

Autoria

Clevia da Silva Pampolha¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7877-6314>Ana Paula Basilio Tavares Rocha¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-9944-8355>Mauricio Barreto Kucharsky¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0280-2432>Neli Agenora da Silva¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0000-3529-3945>Abel Silva de Meneses^{1,2}ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>André Ramalho^{1,3,4}ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Instituição

¹Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo, SP, Brasil.²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil.³Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal.⁴Departamento Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Autor Correspondente

Clevia da Silva Pampolha

e-mail: <clevia.silva@cejam.org.br>

Como citar este artigo

Pampolha CS, Rocha APBT, Kucharsky MB, Silva NA, Meneses AS, Ramalho A. Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Obesidade. Rev. Tec. Cient. CEJAM 2023;2:e2023200010. Doi: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202320010>.

Submissão

10/04/2022

Aprovação

16/01/2023

Artigo Original

Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Obesidade

Comprehensive Health Care Line for people with obesity

Resumo

Objetivo: Apresentar uma proposta de linha de cuidado integral para saúde da pessoa com obesidade, rede de atenção à saúde em dois distritos de saúde da região sul da cidade de São Paulo. **Método:** Estudo metodológico com a finalidade de produzir e incentivar a troca entre os diferentes saberes, um conhecimento comum voltado para a compreensão e transformação da realidade por meio do pensamento coletivo, com a criação de um documento parametrizador direcionado para a linha de cuidado para a pessoa com obesidade, validando ou adequando os métodos e os procedimentos já existentes. **Resultados:** Proposição do documento de parametrização técnica e matriz de indicadores enunciando os níveis de atenção à saúde, ações e intervenções de saúde, itinerário do paciente e indicadores de qualidade dos pontos críticos da linha de cuidado. **Conclusão:** A construção do projeto propiciou debates em torno do tema da obesidade, este o primeiro fator importante para implementação do tratamento, inclusive com a participação de toda a equipe multiprofissional e discussão com a Rede de Atenção à Saúde, mudando a visão de todos frente às causas da obesidade, favorecendo uma maior atenção nas ações preventivas, no seguimento do paciente com obesidade e seus resultados clínicos futuros.

Descritores: Atenção à Saúde; Regionalização da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Obesidade; Manejo da Obesidade; Indicadores de Qualidade.

Abstract

Objective: To present a proposal for a line of comprehensive care for the health of people with obesity, improving the health care network in two health districts in the southern region of the city of São Paulo. **Method:** Methodological study with the purpose of producing and encouraging the exchange between different types of knowledge, a common knowledge aimed at understanding and transforming reality through collective thinking, with the creation of a parameterizing document directed to the line of care for people with obesity, validating or adapting existing tools and instruments. **Results:** Proposal of a technical parameterization document and indicator matrix enunciating levels of health care, health actions and interventions, patient itinerary and quality indicators of the critical points of the care line. **Conclusion:** The construction of the line of care allowed the discussion on the topic of obesity, the first important factor for the implementation of the treatment, including the participation of the entire multidisciplinary team and discussion with the Health Care Network, changing everyone's view of the causes of obesity, providing greater attention to preventive actions, follow-up of patients with obesity and their future clinical outcomes.

Descriptors: Delivery of Health Care; Regional Health Planning; Primary Health Care; Obesity; Obesity Management; Quality Indicators.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma epidemia mundial e um problema de saúde pública, que acarreta custos significativos. Segundo publicação do The Lancet⁽¹⁾, a obesidade é a sexta maior causa de morte no mundo. São mais de cinco milhões de mortes por ano, entre os quais, 13% dos adultos no mundo todo estão obesos e 39% dos adultos estão com sobrepeso.

De forma global, entre 1975 e 2016, a prevalência de obesidade somada ao sobrepeso aumentou de 28,8% para 36,9% em homens e de 29,8% para 38,0% em mulheres, saindo de cifras de 850 milhões para 2 bilhões de indivíduos, o que os torna problemas de saúde pública de importante magnitude e transcendência no mundo atual com variação percentual de 27,5% em relação a 2009⁽²⁾.

No Brasil, de acordo com dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2019, 28,5% da população está com obesidade e 63,0% com sobrepeso⁽²⁾. Ainda, na análise dos fatores de risco que provocam a maioria das mortes e incapacidades de forma combinada, considerando ajustamento para idade, o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado foi o que mais contribuiu com variação percentual de 27,5% em relação a 2009⁽³⁾.

Cerca de 1,9 bilhões de reais por ano são gastos no tratamento da obesidade, incluindo os atendimentos médicos, dispensação de medicamentos e internações hospitalares. “Desse valor, 600 milhões são provenientes do governo via Sistema Único de Saúde, representando 12% do orçamento que é gasto com todas as outras doenças”⁽²⁾.

A obesidade pode estar associada à causas genéticas, como por exemplo uma mutação no gene ou receptor da leptina, porém as evidências demonstram que a obesidade é uma doença multifatorial e poligênica, ou seja, múltiplos genes estão associados à obesidade, mais de 250 genes, marcadores e regiões cromossômicas. A obesidade também está fortemente relacionada a fatores ambientais, como alimentação, atividade física, estresse, tabagismo e alcoolismo. Estes fatores são capazes de ativar ou silenciar genes envolvidos no processo de patogênese da obesidade e são chamados de fatores epigenéticos e são fatores que podem ser alterados a partir da mudança de comportamento. Os fatores epigenéticos são fundamentais na prevenção e no tratamento das doenças crônicas, pois modulam a expressão de vários genes associados à obesidade⁽³⁾.

No cenário das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a obesidade se destaca como uma doença multifatorial que pode causar diversos problemas de saúde pública⁽³⁾.

Considerando que o desenvolvimento da obesidade é multifatorial, conseqüentemente o tratamento também deverá ser para que todos os fatores possam ser modificados. Sendo assim, profissionais de diversas áreas devem trabalhar de maneira integrada, a fim de solucionar o problema ou reduzir o impacto causado pelo excesso de peso no cotidiano das pessoas.

As intervenções com foco na mudança de estilo de vida são os principais focos no tratamento. Entretanto, a adesão é muito baixa e o sucesso a longo prazo é também baixo, como também muitos estigmas que envolvem essa patologia. Os estigmas envolvem o paciente, a família e os próprios profissionais de saúde⁽³⁾.

Nesse universo e por ser um problema multifatorial, com alta prevalência, ausência de ações sistematizadas com equipe multiprofissional, falta de acesso e necessidade de delineamento de linhas de cuidado eficientes, identificou-se que esta temática apresenta lacunas, justificando a proposição de uma linha de cuidado integral sobre obesidade.

Diante disso, o objetivo deste artigo é apresentar uma proposta de linha de cuidado para saúde da pessoa com obesidade no modelo de rede de atenção à saúde (RAS)⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾, em dois distritos de saúde da região sul paulistana.

MÉTODO

Desenho, período e cenário

Este é um estudo metodológico desenvolvido entre o segundo trimestre de 2021 e primeiro de 2022, tendo por objeto de estudo o cuidado sobre saúde da pessoa com obesidade. O estudo foi norteado pela ferramenta de qualidade Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)⁽⁷⁾.

Essa pesquisa contemplou as relações de dois distritos geopolíticos da periferia paulistana, em território de alta vulnerabilidade social, cujo índice de desenvolvimento humano (IDH) chega a 0,750 (3º pior IDH do ranking entre os 96 da cidade) e a densidade demográfica a 21.937 Hab/Km² (3ª mais populosa da capital paulistana)⁽⁸⁾.

O território dos dois distritos conta com cerca de 604.772 pessoas adscritas, cuja ordenação do cuidado é realizada por 172 equipes de saúde da família distribuídas em 30 unidades básicas de saúde (UBS), que fazem a articulação da RAS com serviços de urgência e emergência, serviços de atenção especializada e serviços de alta complexidade hospitalar, além de triangulação do cuidado com outros equipamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) e sociais do território. O Estudo é limitado por não apresentar resultados possíveis a curto prazo. Apesar da não divulgação dos resultados dos indicadores, já conseguimos verificar mudanças no comportamento dos pacientes e da equipe, de forma a identificarmos redução das complicações relacionadas.

Protocolo de Estudo

A proposição de uma linha de cuidado vem estabelecer fluxos assistenciais e rotinas com promoção, prevenção e planejamento terapêutico seguros em todos os níveis de atenção à saúde, com a jornada do paciente clara e delimitada, buscando de fato atender as necessidades dos nossos pacientes, contemplando assim as especificidades do território e as interfaces da RAS. Essa proposta foi conduzida em cinco etapas.

A primeira etapa foi realizada por meio do desdobramento dos processos de transformação nas relações territoriais, administrativas e de atividade técnica, desencadeados pela setorização dos serviços de saúde que apresentaram similaridade ou pertinência epidemiológica com efeito de potencializar as ações de saúde, que deixam de serem vistas de forma individualizada, tornando suas ações e resultados integrados.

A segunda etapa foi o levantamento de oportunidades de melhoria nos processos de cuidar dos dois distritos de saúde apresentados nos painéis de discussão e petição de compromissos entre todos os integrantes da RAS, que culminou com a necessidade de se revisitar o conceito de história natural das doenças, o itinerário dentro do sistema e propor estratégias para o cuidado quanto às necessidades de saúde mais prementes no território.

Já a terceira etapa contou com a realização de vinte e duas⁽²²⁾ reuniões técnicas com representantes das categorias profissionais (gerentes, enfermeiros, médicos, equipe multiprofissional) com o objetivo de alinhar conceitos e ideias, segundo o referencial teórico metodológico de Ludwik Fleck sobre 'Coletivo de Pensamento' e 'Estilo de Pensamento'⁽⁹⁾. Estudo metodológico de pesquisa e ação que visa a incentivar a troca entre diferentes saberes, construindo um conhecimento comum voltado para a compreensão e transformação da realidade existente. Trata-se de um procedimento cada vez mais utilizado na avaliação participativa.

O foco de trabalhar esses conceitos foi o de configurar uma comunidade de profissionais que trocassem mutuamente ideias e estabelecem uma interação intelectual e, por esta razão, desenvolvessem um estilo de pensamento coletivo em sintonia com as necessidades de saúde do território.

Para subsidiar a abstração cognitiva dos fenômenos sobre a linha de cuidado em evidência, a quarta etapa envolveu a leitura complementar de conteúdos sobre o tema, compilados durante o procedimento de busca controlada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), empregando os descritores (Obesidade, Atenção à Saúde;

Manejo da Obesidade) pertinentes ao tema estudado.

Finalmente, na quinta etapa procedeu-se a enunciação dos níveis de atenção à saúde, ações e intervenções de saúde, itinerário do paciente e indicadores de mensuração dos pontos críticos da linha de cuidado, vislumbrando a proposição de protocolos gerenciáveis.

Por não se tratar de comunicação científica envolvendo seres humanos, dispensou-se submissão em Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Foram sintetizados em forma de figuras esquemáticas com efeito de disponibilizar uma representação panorâmica sobre os principais eventos que envolvem a história natural da obesidade e a configuração da linha de cuidado pertinente.

A **Figura 1** apresenta uma visão abrangente sobre a história natural dos eventos que envolvem a saúde da pessoa com obesidade.

HISTÓRIA NATURAL DA OBESIDADE						
Características	Período de Pré-patogênico		Período Patogênico			
	Horizonte Clínico					
	Prevenção primária		Prevenção Primária e Secundária		Prevenção Terciária	
	Promoção à Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato	Limitação do Dano	Tratamento Intervencionista	
Ações de Saúde	Atenção Primária à Saúde		Atenção Especializada de Média Complexidade			
	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos dietéticos Atividade Física Controle do peso Identificação de fatores de risco Transtornos emocionais 	<ul style="list-style-type: none"> Controle de fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedade/Depressão -Tabagismo -Sedentarismo -Comorbidades -Uso de Fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância sistemática dos níveis de: <ul style="list-style-type: none"> -Hemograma Completo -Glicemia -Hemoglobina Glicada -Insulina se Relacionado Diabetes -Colesterol Total e Frações -Triglicerídeos -Ureia e Creatinina -TGO/TGP/Fosfatase Alcalina, Gama GT- Se alteração Solicitar USG Abdome -TSH/T4 Livre -IMC / Perda Ponderal - Se componente psicológico Medicações: <ul style="list-style-type: none"> 1ª Escolha - Fluoxetina 2ª Escolha - Sertralina 3ª Bupropiona (Considerar a obesidade Grau 2 X Tabagista).Avaliar a possibilidade de redução do uso de Tricíclicos Obs.: Após 6 meses de tratamento sem resultado, encaminhar ao especialista. 		<ul style="list-style-type: none"> Tratamento de: <ul style="list-style-type: none"> -Redutor de Absorções de Gorduras; -Transtorno Compulsivo -Tratamento de Controle Metabólico 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo com incapacidades Integração familiar ao tratamento Estimular atividades da vida diária Cirurgia Bariátrica e Polo Obesidade
			Atenção Especializada de Alta Complexidade			
					Morte	

Figura 2 - Perspectiva da linha de cuidado sobre saúde da pessoa com obesidade, CEJAM, São Paulo, Brasil, 2022.

Já a Figura 2 apresenta uma perspectiva da linha de cuidado sobre saúde da pessoa com obesidade, correlacionando níveis de

atenção, ações de saúde, intervenções, itinerário do paciente e indicador de mensuração de pontos críticos.

Linha de cuidado sobre Obesidade nas unidades do CEJAM				
Nível de Atenção	Ações de Saúde	Intervenções	Itinerário do Paciente	Indicador
Atenção Primária	Promoção	- Estímulo para Alimentação Saudável - Estímulo para Atividade Física		Impacto não mensurável
	Prevenção	- Ações de Educação em Saúde		Impacto não mensurável
	Diagnóstico	- Rastreamento com busca ativa sobrepeso, Obesidade Grau I, II, III e IV.		1) Percentual de pacientes obesos (com IMC > ou = a 30) no território, por sexo e faixas etárias)
Atenção Especializada de Média Complexidade	Cuidado Continuado	- Consulta Médica e de Enfermagem - Consulta multiprofissional (nutri-Psico-Fama- Educadora Física-dentre outros) - Apoio à saúde mental - Visita domiciliar e vigilância do ACS - Tratamento farmacológico segundo o estágio da doença - Tratamento não farmacológico - Exames Laboratoriais monitoramento - Exames de apoio diagnóstico (USG Abdome) - Estágio da Obesidade - Atenção farmacêutica - Inclusão em programas governamentais de - Dispensação de medicamentos	2) Percentual de pacientes obesos (com IMC > ou = a 30) no território, identificados e acompanhados pelo programa de redução ponderal (por sexo e faixas etárias) 3) Percentual de pacientes obesos (com IMC > ou = a 30) acompanhados no programa, com pelo menos uma doença crônica subjacente (Hipertensão e/ou Diabetes) 4) Percentual de pacientes obesos (com IMC > ou = a 30) acompanhados no programa, com pelo menos 1 avaliação de risco cardiovascular nos últimos 12 meses (indicador flutuante com acompanhamento mensal e avaliação anual)	
		- Encaminhamento para Polo Obesidade -Hospital Dia Campo Limpo -Casos IMC 40-49 KG/A2 para acompanhamento na rede por dois anos com equipe Multiprofissional, caso não tenha melhora ponderal, encaminhado para atenção terciária	5) Número e percentual de cirurgias bariátricas realizadas através do encaminhamento pela linha de cuida	
Atenção Especializada de Alta Complexidade	Tratamento Intervencionista	- Encaminhamento de casos IMC igual e acima de 50 KG/M2 para Cirurgia Bariátrica	Atenção Hospitalar Cirurgia Bariátrica	Impacto não mensurável

Figura 2 - Perspectiva da linha de cuidado sobre saúde da pessoa com obesidade, CEJAM, São Paulo, Brasil, 2022.

DISCUSSÃO

Promoção e Prevenção

Em relação à promoção e prevenção à saúde, é imprescindível citar a importância de práticas multidisciplinares, contando com o apoio nutricional e de educador físico para a realização com excelência de tais ações voltadas ao paciente com sobrepeso e obesidade.

Segundo o Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁰⁾, contamos com dois pilares de promoção e

prevenção na esfera do sobrepeso, iniciando com a orientação de alimentação adequada e saudável, ação que poderá ser realizada em ambientes institucionais, tais como escolas, equipamentos sociais, Organizações Não Governamentais (ONGs), igrejas, associações de bairro, comércios, abrigos, dentre outros, visando orientar não somente a importância de hábitos alimentares, como fornecer opções de alimentos e preparos segundo a particularidade e condições de cada indivíduo.

O segundo pilar condiz com a realização de atividades físicas, que poderão ser realizadas nos espaços disponíveis na comunidade, utilizando além de atividades padrões como caminhadas e

alongamentos, a dança, de modo a usufruir da cultura local. Além disso, durante as ações supracitadas, realizar a classificação dos pacientes atendidos e captados, a fim de acolhê-los conforme necessidade e dar seguimento com os devidos encaminhamentos, cumprindo a integralidade.

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a APS tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maioria da população⁽¹¹⁾.

Segundo estudo⁽¹²⁾ que analisou a percepção que os profissionais de saúde tinham em relação ao paciente obeso e a percepção que ele tinha de si mesmo em um Centro de Saúde (CS), os profissionais da saúde acreditam que o tratamento é simples, podendo ser realizado no CS. Porém, foi observado nas percepções desses profissionais que as ações ainda estão restritas e reduzidas, necessitando de ampliação. Já considerando a percepção dos usuários obesos, foi constatado que eles procuram mais por tratamento medicamentoso, não reconhecendo a importância do envolvimento de outros profissionais não médicos. Para o tratamento da obesidade é necessário um atendimento multidisciplinar, exigindo um trabalho integral, e para isto é preciso garantir o adequado funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

Nota-se a importância da gestão dos serviços de saúde na prevenção e no controle desta doença, sendo necessário criar, organizar, monitorar e avaliar os programas de intervenção, bem como a necessidade de gerenciar um processo de mudança, reorganizando os serviços, programas e ações para um apropriado atendimento, levando-se em consideração fatores como, por exemplo, a transição nutricional⁽¹³⁾.

Diante da transição nutricional que o país tem passado, torna-se essencial o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, na APS, voltado para a promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física, envolvendo um atendimento multidisciplinar e integral, a fim de reduzir o sobrepeso e a obesidade, proporcionando um aumento no gradiente de saúde.

Essas ações, através da promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, podem reduzir os gastos em saúde pública com ações preventivas e de tratamento da obesidade⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Destacou-se a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como papel estratégico de aconselhar a execução de medidas de autocuidado e Promoção da Saúde. Alguns autores apontaram também desafios acerca da capacitação desses profissionais. Constatou-se ainda, como um dos desafios em alguns estudos, a escassez de iniciativas de aconselhamento de modos saudáveis de vida à população na APS. Portanto, nota-se que é necessário fortalecer a atuação do ACS na promoção à saúde e prevenção de doenças⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Notadamente destaca o potencial da rede quando ampliado ao território com ações extramuros e/ou UBS na Rua. A UBS na Rua é uma estratégia desenvolvida com objetivo de ampliar as ações da APS em nível comunitário, a partir de atividades extramuros com a sociedade civil e equipamentos do território. Torná-la cada vez mais prática, frequente e disseminada na população faz parte

das diretrizes da APS no sistema público de saúde.

A UBS na Rua busca maximizar o cuidado comunitário introduzindo inovações bem sucedidas nas ações de prevenção e promoção da APS.

Reconhecendo que os territórios são muito diversos e dinâmicos e que os grupos populacionais de interesse da APS têm práticas e linguagens particulares, a UBS na Rua busca customizar as ações da APS e dentro dela a ESF adaptando escolha de locais, horários, comunicação e estratégias de abordagem para aproximar cada vez mais a UBS da população.

Para esse objetivo, aposta-se na articulação com a sociedade civil para construir coletivamente uma cultura de prevenção e promoção à saúde. Sua implementação conta com o trabalho de toda a equipe de saúde, sobretudo, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com apoio de Agentes de Promoção Ambiental (APA) vinculados ao Programa Ambientes Verdes e Saudáveis responsáveis pela mediação e aproximação com a população.

Cuidado Continuado

O Índice de Massa Corporal (IMC), tornou-se um preditor internacionalmente reconhecido de obesidade, tendo sido adotado pela Organização Mundial de Saúde; a OMS divide a obesidade em quatro níveis: o grau I corresponde entre 30 e 34,9 kg/m², o grau II, IMC entre 35 e 39,9 kg/m²; o grau III acima de 40 kg/m² (mórbida) e o grau IV acima de 50 kg/m² (extrema), essa classificação tem por igual os processos comparativos e de abordagem ao paciente, bem como a melhor escolha/definição do tratamento. Sendo assim, após a classificação, deve-se planejar o cuidado continuado dos pacientes captados, a partir das suas necessidades individuais identificadas, mantendo as ações voltadas à alimentação adequada e saudável e a prática de exercícios físicos, devendo-se incrementar no plano de cuidado, sua inserção nas demais redes de atenção, se assim for necessário⁽¹⁸⁾.

Para tanto, é imperativo o mapeamento da rede de serviços existente no território, bem como, os demais níveis de complexidade, contando com apoio de rede secundária e especialidades médicas, como endocrinologia e psiquiatria, e expansão multidisciplinar, com adesão de psicologia e demais ações voltadas ao bem-estar pessoal, como, por exemplo, auriculoterapia entre outras, a fim de auxiliar na saúde emocional do indivíduo e em fatores como ansiedade.

Os acompanhamentos devem ocorrer de maneira contínua e contar com reavaliação e reclassificação semestral, formando novo plano de cuidado conforme novas necessidades encontradas. Um dos processos mais complexos na construção dos sistemas de saúde é a articulação entre os pontos de atenção. A integração e a coordenação da rede a partir da APS requer mecanismos de gestão e conhecimento por parte dos atores para que ela consiga coordenar o cuidado na rede de atenção. Há, portanto, uma necessidade de profissionalizar a gestão municipal para organizar sistemas de saúde orientados pela APS, bem como as equipes de saúde implementarem os mecanismos necessários para a população adstrita usufruir dos quatro atributos exclusivos desta: acesso e utilização (primeiro contato), de forma integral, ao longo do tempo e com coordenação na rede de atenção⁽¹⁹⁾.

A competência dos serviços da Rede de Atenção à Saúde deve ser complementar para atuação integrada e sinérgica, a fim de se alcançar o patamar desejado de atenção compartilhada⁽²⁰⁾.

Ressalta-se que o reduzido espaço físico para os atendimentos e a realização das atividades, a estrutura física inadequada para atender as pessoas com obesidade, as precárias condições dos equipamentos, a ausência de algumas especialidades médicas e o número insuficiente de profissionais das áreas de Nutrição, Psicologia, Assistência Social, Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física também são limitações para a implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Para alcançar resultados efetivos e que deem conta do complexo quadro de saúde-doença no país é necessário inovar. Muitas vezes, são necessárias mudanças profundas nos instrumentos de gestão e no cuidado em saúde.

Entende-se que o problema da incoerência entre ofertas de serviços e as necessidades de saúde não se resolve aumentando a oferta de modo indiscriminado, mas introduzindo novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, mais humanizada, eficiente e equitativa.

Infelizmente, não há literatura que explique um método único de inovar ou que forneça um passo a passo para além do processo de aprendizagem, que requer necessariamente a experiência. Assim, conhecer outras experiências e torná-las de conhecimento da comunidade científica e dos gestores, podem ser ajuda importante para melhorar a atenção à saúde e estimular as equipes a desenvolver ações realmente inovadoras⁽²¹⁾.

Atenção Complementar

Considerando que o sobrepeso e a obesidade estão ligados aos maus hábitos alimentares, esses podem estar associados a outras patologias, como a diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, problemas cardiovasculares, entre outros.

Por este motivo, se faz necessário o complemento do cuidado continuado abrangendo as demais esferas que o paciente demanda, acompanhando exames com monitoramento de níveis de glicose, colesterol e triglicerídeos, além de atingir o completo bem-estar deste, e estabilização dos níveis relacionados aos exames laboratoriais.

O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com obesidade deve ser complementar e integrado à APS, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria dos territórios.

Para tanto, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento das Redes de Atenção à Saúde pela APS. Assim, a forma mais efetiva e eficiente de relação entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada é a coordenação do cuidado, em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de profissionais da APS e de especialistas.

Nesse processo, é essencial definir e negociar responsabilidades e garantir o diálogo e a transferência segura do cuidado, compartilhando planos de cuidado entre a APS e a AAE, discutindo-o em algumas circunstâncias e buscando os mesmos objetivos, a fim de se alcançar o patamar desejado de atenção compartilhada⁽²²⁻²³⁾.

A continuidade do cuidado psicológico e sua eficácia depende da complementação com ações que insiram os indivíduos que sejam referência familiar aos pacientes atendidos, uma vez que

com o auxílio deste, haverá maior motivação para o alcance dos resultados esperados e a não desistência do projeto supracitado e cuidados necessários.

Indicadores

A implantação de indicadores para mensurar os pontos estratégicos do itinerário do paciente pela linha de cuidado, visa controlar o plano de cuidados em seguimento. Os indicadores se revelam importantes à medida que eles sinalizam oportunidades de melhoria, controlam o cumprimento das melhores práticas e objetivam melhores processos e resultados clínicos quantitativamente⁽²⁴⁻²⁶⁾.

O primeiro indicador visa a identificação dos pacientes dentro do território. Utilizamos o percentual de pacientes obesos (com IMC > ou = a 30) no território (por sexo e faixas etárias). Desta forma, visamos a busca ativa dos pacientes e consequente ação dentro de todos os pacientes elegíveis à linha de cuidado.

Segundo a estimativa do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde - VIGITEL⁽²⁷⁾, 19,9% da população acima de 18 anos é obesa; caso o percentual esteja muito acima ou muito abaixo da estimativa, indica que intervenções de diagnósticos e de rastreamento devem ser tomadas. O valor esperado para este indicador funciona na perspectiva de quanto menor melhor, considerando que este valor não seja superior a 20%⁽²³⁾.

Estudos consideram um desafio aos profissionais de saúde nas UBS, a realização da busca ativa de doentes crônicos (HAS e DM), no entanto confirmam a importância da sensibilização e da conscientização destes grupos, com destaque à adoção de medidas que proporcionem perda de peso e estilos de vida saudáveis⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Segundo Blüher⁽³⁰⁾, a população obesa está sujeita a riscos adicionais relacionados à saúde, o que justifica a necessidade de programas de identificação e acompanhamento para redução de peso e consequentemente evitar evolução de complicações relacionadas à obesidade.

Diante da necessidade observada, é importante relacionar o número de obesos acompanhados pelo programa de redução ponderal e o número de obesos identificados no território das unidades de saúde. Tal valor funciona na perspectiva de quanto maior melhor, considerando que o acompanhamento embasado no vínculo longitudinal do cuidado, é espectro fundamental entre os pacientes identificados.

Sweetin⁽³¹⁾, mostra que as alterações fisiopatológicas ocorridas na obesidade podem ser causadoras das DCNT. A única estratégia abrangente para o tratamento é por meio da perda de peso, baseado nestas informações, o acompanhamento da relação entre o número de obesos acompanhados pelo programa de redução ponderal com pelo menos uma doença crônica faz-se de grande importância para o monitoramento e ações frente aos riscos dos pacientes portadores de DCNT. Este valor funciona na perspectiva de quanto menor o percentual de pacientes com doenças crônicas, menor serão os riscos cardiovasculares, eventos tromboembólicos, entre outros.

Considerando que a avaliação cardiovascular, como parte de acompanhamento clínico do obeso, desempenha um papel fundamental na prevenção e no diagnóstico precoce de condições de agravo à saúde do paciente tais como:

complicações hemodinâmicas e metabólicas que podem culminar em hospitalizações preveníveis, sequelas, incapacidade e risco de morte, utilizamos o percentual de pacientes obesos acompanhados com pelo menos uma avaliação de risco no ano. Quanto mais pacientes avaliados, sugere maiores oportunidades de diagnóstico precoce e consequentemente evitaremos desfechos ruins relacionados a doenças cardiovasculares subjacentes.

Por fim, os pacientes encaminhados ao polo de obesidade, são inseridos no programa e, como último recurso, podem ser encaminhados para a cirurgia bariátrica. Desta forma, monitoramos o indicador que mede tanto a relação entre o número de obesos graus III e IV com indicação de cirurgia bariátrica encaminhados para a cirurgia em relação ao número de obesos graus III e IV inseridos no programa com indicação de cirurgia bariátrica não encaminhados. Espera-se um resultado superior a 75% de conformidade neste indicador.

CONCLUSÃO

Considerando que a obesidade é um problema multifatorial, nosso estudo demonstra que as ações devem ser voltadas não somente à implementação de alimentação saudável e sim tratada de maneira multidisciplinar. A pessoa com obesidade sofre com o estigma e com as pessoas “estigmatizadoras”, estas que muitas vezes são os próprios familiares e profissionais de saúde.

Diante desta realidade, da alta prevalência de obesidade e da falta de sistematização do cuidado programado do paciente obeso, é fundamental o desenvolvimento da linha de cuidado, para melhoria da qualidade de vida.

Consideramos que a construção da linha de cuidado permitiu a discussão sobre o tema da obesidade, o primeiro fator importante para implementação do tratamento, inclusive com a participação de toda a equipe multiprofissional e discussão com a Rede de Atenção à Saúde, mudando a visão de todos frente às causas da obesidade, propiciando uma maior atenção nas ações preventivas e no seguimento do paciente com obesidade.

REFERÊNCIAS

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.
2. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.
3. Finkelstein EA, Khavjou OA, Thompson H, Trogon JG, Pan L, Sherry B, et al. Obesity and severe obesity forecasts through 2030. *Am J Prev Med*. 2012;42:563-70.
4. Araujo MCMH, Vanderlei LCdM, Mendes MFdM, Frias PGdJC. O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. *Cienc Saúde Coletiva*, 2021;26:3359-3370.
5. Franco TB, Magalhães Júnior HMJO. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. 2003;2:125-135.
6. Mendes EVJC. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saúde Coletiva*, 2010;15(5):2297-2305. 8.
7. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014 Set 89(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1097/acm.000000000000388>.
8. São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde no Município de São Paulo. *Boletim CEInfo Análise*, Ano IX, nº 10, Novembro/2014. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2014. 32p.
9. Barbosa L, Pereira Neto A. Ludwik Fleck (1896-1961) e a translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. *Saúde Debate*. [Internet]. 2017 Mar 41(esp). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S23>.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. 2006. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
11. Ministério da Saúde. Análise da estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde. http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/doc_eg_final_submetido.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 55 p. : il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília, Poder Executivo*, 22 out. 2011, Seção 1, p. 48-55.
14. Grejanin DKM, Pezzo TH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv Hum*. [periódico na internet] 2007; (3):37 - 4. Disponível em: www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19846/21919.
15. Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na internet] 2004; [citado 2013 novembro 01] 20(3):698-709. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/06>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. 108 p. ilus, tab. *Cadernos de Atenção Básica*; n.12(A. Normas e Manuais Técnicos).
17. Costa JO, Reis BZ, Costa DV, Diva AS, Teixeira PDS, Raposo OF, et al. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade - Aracaju, SE. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. [periódico na Internet]. 2011 [citado 2013 Junho 04] ; 17(2): 93-99. Disponível em: <http://www.sbafs.org>.

- br/_artigos/508.pdf.
18. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.
 19. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes ACS. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde rede assistencial do Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2013 [citado 2013 novembro 15] ; 18(1): 95- 102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1413-81232013000100011 & lng=en.
 20. Souza EA, Barbosa FVC, Nogueira JAD, Azevedo JMR. Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2011 [citado 2013 agosto 20]; 27(8):1459-1471. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800002&lng=en.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, 2014.
 22. Mendonça, CS. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela Atenção Primária. In: Organização Pan-Americana de Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 23-36.
 23. Tasca, R. Inovação na gestão dos sistemas de saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 9-19.
 24. Donaldson MS. Measuring the quality of health care. Washington, DC: National Academy Press; 1999. p. 3.
 25. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care. 2003; 15(6):523-530. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg081>.
 26. Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, et al. Primary health care quality indicators: an umbrella review. PLoS One. 2019;14(8): e0220888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220888>.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL 2019.
 28. Faustino EB, de Azevedo EB, de Castro Silva PM, dos Santos Sales S, de Sousa Barros WP. Diabetes mellitus: busca ativa em portadores de obesidade. Cogitare Enfermagem, 2020;16(1), 110-115. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648966016>.
 29. Menezes TDC, Portes LA, Silva NCDOV. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. Cadernos Saúde Coletiva, 2020; 28, 325-333. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030357>.
 30. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol. 2019 May;15(5):288-298. doi: <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8>.
 31. Sweetin HN. Measurement and definitions of obesity in childhood and adolescence: a field guide for the uninitiated. Nutr J. 2007; 6:32. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-2891-6-32>.