar financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 93, seção 1, 15 dez. 2011c.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 88, 31 dez. 2010a. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 05 de jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 40 p. (Série Pactos Pela Saúde, v. 3).

BRASIL. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 12, 28 mar. 2013b. Seção 1, ed. 60. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL, Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 59, 15 abril. 2013d. Seção 1, ed. 71 Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=15/04/2013>. Acesso em 23 out 2020.

BRASIL. Resolução nº 1, de 17 de abril de 2018. Estratégia Intersetorial para a Redução de Perdas e Desperdício de Alimentos no Brasil, na forma aprovada pelo Pleno da CAISAN. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, ed.75, seção 1, p. 50, 2018a.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 851-860, 2009.

CACHOEIRA DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Rio Grande do Sul**. Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade. Cachoeira do Sul: Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul, 2018.

CAVALCANTE, A. S. P *et al.* Educação superior em saúde: a educação a distância em meio à crise do novo coronavírus no Brasil. **Avances en Enfermería**, v. 38, n. 1, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v38s1/0121-4500-aven-38-s1-52.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Porto Alegre, v. 9, n. 16, p. 161-167, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. *In*: Pinheiro, R; Mattos, R. A, (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ; Abrasco; 2006. p. 165-84.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C; TORAL; N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, p. 332-340, 2008.

CHUEIRI, P. S. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.52, p. 114-127, 2014.

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

E-GESTOR AB. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 6 jul. 2020.

ESCODA, M. do S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciências & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 219-226, 2002.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competência desenvolvidas e dificuldade encontradas na atenção básica. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800028&script=sci_arttext. Acesso em: 23 out. 2020.

FERNANDES, M. C. *et al.* Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-5, 2010.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. Brasília, 2ª edição: Liber Livro Editora, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivos da reestruturação produtiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, São Paulo, 1996.

GADELHA, P.; NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (Org.) **A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde /Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: Bases legais e referências teóricas. **Trabalho Educação Saúde**. Rio de Janeiro v. 14, n. 3, p. 747-763, set./dez. 2016.

GIGANTE, D. P. *et al.* Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 157-65, 2011.

GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 983-992, 2011.

GOMES, G.M.N.P.A.; SALADO, G.A. Atuação profissional dos egressos do curso de Nutrição de uma instituição de ensino superior do Paraná. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.1, n.1, p.45-50, 2008.

GONÇALVES, C.B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p.12-23, ago. 2019.

GRANDO L. H; ROLIM, M. A. Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 265-270, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300002. Acesso em: 23 out. 2020.

GIBBS, G. **Análise de Dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUIMARÃES, E. M. P; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v. XVI, n. 2, p. 25-33, 2010.

HERMIDA, P. M. V.; BARBOSA, S. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Metodologia ativa de ensino na formação do enfermeiro: inovação na atenção básica. **Revista de Enfermagem/ UFSM**, v. 5, n. 4, p. 683-691, out./dez. 2015.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos familiares 2017-2020**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2020a.

IBGE. **Panorama de Cachoeira do Sul**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/cachoeira-do-sul/panorama>. Acesso em: 7 jul. 2020b.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEITE, L. S.; ROCHA, K. B. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 203-213, jun. 2017.

LIMA, I. F. S. *et al.* Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 944-952, 2012.

LIMA, J. V. C. *et al.* A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho Educação Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 207-227, jul./out. 2010.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MARCONDES, F. L. *et al.* Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 06, n. 3, p. 09-15, jul./dez. 2015.

MARINHO, C. C. C. *et al.* O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vido o tecer dos fios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 619-633, ago. 2011. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/282>. Acesso em: 29 out. 2020.

MARTINS, A. P. B. *et al.* Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Revista Saúde Pública**, 2013, p. 656-65.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada no Campo Relacional e nas Tecnologias Leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 out. 2020.

MINAYO, M. C. S. Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, suppl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORAES, K. G; DYTZ; J. L. G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. **ABSC Health Sciences**, v. 40, n. 3, p. 263-269, 2015.

MOREIRA, M. C. N. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 55-65, 1999.

NEIS, M. *et al.* A importância do nutricionista na atenção básica à saúde. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 46, n. 2, p. 399-414, out. 2012.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panam Salud Publica*, p. 1-7, 2019.

OLIVEIRA, A. P. S; SANTOS, W. L. O conhecimento do enfermeiro sobre a obesidade - REVISÃO DE LITERATURA. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 7, n. 2, p. 141-147, 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p.158-64. 2013.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Brasil é primeiro país a assumir compromissos específicos na Década de Ação para Nutrição da ONU**. 22 maio 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5423:brasil-e-primeiro-pais-a-assumir-compromissos-especificos-na-decada-de-acao-para-nutricao-da-onu&Itemid. Acesso em: 23 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines** - 1920. Publicación científica n. 93. Washington, D.C.: OPAS/OMS, feb. 1964. Disponível em: https://www.farmacia.ufmg.br/wp-content/uploads/2017/05/Ref-15_M%c3%b3d-1-Tema-4-Informe-Dawson-1920-Futuro-Servi%c3%a7os-M%c3%a9dicosOPAS-OMS.pdf. Acesso em: 29 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-gestao-do-conhecimento-241&alias=75-gestao-redes-na-opas-oms-brasil-conceitos-praticas-e-licoes-aprendidas-5&Itemid=965. Acesso em: 23 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Educación permanente de personal de salud en la región de las américas**. Fascículo I: Propuesta de reorientación. Fundamentos. Serie de desarrollo de recursos humanos, n. 78, Washington: OPAS, 1988. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39801/1740.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 out. 2020.

PAIM, J. S. Sistema único de saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PENIDO, A. Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos. **Ministério da Saúde**. 25 jul. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-anos>. Acesso em: 23 out. 2020.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez. 2004.

PINHEIRO, M. C. *et al.* Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. **Revista Panam Salud Publica**, v. 43, e58, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51367/v43e582019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 out. 2020.

PINTO, H. A. Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 22-34, jan./mar. 2009.

POPKIN, B. M. Dinâmica global da nutrição: o mundo está mudando rapidamente para uma dieta ligada a doenças não transmissíveis. **The American Journal of Clinical Nutrition**, ed.2, p. 289-298, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 589/2014-CIB/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, 24 de out. 2014a, p.105.

RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite. **Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, anexo da Resolução nº 589/2014 - CIB/RS**. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Não Transmissíveis (DCNT) no Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul: Comissão Intergestores Bipartite, 2014b. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22115517-anexo-da-resolucao-589-2014-linha-de-cuidado-sobrepeso-e-obesidade.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória**. ALEA, v. 7, n. 2, p. 305-355, jul./dez. 2005.

RODRIGUES, E. M; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 923-931, 2006.

ROMAN, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical & Biomedical Research**, v. 37, n. 4, p. 349-357, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/73911>. Acesso em: 23 out. 2020.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na Estratégia da Saúde da Família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Família Saúde Desenvolvimento**. Curitiba, v. 7, n. 3, p. 257-265, set./dez. 2005.

SANTOS, A. M. *et al.* Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia da saúde da família. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, p.39-49, 2015.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-74, 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

SILVA, D. O; RECINE, E. G. I. G; QUEIROZ, E. F. O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1367-1377, set./out. 2002.

SIMON, E. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1355-1363, 2014.

SPÍNDOLA, T.; MARTINS, E. R. C.; FRANCISCO, M. T. R. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 164-169, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

TAVARES, T. B; NUNES, S. M; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Medicina Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em Pesquisa Qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, v. 3, p. 20-27, 2009. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf. Acesso

em: 29 out. 2020.

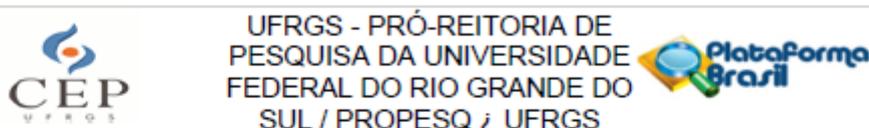
VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, F. S. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? **Nota Técnica n. 26**. Brasília: Ipea, 2016.

VINCENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Prevenção de doenças crônicas**: um investimento vital. Switzerland, 2005. Disponível em: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf?ua=1. Acesso em: 23 out. 2020.

**ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UFRGS – PRÓ-REITORIA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE DO SUL**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção de uma intervenção educativa para qualificar a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade no município de Cachoeira do Sul/RS

Pesquisador: Camila Giugliani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15747319.0.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.450.638

Apresentação do Projeto:

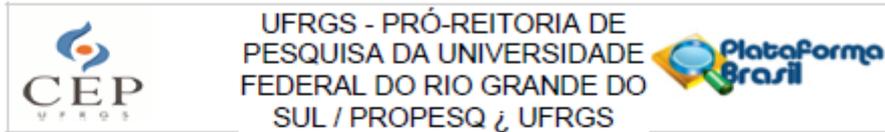
Trata-se de um projeto de dissertação junto ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE/UFRGS, que tem por objetivo analisar as dificuldades da Linha de Cuidado no município de Cachoeira do Sul/RS e perceber de que forma a Educação Permanente em Saúde (EPS), na visão dos profissionais envolvidos, pode apoiar a sua implementação. O estudo será exploratório, de abordagem qualitativa, juntamente com pesquisa documental quantitativa descritiva, que se realizará na rede de Atenção Básica do município de Cachoeira do Sul/RS. A coleta dos dados será realizada por meio da aplicação de uma entrevista individual com os profissionais de saúde envolvidos na Linha de Cuidado, bem como da análise dos prontuários dos pacientes inseridos na mesma a partir de agosto de 2018. A partir dos resultados encontrados, será elaborado como produto final da pesquisa o prospecto de uma intervenção educativa, que será apresentada aos gestores do município, com a intenção de que seja desenvolvida e implementada junto aos profissionais para qualificar o cuidado dos usuários com sobrepeso e obesidade.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar as dificuldades da LC no município e perceber de que forma a EPS, na visão dos profissionais envolvidos, pode apoiar a implementação da LC no município de Cachoeira do Sul/RS.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.450.636

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e compreender as dificuldades encontradas na implementação da LC no município, principalmente no nível da AB;
- Analisar a percepção dos profissionais sobre o papel da EPS para a implementação da LC;
- Descrever o perfil dos usuários da LC, quanto a sexo, idade, escolaridade e número de consultas relacionadas à LC;
- Construir coletivamente uma intervenção educativa na perspectiva da EPS, para ser implementada junto aos profissionais da AB envolvidos na LC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos aos participantes envolvidos nesta pesquisa são mínimos e se referem à possibilidade de constrangimento no momento de responder as perguntas da entrevista e a algum desconforto relacionado ao tempo de aplicação da entrevista.

Os benefícios que podem ser identificados com esta pesquisa dizem respeito à qualificação do cuidado dos usuários com sobrepeso e obesidade no município de Cachoeira do Sul, sendo que os resultados e o produto técnico podem ser também úteis para outros municípios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

DELINEAMENTO

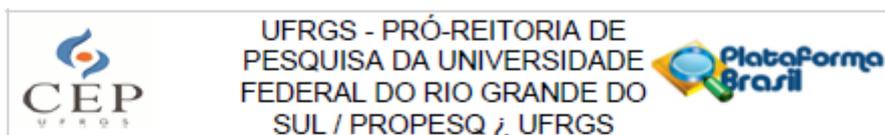
Estudo exploratório de abordagem qualitativa, juntamente com pesquisa documental quantitativa descritiva, que se realizará nos serviços de AB do município de Cachoeira do Sul/RS.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a pesquisa, será utilizado como critério de inclusão ser profissional de saúde de nível superior envolvido diretamente no atendimento aos pacientes com sobrepeso e obesidade.

Participarão da pesquisa as quatro UBS localizadas na área urbana, bem como as oito ESF que compõem a rede de AB. Conforme levantamento realizado pela pesquisadora no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), participarão da pesquisa 42 profissionais, incluindo enfermeiros (17), médicos (24) e nutricionista (1).

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farpupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.450.638

todos trabalhadores de nível superior das unidades de saúde participantes da pesquisa. Para delineamento do perfil dos usuários da LC, serão utilizados os prontuários dos usuários encaminhados para atendimento com a nutricionista na UBS 01.

A coleta dos dados será realizada por meio da aplicação de uma entrevista individual com os profissionais participantes e da análise dos prontuários dos pacientes inseridos na LC e atendidos na UBS 01 a partir de agosto de 2018, pois conforme cronograma de ações da LC, a implementação se iniciará a partir dessa data. Os profissionais elegíveis serão convidados a participarem da pesquisa por meio de carta convite.

As entrevistas serão realizadas por uma das pesquisadoras nas unidades de saúde, em dia e horário a combinar com os profissionais, seguindo um roteiro pré-definido e serão gravadas e transcritas na íntegra.

Disponibilizar somente os dados dos participantes sem identificá-los.

Os prontuários de todos os pacientes atendidos na UBS 01, dentro da LC, que estiverem participando dos grupos da cirurgia bariátrica ou de reeducação alimentar, serão analisados com o objetivo de buscar informações para delinear o perfil dos usuários quanto às variáveis sexo, idade, escolaridade e número e tipo de atendimentos com os profissionais de saúde (médico, enfermeiro e nutricionista) na LC. Incluir na Plataforma Brasil o número de prontuários.

OBSERVAÇÕES: apresenta: carta convite aos profissionais, roteiro de entrevista, termo de anuência da secretaria de saúde, termo de responsabilidade para utilização dos dados (TCUD) e TCLE.

OBSERVAÇÃO GERAL: projeto é bem descrito com relação a metodologia e procedimentos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

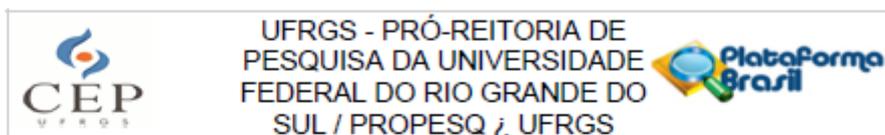
Projeto: adequado.

Riscos e Benefícios: adequados.

TCLE: adequado.

TCDU: adequado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.450.638

Carta de anuências: SMS Cachoeirinha: adequado.

Cronograma: adequado.

Recomendações:

Disponibilizar somente os dados dos participantes sem identificá-los.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De uma forma geral o projeto encontra-se adequado quanto às recomendações éticas em pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1315527.pdf	15/06/2019 17:12:06		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Eloisa_assinada.pdf	14/06/2019 08:34:17	Camila Giugliani	Aceito
Outros	parecer_aprovado_compesq.pdf	13/06/2019 14:08:17	Camila Giugliani	Aceito
Outros	anuencia_projeto.pdf	13/06/2019 14:08:00	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escelarecido.pdf	13/06/2019 14:07:18	Camila Giugliani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Eloisa_13062019_enviado_PB.pdf	13/06/2019 14:03:29	Camila Giugliani	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Famosilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL / PROPESQ & UFRGS



Continuação do Parecer: 3.450.638

PORTO ALEGRE, 11 de Julho de 2019

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – COORDENAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DO SUL



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DO SUL
Princesa do Jacuí – Capital Nacional do Arroz
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, ROGER GOMES DA ROSA, Secretário de Saúde do Município de Cachoeira do Sul/RS, estou de acordo com a realização da pesquisa “Construção de uma intervenção educativa para qualificar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no município de Cachoeira do Sul/RS”, de responsabilidade da profª Dra. Camila Giuliani, do Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde – Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como pesquisadora assistente a mestranda e nutricionista Eloisa Montanha Souza da Silva.

O estudo terá por objetivo construção de uma intervenção educativa para qualificar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no Município de Cachoeira do Sul/RS e envolve a realização de levantamento documental e entrevistas com trabalhadores da Atenção Básica de Saúde do município.

Declaro conhecer e cumprir as disposições éticas relativas a pesquisa, em especial a Resolução CNS nº 466/12, Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu cumprimento no resguardo da segurança dos dados que serão coletados.

Cachoeira do Sul, 06 de junho de 2019.



Roger Gomes da Rosa
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Construção de uma intervenção educativa para qualificar a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade no município de Cachoeira do Sul/RS”**.

O tema escolhido se justifica pela importância de qualificar a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no município de Cachoeira do Sul/RS.

O estudo terá como responsável principal a Prof (a). Dra. Camila Giugliani, Professora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que está vinculada ao Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS, sendo orientadora da mestranda do curso Ensino na Saúde e pesquisadora assistente Eloisa Montanha Souza da Silva.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, você será convidado (a) a participar de uma entrevista, com duração de aproximadamente vinte (20) minutos. A entrevista será sobre o seu conhecimento a LC do sobrepeso e obesidade e se conhece o objetivo; se considera capacitado para o manejo dos usuários com sobrepeso e obesidade; quais os pontos positivos (pontos fortes) da LC; quais as dificuldades (pontos a desenvolver) na LC; o que você entende por Educação Permanente em Saúde e se você acha que uma atividade educativa ou material educativo poderia ajudar a fortalecer a LC.

Seus dados de identificação e as informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação.

Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir de participar, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo ou constrangimento para você.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e concordo em participar da pesquisa. Declaro que também fui informado(a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e de que terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal.

- Da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para os objetivos do presente projeto de pesquisa.

- De que não se identificam riscos relacionados à minha participação nesta pesquisa, a não ser algum eventual desconforto ou constrangimento ao responder as perguntas da entrevista.

- De que os benefícios da minha participação estão relacionados à construção coletiva de uma proposta de programa de EPS, envolvendo os profissionais da rede de atenção básica, para o manejo do usuário com sobrepeso e obesidade.

Em qualquer etapa do estudo é possível esclarecer suas dúvidas sobre o projeto com a pesquisadora assistente Eloisa Montanha Souza da Silva, através do telefone profissional (51) 3722-2255, telefone celular (51) 997670169 ou através do email: eloisanutri@yahoo.com.br

Você também poderá entrar em contato, no caso de dúvidas quanto a questões éticas, com o **Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, pelo telefone (51) 3308- 3738, endereço Av. Paulo Gama, 110 – Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro – Porto Alegre/RS. E-mail: etica@propeq.ufrgs.br, no horário de atendimento de segunda-feira à sexta-feira, das 8h30 às 12h e das 14h às 18h.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Cachoeira do Sul, _____, de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Nome: _____

Assinatura da pesquisadora assistente:

Nome: Eloisa Montanha Souza da Silva

ANEXO D - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DE DADOS E ARQUIVO DE PESQUISA

27

Apêndice 4

Termo de Responsabilidade e Compromisso para Uso, Guarda e Divulgação de Dados e Arquivos da Pesquisa

Título do Projeto: Construção de uma intervenção educativa para qualificar a Tarefa de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no município de Cachoeira do Sul/RS.

Camila Guglielmi (pesquisadora principal e orientadora)

Professora Adjunta

Departamento de Medicina Social

Programa de Pós-Graduação em Saúde na Saúde

Faculdade de Medicina

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Flora Montanha Souza da Silva (pesquisadora assistente e mestranda)

Aluna de pós-graduação (Mestrado)

Programa de Pós-Graduação em Educação em Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Focal e ser pesquisadores graduandos médicos de cursar na U.C. do sobrepeso e obesidade no município de Cachoeira do Sul, atendidos nos anos de 2018 e 2019.

As pesquisadoras envolvidas na pesquisa supracitada, declaram-se cientes e de acordo:

- a) De todas as partes do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que impactem na observação da presente e consequente violação de quaisquer das cláusulas acima descritas bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas, responsável de forma limitada, irretratável, irrevogável e absoluta perante a fornecedora dos dados e arquivos em eventuais ações regressivas, bem como perante terceiros eventualmente prejudicados por sua observação.
- b) De que os dados e arquivos fornecidos deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988 especialmente no tocante ao dízimo e a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.
- c) De que eventuais as informações constantes nos dados ou arquivos disponibilizados deverão ser utilizados apenas e tão somente para a execução e pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outros projetos, seja a que título for, salvo expressa autorização em contrário do responsável devidamente habilitado do setor.
- d) De que eventuais informações a serem divulgadas, serão únicas e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado seu uso das informações para publicação em qualquer meio e de comunicação de massa que não guardem compromisso no âmbito científico, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.
- e) Sem prejuízo dos termos do presente, que deverão ser respeitadas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares no contexto do projeto em epígrafe.

Porto Alegre, 04 de maio de 2019.



Camila Guglielmi
Pesquisadora Responsável



Flora Montanha Souza da Silva
Pesquisadora Assistente

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Identificação da Unidade de Saúde: _____
- 2) Data: _____
- 3) Sexo: _____
- 4) Idade: _____
- 5) Profissão: _____
- 6) Há quanto tempo trabalha na unidade de saúde?
- 7) Você conhece a LC do sobrepeso e obesidade e sabe qual o objetivo?
- 8) Você se considera capacitado para o manejo dos usuários com sobrepeso e obesidade? Comente.
- 9) Na sua opinião, quais os pontos positivos (pontos fortes) da LC?
- 10) Na sua opinião, quais as dificuldades (pontos a desenvolver) na LC?
- 11) O que você entende por Educação Permanente em Saúde?
- 12) Você acha que uma atividade educativa ou material educativo poderia ajudar a fortalecer a LC? Se sim, que tipo de atividade/material você sugeriria?