



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO  
EM SAÚDE**

**PERFIL, ATITUDES E CONHECIMENTOS DE GESTORES DE UBS PARA O  
ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE**

**Bárbara Valéria de Souza Santos Nascimento**

Umuarama/PR  
2025



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO  
EM SAÚDE**

**PERFIL, ATITUDES E CONHECIMENTOS DE GESTORES DE UBS PARA O  
ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE**

**Bárbara Valéria de Souza Santos Nascimento**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de especialização de Gestão em Saúde, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), como requisito parcial à conclusão do curso de especialização em Gestão em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ludmila Mourão Xavier Gomes  
Coorientador: Prof. Dr. Thiago Luís de Andrade Barbosa

Umuarama/PR  
2025

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação  
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - CENTRAL

N244p

Nascimento, Bárbara Valéria de Souza Santos.

Perfil, atitudes e conhecimentos de gestores de UBS para o enfrentamento da obesidade / Bárbara Valéria de Souza Santos Nascimento. - Foz do Iguaçu, 2025.

31 fls.: il.

Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Programa Nacional de Formação em Administração Pública, Curso de Especialização em Gestão em Saúde.

Orientador: Ludmila Mourão Xavier Gomes.

Coorientador: Thiago Luís de Andrade Barbosa.

1. Obesidade. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). Unidade de Atenção Primária à Saúde. 3. Cuidados primários de saúde. I. Gomes, Ludmila Mourão Xavier. II. Barbosa, Thiago Luis de Andrade. III. Título.

CDU 613.2

Bárbara Valéria de Souza Santos Nascimento

**PERFIL, ATITUDES E CONHECIMENTOS DE GESTORES DE UBS PARA O  
ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de especialização de Gestão em Saúde, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), como requisito parcial à conclusão do curso de especialização em Gestão em Saúde

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Ludmila Mourão Xavier Gomes  
UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana

---

Profa. Dra. Fernanda Ferreira Evangelista  
UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana

---

Profa. Dra. Regina Maria Gonçalves Dias  
UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Umuarama, 08 de novembro de 2025

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido sabedoria, força e direção em todos os momentos desta caminhada. Sem a Sua presença e cuidado, nada disso seria possível.

Ao meu esposo, Gustavo Nascimento, por todo amor, paciência, incentivo e apoio incondicional em cada etapa desta jornada. Sua presença foi essencial para que eu pudesse alcançar mais este objetivo.

Aos meus pais, Augusto Santos e Vânia Santos, pela dedicação, amor e por terem me educado com valores que me trouxeram até aqui. Agradeço por todo esforço e por acreditarem nos meus sonhos.

Aos meus irmãos, Mário Santos Júnior e William Santos, por serem grandes amigos, sempre presentes com carinho, apoio e incentivo.

Aos meus familiares, que sempre torceram por mim e me apoiaram em todas as fases da vida, meu sincero agradecimento.

Ao projeto CapacitaDCNT, do qual tive a honra de fazer parte e que contribuiu significativamente para o meu crescimento profissional e culminou neste trabalho de conclusão de curso.

À minha orientadora, Ludmila Andrade, por toda dedicação, paciência e disponibilidade. Agradeço por cada orientação, pela contribuição valiosa e pelo exemplo de profissionalismo que levarei comigo.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta etapa, deixo meu reconhecimento e gratidão.

Este trabalho é fruto de muitas mãos e corações que caminharam comigo, tornando possível a concretização de mais um sonho

“A gestão da saúde deve ser compreendida como um processo coletivo, que envolve o diálogo entre saberes, práticas e sujeitos comprometidos com a transformação do cuidado.”

- Eugênio Vilaça Mendes

## RESUMO

A obesidade é um agravo crônico multifatorial que representa um dos maiores desafios da saúde pública atual, com implicações biológicas, sociais, culturais e econômicas. Considerando o papel central das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na prevenção e no manejo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil, as atitudes e os conhecimentos de gestores de UBS no enfrentamento da obesidade em três municípios do Paraná (Londrina, Maringá e Ponta Grossa). Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizada em 2023, com 100 gestores, selecionados por critérios relacionados à prevalência de obesidade e abrangência populacional. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado e analisados mediante estatística descritiva. Os aspectos éticos foram respeitados. Os resultados evidenciaram que a maioria dos gestores é do sexo feminino (92,4%) e com formação predominante em enfermagem (83,3%). Observou-se maior ênfase em ações individuais de enfrentamento da obesidade, como aconselhamento sobre alimentação saudável e atividade física, enquanto estratégias coletivas e comunitárias apresentaram menor frequência. Quanto ao conhecimento, identificaram-se lacunas importantes, sobretudo em relação à fisiopatologia e ao tratamento da obesidade, embora as causas e consequências fossem mais bem compreendidas. Conclui-se que, apesar do engajamento em práticas de promoção da saúde, persistem fragilidades na formação e na condução de estratégias integradas, reforçando a necessidade de ampliar a educação permanente e fortalecer a atuação interdisciplinar para qualificar o cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Obesidade. Sistema Único de Saúde (Brasil). Cuidados Primários em Saúde.

## **ABSTRACT**

Obesity is a chronic multifactorial condition and one of the greatest challenges in public health today, with biological, social, cultural, and economic implications. Considering the central role of Primary Health Care Units (UBS) in the prevention and management of Noncommunicable Chronic Diseases (NCDs), this study aimed to characterize the profile, attitudes, and knowledge of UBS managers in addressing obesity in three municipalities of Paraná, Brazil (Londrina, Maringá, and Ponta Grossa). This quantitative research, conducted in 2023, involved 100 managers selected based on obesity prevalence and population coverage criteria. Data were collected through a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics. Ethical aspects were respected. The results showed that most managers were female (92.4%) and predominantly trained in nursing (83.3%). There was a stronger emphasis on individual actions to combat obesity, such as counseling on healthy eating and physical activity, while collective and community-based strategies were less frequent. Regarding knowledge, significant gaps were identified, particularly concerning the pathophysiology and treatment of obesity, although its causes and consequences were better understood. It is concluded that, despite the engagement in health promotion practices, weaknesses persist in training and in the implementation of integrated strategies, underscoring the need to expand continuing education and strengthen interdisciplinary collaboration to improve care quality in Primary Health Care.

Keywords: Obesity. Unified Health System (Brazil). Primary Health Care.

## **SUMÁRIO**



|                           |    |
|---------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....        | 10 |
| 2 METODO DA PESQUISA..... | 12 |
| 3 RESULTADOS .....        | 14 |
| 4 DISCUSSÕES .....        | 21 |
| 5 CONCLUSÃO.....          | 28 |
| REFERÊNCIAS .....         | 29 |

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição crônica multifatorial que engloba diferentes dimensões: biológica social, cultural, comportamental, de saúde pública e política. Por ser uma doença multifatorial, o tratamento é complexo, envolve diversas etapas e tem forte influência nas taxas de morbidades e nos gastos dos serviços de saúde, o que torna investimentos na sua prevenção ainda mais importante (BRASIL, 2020).

Atualmente, o sobrepeso e a obesidade afetam mais de 22 bilhões de adultos em todo o mundo, e a prevalência quase triplicou em 40 anos (BRASIL, 2020). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no Brasil mais da metade da população adulta brasileira apresenta excesso de peso, sendo a obesidade um desafio crescente para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2020).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), por serem a porta de entrada do SUS, têm papel estratégico no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento contínuo dos usuários. A atuação da gestão das UBS é fundamental para organizar ações intersetoriais, garantir práticas alimentares saudáveis e promover ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2014)

Apesar da compreensão da obesidade como um problema de saúde pública, os esforços realizados até o momento não foram suficientes para diminuir sua prevalência. Além disso, esta condição ainda se encontra invisível aos olhos de muitos gestores, mesmo com os elevados custos econômicos que a obesidade e condições associadas geram ao SUS. Assim, é de extrema importância que o gestor se aproprie da magnitude dos impactos gerados pelas DCNT, em especial a obesidade, pois tal conhecimento irá auxiliá-los nas tomadas de decisão sobre políticas públicas e demais estratégias (PINTO; FERREIRA; FIGUEIREDO, 2022).

Avaliar o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) é importante para melhorar os serviços ofertados, incluindo aqueles relacionados a obesidade, pois favorece a identificação e a abordagem adequada de eventuais desafios, além do potencial de contribuir para a expansão de programas e projetos de sucesso (LOPES *et al.*, 2021).

Os profissionais da APS desempenham um papel fundamental no tratamento da obesidade, uma vez que diretrizes, protocolos e políticas de saúde os orientam a

identificar pessoas com obesidade, informá-las sobre as opções e apoiar sua adesão a um plano de tratamento. A equipe multiprofissional (eMulti) é primordial na prevenção e tratamento, visto que se trata de um agravo multifatorial, além disso, esta equipe favorece a continuidade do cuidado, articula ações de promoção, prevenção e manejo de comorbidades, e fortalece o vínculo com o usuário, contribuindo para resultados mais efetivos e duradouros. Entretanto, muitos enfrentam desafios significativos, como a falta de tempo, de conhecimento atualizado e de treinamento contínuo, o que limita a efetividade do cuidado oferecido (OSHMAN *et al.*, 2023; REIS; BRANDÃO; CASEMIRO, 2023).

Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil, as atitudes e os conhecimentos dos gestores de UBS para o enfrentamento da obesidade em três relevantes municípios do estado do Paraná.

## 2 MÉTODO DA PESQUISA

Este estudo fez parte do projeto “Formação de gestores e profissionais de saúde da APS do estado do Paraná no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: análise de efetividade a partir de abordagem quali-quantitativa”. O projeto aconteceu em três etapas: pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção. Tendo como público-alvo profissionais e gestores da APS, como intervenção foi ofertado o Curso “Reorganização do processo de trabalho para o enfrentamento das DCNT”.

Esta investigação se refere à etapa de coleta de dados dos gestores no período anterior à intervenção. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter descritivo, cuja abordagem visou mensurar, de forma objetiva, o perfil, as atitudes e os conhecimentos de gestores de UBS para o enfrentamento da obesidade na APS. A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de questionário fechado, composto por perguntas estruturadas com alternativas de respostas previamente definidas.

A população da pesquisa foi composta por gestores de UBS e gestores de serviços de saúde (Divisão de Atenção primária à Saúde, Centro de Especialidades Odontológicas, Gerência de Linha de Cuidado, Gerência de Assistência Farmacêutica, Gerência de Atenção Primária, Secretaria de Saúde), que atuam nas cidades de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, PR. Foram convidados a participar da pesquisa todos os gestores da APS das três cidades.

O município de Londrina tem 54 UBS, 75 equipes de saúde da família, 10 eMulti. Além disso, conta com equipes da Residência Multiprofissional em saúde da Família e Saúde da Mulher que atuam em UBS. A cidade de Maringá tem 29 UBS, 66 equipes de saúde da família e 7 eMulti. Enquanto Ponta Grossa tem 52 UBS, 80 equipes de saúde da família e 5 eMulti.

O questionário destacou como DCNT a hipertensão arterial, a obesidade e o diabetes, sendo que as perguntas referentes às DCNT abordavam especificamente essas três condições. O instrumento foi disponibilizado no formato digital, por meio da plataforma SurveyMonkey, e encaminhado via e-mail aos participantes. Todos foram previamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a

participar voluntariamente. A coleta de dados ocorreu no ano de 2023, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados obtidos foram organizados em planilhas e analisados com auxílio de software estatísticos. Foram aplicadas análises estatísticas descritivas para interpretação dos resultados.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) sob o parecer nº 6.238.888, mediante autorização das Secretarias Municipais de Saúde de Londrina, Maringá e Ponta Grossa. A pesquisa, por ser uma intervenção com seres humanos, também foi registrada no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC).

### 3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 100 gestores, incluindo gestores de UBS e de outros serviços de saúde, para este estudo foram selecionados apenas os gestores de UBS, totalizando uma amostra de 66 participantes, sendo 40 de Londrina, 16 de Maringá e 10 de Ponta Grossa.

Houve predominância do sexo feminino 92,4% (n=61), com idade entre 31 e 67 anos, com mediana de 44 anos, 80,3% (n=53) se declararam de cor branca e 81,8% (n=54) tem a carga horária de trabalho de 40 horas. O perfil detalhado dos gestores encontra-se apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1 - Perfil dos gestores de UBS das cidades de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, PR.**

| <b>Variáveis</b>                 | <b>N</b> | <b>%</b> |
|----------------------------------|----------|----------|
| <b>Sexo</b>                      |          |          |
| Feminino                         | 61       | 92,4     |
| Masculino                        | 3        | 4,5      |
| Não informado                    | 2        | 3,0      |
| <b>Idade</b>                     |          |          |
| 31 a 40 anos                     | 20       | 30,3     |
| 41 e 50 anos                     | 31       | 47,0     |
| 51 e mais                        | 12       | 18,1     |
| Não informado                    | 3        | 4,5      |
| <b>Cor/Raça</b>                  |          |          |
| Branco                           | 53       | 80,3     |
| Pardo                            | 7        | 10,6     |
| Preto                            | 1        | 1,5      |
| Amarelo                          | 3        | 4,5      |
| Não informado                    | 2        | 3,0      |
| <b>Carga horária de trabalho</b> |          |          |
| 30 horas                         | 9        | 13,6     |
| 40 horas                         | 54       | 81,8     |
| Outros                           | 1        | 1,5      |
| Não informado                    | 2        | 3,0      |

Na tabela 2 estão apresentados os dados referentes à escolaridade e às capacitações dos gestores. Observa-se que 97,0% (n=64) possui graduação, sendo a enfermagem a profissão predominante 83,3% (n=55). Em relação à formação complementar 78,9% (n=52) dos participantes tem especialização, 10,6% (n=7) concluíram residência e apenas 6,0% (n=4) alcançaram titulação de mestrado ou

doutorado. Ademais, a maior parte 60,6% (n=40) participou de capacitações relacionadas a DCNT nos últimos cinco anos.

**Tabela 2 – Escolaridade e capacitações dos gestores de UBS das cidades de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, PR.**

| <b>Variáveis</b>                                | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| Quantidade de Graduação                         |          |          |
| 1   | 55       | 83,3     |
| 2   | 4        | 6,1      |
| 3   | 5        | 7,6      |
| Não informado                                   | 2        | 3,0      |
| Quantidade de especialização                    |          |          |
| Sem especialização                              | 12       | 18,2     |
| 1   | 10       | 15,2     |
| 2   | 18       | 27,3     |
| 3   | 24       | 36,4     |
| Não informado                                   | 2        | 3,0      |
| Quantidade de Residência                        |          |          |
| Sem residência                                  | 55       | 83,3     |
| 1   | 7        | 10,6     |
| Não informado                                   | 4        | 6,1      |
| Possui mestrado ou doutorado                    |          |          |
| Não possui                                      | 58       | 87,9     |
| Mestrado  | 3        | 4,5      |
| Doutorado                                       | 1        | 1,5      |
| Não informado                                   | 4        | 6,1      |
| Capacitações na área de DCNT nos últimos 5 anos |          |          |
| Sim   | 40       | 60,6     |
| Não   | 22       | 33,3     |
| Não informado                                   | 4        | 6,1      |

A tabela 3 apresenta o tempo de atuação dos participantes na APS e na gestão, a maioria 74,2% (n=49) possui mais de 10 anos de atuação da APS, enquanto 39,4% (n=26) têm mais de 10 anos de atuação na gestão em saúde, e 28,8% (n=19) têm menos de um ano de atuação na gestão da UBS em que trabalham.

**Tabela 3 – Tempo de atuação na APS e tempo de gestão na APS dos gestores de UBS e outros serviços de saúde das cidades de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, PR.**

| <b>Variáveis</b>                                  | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| Tempo de atuação na APS                           |          |          |
| < 1 ano   | 3        | 4,5      |
| 1 a 2 anos  | 3        | 4,5      |
| 3 a 5 anos  | 2        | 3,0      |
| 6 a 9 anos  | 7        | 10,6     |
| > 10 anos   | 49       | 74,2     |
| Não informado                                     | 2        | 3,0      |
| Tempo de atuação na gestão da APS                 |          |          |
| < 1 ano   | 5        | 7,6      |
| 1 a 2 anos  | 6        | 9,1      |
| 3 a 5 anos  | 13       | 19,7     |
| 6 a 9 anos  | 14       | 21,2     |
| > 10 anos   | 26       | 39,4     |
| Não informado                                     | 2        | 3,0      |
| Tempo de atuação na gestão da UBS em que trabalha |          |          |
| < 1 ano   | 19       | 28,8     |
| 1 a 2 anos  | 13       | 19,7     |
| 3 a 5 anos  | 16       | 24,2     |
| 6 a 9 anos  | 6        | 9,1      |
| > 10 anos   | 10       | 15,2     |
| Não informado                                     | 2        | 3,0      |

A tabela 4 apresenta a logística e atitudes dos gestores em relação ao enfrentamento da obesidade, sendo que os resultados de “concordo parcialmente” e “concordo totalmente” foram combinados. A maioria possui informações epidemiológicas do próprio serviço 62,1% (n=41) e 56,1% (n=37) realiza estratificação de risco para DCNT. Quanto às estratégias de atenção, 65,2% (n=43) relatam realizar atendimentos individuais, 44,0% (n=29) promovem ações em grupo e 30,3% (n=20) desenvolvem ações comunitárias.

Especificamente sobre a obesidade, 48,4% (n=32) dos gestores realizam ações individuais de prevenção ou tratamento, enquanto 37,9% (n=25) promovem ações em grupo. Além disso, 63,6% (n=42) dos gestores promovem e incentivam a educação permanente. Em relação à organização do cuidado, 65,2% (n=43) possuem protocolos institucionais, 53,1% (n=35) promovem capacitação para uso desses protocolos e 65,2% (n=43) orientam a equipe a segui-los.

Quanto à estruturação de espaços e avaliação da equipe, 42,4% (n= 28) organizam atividades para usuários com DCNT junto à equipe e 47,0% (n=31) desenvolvem avaliações de desempenho dos profissionais. No que se refere à promoção de hábitos saudáveis, 48,5% (n=32) possuem estratégias para incentivo à



prática de atividade física, 53,0% (n=35) para alimentação saudável, 65,1% (n=43) orientam a equipe a realizar aconselhamento sobre atividade física, e 68,2% (n=45) sobre alimentação saudável.

Tabela 4 – Logística e atitudes de gestores para o enfrentamento da obesidade nas cidades de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, PR.

| Variáveis  | Discordo totalmente |      | Discordo parcialmente |      | Não concordo nem discordo |      | Concordo parcialmente |      | Concordo totalmente |      | Não informado |      |
|--|---------------------|------|-----------------------|------|---------------------------|------|-----------------------|------|---------------------|------|---------------|------|
|  | N                   | %    | N                     | %    | N                         | %    | N                     | %    | N                   | %    | N             | %    |
| Possui informação epidemiológica do próprio serviço (n <sup>a</sup> de pacientes hipertensos, diabéticos, obesos, etc.)  | 1                   | 1,5  | 8                     | 12,1 | 3                         | 4,5  | 33                    | 50,0 | 8                   | 12,1 | 13            | 19,7 |
| Possui estratificação de risco para DCNT   | 5                   | 7,6  | 8                     | 12,1 | 2                         | 3,0  | 30                    | 45,5 | 7                   | 10,6 | 14            | 21,2 |
| Possui ações de atendimento individual para a prevenção de DCNT  | 1                   | 1,5  | 4                     | 6,0  | 4                         | 6,0  | 18                    | 27,3 | 25                  | 37,9 | 14            | 21,2 |
| Possui ações de atendimento em grupo para a prevenção e/ou tratamento de DCNT  | 9                   | 13,6 | 9                     | 13,6 | 5                         | 7,6  | 19                    | 28,8 | 10                  | 15,2 | 14            | 21,2 |
| Possui ações comunitárias (roda de conversa e palestras) e leva em conta os saberes da comunidade como estratégia para prevenção de DCNT                                 | 13                  | 19,7 | 12                    | 18,1 | 7                         | 10,6 | 14                    | 21,2 | 6                   | 9,1  | 14            | 21,2 |
| Possui ações com foco no indivíduo sobre a obesidade (prevenção e/ou tratamento)   | 5                   | 7,6  | 8                     | 12,1 | 8                         | 12,2 | 29                    | 43,9 | 3                   | 4,5  | 13            | 19,7 |
| Possui ações em grupo sobre a obesidade (prevenção e/ou tratamento)  | 10                  | 15,2 | 12                    | 18,1 | 6                         | 9,1  | 19                    | 28,8 | 6                   | 9,1  | 13            | 19,7 |
| Promove e incentiva a educação permanente  | 1                   | 1,5  | 5                     | 7,6  | 5                         | 7,6  | 27                    | 40,9 | 15                  | 22,7 | 13            | 19,7 |
| Tem protocolo instituído na UBS que orienta as ações dos profissionais no atendimento aos usuários com DCNT  | 2                   | 3,0  | 1                     | 1,5  | 2                         | 3,0  | 19                    | 28,8 | 24                  | 36,4 | 18            | 27,3 |
| Promove a capacitação dos profissionais para uso do protocolo para atenção aos usuários com DCNT   | 2                   | 3,0  | 5                     | 7,6  | 5                         | 7,6  | 25                    | 37,9 | 10                  | 15,2 | 19            | 28,8 |
| Orienta os profissionais a seguirem os protocolos no atendimento aos usuários com DCNT   | 3                   | 4,5  | 1                     | 1,5  | 1                         | 1,5  | 13                    | 19,7 | 30                  | 45,5 | 18            | 27,3 |
| Organiza junto com a equipe espaço/atividades para os usuários com DCNT  | 5                   | 7,6  | 5                     | 7,6  | 10                        | 15,1 | 20                    | 30,3 | 8                   | 12,1 | 18            | 27,3 |
| Desenvolve avaliações de desempenho dos profissionais da equipe onde são avaliados conhecimentos, habilidades e atitudes do trabalhador no cuidado dos usuários com DCNT | 8                   | 12,1 | 3                     | 4,5  | 6                         | 9,1  | 17                    | 25,8 | 14                  | 21,2 | 18            | 27,3 |
| Possui estratégias voltadas ao incentivo da prática de atividade física  | 9                   | 13,6 | 6                     | 9,1  | 5                         | 7,6  | 19                    | 28,8 | 13                  | 19,7 | 14            | 21,2 |
| Possui estratégias voltadas à alimentação saudável   | 7                   | 10,6 | 7                     | 10,6 | 4                         | 6,1  | 29                    | 43,9 | 6                   | 9,1  | 13            | 19,7 |
| Orienta a equipe a fazer aconselhamento sobre a prática de atividade física  | 1                   | 1,5  | 0                     | 0,0  | 4                         | 6,1  | 23                    | 34,8 | 20                  | 30,3 | 18            | 27,3 |
| Orienta a equipe a fazer aconselhamento sobre alimentação saudável   | 1                   | 1,5  | 0                     | 0,0  | 2                         | 3,0  | 25                    | 37,9 | 20                  | 30,3 | 18            | 27,3 |

A tabela 5 detalha os conhecimentos dos gestores para o enfrentamento da obesidade, sendo que os resultados de “suficientemente preparado” e “altamente preparado” foram combinados. Em relação à fisiopatologia, 18,2% (n=12) se sentem preparados, enquanto 30,9% (n=27) estão moderadamente preparados. Sobre as causas e consequências da obesidade, 44,0% (n=29) se consideram preparados, e 24,2% (n=16) moderadamente preparados. Quanto à prevenção, 42,5% (n=28) se sentem preparados, e 25,8% (n=17) moderadamente preparados. Já no tratamento, 24,3% (n=16) se consideram preparados, e 34,9% (23) moderadamente preparados.

Para estratégias de sensibilização para adoção de comportamento saudável de alimentação, 27,3% (n=18) se sentem preparados, e 36,4% (n=24) moderadamente preparados. Em relação às estratégias de sensibilização de comportamentos saudáveis de prática de atividade física, 28,7% (n=19) se consideram preparados, e 31,9% (n=21) moderadamente preparados.

Quanto à classificação de risco dos usuários com DCNT, 19,6% (n=13) se sentem preparados, e 34,9% (n=23) moderadamente preparados. Sobre os modelos de atenção e organização do cuidado para DCNT, 16,6% (n=11) se consideram preparados, e 33,3% (n=22) moderadamente preparados. Por fim, em relação a lidar com barreiras e facilitadores para organizar a atenção às pessoas com DCNT, 27,3% (n= 18) se sentem preparados, e 36,4% (n= 24) moderadamente preparados.

**Tabela 5 – Conhecimento de gestores de UBS para o enfrentamento da obesidade nas cidades de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, PR.**

| Variáveis   | Não estou preparado |     | Insuficientemente preparado |      | Moderadamente preparado |      | Suficientemente preparado |      | Altamente preparado |     | Não informado |      |
|---|---------------------|-----|-----------------------------|------|-------------------------|------|---------------------------|------|---------------------|-----|---------------|------|
|   | N                   | %   | N                           | %    | N                       | %    | N                         | %    | N                   | %   | N             | %    |
| Fisiopatologia da obesidade   | 3                   | 4,5 | 4                           | 6,1  | 27                      | 30,9 | 7                         | 10,6 | 5                   | 7,6 | 20            | 30,3 |
| Causas e conseqüências da obesidade   | 0                   | 0,0 | 1                           | 1,5  | 16                      | 24,2 | 24                        | 36,4 | 5                   | 7,6 | 20            | 30,3 |
| Prevenção da obesidade  | 0                   | 0,0 | 1                           | 1,5  | 17                      | 25,8 | 23                        | 34,9 | 5                   | 7,6 | 20            | 30,3 |
| Tratamento da obesidade   | 0                   | 0,0 | 7                           | 10,6 | 23                      | 34,9 | 12                        | 18,2 | 4                   | 6,1 | 20            | 30,3 |
| Estratégia de sensibilização para adoção de comportamento saudáveis de alimentação      | 2                   | 3,0 | 2                           | 3,0  | 24                      | 36,4 | 13                        | 19,7 | 5                   | 7,6 | 20            | 30,3 |
| Estratégia de sensibilização de comportamentos saudáveis de prática de atividade física | 1                   | 1,5 | 5                           | 7,6  | 21                      | 31,9 | 16                        | 24,2 | 3                   | 4,5 | 20            | 30,3 |
| Classificação de risco dos usuários com DCNT  | 2                   | 3,0 | 8                           | 12,1 | 23                      | 34,9 | 10                        | 15,1 | 3                   | 4,5 | 20            | 30,3 |
| Modelos de atenção e organização do cuidado para as DCNT                                | 1                   | 1,5 | 11                          | 16,7 | 22                      | 33,3 | 10                        | 15,1 | 1                   | 1,5 | 21            | 31,9 |
| Lidar com as barreiras e facilitadores para organizar a atenção às pessoas com DCNT     | 0                   | 0,0 | 4                           | 6,1  | 24                      | 36,4 | 14                        | 21,2 | 4                   | 6,1 | 20            | 30,3 |

## 4 DISCUSSÃO

O perfil dos gestores são profissionais de enfermagem, do sexo feminino com mediana de idade de 44 anos, com uma especialização e carga horária de trabalho de 40 horas. A maioria tem atitudes positivas voltada ao cuidado com obesidade de forma individual, porém essas atitudes diminuem em relação ao cuidado em grupo ou comunitário. Além disso, os gestores apresentam baixo conhecimento em relação à obesidade, principalmente quanto a fisiopatologia e o tratamento.

Neste estudo prevaleceu o sexo feminino, com maior representatividade da categoria profissional de enfermeiro e nível máximo de formação em especialização, esses resultados se assemelham ao estudo de Ohira *et al.* (2014), que analisaram o perfil de gestores de APS em municípios de pequeno porte do norte do Paraná, em que 91,1% era do sexo feminino, 83,3% era enfermeiro e 75,6% tinham especialização.

No estudo de Mendes *et al.* (2023), que realizou uma revisão integrativa com objetivo de identificar as características de gestores e suas competências aplicadas ao exercício profissional de gestor na APS, houve a presença hegemônica de enfermeiro na gestão em estados do sul e do sudeste brasileiro. Esta categoria é uma das mais mobilizadas na saúde para o gerenciamento das UBS, sendo aqueles que demonstram maior interesse, vocação e preparação para assumir as funções de gestor, além do papel administrativo ser um dos pilares da profissão (OHIRA, CORDONI JÚNIOR e NUNES, 2014).

Neste estudo, não foi identificado graduado em saúde coletiva, profissão voltada à atuação na gestão dos serviços em saúde, enquanto os demais profissionais apresentam um perfil de formação predominantemente assistencial. O sanitarista atua de forma integrada em três eixos principais: na gestão dos processos de trabalho, nas ações de educação em saúde e na atenção à saúde. A pluralidade desse profissional, aliada à sua formação interdisciplinar, representa uma potencialidade para transformar as práticas de cuidado e a produção de vínculo em saúde, além de promover novos modelos de gestão e valorizar a subjetividade dos sujeitos que compõem o campo da saúde (LUZ *et al.*, 2021).

Nesta investigação verificou-se que os gestores dispõem de informações clínicas provenientes dos próprios serviços, como o número de pacientes com hipertensão, diabetes e obesidade. Além disso, relataram possuir sistema de estratificação de risco

para DCNT e protocolos instituídos nas UBS, os quais orientam ações dos profissionais no atendimento a usuários com DCNT.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Doenças Crônicas formalizadas pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 (Brasil, 2017), possui estratégias para organização e coordenação do cuidados aos usuários com sobrepeso e obesidade, sendo elas: estratificação de risco/classificação de gravidade para sobrepeso e obesidade; fluxo de referência e contrarreferência definido com a rede de atenção e regulação estadual e municipal; gestão de caso; gestão de lista de espera; linha de cuidado do sobrepeso e obesidade regional; projeto terapêutico singular; unidade/central de regulação; uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas na APS; uso de protocolos de encaminhamento da APS para a atenção especializada. Mesmo com essa rede de apoio e protocolos estabelecidos ainda são identificados muitos desafios no processo de trabalho, entre eles, a falta de recursos financeiros, físicos e técnicos (MENDES *et al.*, 2025).

O trabalho do gestor integra habilidades no estímulo ao uso de políticas, programas, instrumentos de gestão, sistemas de informações, estratégias de planejamento e participação social como aliados no controle e enfrentamento da obesidade no SUS, considerando as necessidades individuais e coletivas (PINTO; FERREIRA; FIGUEIREDO, 2022).

A Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) padroniza técnica sobre a organização da oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de doença, tratamento e reabilitação, visando a comunicação das equipes, serviços e usuários, garantindo o cuidado contínuo e integral. Dentre as diretrizes da LCSO, destaca-se o diagnóstico nutricional e a estratificação de risco da população baseada no estado nutricional e a existência de outros fatores de risco e comorbidades (BRASIL, 2013a).

Observa-se que, nas UBS analisadas as ações de prevenção da DCNT, incluindo a obesidade, ainda se concentram majoritariamente em atendimentos individuais, enquanto atividades coletivas e comunitárias permanecem esporádicas e pouco valorizadas. Tal cenário contrasta com a relevância das estratégias em grupo na APS, que se configura como ferramentas educativas fundamentais para pessoas que convivem com condições crônicas. A baixa frequência dessas práticas revela fragilidades no planejamento e na priorização de abordagens participativas, que deveriam considerar o contexto social e os saberes da comunidade. O planejamento de grupos educativos requer fundamentação em teorias do comportamento e em aspectos psicossociais, elementos indispensáveis para o

engajamento dos envolvidos. Conforme Bleyer *et al.* (2024), o grupo educativo é um processo interativo que se constrói a partir da realidade vivida e do diálogo entre participantes, negligenciar essa dimensão compromete a integralidade do cuidado e limita o potencial transformador da APS.

O estudo de Borrego, Rosa e Bergamaschi (2023), que analisou efeitos de um grupo educativo em idosos obesos, identificou resultados positivos como redução de medida antropométricas, mudança de comportamentos alimentares, aumento do número de refeições, diminuição de bebidas adoçadas, melhora nos testes físicos e melhora no desempenho funcional das atividades da vida diária.

Quando a maioria dos atendimentos é referido como individual nesta investigação pode implicar que o cuidado da DCNT se limita à clínica sendo voltado para análise dos sinais e sintomas, queixas e condutas. Ressalta-se que este não deve se reduzir a clínica, pelo contrário deve ser orientada a atenção nos diversos ciclos de vida, incluir ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção, valorizar a importância das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), valorizar a participação popular e respeitar a cultura local (PINTO; FERREIRA; FIGUEIREDO, 2022). Todavia é desejável que as equipes de saúde se articulem para promover estratégias grupais com o intuito de propiciar espaços de diálogos e compartilhamentos de vivências e experiências entre os participantes a fim de contribuir para mudanças no estilo de vida.

A maioria dos gestores participantes deste estudo afirmaram que promovem e incentivam a educação permanente. Esta pode ser compreendida por processos de aprendizagem direcionados a partir do cotidiano dos profissionais e das demandas de saúde individuais e coletivas. Logo, ela permite ampliar a resolutividade da prevenção e assistência destinadas ao enfrentamento da obesidade, devendo ter uma construção interdisciplinar e se efetivada com o apoio matricial, fortalecendo espaços de comunicação ativa para integração dos saberes entre os profissionais envolvidos na produção do cuidado (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Quanto às ações de capacitação, os gestores pesquisados impulsionam e realizam ações para o uso efetivo dos protocolos na área de DCNT. Realizar ações de educação continuada e permanente é de extrema importância, pois elas proporcionam maior amparo instrumental aos profissionais, incluindo conhecimento e segurança ao desempenharem seus papéis, melhorando a qualidade da assistência à população, além de fortalecer o cuidado integral e longitudinal do indivíduo na APS (GUIMARÃES; ZAMPAR, 2024).

Evidenciou-se lacunas em relação ao preconizado nas diretrizes nacionais em que menos da metade dos gestores organizam, junto à equipe, espaços ou atividades voltadas aos usuários com DCNT e realizam avaliações de desempenho dos profissionais. A organização do cuidado, incluindo a estruturação de espaços e atividades coletivas, é essencial para o acompanhamento longitudinal dos usuários com DCNT. Além disso, a avaliação de desempenho dos profissionais é uma estratégia recomendada para monitorar e aprimorar as práticas de cuidado, garantindo a qualidade e a efetividade das ações implementadas (BRASIL, 2014; 2013b). A ausência dessas práticas nas UBS analisadas sugere desafios na execução das políticas públicas voltadas ao enfrentamento das DCNT, incluindo a obesidade, o que pode comprometer a efetividade das ações de saúde e a qualidade do atendimento prestado à população. Portanto, é necessário fortalecer a organização do cuidado e a avaliação de desempenho nas UBS, alinhando-se às diretrizes nacionais.

Constatou-se que as UBS participantes do estudo têm estratégias voltadas ao incentivo a práticas de atividade física e à alimentação saudável, sendo maior o percentual voltado para ações que promovem a alimentação saudável. A abordagem na APS em relação a obesidade deve incluir a promoção da saúde, a vigilância alimentar e nutricional, a educação em saúde e os cuidados médicos e interdisciplinares, mas não deve se limitar a isso. Deve haver ações intersetoriais, com atuação de equipes multidisciplinares, sendo considerada a atuação da equipe multidisciplinar a abordagem mais eficaz para o manejo da obesidade na APS (MENDES *et al.*, 2025).

Além do tratamento da obesidade, a equipe multidisciplinar tem um papel fundamental na educação em saúde, oferecendo orientações sobre alimentação saudável, atividade física, controle do estresse e modificação de comportamentos. Uma atuação interprofissional tem como objetivo não apenas a redução do peso, mas também a melhoria da saúde geral e a prevenção de complicações associadas, como o diabetes tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares (MENDES *et al.*, 2025).

Em relação ao conhecimento sobre obesidade, verificou-se que apenas uma minoria relatou sentir-se preparado quanto à compreensão da fisiologia da obesidade. No estudo de Figueiredo e colaboradores (2020), que investigou o conhecimento de profissionais de saúde acerca da obesidade, observou-se divergência quanto à sua definição. Apenas uma parcela minoritária apresentou concepção próxima à da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a obesidade como um agravo



multifatorial decorrente de um balanço energético positivo que leva ao acúmulo excessivo de gordura corporal e comprometimento da saúde dos indivíduos.

Observou-se que os participantes apresentam maior compreensão acerca das causas e consequências da obesidade. Esses resultados corroboram com outro estudo, no qual todos os participantes apontaram mais de uma causa, e a maioria citou como consequência implicações metabólicas, osteomusculares, psicológicas e sociais, o que indicam certo consenso sobre o caráter multifatorial e heterogêneo da obesidade (FIGUEIREDO, 2020).

A compreensão das causas e consequências da obesidade é essencial para reconhecer a diversidade de demandas associadas à condição, favorecendo a integralidade e a efetividade do cuidado centrado na pessoa - diretriz norteadora da RAS que prioriza a construção de ações de cuidado singularizadas construídas com os indivíduos, de acordo com suas necessidades e potencialidades (BRASIL, 2013a).

Menos da metade dos participantes apresentaram conhecimento satisfatório em relação a prevenção da obesidade. A prevenção de DCNT é reconhecida como uma estratégia essencial, mas poucos profissionais estão preparados para executá-la, pois na maioria das vezes o foco está no cuidado curativista. Existe um predomínio no modelo de atenção prescritivo, focado na doença e com pouca atuação das equipes na atenção integral da saúde e no empoderamento dos usuários. Para o enfrentamento da DCNT é necessário a transformação de sistemas essencialmente reativos (focado na doença) em sistemas proativos, com objetivo de manter os usuários saudáveis (SOUZA *et al.*, 2025).

Em relação à temática do tratamento da obesidade poucos afirmaram sentir-se preparados, assim como quando questionados sobre lidar com as barreiras e facilitadores (exemplo: linguagem, acesso organizacional, agendamento de consultas, fluxo no atendimento) para DCNT. Existe uma diversidade de tratamento da obesidade, e este inclui diversas estratégias como a composição multidisciplinar das equipes de saúde, a necessidade de articulação entre os diferentes pontos da RAS, as atitudes dos usuários, dos profissionais e o apoio familiar para um tratamento efetivo. Cabe ressaltar que o conhecimento acerca do tratamento não está diretamente ligado à sua efetividade, visto que mesmo com tratamento adequado e equipe preparada muitos usuários têm dificuldade em manter essas estratégias a longo prazo (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

As condições crônicas exigem educação permanente para a equipe de saúde e educação em saúde e cuidado contínuo para os usuários, sendo estas estratégias fundamentais para esclarecer dúvidas sobre o tratamento em andamento e para questões

que podem surgir durante a adesão ao tratamento. É de suma importância a troca de informações entre o usuário e a UBS para construção de vínculo e uma relação de confiança. Esse cuidado aliado a protocolos estabelecidos pela equipe de saúde proporcionam um atendimento individualizado, personalizado e eficaz (SOUZA *et al.*, 2025). Dessa forma, recomenda-se a educação permanente não só das equipes assistenciais, mas daqueles profissionais responsáveis pela gestão do serviço a fim de que possam contribuir com a implementação de ações efetivas para o enfrentamento da obesidade.

Uma proporção reduzida dos participantes relatou sentir-se preparada para desenvolver ações de sensibilização voltadas à adoção de comportamentos saudáveis relacionados à alimentação e à prática de atividade física. Esse resultado evidencia fragilidades tanto na formação quanto na atuação profissional frente às demandas de promoção da saúde e prevenção da obesidade, que constituem as principais ações de atenção nutricional. Este achado está em consonância com o estudo de Araújo *et al.* (2019), realizado com profissionais e gestores da APS em um município da região metropolitana de Teresina (PI), que identificou limitações na integralidade do cuidado aos usuários com obesidade, atribuídas à infraestrutura inadequada, à escassez de recursos humanos, à ausência de nutricionistas e à necessidade de maior apoio da gestão local.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 constitui um instrumento importante de apoio à gestão e à organização da APS, ao propor a implementação de linhas de cuidado para sobrepeso e obesidade, a estratificação de risco da população, o fluxo de referência e contrarreferência, a gestão de casos e projetos terapêuticos singulares e o uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas baseadas em evidências. Além disso, o plano prevê ações de educação em saúde, como orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, controle do estresse e modificação de comportamentos, e a promoção de grupos educativos e comunitários, que incentivam a participação da população e a mudança de hábitos de forma coletiva (BRASIL, 2021).

O plano também contempla a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), o monitoramento nutricional contínuo, a realização de campanhas de informação e comunicação, a capacitação contínua dos profissionais de saúde e a articulação de intervenções intersetoriais com setores de educação, esporte, agricultura e assistência social. Além de ações de atenção e promoção, o plano inclui estratégias de prevenção primária, como redução do consumo de açúcar, sal e gorduras e incentivo à alimentação

saudável desde a infância. Dessa forma, contribui para qualificar a atuação dos gestores e profissionais de saúde, promovendo uma abordagem integrada, preventiva, educativa e efetiva no enfrentamento da obesidade (BRASIL, 2021).

Diante da complexidade das DCNT, em especial a obesidade, é fundamental que os gestores possuam domínio teórico e conceitual, de modo a orientar a adoção de estratégias e ações efetivas, cujo objetivo principal central seja a promoção de melhores níveis de saúde e condições de vida. Por se tratar de uma doença multifatorial, o planejamento e a execução dessas estratégias devem contemplar ações integradas e intersetoriais, voltadas para mudanças que ultrapassem a dimensão do consumo alimentar e da prática de atividade física, considerando também a influência dos múltiplos fatores ligados ao comer, ao corpo e ao viver (PINTO; FERREIRA; FIGUEIREDO, 2022).

Por fim, é importante destacar que os resultados deste estudo devem ser interpretados considerando algumas limitações metodológicas, como o viés de autorrelato, por ter sido utilizado questionário autoaplicável. Além disso, o viés de desejabilidade social pode ter induzido respostas mais alinhadas, especialmente em temas relacionados ao planejamento de ações, uso de protocolos e promoção da educação permanente. Também deve ser considerado o viés de compreensão, uma vez que a ausência de um aplicador pode gerar interpretações distintas das questões, assim como o viés de não resposta em itens deixados em branco. Esses aspectos podem ter influenciado a precisão das informações e devem ser reconhecidos ao analisar a magnitude dos achados.

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou caracterizar o perfil, as atitudes e os conhecimentos dos gestores de UBS frente ao enfrentamento da obesidade em três municípios paranaenses de grande relevância. Observou-se que os gestores são, em sua maioria, profissionais do sexo feminino, com formação em enfermagem e nível de especialização, além de ampla experiência na APS e na gestão. Esse cenário confirma a predominância do profissional de enfermagem na condução administrativa das UBS, mas também aponta para a necessidade de maior diversidade profissional na gestão.

No que diz respeito às atitudes, verificou-se maior concentração em práticas de caráter individual, como aconselhamentos relacionados à alimentação saudável e atividade física, em detrimento de ações em grupo ou comunitárias, que poderiam fortalecer a educação em saúde e promover mudanças coletivas mais duradouras. Embora importantes, as iniciativas individuais se mostram insuficientes diante da complexidade da obesidade, que exige intervenções amplas, interdisciplinares e intersetoriais.

Os conhecimentos apresentados pelos gestores evidenciaram lacunas relevantes, apesar de demonstrarem compreensão satisfatória acerca das causas e consequências da obesidade, poucos relataram preparo adequado em relação à sua fisiopatologia e ao tratamento. Essa fragilidade compromete, não apenas a condução de políticas e estratégias efetivas, mas também a capacidade de lidar com barreiras organizacionais no cotidiano das UBS.

Dessa forma, embora haja esforços importantes voltados à promoção da saúde, sobretudo no incentivo a práticas alimentares adequadas e atividade física, ainda persistem desafios estruturais e de formação que limitam a efetividade do enfrentamento da obesidade. Reforça-se, a importância de ampliar a educação permanente dos gestores e profissionais, incentivar o uso de protocolos clínicos e fortalecer ações coletivas e comunitárias. O aprimoramento contínuo da gestão, com base em conhecimento atualizado e estratégias interdisciplinares, mostra-se essencial para consolidar um modelo de cuidado integral capaz de responder à complexidade da obesidade e reduzir seus impactos na saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. K. de; MOURÃO, G. M. J.; COSTA, M. C. B.; ALBERTO, N. S. M. C.; PEREIRA, T. G.; RAMOS, C. V. Atenção nutricional para obesidade em Unidades Básicas de Saúde. RBONE – *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, Teresina, v. 13, n. 79, p. 385–393, 2019. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/969>. Acesso em: 06 set. 2025.

BLEYER, P. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; DURAND, M. K.; CORRÊA, C. P.; MORAES, C. L. K. Promoção da saúde e determinantes sociais às pessoas com diabetes mellitus: perspectivas dos profissionais na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 10, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e15195.2024>. Acesso em: 21 set. 2025.

BORREGO, C. de C. H.; ROSA, T. E. da C.; BERGAMASCHI, D. P. O cuidado com a obesidade no Centro de Referência do Idoso da Zona Norte: avaliação de uma intervenção. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 47-58, 2023. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.v24i2.40158>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/40158>. Acesso em: 21 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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 União*, Brasília, DF, 19 mar. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 20 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017ARQUIVO.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html). Acesso em: 05 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Portaria SCTIE/MS nº 53, 11 nov. 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/nasca/Downloads/Protocolo%20Cl%C3%ADnico%20e%20Diretrizes%20Terap%C3%AAuticas%20\(PCDT\)%20para%20sobrepeso%20e%20obesidade%20em%20adultos.pdf](file:///C:/Users/nasca/Downloads/Protocolo%20Cl%C3%ADnico%20e%20Diretrizes%20Terap%C3%AAuticas%20(PCDT)%20para%20sobrepeso%20e%20obesidade%20em%20adultos.pdf). Acesso em: 06 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (*Caderno de Atenção Básica*, n. 35) Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf). Acesso em: 05 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretriz para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso em: 05 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf). Acesso em: 05 out. 2025.

FIGUEIREDO, A. T. T.; TAVARES, F. C. L. P.; SILVEIRA, P. R. R. M.; COSTA, E. C.; OLIVEIRA, A. A.; LIRA, P. I. C. Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Atenção à Saúde*, São Paulo, v. 18, n. 64, p. 85–100, 23 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6274>. Acesso em: 06 set. 2025.

GUIMARÃES, N. O.; ZAMPAR, B. Projeto de intervenção sobre doenças crônicas não transmissíveis em um município de grande porto no interior do Paraná. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, e4237, 2024. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/4237/1990>. Acesso em: 21 set. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LOPES, M. S.; FREITAS, P. P.; CARVALHO, M. C. R.; FERREIRA, N. L.; MENEZES, M. C.; LOPES, A.C. S. O manejo da obesidade na atenção primária à saúde no Brasil é adequado? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, supl. 1, v. 37, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051620>. Acesso em: 21 set. 2025.

LUZ, L. D. PARRA da; GOMES, L. M. X.; CALDEIRA S.; BARBOSA, T. L. de A. Atuação dos bacharéis em Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde em município de fronteira. *Revista Saúde Pública do Paraná*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 77–90, 2021. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/440/198>. Acesso em: 05 out. 2025.

MENDES, M. K.; HAUSMANN, M. T.; PEREIRA, M. C.; JAEGER, R. B. Competências de gestores da atenção básica: uma revisão integrativa. *Revista de Gestão e Secretariado (GeSec)*, v. 14, n. 12, p. 20923–20948, dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.7769/gesec.v14i12.3230>. Acesso em: 21 set. 2025.

MENDES, V. C. C.; ROQUE, H. P.; PEREIRA, P. C. B.; AMORIM, I. C. A.; BATISTA, S. M. O.; SILVA, A. G. da; MINOTTO, M.; COSTA, L. D. de R.; SOARES, Y. J. A.; PINHEIRO, D. D. O papel da equipe multidisciplinar no manejo da obesidade na atenção primária à saúde. *Journal of Social Issues and Health Sciences*, Teresina, v. 2, n. 2, p. 1–15, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14800849>. Acesso em: 21 set. 2025.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JÚNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 393–400, fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21952012>. Acesso em: 06 set. 2025.

OSHMANN, L. L.; OTHMAN, A. A.; FURST, W. W.; HEISLER, M. M.; KRAFTSON, A. A.; ZOUANI, Y. Y.; HERSHEY, C. C.; CHO, T. T. C.; GUETTERMAN, T. T.; PIATT, G. G.; GRIAUZDE, D. H. Primary care providers' perceived barriers to obesity treatment and opportunities for improvement: a mixed methods study. *PLoS ONE*, [S. l.], v. 18, n. 4, p. e0284474, 18 abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284474>. Acesso em: 03 set. 2025.

PINTO, S. L.; FERREIRA, B. D.; FIGUEIREDO, G. R. Desafios da gestão no enfrentamento e controle da obesidade. Palmas: Universidade Federal do Tocantins, 2022. Disponível em: [https://palmas.uft.edu.br/ecoasus/media/publicacoes/Desafios\\_da\\_gest%C3%A3o\\_no\\_enfrentamento\\_e\\_controle\\_da\\_obesidade.pdf](https://palmas.uft.edu.br/ecoasus/media/publicacoes/Desafios_da_gest%C3%A3o_no_enfrentamento_e_controle_da_obesidade.pdf). Acesso em: 03 set. 2025.

REIS, E. C; BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P. A atuação das equipes multiprofissionais no fortalecimento do cuidado das pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil nos anos de 2016 e 2017. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 26. 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262331871>. Acesso em: 21 nov. 2025.

SOUZA, T. H. de; RAMOS, S. F.; FLÔR, J. S.; GUESSER, J. C.; GONÇALVES, N.; BACKES, V. M. S.; WATERKEMPER, R.; LINO, M. M. Competência de profissionais da saúde em problematizar e refletir sobre situações de pessoas com condições crônicas. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 59, p. 0314, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SM6rbGG56kvfcpfZngvRXkx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2025.