



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

MORGANA MONTEIRO PIMENTEL

**VIVÊNCIA E SENTIMENTOS DE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE ATENDIDOS
NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

CAMPINA GRANDE – PB

2021

MORGANA MONTEIRO PIMENTEL

**VIVÊNCIA E SENTIMENTOS DE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE ATENDIDOS
NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dra. Danielle Franklin de Carvalho

Coorientador: Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino

CAMPINA GRANDE – PB

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P644v Pimentel, Morgana Monteiro.
Vivência e sentimentos de indivíduos com obesidade atendidos nos serviços públicos de saúde [manuscrito] / Morgana Monteiro Pimentel. - 2021.
69 p. : il. colorido.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2021.
"Orientação : Profa. Dra. Danielle Franklin de Carvalho, Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Obesidade. 2. Serviços públicos de saúde. 3. Promoção da saúde. I. Título

21. ed. CDD 616.398

MORGANA MONTEIRO PIMENTEL

**VIVÊNCIA E SENTIMENTOS DE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE ATENDIDOS
NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

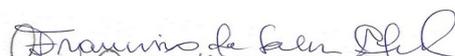
Área de Concentração: Saúde Pública.

Aprovada em: 21/10/2021

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Danielle Franklin de Carvalho
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Orientadora



Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Coorientador



Prof^a. Dr^a. Claudia Santos Martiniano Sousa
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Examinadora Interna



Prof. Dr. João Mário Pessoa Junior
Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA
Examinador Externo

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me acompanhar e proteger durante todas as etapas da minha vida, em especial durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus queridos pais, Conceição e Marcelo, por todo amor a mim dedicado. Não esquecerei todo o esforço para me amparar durante as adversidades.

A minha orientadora, Profa. Dra. Danielle Franklin de Carvalho, por me ajudar a engatinhar nos caminhos da pesquisa científica. És uma pessoa espetacular, dona de um coração gigante e exemplo a ser seguido.

Ao Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino, por me ensinar os valores de um bom pesquisador. Sempre ético, prestativo e disposto a me socorrer independente de dia ou hora.

A Profa. Dra. Claudia Martiniano, por todos os saberes compartilhados desde a graduação, sempre disposta a ouvir e aconselhar de forma carinhosa.

Ao Prof. Dr. João Mário, pelo apoio e aconselhamento na construção deste estudo.

Aos meus irmãos, Marcos e Marcela, por todo afeto e cuidado e ao meu sobrinho, Ravi, que através de tamanha doçura me faz acreditar em um mundo melhor.

Ao meu noivo, Mauricio Liebig, que sempre vibrou com as minhas vitórias, me acalentou nas angústias e planejou comigo novos desafios.

A Maria do Socorro, por ser minha fiel amiga ao longo desses muitos anos de convivência.

Aos meus amigos de graduação e mestrado, Fernanda e Emerson, por serem parceiros e bons ouvintes durante essa trajetória acadêmica.

Ao Núcleo de Estudos, Extensão e Pesquisas Epidemiológicas, por garantir o espaço adequado para o desenvolvimento de tantos pesquisadores.

Em especial, a todos os participantes que compartilharam comigo tantas histórias de desafios e superação. Esse estudo não seria nada sem vocês!

Meu muito obrigada!

RESUMO

A prevalência crescente da obesidade em todo o mundo faz da doença um problema de saúde que exige ações longitudinais de cuidado orientadas pela vigilância em saúde. Na perspectiva do indivíduo com sobrepeso ou obesidade, evidencia-se que questões relacionadas à sua experiência na busca por atendimentos nos serviços públicos de saúde ainda são pouco exploradas. Desta forma, o objetivo deste estudo foi compreender a vivência e os sentimentos de indivíduos com obesidade atendidos nos serviços públicos de saúde. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado entre janeiro e junho de 2021. Participaram do estudo 21 indivíduos que estavam em acompanhamento ou que já tinham sido acompanhados para tratamento da obesidade ou complicações associadas à obesidade, nos serviços públicos de saúde do município de Campina Grande. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, foram transcritos na íntegra e o *Corpus* textual foi indexado ao *software* IRAMUTEQ. Com as classes de palavras definidas, as categorias foram criadas a partir da Análise de Conteúdo de Bardin. A análise lexicográfica e de conteúdo do *corpus* textual das entrevistas produziu três categorias temáticas com foco na autopercepção e impactos da obesidade no cotidiano do indivíduo com obesidade; tratamento da obesidade: alternativas e dificuldades; um olhar sobre a experiência do indivíduo com obesidade nos serviços públicos de saúde. As comorbidades associadas, o preconceito sofrido e a baixa autoestima se mostraram como características presentes na vida dos indivíduos que participaram do estudo e que dificultam a perda de peso. Sugere-se um maior apoio das equipes de saúde na promoção da saúde e prevenção precoce da obesidade, com vistas a um olhar mais humanizado para esse indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade. Serviços Públicos de Saúde. Análise Qualitativa.

ABSTRACT

The growing prevalence of obesity worldwide makes the disease a health problem that requires longitudinal care actions guided by health surveillance. From the perspective of the overweight or obese individual, it is evident that issues related to their experience in seeking care in public health services are still little explored. The aim of this study was to understand the experience and feelings of individuals with obesity who were assisted in public health services. This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out between January and June 2021. Twenty-one individuals who were being monitored or who had already been followed for treatment of obesity or complications associated with obesity in public health services from the city of Campina Grande participated in the study. Data were collected through recorded semi-structured interviews, which were transcribed in full, and the textual corpus was indexed to the IRAMUTEQ software. After definition of word classes, the categories were created based on Bardin's Content Analysis. The lexicographical and content analysis of the textual corpus of the interviews produced three thematic categories focusing on the self-perception and impacts of obesity on the daily lives of individuals with obesity; obesity treatment: alternatives and difficulties; a look at the experience of the individual with obesity in public health services. Associated comorbidities, experienced prejudice and low self-esteem were characteristics present in the lives of the individuals who participated in the study, and that hinder weight loss. Greater support from healthcare teams to promote health and early prevention of obesity is suggested, aiming at a more humanized look of this individual.

KEYWORDS: Obesity. Public Health Services. Qualitative Analysis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LC	Linha de cuidado
LCSO	Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
VIGITEL	VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E MOTIVAÇÃO.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	Obesidade: um problema de saúde pública.....	15
3.2	Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para os serviços públicos de saúde.....	16
3.3	Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas.....	18
3.4	Avaliação em saúde: instrumento para a tomada de decisões.....	20
4	OBJETIVO.....	22
5	MÉTODOS.....	23
5.1	Tipo de estudo.....	23
5.2	Cenário da pesquisa e população do estudo.....	23
5.3	Critérios de seleção.....	24
5.4	Instrumentos e procedimentos para coleta de dados.....	24
5.5	Análise dos dados.....	24
5.6	Aspectos éticos.....	26
6	RESULTADOS.....	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICES.....	55
	ANEXOS.....	63

1 INTRODUÇÃO

O mundo tem passado por uma rápida transição epidemiológica e nutricional, caracterizada por deficiências nutricionais, como a anemia e as deficiências de ferro e zinco. De forma simultânea, acontece um aumento na ocorrência da obesidade (SAHOO, SAHOO, BHADORIA, 2015), considerada um grave problema de saúde pública que acomete, mundialmente, um em cada oito indivíduos adultos (FAO *et al.*, 2018).

Dados apontam que se a população continuar a engordar no ritmo atual, aproximadamente um quinto da população mundial estará acima do peso em até dez anos. Em 2025, a prevalência da obesidade global atingirá 18% entre homens e ultrapassará 21% em mulheres, e a obesidade de grau III ou mais irá superar 6% em homens e 9% em mulheres (RISK FACTOR COLLABORATION, 2016).

No Brasil, de acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2018), a frequência de adultos com obesidade nas 27 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, no ano de 2018, foi de 19,8%, sendo mais presente entre as mulheres (20,7%) do que entre os homens (18,7%).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada no ano de 2015, apontou que 23,7% dos escolares investigados, com idade entre 13 e 17 anos, apresentavam excesso de peso, valor correspondente a 3 milhões de escolares. Desse total, 20,5% residiam na Região Nordeste do Brasil (IBGE, 2016).

No estado da Paraíba, mais precisamente no município de Campina Grande, estudo realizado com crianças e adolescentes (10 a 19 anos) evidenciou que, entre os 558 participantes, 20,4% estavam com sobrepeso e 9,7% com obesidade (SILVA *et al.*, 2020). Segundo dados disponibilizados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, estima-se que na cidade de João Pessoa - PB a obesidade acomete 18,6% dos homens e 21,8% das mulheres (ABESO, 2021).

Por ser considerada uma doença crônica multifatorial, sua prevenção e tratamento deve ter uma perspectiva multidisciplinar, em que se demandam ações intersetoriais, aptas a influenciarem os diversos determinantes relacionados, agindo de maneira articulada para o controle dessa condição (FRONTZEK, BERNARDES, MODENA, 2017). Essa situação de saúde não poderá ser respondida adequadamente por um sistema de atenção à saúde

fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas (MENDES, 2011).

Nesta perspectiva, entre as estratégias criadas para garantir a atenção adequada ao estado nutricional da população brasileira, a Portaria nº 710 de junho de 1999, aprovou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2003). Essa política ampliou e aperfeiçoou a utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para a identificação de prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população brasileira. Essa ferramenta fornece subsídios ao planejamento e à execução de medidas para a melhoria da situação alimentar e nutricional da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim um instrumento resolutivo, rápido e eficaz (CAMILO *et al.*, 2011).

A PNAN dá ênfase à socialização do conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como acerca da prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição até a obesidade. Tal política também reflete sobre a importância do acolhimento como prática essencial, contribuindo para a qualificação da atuação profissional, conforme a prática da escuta qualificada e capacidade resolutiva das ações de saúde nutricional em uma perspectiva humanizada (BRASIL, 2003).

Objetivando a promoção da saúde e o combate à obesidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2002, a “Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde”, que busca controlar as doenças crônicas não transmissíveis reduzindo a prevalência das mesmas na população. Por meio dessa estratégia, propôs-se uma melhor organização dos serviços de saúde, ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, além da melhoria do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, primordiais para a criação de condições que visam garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (WHO, 2004).

Ressalta-se também, a publicação do Decreto 7.508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8.080, com a instituição da Rede de Atenção à Saúde e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que possibilitaram avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a). Nessa mesma perspectiva, a Secretaria de Atenção à Saúde propôs a construção da Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas, visando a garantia de um cuidado integral aos indivíduos com doenças crônicas e reduzir as complicações associadas a essas doenças.

Além disso, o Ministério da Saúde criou em 2011 o “Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022”, aspirando além do enfrentamento das DCNT, combater os seus fatores de risco modificáveis, entre eles

a obesidade (BRASIL, 2011b). Este plano compreende, entre as suas ações, incentivar a implementação de programas como o Programa Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola e do Plano Intersetorial de Obesidade, com vistas a reduzir a ocorrência da obesidade entre crianças e adolescentes e deter o crescimento da obesidade em adultos, por intermédio de ações de vigilância, monitoramento, cuidado integral e promoção da saúde (MALTA, NETO, SILVA JUNIOR, 2011).

Ainda voltada para a obesidade, em 2013 foi criada a Portaria nº 424/GM/MS, objetivando a redefinição das diretrizes que organizam a prevenção e o tratamento do sobrepeso e obesidade, tornando essa atenção uma linha de cuidado (LC) prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013). Tal linha corresponde ao itinerário terapêutico dos usuários dentro do sistema de saúde segundo os componentes previstos, a exemplo de: atenção primária (AB), atenção especializada, sistemas de apoio e sistemas logísticos.

Com esta visão, o Ministério da Saúde propõe que sejam construídas Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) regionais, considerando a oferta diferenciada de serviços entre municípios de uma mesma região e a articulação e integração das redes municipais, visando a promover um fluxo adequado de atendimento (RAMOS *et al.*, 2020). Entende-se como LC um pacto estabelecido entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, a partir da rede primária, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar (BRASIL, 2014a). Até dezembro de 2019, 21 unidades federadas brasileiras apresentaram processos em fase de implantação das LCSO, totalizando em 43 linhas em todo o território brasileiro (BARTOLINI *et al.*, 2020).

Para que o tratamento evolua de forma satisfatória, muitas vezes é necessário que a Atenção Básica (AB) atue como porta de entrada e orientadora do cuidado, referenciando o usuário para um nível de maior complexidade, a depender das necessidades reconhecidas (DORNELLES; ANTON, 2013). De forma análoga a AB, os ambulatórios de especialidades, os hospitais, Programa Saúde na Escola (PSE) e as Academias da Saúde e similares, dentre outros pontos de atenção que compõem a rede, também devem estar sensíveis à captação do usuário com excesso de peso, identificando os casos e encaminhando os indivíduos para a AB que nesse espaço seja ordenado o cuidado do usuário na RAS (BRASIL, 2014a).

A atenção integral ao indivíduo com excesso de peso no SUS deve ainda garantir um cuidado que envolva ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, incorporando procedimentos de diagnóstico e tratamento, que necessitam ser ofertados a partir da articulação das três esferas de governo e por diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde

(BRANDÃO, *et al.*, 2020). Dessa forma, ressaltam-se o compromisso político da gestão e envolvimento das chefias, coordenações, gerências, em relação aos fluxos entre os três níveis de atenção à saúde (MALTA, MERHY, 2010).

Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas à pessoa com sobrepeso e obesidade, diversas são as barreiras que podem atrapalhar o indivíduo a adesão ao tratamento, percorrendo desde questões individuais até entraves relacionados às equipes de saúde e/ou infraestrutura. Dentre as maiores dificuldades para a procura do serviço de saúde pelos usuários para tratamento da obesidade está o estigma e o preconceito vivenciado por essas pessoas (BARTOLINI *et al.*, 2020). Neste contexto, Almeida, Savoy e Boxer (2011) apontam que a exposição à estigmatização pode dificultar a motivação à adesão de dietas, assim como a adoção de estratégias de práticas de exercícios físicos.

Pesquisadores (SOUZA *et al.*, 2005; GREJANIN *et al.*, 2007; AMORIM, COUTINHO, PALMEIRA, 2016) apontam que, mesmo com o passar dos anos, a dificuldade financeira ainda permanece entre os fatores que comprometem a adesão de usuários obesos às recomendações propostas pelos profissionais de saúde. As orientações alimentares geralmente não compreendem a realidade vivida pelos indivíduos, pois a maioria da população não tem condições para adquirir alimentos necessários a uma dieta que objetiva o emagrecimento. Isto é uma realidade e reflexo das condições precárias de vida da população brasileira.

Um estudo realizado para avaliar a atenção nutricional prestada aos adultos com sobrepeso na atenção primária e secundária do Município de Santos - SP evidenciou como principais desafios para a assistência multiprofissional: a falta de clareza quanto aos limites e definição dos papéis de cada profissional; dificuldades operacionais, institucionais e de gestão. Os autores apontam que mesmo com os avanços políticos e a integração das RAS, o quantitativo profissional ainda é insuficiente para fornecer os cuidados e as orientações adequadas para esse público (NEVES, ZANGIROLANI, MEDEIROS, 2017).

Ainda nesse contexto, mesmo a atenção primária sendo um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e para a criação de vínculos entre profissionais e usuários com obesidade (BRASIL, 2006a), estudo realizado a partir de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) refere que, no país, aproximadamente 42,9% das equipes de saúde da família não ofertam ações voltadas à obesidade, 53,7% das equipes não realizam consultas para obesos e 64,1% não programam a agenda de acordo com classificação de risco para obesidade (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Numa perspectiva crítica, Silva *et al.* (2014) ressaltam que a estrutura fragmentada dos serviços e o financiamento apresentam-se como dificultadores para a execução das práticas, visto que a divisão orçamentária se dá por setores e não por políticas públicas. Ainda para os autores, as articulações intersetoriais ainda ocorrem de forma tímida, em detrimento da integralidade. Dessa forma, é preciso esclarecer que nas RAS os serviços precisam ser organizados de maneira que possam atender as necessidades dos usuários de acordo com o seu perfil, acolhendo-o e os encaminhando para outro ponto de atenção de acordo com a capacidade instalada e a necessidade da intervenção para ofertar uma atenção continuada e integral (MENDES, 2010).

Diante disso, ações governamentais tornam-se essenciais para garantir ambientes saudáveis, diminuir a ocorrência da obesidade e garantir a segurança alimentar (SWINBURN *et al.*, 2013). Nesta direção, torna-se essencial conhecer a experiência da pessoa com sobrepeso ou obesidade atendida no âmbito dos serviços públicos de saúde, uma vez que o processo de avaliação permite monitorar a habilidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; acompanhar os resultados das intervenções; detectar problemas e instrumentalizar as equipes de saúde, gestores e comunidade, podendo, assim, ser capaz de subsidiar mudanças na construção e/ou na implementação dos programas (CARVALHO *et al.*, 2012).

Na perspectiva do usuário com sobrepeso ou obesidade, evidencia-se que questões relacionadas a sua vivência na busca por atendimentos nos serviços públicos de saúde ainda são pouco exploradas. Isso corrobora a relevância de pesquisas que evidenciem a ótica dessas pessoas sobre o cuidado recebido, o que pode favorecer uma melhor compreensão sobre suas necessidades e expectativas a partir da experiência vivida com a doença. Diante disso, este estudo objetivou compreender a vivência e os sentimentos de indivíduos com obesidade atendidos nos serviços públicos de saúde.

As questões que orientaram o desenvolvimento deste trabalho foram: Quais as experiências vivenciadas por indivíduos com obesidade na procura pelos serviços públicos de saúde? Quais aspectos desses serviços poderiam ser melhorados? Quais os desafios enfrentados para a realização do tratamento da obesidade?

2 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E MOTIVAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde considera a obesidade como uma epidemia mundial condicionada principalmente pelo perfil alimentar e de atividade física. Além da precocidade de acometimento, representa um verdadeiro desafio para a saúde pública, pelo impacto imediato na saúde e bem-estar da criança, mas principalmente pela necessidade de travar a sua evolução para a adolescência e vida adulta (WHO, 2021).

A ocorrência dessa doença crônica possui um caráter pandêmico, multiétnico, ocorrendo em países de alta, média e baixa renda (WANNMACHER, 2016). Evidencia-se, ainda, que a obesidade é fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças e complicações, tais como: câncer, doenças cardiovasculares, dislipidemias, osteoartrites, dificuldades respiratórias, infertilidade, esteatose, colelitíase e o óbito prematuro (ALMEIDA *et al.*, 2017; WANNMACHER, 2016). Também tem sido citada como fator de risco agravante para complicações em pacientes acometidos pela COVID-19 (BRASIL, 2020).

Dessa forma, a doença constitui um grande desafio para o Brasil e para o mundo, e os caminhos são diversos, portanto plasmados em ações isoladas, sendo incapazes de atuar adequadamente diante do problema (MARTINS, 2018). Nesse contexto, o enfrentamento da obesidade deve ser pautado em políticas públicas capazes de exercer papel fundamental na promoção da saúde, da atividade física, da educação alimentar, nutricional e estilos de vida saudáveis.

Tem-se investido na criação de Linha de Cuidado para garantir uma ampliação da assistência e resolutividade dos problemas de saúde do indivíduo com excesso de peso. A partir da contextualização deste cenário, a realização do presente estudo se justifica com base em alguns pressupostos da literatura científica, a saber:

- ✓ A análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (BRASIL, 2010a).
- ✓ Os fatores que determinam a baixa adesão ao tratamento da obesidade são de difícil compreensão e inúmeros fatores do ambiente social podem atrapalhar as tentativas de perda de peso, dentre eles: problemas pessoais, carência de suporte familiar,

dificuldade de acesso a serviços de saúde e resultados negativos na tentativa de perda de peso (PALMEIRA, GARRIDO, SANTANA, 2016).

- ✓ Evidências científicas apontam que a abordagem terapêutica da obesidade tem se detido no modelo biológico do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade do problema (FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015). Além disso, como consequência, são pouco discutidas entre os profissionais que atuam na assistência.
- ✓ A construção de vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e usuário potencializam a adesão ao tratamento, além de qualificar o trabalho em saúde e constituir um recurso terapêutico fundamental.
- ✓ Existe recomendação do Ministério da Saúde quanto à ampliação do escopo e qualificação das ações de promoção da saúde, pautadas na PNPS que considera a saúde como produção social, complexa, de múltiplos determinantes e condicionantes. A organização da atenção e do cuidado deve envolver, ao mesmo tempo, as ações e os serviços de forma transversal, integrada e intersetorial, para dialogar com diversas áreas do setor sanitário e outras do governo, de instituições privadas, não governamentais e a sociedade como um todo (BRASIL, 2010a).

A motivação para a realização deste estudo advém da minha experiência como aluna de Iniciação Científica e de Extensão, quando tive, ao longo da graduação, a oportunidade de realizar atividades com foco no controle e combate à obesidade infantojuvenil. Tais experiências despertaram-me anseio em desenvolver pesquisas cujos resultados contribuíssem efetivamente para um melhor enfrentamento da obesidade.

Esse estudo se insere na linha de pesquisa “Avaliação de Programas, Tecnologias e Serviços de Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em que são desenvolvidas pesquisas compreendendo a formulação, implementação, organização e desempenho de políticas, programas, serviços e tecnologias em saúde, considerando o contexto epidemiológico.

Acredita-se que o estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão da experiência dos indivíduos com sobrepeso ou obesidade nos serviços de saúde do município de Campina Grande, detectando possíveis entraves à realização do tratamento e acesso aos serviços, visando subsidiar a tomada de decisões, direcionar ações e o processo de trabalho da gestão e dos profissionais da saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Obesidade: um problema de saúde pública

A ocorrência desenfreada da obesidade está relacionada, principalmente, às mudanças no padrão alimentar da população, que hoje tem privilegiado principalmente o consumo de produtos ultra processados, com altos níveis de sódio, açúcar e gorduras saturadas, e reduzido o consumo de alimentos caseiros e *in natura* ou minimamente processados (LOUZADA *et al.*, 2015).

Trata-se de uma doença responsável por aumentos diretos nos custos com a saúde, como os gastos hospitalares e com medicação, além de custos indiretos, associados à queda da produtividade, como ausências no trabalho, aposentadoria precoce (JUNQUEIRA *et al.*, 2015), a perda de um salário decente e a perda de oportunidades vocacionais por meio da limitação de capacidades físicas (ATAEY *et al.*, 2020).

Ressalta-se, ainda, que o estilo de vida moderno beneficia o ganho de peso por diferentes fatores que podem interferir na ingestão alimentar, tais como: a necessidade de alimentar-se em curto período de tempo atrapalha os mecanismos de saciação, e atividades de lazer podem resultar em modificações comportamentais relacionadas ao hábito alimentar em que o sistema de prazer e recompensa (não homeostático) se sobrepõe ao sistema regulador homeostático (ABESO, 2016).

Nesta direção, evidências científicas apontam a obesidade como fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças e complicações, tais como: câncer, doenças cardiovasculares, dislipidemias, osteoartrites, dificuldades respiratórias, infertilidade, esteatose, colelitíase e o óbito prematuro (ALMEIDA *et al.*, 2017; WANNMACHER, 2016).

Nesse contexto, a obesidade torna mais numerosa as chances para a mortalidade e agrava os indicadores de qualidade de vida, quando comparado grupo de indivíduos obesos com grupo de não obesos. Além disso, o indivíduo obeso pode sofrer com a desvalorização, reflexos da gordofobia que, segundo Rangel (2018) p. 1, “é utilizada para denominar o preconceito, estigmatização e aversão englobados por meio de uma opressão estrutural na sociedade que atinge as pessoas gordas”, podendo conduzir o mesmo ao desenvolvimento de transtornos psicossociais.

O tratamento da obesidade não pode ser reduzido ao seguimento de dietas, utilização de medicamentos ou procedimentos cirúrgicos. As intervenções psicossociais devem receber destaque, estimulando formas de enfrentamento mais favoráveis as condições da obesidade,

com intervenções que priorizem com foco no problema (MENSORIO, COSTA JUNIOR, 2016).

A obesidade constitui um grande desafio para o Brasil e para o mundo, e os caminhos são diversos, portanto ações isoladas são incapazes de atuar adequadamente diante do problema. Apenas políticas integradas e articuladas dão conta de um enfrentamento efetivo (MARTINS, 2018). Diante disso, têm-se investido na criação de linhas de cuidado para garantir uma ampliação da assistência e resolutividade dos problemas de saúde do indivíduo com excesso de peso.

3.2 Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para os serviços públicos de saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, teve como objetivo contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde, materializado por meio da Constituição Federal de 1988, que afirma que a saúde é

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desde então, estratégias têm sido criadas e orientadas com o propósito de garantir serviços e assistência integral de qualidade à saúde da população brasileira. Partindo desse pressuposto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) despontam como um conjunto de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir um cuidado integral (MENDES, 2011).

A criação das RAS visa uma atenção continuada, eficaz e humanizada, estruturada por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas. Variam entre menor densidade (atenção primária à saúde), densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde) e maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde) (BRASIL, 2010b), sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o primeiro nível da atenção à saúde.

Mendes (2011) acrescenta que a atenção primária deve funcionar como porta de entrada principal e preferencial do sistema, devendo solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população. Além disso, configura-se como o ponto estratégico para gerir serviços de saúde e estabelecer estratégias que facilitem a assistência (BARBOSA, FOSTER, 2010) fundamentada nos seguintes atributos: primeiro contato (acessibilidade); longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família; orientação comunitária;

e competência cultural. A presença dos sete atributos da APS é importante para garantir os resultados e a qualidade da atenção (MENDES, 2012).

A consolidação da Atenção Primária à Saúde nas últimas décadas simboliza um dos desenvolvimentos mais relevantes do Sistema Único de Saúde enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil (FACHINNI, TOMASI, DILÉLIO, 2018). Esse fortalecimento da APS deu-se principalmente pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, tornando-se a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial (PINTO, GIOVANELLA, 2018), e pela criação do Departamento de Atenção Primária pelo Ministério da Saúde, em 2000 (GOMES *et al.*, 2011).

No decorrer dos anos, o PSF passou a ser tratado enquanto Estratégia de Saúde da Família. Em março de 2006, a Portaria do Ministério da Saúde nº 648, de 28 de março de 2006, elegia a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Primária. Essa política já foi atualizada e publicada em outras versões, sendo a sua mais recente atualização de 2017, através da Portaria Nº 2.436 (BRASIL, 2017b). Entre todas elas existe um consenso quanto à necessidade de reorganização e ampliação do acesso à atenção primária, bem como de qualificação dessa estratégia (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o Glossário Temático de Promoção da Saúde, do Ministério da Saúde, apresenta a Atenção Primária à Saúde como sinônimo de Atenção Básica à Saúde, correspondendo a um

[...]conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p.2).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é atribuição de todos os profissionais da ESF realizar ações intersetoriais e favorecer a integração de instituições, projetos sociais e setores afins (MORETTI *et al.*, 2010), orientados para o desenvolvimento da promoção da saúde. Além disso, a ESF prevê uma assistência voltada para o indivíduo em sua integralidade, considerando-o como parte de sistemas coletivos e nas suas relações familiares e socioculturais. Propõe um trabalho desenvolvido entre equipe multiprofissional e que atue baseado em uma visão interdisciplinar (SORATTO *et al.*, 2015).

A ESF atua em território geográfico definido que possibilita à equipe a compreensão do processo saúde-doença das famílias que ali residem, tornando possível intervenções, além

das práticas curativas (ESCOREL *et al.*, 2007; BRASIL, 2007). Nesse contexto, o território não é considerado somente um limite geográfico, mas uma base material sobre a qual os sujeitos se relacionam, dentro de um conjunto de referências socioculturais e econômicas (ROCHA, 2005). O contato direto com a população permite que a Estratégia Saúde da Família desenvolva atividades e ações educativas baseadas nas necessidades observadas e com caráter intersetorial.

Dias *et al.* (2014) reforçam que a intersetorialidade sugere reciprocidade entre atores que atuam no contexto da saúde coletiva, insinuando a ideia de compartilhamento de significados, conhecimentos, compromissos, valores, afetos, responsabilidades e ações.

O caráter multiprofissional, intersetorial e humanizado da atenção primária à saúde, a torna ambiente adequado e preferencial para a recepção e acolhimento de indivíduos com sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2006b), devido a sua proximidade com a população em seu contexto social.

3.3 Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas

A obesidade é considerada uma condição crônica e fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças. Diante disso, com o propósito de organizar um modelo de assistência adequado e a infraestrutura necessária para atender as necessidades da população com excesso de peso, foi criada em 19 de março de 2013, a Portaria nº 424/GM/MS, tornando esse eixo uma linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013).

Ao analisar a Portaria supracitada é possível compreender a definição de linha de cuidado (LC), representada como um fluxo assistencial dos usuários dentro da rede de atenção à saúde, permeando entre atenção básica (AB), atenção especializada (ambulatorial, especializado e hospitalar), sistemas de apoio e sistemas logísticos, além de estabelecer fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário (BRASIL, 2013; BRASIL 2014a).

Portanto, para se alcançar um cuidado seguro a pessoa com sobrepeso e obesidade, foram estabelecidas as competências de cada ponto da atenção a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo, permitindo a organização de uma rede que vise à garantia do fortalecimento da assistência ao indivíduo que necessita do serviço (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014a). Dessa forma, o cuidado deve iniciar preferencialmente na atenção primária (Figura 1),

devendo além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso, coordenar o cuidado e a trajetória destes indivíduos, garantindo o cuidado integral.

Uma LC deve ser baseada no diagnóstico epidemiológico da região e a partir da identificação das demandas da população, considerando as características culturais do ambiente, sendo constantemente compartilhada com a comunidade, envolvendo ações promocionais, de vigilância, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas (BRASIL 2014a).

A abordagem integral do usuário com sobrepeso ou obesidade demanda reconhecimento do contexto familiar e social, atuando de forma integrada à vigilância em saúde. Ao trabalhar com população adscrita em uma determinada população, em território definido, viabiliza a construção de relações contínuas, tornando possível identificar situações de risco associadas ao sobrepeso/obesidade, tais como baixa autoestima, questões de gênero, violência, desemprego, uso do álcool, do tabaco e outras drogas (BRASIL, 2014b).

Figura 1 - Fluxograma descritivo de atividades para à Atenção à Saúde, segundo classificação do IMC na Atenção Básica para indivíduos adultos.



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2014.

Entre as diretrizes para organização dos indivíduos com sobrepeso ou obesidade, estão: diagnóstico da população assistida no SUS, estratificação de risco da população, organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), utilização de sistemas de informação, investigação e monitoramento, articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, garantia de financiamento adequado, formação de profissionais da saúde, garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado, garantia da oferta de práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2014a).

Para além das características já descritas, a Portaria nº425/GM/MS de 19 de março de 2013, estabelece normas técnicas e critérios para a assistência considerada de alta complexidade, garantindo a habilitação de acompanhamento no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, assim como ofertar cirurgia plástica reparadora (BRASIL, 2013).

O Serviço Especializado também é responsável por desenvolver

orientação e apoio para mudança de hábitos, prescrição dietética, psicoterapia, farmacoterapia, prescrição de atividade física, atividades educativas com estratégias de educação permanente, palestras, rodas de conversa, oficinas com temas relacionados ao tratamento cirúrgico da obesidade, ações de monitoramento e avaliação do peso (BRASIL, 2014a).

Cabe ressaltar que o funcionamento da LC não acontece apenas por meio de protocolos previamente estabelecidos, mas também, pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita (BRASIL, 2014a). Busca-se, desta forma, padronizar a prática, com base em evidências e garantir eficiência e efetividade nos atendimentos (REIS, 2018).

A existência de uma linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade auxilia no fortalecimento da atenção à pessoa com esta doença, promovendo ações e serviços de forma harmônica, por meio dos princípios da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, abrangendo todos os níveis da atenção (BRASIL, 2014b). O acolhimento pela equipe de saúde nos momentos de insucesso e o estímulo para reiniciar o processo são essenciais para o benefício em longo prazo (CAMPOS, 2019).

3.4 Avaliação em saúde: instrumento para a tomada de decisões

Os sistemas de saúde vivem uma crise a nível global, necessitando de reformulações e aprofundamento. Neste contexto, a pesquisa em avaliação corresponde a um conjunto de instrumentos de pesquisa que vai além da detecção de problemas e sugestão de soluções, uma vez que direciona a mudanças que poderão conduzir avanços nas políticas, programas, serviços e sistemas públicos (BEHELAINÉ, CKAGNAZAROFF, 2014).

Esse processo envolve julgamento de valores a respeito das políticas implementadas e tem como objetivo o fornecimento de informações que direcionem à melhoria da escolha de decisões na esfera pública (CRUMPTON *et al.*, 2016), além de propiciar o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas (TANAKA, TAMAKI, 2012). A avaliação permite acompanhar e monitorar a capacidade dos serviços em responder às

necessidades em saúde; observar os resultados das intervenções; detectar falhas e instrumentalizar as equipes de saúde, gestores e comunidades (CARVALHO *et al.*, 2012). É reconhecidamente uma tarefa difícil (LENTSCK, KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2010), mas, quando realizada corretamente, permite a prestação de contas à sociedade, evidenciando a responsabilidade com os gastos públicos na área da saúde (GERTLER *et al.*, 2011).

No Brasil, o MS tem buscado, nos últimos anos, institucionalizar processos de avaliação a nível nacional, a fim de monitorar permanentemente indicadores de saúde. Contudo, observa-se que esses processos não estão estabelecidos e incorporados ao cotidiano dos serviços de saúde. A capacidade da avaliação, de contribuir para o aperfeiçoamento do processo de decisão na saúde, esbarra na complexidade do campo, caracterizado pelos múltiplos fatores que condicionam a saúde e a doença, o que faz com que a sua construção se pautem em princípios próprios para produzir os resultados esperados na saúde da população (AKERMAN, FURTADO, 2016).

A necessidade de aperfeiçoar os processos de tomada de decisão e melhorar a assistência promovida pelos programas públicos torna-se cada vez mais necessária, de forma que desenvolver a avaliação pode ser uma ferramenta útil para o sistema de saúde. Considera-se um grande desafio, porém necessário, incluir em suas estratégias os diversos pontos de vista dos atores sociais envolvidos, a fim de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes.

Nesse contexto, a avaliação em saúde e, não diferente, na interseção entre as políticas de saúde e educação, necessita ter características particulares para poder cumprir com o seu papel. Utilidade, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade constituem o conjunto de princípios que deve ancorar essa avaliação. Uma avaliação que direcione as decisões que assegurem não somente a sua eficiência e eficácia, mas também a sua implementação. O processo avaliativo deve buscar que as decisões tomadas levem em consideração as necessidades de saúde da população, as metas definidas pelos serviços e que envolvam todos os interessados de forma a tornar viável a implementação das decisões tomadas (TANAKA, TAMAKI, 2012).

Os serviços públicos de saúde mostram-se frágeis em atender as necessidades da população com obesidade de forma efetiva. Desta forma, conhecer o olhar dos usuários sobre os serviços de saúde é ferramenta importante para reconsiderar as práticas profissionais, além de redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto de saúde estabelecido (BULGARELLI *et al.*, 2018). É para auxiliar no cumprimento desse propósito que esse estudo será realizado.

4 OBJETIVO

Compreender a vivência e os sentimentos de indivíduos com obesidade atendidos nos serviços públicos de saúde.

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um Estudo de Caso, método que investiga fenômenos contemporâneos em meio a um contexto de vida real, analisando-os em detalhes com base em várias fontes de dados, sendo indicado, principalmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. O Estudo de Caso possui como vantagens a aplicabilidade em diferentes orientações epistemológicas e a possibilidade de utilização de múltiplas fontes de evidência (YIN, 2015). Pode ser apresentado com combinações de métodos qualitativos e quantitativos, entretanto, neste estudo será utilizada a abordagem qualitativa.

Para Richardson (2017), a pesquisa qualitativa trata-se de uma:

compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON, 2017, p. 90).

Dessa forma, a abordagem qualitativa respalda-se no fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto que gera um vínculo indissociável entre ambos (LAKATOS, MARCONI, 2017).

5.2 Cenário da pesquisa e população do estudo

O estudo foi realizado em Campina Grande, município que está situado no estado da Paraíba, contando com uma população estimada em 413.830 habitantes (IBGE, 2021) e sendo considerada um importante polo industrial e universitário da região do Nordeste brasileiro. Campina Grande é sede da segunda macrorregião de saúde do estado e foi um dos municípios pioneiros na implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994, contando ainda com serviços de média e alta complexidade (LEITE; VELOSO, 2009; ARAÚJO, 2016). O município atualmente conta com 85 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em sete distritos sanitários.

A população do estudo compreendeu pessoas em acompanhamento ou que já tinham sido acompanhadas para tratamento da obesidade ou de complicações associadas à obesidade nos serviços públicos de saúde do município supracitado.

5.3 Critérios de seleção

Foram incluídos ao estudo indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18 anos, em acompanhamento ou que já tinham sido acompanhados para tratamento da obesidade ou de complicações associadas a obesidade nos serviços públicos de saúde. Foram excluídos os indivíduos que não residiam no município de Campina Grande – PB.

5.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Para a definição da população de estudo foram escolhidas as UBS com maiores índices de obesidade, conforme dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Ao visitar todas as unidades que atendiam a esse critério, a pesquisa foi apresentada aos profissionais e, com auxílio das equipes de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (ACS), os indivíduos que mais se adequaram foram escolhidos e incluídos, totalizando 24 participantes. Desse modo, obteve-se uma amostra englobando todos os distritos sanitários. Considerando as desistências e ao critério de saturação teórica (FONTANELLA, RICAS, TURATO *et al.*, 2008), chegou-se ao total de 21 indivíduos.

O instrumento de coleta foi formulado pela pesquisadora. O roteiro de entrevista semiestruturada abordou questões relacionadas à autopercepção da obesidade, aspectos associados ao tratamento e à experiência do indivíduo com obesidade nos serviços públicos de saúde.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e junho de 2021. Para a realização das entrevistas, a pesquisadora estabeleceu um contato prévio com o participante, por telefone, visando apresentar-se, explicar a finalidade, riscos e benefícios da pesquisa, além de assegurar a participação do mesmo e agendar a entrevista. Essas foram gravadas em equipamento de gravação digital, em dupla entrada, e tiveram com duração de aproximadamente 20 minutos.

5.5 Análise dos dados

Os dados referentes às variáveis sociodemográficas foram analisados através de frequência absoluta e relativa com auxílio do *Microsoft Excel Office 365*®.

Os dados obtidos por meio das entrevistas gravadas, foram transcritos na íntegra com auxílio do software *OpenOffice 4.1.10*. Com o *Corpus Textual* pronto, os dados foram

indexados ao *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), criado por Pierre Ratinaud (2014).

Para tanto, utilizou-se o recurso Nuvem de Palavras, que possibilita a realização de uma análise lexical mais simples. Entretanto, conforma-se como uma ferramenta interessante para ser utilizada, pois a imagem gerada permite a identificação das palavras-chave de um *Corpus*, sendo assim, quanto maior a palavra, maior a importância.

Foi utilizada também a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), uma ferramenta que submete o vocabulário do *Corpus* textual a cálculos estatísticos, considerada padrão-ouro nesse software. Desse processamento são formadas classes de segmentos de texto, nas quais os vocabulários semelhantes são agrupados, de modo que cada classe seja composta por segmentos de texto diferentes, sendo distribuídos em um dendograma, ilustrando as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Após a análise lexical das palavras, realizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin.

A Análise de Conteúdo configura-se como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2016, p. 44).

Essa análise foi dividida em três etapas:

Essa análise será dividida em três fases (BARDIN, 2016, p. 125-132):

- a) Pré-análise: etapa da organização propriamente dita, ou seja, momento de sistematização de ideias iniciais. Engloba a escolha dos documentos a serem analisados, a elaboração dos pressupostos e dos objetivos, e formulação de indicadores que fundamentem a interpretação final.
- b) Exploração do material: consiste na codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras que foram previamente formuladas.
- c) Tratamento dos resultados e interpretações: os resultados são tratados de forma a serem significativos e válidos. Permite estabelecer os resultados de forma condensada, em diagramas, quadros ou figuras e submissão de provas estatísticas e testes de validação, tornando possível propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos.

5.6 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 39858920.4.0000.5187 e número do parecer: 4.410.574.). Os procedimentos aplicados nesta pesquisa respeitaram as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no território brasileiro (BRASIL, 2012).

Para a preservação do anonimato, os participantes foram identificados com a letra N (Número) seguindo a ordem numérica da participação. As entrevistas foram realizadas mediante confirmação de voluntariado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e do Termo de Autorização para Gravação de Voz (Apêndice B), em local (UBS, local de trabalho ou domicílio) e horário de escolha dos participantes, de forma a garantir a privacidade, conforto e seguindo os protocolos de prevenção para a COVID-19.

6 RESULTADOS

As percepções e experiências com a obesidade, na perspectiva dos participantes do estudo, serão discutidas no formato de artigo produzido conforme as normas da revista Cadernos de Saúde Pública (ISSN: 1518-8787).

VIVÊNCIA E SENTIMENTOS DE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE ATENDIDOS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

RESUMO

Este estudo objetivou compreender a vivência e os sentimentos de indivíduos com obesidade atendidos nos serviços públicos de saúde por meio de um estudo de caso com abordagem qualitativa realizado entre janeiro e junho de 2021. Entrevistou-se 21 indivíduos em acompanhamento ou que já tinham sido acompanhados para tratamento da obesidade ou de complicações associadas à obesidade, nos serviços públicos de saúde do município de Campina Grande - PB. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e transcritos na íntegra para análise, sendo o *Corpus* textual indexado ao *software* IRAMUTEQ. Com as classes de palavras definidas, as categorias foram elaboradas a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin. A análise lexicográfica e de conteúdo do *corpus* textual das entrevistas produziu três categorias temáticas com foco na autopercepção e a percepção do outro no cotidiano do indivíduo com obesidade; tratamento da obesidade: alternativas e dificuldades; um olhar sobre a experiência do indivíduo com obesidade nos serviços públicos de saúde. As comorbidades associadas, o preconceito sofrido e a baixa autoestima se mostraram como características presentes no cotidiano dos indivíduos que participaram do estudo e que dificultam a perda de peso. Sugere-se um maior apoio das equipes de saúde na promoção da saúde e prevenção precoce da obesidade, com vistas a um olhar mais humanizado para esse indivíduo.

Palavras-chave: Obesidade; Serviços Públicos de Saúde; Níveis de Atenção à Saúde; Análise Qualitativa.

INTRODUÇÃO

O mundo tem passado por uma rápida transição epidemiológica e nutricional, caracterizada por deficiências nutricionais, como a anemia e deficiência de ferro e zinco. De forma simultânea, acontece um aumento na ocorrência da obesidade¹, considerada um grave problema de saúde pública que acomete, mundialmente, um em cada oito indivíduos adultos².

No Brasil, apesar de o Ministério da Saúde desenvolver ações de combate à obesidade, tem-se observado que essa condição crônica vem aumentando à medida que a população envelhece. De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) a frequência de adultos obesos nas 27 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, no ano de 2018, foi de 19,8%, sendo mais presente entre as mulheres (20,7%) do que entre os homens (18,7%)³. Entre indivíduos com idade entre 5 e 19 anos, a prevalência aumentou, em todo o mundo, em torno de dez vezes nas últimas quatro décadas⁴.

A prevalência crescente da obesidade em todo o mundo faz da doença um problema de saúde que exige ações longitudinais de cuidado orientadas pela vigilância em saúde. O contexto em que as pessoas vivem e o estilo de vida que levam sinalizam a possibilidade do surgimento ou agravamento da doença, quando esta já estiver instalada⁵.

A atenção integral ao indivíduo com excesso de peso no Sistema Único de Saúde (SUS) envolve a articulação das três esferas de governo⁶ com destaque para a linha de cuidado prioritária de pessoas com doenças crônicas incorporando procedimentos de diagnóstico e acompanhamento longitudinal entre os serviços de saúde⁷.

Embora se identifique avanços no contexto da linha de cuidado voltado a pessoa com obesidade, ainda se observam obstáculos ligados às filas e dificuldades nos agendamentos de consultas com endocrinologistas, a distância das unidades de saúde em algumas regiões, além dos fatores associados ao estigma e ao preconceito da doença^{8,9}.

Convém ressaltar que, a organização da atenção e da gestão do SUS, ainda hoje, caracteriza-se por forte fragmentação de serviços, de programas, de ações e das práticas clínicas, mostrando-se, ainda, inadequado para enfrentar os desafios postos pela mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascendência das doenças de caráter crônico¹⁰.

Na perspectiva do usuário com sobrepeso ou obesidade, evidencia-se que questões relacionadas à sua experiência na busca por atendimentos nos serviços públicos de saúde ainda são pouco exploradas. Isso corrobora a relevância de pesquisas que evidenciem a ótica dessas pessoas sobre o cuidado recebido, o que pode favorecer uma melhor compreensão

sobre suas necessidades e expectativas a partir da experiência vivida com a doença. Diante disso, este estudo objetivou: compreender a vivência e os sentimentos de indivíduos com obesidade atendidos nos serviços públicos de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso¹¹ realizado no município de Campina Grande, localizado no interior do estado da Paraíba. O estudo teve como cenário de investigação as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município supracitado, que conta com 85 UBS distribuídas em 7 distritos sanitários.

Para a definição da população de estudo foram escolhidas as UBS com maiores índices de obesidade, conforme dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional¹². Ao visitar todas as unidades que atendiam a esse critério, a pesquisa foi apresentada aos profissionais e, com auxílio das equipes de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, os indivíduos que mais se adequaram foram escolhidos e incluídos, totalizando 24 participantes. Desse modo, obteve-se uma amostra englobando todos os distritos sanitários.

Foram incluídas pessoas de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18 anos, em acompanhamento ou que já tinham sido acompanhados para tratamento da obesidade ou de complicações associadas à obesidade nos serviços públicos de saúde. Chegou-se ao total de 21 indivíduos, considerando as desistências e o critério de saturação teórica¹³.

O instrumento de coleta foi formulado pela pesquisadora. O roteiro de entrevista semiestruturada abordou questões relacionadas à autopercepção da obesidade, aspectos associados ao tratamento e à experiência do indivíduo com obesidade nos serviços públicos de saúde.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e junho de 2021. Para a realização das entrevistas, a pesquisadora estabeleceu um contato prévio com o participante, por telefone, visando apresentar-se, explicar a finalidade, riscos e benefícios da pesquisa, além de assegurar a participação do mesmo e agendar a entrevista. Essas foram gravadas em equipamento de gravação digital, em dupla entrada, e cada entrevista teve duração de aproximadamente 20 minutos.

Os dados obtidos por meio das entrevistas gravadas foram transcritos na íntegra. Com o *Corpus* Textual pronto, os dados foram indexados ao *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), criado por Pierre Ratinaud¹⁴.

Mediante o relatório gerado, utilizou-se o recurso Nuvem de Palavras, que permite a identificação das palavras-chave do *Corpus*, e, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Nesta etapa são formadas classes de segmentos de texto, nas quais os vocabulários semelhantes são agrupados, de modo que cada classe seja composta por segmentos de texto diferentes, sendo distribuídos em um dendograma, ilustrando as relações entre as classes¹⁵.

Após a análise lexical, realizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin, método que consiste em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação¹⁶.

As entrevistas foram realizadas mediante confirmação de voluntariado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em local (UBS, local de trabalho ou domicílio) e horário de escolha dos participantes, de forma a garantir a privacidade e seguindo os protocolos de prevenção para a COVID-19.

Para a preservação do anonimato, os participantes foram identificados com a letra N seguindo a ordem numérica da participação. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 39858920.4.0000.5187 e número do parecer: 4.410.574.). Os procedimentos aplicados nesta pesquisa respeitaram as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no território brasileiro¹⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

A partir da caracterização do perfil dos indivíduos entrevistados, observou-se que a idade variou entre 20 e 64 anos, havendo a predominância do sexo feminino (71,4%). Quanto à moradia, um total de 90,5% (n= 19) residia na zona urbana e 9,5% (n= 2) residia na zona rural do município.

Acerca da formação, constatou-se que a maioria dos sujeitos possuía ensino fundamental incompleto (47,6%). Apenas um sujeito (4,8%) afirmou possuir plano de saúde privado, os 95,2% restantes utilizam prioritariamente o Sistema Único de Saúde.

Análise lexical

O processamento do *corpus* geral ocorreu em 36 segundos e foi constituído por 21 textos, equivalentes às 21 entrevistas. Os textos foram separados em 524 segmentos de textos (STs), com um aproveitamento de 423 STs (80,7%).

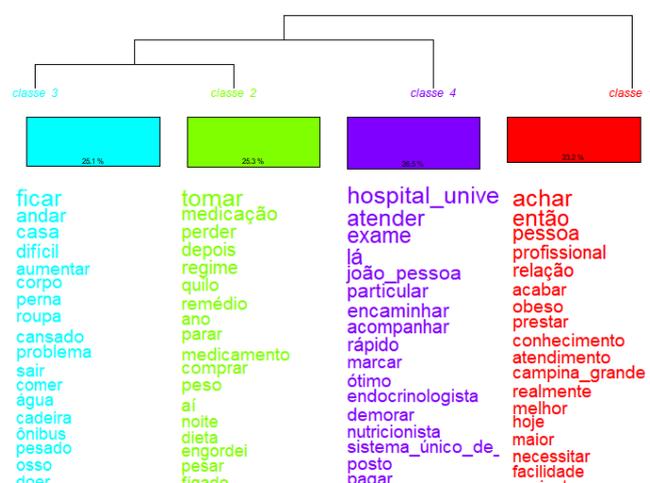
Figura 1 – Nuvem de Palavras



Fonte: dados resultantes da análise do *Software* IRAMUTEQ.

Na figura 1 verifica-se que as palavras com maior frequência nos STs foram o “não”, que dentro dos discursos aparece relacionada principalmente à ausência de facilidades para “perder” o “peso” ou realizar o tratamento; “conseguir”, “exames” e “atendimento” apareciam associadas à dificuldade para agendamentos ou acesso aos serviços. Quanto aos serviços de saúde, “sistema único de saúde”, “hospital universitário” e “posto” foram os mais citados.

Na Classificação Hierárquica Descendente (Figura 2), obteve-se a formação de quatro classes de segmentos de texto, sendo o *Corpus* dividido em dois *subcorpos*. No primeiro, a classe 1, correspondeu a 23,2% do total (98 STs) e no segundo *subcorpus* englobou a classe 4, com 26,5% (112 STs), e ainda houve uma terceira subdivisão, que originou a classe 2 com 25,3% (107 STs) e a classe 3 com 25,1% (106 STs).

Figura 2 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.

Fonte: dados resultantes da análise do *software* IRAMUTEQ, 2021.

Após a Análise de Conteúdo, os dados obtidos foram distribuídos em três categorias (Quadro 1): Categoria 1: Autopercepção e impactos no cotidiano do indivíduo com obesidade (com base na classe 3). Categoria 2: Perspectivas sobre o tratamento da obesidade: alternativas e dificuldades (com base na categoria 2); Categoria 3: Um olhar sobre a experiência do indivíduo obeso nos serviços públicos de saúde (base nas categorias 1 e 4).

Quadro 1 – Distribuição das categorias e subcategorias.

Categorias	Subcategorias
1. Autopercepção e a percepção do outro no cotidiano do indivíduo com obesidade	<p>1.1 O lugar da obesidade no cotidiano de indivíduos atendidos nos serviços públicos de saúde</p> <p>1.2 Estigmatização da obesidade</p>
2. Tratamento da obesidade: alternativas e dificuldades	<p>2.1 Desafios para a adesão ao tratamento</p> <p>2.2 Automedicação: um plano B para a perda de peso</p>
3. Um olhar sobre a experiência do indivíduo com obesidade nos serviços públicos de saúde	<p>3.1 Barreiras para a realização do tratamento nos serviços públicos de saúde</p> <p>3.2 Melhorias: o que poderia ser diferente?</p>

Fonte: elaborada pelos autores, 2021.

AUTOPERCEPÇÃO E A PERCEPÇÃO DO OUTRO NO COTIDIANO DO INDIVÍDUO COM OBESIDADE

O lugar da obesidade no cotidiano de indivíduos atendidos nos serviços públicos de saúde

O sobrepeso e a obesidade se apresentam como grandes desafios enfrentados pela saúde pública em âmbito mundial¹⁸. Essa condição tem sido cada vez mais frequente na primeira infância e adolescência, conforme visto nos trechos a seguir:

“Na verdade, acho que eu nasci magra só que no início da minha primeira infância eu já dei uma engordada grande, sabe? Então eu fui para endocrinologista, eu acho. E ela fazia aqueles cálculos do IMC, também de altura, e colocava em uma tabela e disse que eu tinha obesidade. Então desde sempre eu fui uma criança obesa. (...) quando eu descobri que eu era obesa, eu não passei por um processo para descobrir que era obesa, porque eu já era gorda desde sempre e dei uma engordada a mais”. N7

“Eu já nasci gordinha, né? Toda a vida eu engordei, mas quando fui aumentando a idade eu fui aumentando o peso, né?”. N10

Evidências sugerem que a exposição contínua ao sobrepeso ou à obesidade está associada ao aumento na massa gorda, morte prematura e incapacidade funcional durante a vida adulta. Além dos riscos futuros, crianças com obesidade possuem dificuldades respiratórias, risco elevado de sofrer fraturas, sequelas psicológicas e precoces indicadores de doenças cardiovasculares e resistência à insulina^{19,20}.

As pessoas com obesidade, ao longo da vida, experimentam diversos problemas associados à incapacidade física. Desse modo, a convivência com a obesidade é desfavorável, sendo agravada conforme o grau de obesidade, trazendo consequências em diferentes dimensões da vida pessoal. Entre os participantes do estudo, a obesidade torna-se desafiadora, sendo uma constante fonte de desconforto, conforme demonstrado nas falas a seguir:

“E até mesmo porque a gente vê que as roupas começam a ficar apertadas e você olha no espelho e vê que você tá ganhando peso. Ninguém gosta de estar acima do peso porque é uma questão de saúde, em primeiro lugar é a saúde. E o que é acontece? Aparece logo aquelas doenças, hipertensão, como eu que fiquei hipertensa por conta do excesso de peso e mais outras doenças.” N12.

“Por exemplo, quando eu começo a caminhar eu sinto cansaço, aí vem dor nas pernas, quando eu chego em casa, ao invés da pessoa ter mais disposição pra fazer as coisas, bate aquele cansaço no corpo, causa sono, e eu não entendo isso.” N16

Os relatos demonstram que a percepção da obesidade está ligada a impactos no desempenho das atividades diárias e a sensações como cansaço e dor. Pode-se caracterizar, ainda, como um obstáculo à vida social e às atividades laborais:

“Eu jogava bola, parei. Você vai ficando preguiçoso pra fazer as coisas. E várias outras coisas que você vai perdendo a vontade de fazer. Muitas coisas a obesidade trás, e você vai desistindo das coisas (...) você já se sente sem ação para trabalhar, você já fica incomodado...” N3

Estudo que analisou a percepção do indivíduo com obesidade sobre si mesmo, identificou que os participantes da pesquisa também afirmam encontrar dificuldades para trabalhar em decorrência das limitações físicas, e também devido ao padrão corporal²¹.

Dessa forma, é possível alegar, de acordo com as falas apresentadas, o quanto as restrições impostas pela obesidade limitam os participantes da pesquisa em seus comportamentos e hábitos, obrigando-os a desenvolver determinadas atividades de outra forma, ou, até mesmo, a deixar de fazê-las. Entre os entrevistados, a obesidade afetou tanto o desempenho de atividades diárias quanto a saúde.

Estigmatização social da obesidade

A reflexão sobre a obesidade não deve ser voltada apenas às causas e consequências deste agravo, mas também a outros aspectos envolvidos que podem dificultar o controle do peso, e influenciam diretamente ou indiretamente nas questões de saúde²². A estigmatização, o preconceito e a gordofobia estão entre os aspectos que acompanham o dia-a-dia do indivíduo com obesidade, podendo gerar baixa autoestima e sofrimento. A fala abaixo ilustra essa discussão:

“Quando você tem um excesso de peso a mais as pessoas lhe criticam muito, elas lhe julgam muito, sempre falam de você, só que essas mesmas pessoas não te ajudam e às vezes colocam você para baixo dizendo que você não vai conseguir.” N2

A desvalorização e a estigmatização podem ser exemplificadas por diversos julgamentos que supõem que a pessoa com excesso de peso é deprimida, fracassada ou descuidada, preconceitos tão naturalizados que a própria pessoa incorpora uma imagem de si inapta e adoecida²³.

Pesquisa desenvolvida com indivíduos com obesidade também no município cenário desse estudo evidenciou entre as falas dos participantes que há uma clara desvantagem em ter

obesidade, afetando relações familiares, afetivas e sociais²⁴. Ressalta-se, ainda, que o preconceito é identificado mesmo quando não são ridicularizados de forma direta, principalmente quando sofrem atenção indesejada em diferentes ocasiões.

“Quando eu aumentava de peso mais a gordofobia aumentava, sabe? Isso foi exponencialmente, mas você não vai caber nos espaços públicos, as cadeiras, principalmente. Então é bem desconfortável. E é horrível, basicamente.” N7

A obesidade já foi entendida apenas como uma das diversas formas de existir do ser humano e até mesmo um aspecto positivo, não como um problema a ser combatido, como é vista nos dias de hoje²⁵. Os indivíduos com obesidade precisam adaptar-se a um mundo que possui regras em que a obesidade e as comorbidades associadas são fatores limitantes. Existe uma intimidação contra o corpo com obesidade, a partir do momento em que o corpo magro passa a ser uma condição preferencial para permitir uma vida social absoluta²⁶. Existe uma pressão cultural para emagrecer e controlar o peso, condição que fortifica o sentimento lipofóbico atual²⁷.

“Você entra em uma loja e o pessoal olha pra você e “- você é um bicho em extinção”, diz logo. Não tem nada que lhe sirva. As roupas, a resistência física, você não consegue fazer um percurso que você fazia antes em um determinado tempo, você já não consegue mais. E você andar de ônibus, tudo isso dificulta. Você anda de ônibus e o povo fica olhando se você vai passar pela catraca ou não.” N14

O conceito que os estigmatizados possuem sobre si pode provir da forma como se percebem ou são vistos por outros. Eles deixam de enxergar características otimistas que lhes dizem respeito e passam a exercer uma atenção exacerbada ao peso, preservando uma autoavaliação negativa²⁸.

“É porque a gente não mostra pra ninguém, mas a gente fica triste. Eu já conheci muita gente que entrou em depressão sendo gordo’N3

Estudo desenvolvido no âmbito de uma unidade básica de saúde do Rio de Janeiro, com o objetivo de investigar as percepções de indivíduos com obesidade deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da obesidade, evidenciou sentimentos de desânimo e falta de motivação, levando também ao retraimento social²⁹.

Pela análise das falas, notou-se que, a experiência com a obesidade acarretou, entre os entrevistados, a convivência com situações de discriminação no âmbito pessoal e social pela circunstância de sua imagem corporal não corresponder aos modelos estéticos vigentes.

TRATAMENTO DA OBESIDADE: ALTERNATIVAS E DIFICULDADES

Desafios para a adesão ao tratamento

Fatores genéticos e metabólicos influenciam de maneira direta no ganho de peso, porém hábitos inadequados, como inatividade física, dieta pouco saudável e estresse psicossocial aumentam o risco de desenvolvimento da obesidade³⁰. Quando questionados sobre como prevenir a obesidade, a mudança de tais hábitos esteve frequentemente presente entre as respostas:

“É você praticar alguma atividade física, né? E a questão da alimentação. Você se alimentar bem, evitando o que você sabe que engorda, o açúcar, a massa.” N12

Apesar de serem amplamente divulgadas na mídia e alguns participantes conhecerem as medidas para a redução de peso, outros referem não obter nenhum tipo de conhecimento sobre prevenção:

“eu não sei não, que se eu soubesse eu não era (obesa). Porque eu não vivo comendo, eu não sou de tá comendo, trabalho feito uma doida, e o meu negócio é só engordar e engordar (...) aonde eu vou ninguém me dá orientação. Eu sei que é muito ruim, né? Pra saúde. Principalmente pro coração e pros ossos...” N11

Torna-se relevante destacar que a adesão do indivíduo ao tratamento da obesidade exige sensibilidade por parte do profissional em orientar da melhor maneira possível, acessando o contexto em que o usuário vive, se possível, incluindo também a família dentro do plano de cuidado, implementando estratégias para a perda de peso.

Por ser uma doença crônica e de difícil aceitação, tanto pelo indivíduo como pelos responsáveis, esta resulta em baixa resposta ao tratamento em longo prazo e perda de acompanhamento^{31,32}. O sentimento de frustração emerge das falas dos participantes como aspectos determinantes na mudança de hábitos e estilo de vida:

“Eu ficava triste, eu chorava muito, porque eu não conseguia perder peso, eu tentava de todas as maneiras, eu chegava pra médica e dizia que eu não conseguia.” N4

“Aí depois eu fui engordando, engordando, mas toda vez eu tento fazer um regime, fazer caminhada, mas não consigo (...) Ela me aconselhou a caminhada, mas eu não consigo. Porque a minha perna incha e a minha coluna fica doendo.” N6

Sem dúvida, a redução ou a inexistência de prática de atividade física e o livre acesso a comidas saborosas e gordurosas são fatores que podem facilitar o acúmulo de peso ou influenciar na perda de peso. Desta forma, mesmo com desejo de mudanças, alguns

participantes indicaram como dificultadores a falta de tempo e hábitos alimentares inapropriados:

“eu não tinha muito tempo de fazer alguma prática de exercício, eu estudava o dia inteiro, então era muito difícil para mim (...)” N2

“É muito difícil você olhar pra um prato de salada e olhar pra duas fatias de pizza, as fatias de pizza chamam mais atenção e é difícil de resistir.” N14

Um estudo desenvolvido com adultos obesos que foram atendidos em um centro de referência no acompanhamento de pessoas com excesso de peso em Salvador (BA), evidenciou que a razão que mais contribuiu para que os indivíduos desistissem do tratamento da obesidade foram problemas no trabalho, seguida de falta de tempo³³. Razões como problemas familiares, dificuldade de transporte, problemas de saúde, mudança de cidade, problemas financeiros, não conseguir fazer a dieta e a falta de motivação foram citados, porém com menor frequência.

Automedicação: um plano B para a perda de peso

O tratamento da obesidade é complexo, desta forma, o tratamento medicamentoso torna-se complementar das terapias dirigidas com centro na mudança dos hábitos de vida associados a orientações nutricionais que visem diminuir o consumo de calorias na alimentação e exercícios para aumentar o gasto calórico³⁴. A escolha do tratamento deve ser baseada na gravidade do problema e na presença ou não de complicações. Entretanto, tem sido cada vez mais comum a automedicação para a perda de peso, o que pode acarretar complicações para o indivíduo.

“Já tomei medicação para emagrecer, mas por conta própria. Eu tomei Sibutramina e o Dietilpropiona e emagreci. Emagreci, que você não sente fome nenhuma, você só consegue tomar água porque a boca fica seca. Tipo, uma amiga toma, “- ah, eu estou emagrecendo, estou tomando tal medicação” e daí você vai na onda.” N14

Pesquisa de base populacional evidenciou altos índices de automedicação na população brasileira, sendo essa prática ainda mais comum entre indivíduos do sexo feminino³⁵. No que concerne a automedicação visando o emagrecimento, estudo realizado com mulheres universitárias apresentou dados preocupantes relacionados ao uso de anorexígenos adquiridos sem prescrição médica, prática essa que tem sido cada vez mais rotineira³⁶.

Diante dos problemas causados pela obesidade e da busca pelo corpo considerado ideal por estética, muitas pessoas procuram possibilidades simples e rápidas para a perda de peso. Os padrões de beleza ao longo da história têm levado as mulheres, em particular, a fazer dietas variadas sem muito conhecimento de riscos e benefícios. Há, também, um estímulo da indústria do emagrecimento, sem preocupar-se com possíveis efeitos iatrogênicos gerados pelas recomendações que seus produtos indicam³⁷.

As alternativas milagrosas para a resolução da obesidade, foram mencionadas entre entrevistados:

“Pela internet eu já gastei quase dois mil reais. Com remédios da internet. Agora mesmo faz dois meses, antes que eu vir pra essa médica aqui, eu estava tomando o chá da terra, minha irmã é representante. Mas eu estava sentindo que eu estava ficando inchada e estava sem ir muitas vezes ao banheiro.” N6

Na atualidade, vivencia-se uma procura descontrolada por medidas que adequem o peso do indivíduo ao perfil socialmente aceito, mas estas medidas podem representar riscos à saúde. Embora a utilização de medicações e técnicas cirúrgicas sejam possíveis, as mudanças de estilo de vida são fundamentais para a manutenção do peso.

Torna-se urgente desenvolver novas formas de tratamento, com uma “abordagem inclusiva do peso”, que considere a diversidade dos corpos, que entenda que a saúde pode ser promovida independentemente do peso³⁸. Essa abordagem objetiva a redução de práticas iatrogênicas dentro dos serviços de saúde e acabar com a estigmatização dos problemas de saúde, facilitando assim o acesso aos cuidados de saúde para todos os indivíduos³⁹.

UM OLHAR SOBRE A EXPERIÊNCIA DO INDIVÍDUO COM OBESIDADE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A atenção primária, além de acolher e tratar o indivíduo com obesidade, deve ser ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo um cuidado integral. Houve depoimentos de alguns usuários que demonstraram satisfação com o atendimento profissional recebido nas unidades de saúde:

“Eu gostei muito daqui, dessa doutora agora aqui do posto. N6

“A médica do PSF, ela atende muito bem, muito bem mesmo. Fale dela quem quiser! Mas ela é muito prestativa, muito, muito mesmo.” N13

Entretanto, em alguns relatos, os profissionais de saúde ainda são apontados pelos indivíduos com obesidade como frequentes fontes de preconceito⁴⁰. De acordo com os

entrevistados, em alguns momentos houve falta de profissionalismo quando atendidos no serviço especializado e na alta complexidade, impactando negativamente no cuidado:

“Por exemplo, eu fiz uma cirurgia há 3 meses, há 3 meses atrás em 2020 que eu vi, quando eu estava pelada em cima da mesa cirurgia, “- Nossa! você não pensa em emagrecer? Você tem que emagrecer! Você está gorda demais!” da enfermeira que estava lá. E a anestesista olhou para mim “- não vai ter agulha para você porque você é muito gorda” ela não tem não preparou para mim e disse “- não vai ter agulha pra você, porque você é muito gorda!” Ela não preparou ali pra mim? Sabe? Não está preparado.” N7

“O endocrinologista não, porque ele era muito ignorante. Mas em todos os outros eu fui muito bem atendida.” N14

Diante da relevância do tratamento da obesidade, torna-se necessário reduzir os preconceitos dos profissionais da saúde, ampliar a habilidade de empregar a modificação de comportamento e intensificar a colaboração entre as equipes multiprofissionais⁴¹.

Barreiras para a realização do tratamento nos serviços públicos de saúde

Nas últimas décadas ocorreram melhorias referentes aos princípios norteadores do SUS, no entanto, os serviços públicos de saúde ainda têm enfrentado diversos obstáculos, refletindo diretamente na assistência prestada aos usuários. O longo tempo de espera para agendamento de consultas é algo cotidiano na caminhada do usuário pelo atendimento em saúde no Brasil, que frequentemente chega a meses.

“Inclusive eu estou até hoje com o nutricionista que colocaram pra marcar e até hoje não foi marcado. Já tem o que? 3 meses que eu fui para o médico, já fui lá semana passada e não tinha sido marcado ainda. (...) Porque como é que eu vou fazer sem o nutricionista? Não tem como.” N9

A consolidação da APS representa um grande avanço do SUS como política pública de saúde, e a expansão da cobertura da ESF provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro, entretanto, em meio a resultados positivos, ainda existem barreiras que ainda inviabilizam a sua operacionalização plena⁴². As falas deixam perceptível a falha da atenção primária como porta de entrada, uma vez que os usuários não encontram o devido apoio para o alcance dos serviços que necessitam.

“ali mesmo no posto, a gente tem que chegar quatro horas da manhã pra pegar uma ficha. Só entrega ficha uma vez por semana. Eu não sei nem mais como é o atendimento, porque no tempo que eu ia eram dez fichas uma vez por semana pra atender umas pessoas na segunda,

outras na quarta e assim ia (...) aqui não tem agente de saúde, não tem cobertura de agente de saúde, tinha há muitos anos atras, mas de 20 anos pra cá ninguém vê agente de saúde aqui não”. N11

“Eu acho que fica a desejar por conta da dificuldade, que você tem de marcar um exame, de marcar consulta.” N21

A demora no agendamento de consultas e exames esteve presente entre as falas dos participantes. Essa problemática foi evidenciada em diversas pesquisas e mostra-se como uma realidade nos diversos níveis de atenção à saúde^{43,44,45}. Salienta-se a necessidade de oferta de serviços contínuos que atendam à demanda real e que sejam aptos a garantir acesso aos demais níveis de atenção.

Pesquisa realizada com indivíduos com obesidade mórbida atendidos em um hospital público de São Paulo, evidenciou entre as falas dos participantes a insatisfação devido à escassez de recursos e a falta de um olhar profissional diferenciado para a pessoa com obesidade no âmbito da atenção primária à saúde⁴⁶

Os obstáculos para o atendimento levaram alguns participantes deste estudo a buscar a assistência de saúde privada:

“Agora eu comecei a fazer um tratamento com nutricionista comportamental e aí eu estou conseguindo, sabe? Ter uma alimentação saudável, ele não é restritivo e está sendo uma maravilha, eu já estou na quarta consulta e está dando tudo ótimo, e eu e eu só consegui encontrar ele particular. Não consegui encontrar pelo Sistema Único de Saúde. É o que é muito triste, se eu tivesse tido esse acompanhamento quando era criança, talvez eu tivesse uma vida mais saudável.” N7

“Eu vou ter que fazer particular porque na rede municipal não dá, o estado também, porque lá no hospital universitário não sai, aí você fica naquela indecisão sem saber fazer nada, porque tem que saber o que tá acontecendo, como é tá as taxas para poder você fazer alguma coisa, se pode comer aquilo de verdade, se a caminhada se pode seguir” N8

Na organização da atenção ao portador de obesidade, a cirurgia bariátrica deve ser um recurso terapêutico ofertado com rigoroso critério pelos serviços públicos de atenção hospitalar especializada. Faz-se necessária a articulação entre as equipes de atenção primária, de atenção ambulatorial especializada e de atenção hospitalar especializada para garantir a estratificação de risco e organização da oferta de tratamento cirúrgico aos obesos mórbidos nos casos em que este procedimento for considerado necessário⁴⁷.

O município de Campina Grande não conta com o serviço de cirurgia bariátrica gratuita, sendo necessário o encaminhamento para a capital do estado (João Pessoa – PB),

localizada a 120 km de distância, ou a realização particular, gerando insatisfação entre os usuários do serviço público que necessitam dessa forma de intervenção.

“Assim, aqui em Campina quando eu fui pro doutor, quando eu cheguei lá ele disse que eu realmente precisava da cirurgia (bariátrica) porque não podia fazer pelo SUS e que essa cirurgia era 20 mil reais. Eu disse a ele que eu era empregada doméstica e que não tinha condições de fazer, aí ele disse que eu fosse atrás de um político ou de alguém que tivesse influência pra me ajudar.” N4

“A cirurgia foi tudo particular, tudo particular mesmo. O atendimento em João Pessoa sempre foi bom, mas não consegui de jeito nenhum. Sempre era esse problema, quando chegava o dia que era pra levar o exame a prefeitura não estava pagando (salário dos profissionais).” N10

Apesar do aumento considerável do número de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil, o sistema público de saúde está muito atrás do setor privado no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Estudo aponta que o Sul e Sudeste concentram a maior parte do montante de procedimentos bariátricos do sistema público no Brasil, estando o Nordeste entre as regiões menos privilegiadas⁴⁸.

Apesar de, sob o escopo legal, o sistema de saúde público brasileiro deva estruturar-se para atender a todos de igualitariamente em todo o território nacional, o que ainda se observa, é uma diversidade de procedimentos e a falta de um padrão de atendimento para pessoas com obesidade⁴⁹.

Melhorias: o que poderia ser diferente?

Os indivíduos com obesidade aspiram ter suas necessidades de saúde atendidas e resolvidas nos serviços públicos de saúde. Desta forma, como sugestão para melhoria desses serviços, entre os entrevistados as principais falas refletiam sobre a necessidade de mais profissionais capacitados para tratamento da obesidade e diminuição do tempo de espera para marcação de consultas e exames.

“Um bom atendimento para as pessoas que são obesas, acompanhamento que a gente não, aqui a gente não tem acompanhamento. (...) mas aqui nos postos a gente não tem, e nem encaminha para um lugar assim, é difícil, porque no momento não tá atendendo no HU, nem endocrinologista, nem nutricionista, que não tá conseguindo marcar, aí fica muito difícil pra gente.” N5

“Eu acho que deveria ter uma especialidade para atender apenas gente que seja obesa, gordo igual a mim.” N19

“Eu acho que um atendimento mais rápido, porque às vezes eles pedem um exame, a gente faz, aí acontece isso que tá acontecendo no meu caso, faz mais de 3 meses e não aconteceu o retorno.” N20

Por fim, faz-se necessário que gestores e profissionais de saúde reflitam acerca das práticas e atenção oferecida ao sujeito com obesidade, visando qualificar a atenção. Os achados deste estudo apontam o desejo dos indivíduos com obesidade em mudar sua condição de saúde, no entanto, no dia-a-dia dos serviços públicos de saúde não existe o apoio adequado a este processo.

“Para eles se comunicarem melhor e explicar qual é o procedimento. Porque não adianta você colocar na cabeça “-eu vou fazer uma dieta” sem ter acompanhamento. Porque a pessoa chega aqui e diz “-está acima do peso” ou “-está abaixo do peso”, mas não explica como faz para a pessoa melhorar.” N18

Ao procurar um serviço de saúde ou algum profissional em específico, o paciente com obesidade procura mais do que alguém que oriente sobre necessidade de modificações na sua rotina de alimentação diária. Muitas vezes, ele espera ter um espaço de promoção de um bom diálogo e busca alguém que possa lhe prestar apoio durante esse processo. É importante que se estabeleça uma relação de confiança para que se consiga sucesso no tratamento.

Ressalta-se a importância do cuidado por meio de mudança de hábitos, alimentação e exercícios⁵⁰. Entretanto, as pessoas com obesidade necessitam de um cuidado em saúde pautado na integralidade, voltado não apenas para o controle da doença crônica, mas também para minimizar o sofrimento psicossocial de ter obesidade, para ajudar também no enfrentamento dos sentimentos negativos. Para isso, uma equipe com profissionais de diferentes formações e áreas é essencial para constituir a rede necessária a essa intervenção.

CONCLUSÃO

Ao se buscar compreender a vivência e os sentimentos de indivíduos com obesidade atendidos nos serviços públicos de saúde expôs-se a necessidade de repensar a forma de atenção à essa população, para que o alcance das políticas tenha êxito, qual seja o tratamento adequado das pessoas obesas e o restabelecimento da sua saúde. Entende-se que a obesidade acarreta consequências na vida pessoal, associando-se a comorbidades, ao preconceito sofrido e à baixa autoestima, mostrando-se como características dificultadoras da perda de peso. Os

dados deste estudo revelam fragilidades na abordagem profissional e na atuação dos três níveis de atenção à saúde no cuidado aos usuários com obesidade. A obesidade, por possuir um caráter crônico, necessita de um cuidado continuado, o que, por sua vez, exige recursos e uma gestão adequada destes.

Diante das informações coletadas, observa-se que, indivíduos com obesidade anseiam ter suas necessidades de saúde atendidas nos serviços públicos de saúde. Para tanto, esperam ser acompanhadas por profissionais capacitados, com desenvolvimento de ações de saúde para o controle dessa doença crônica. Sugere-se, por fim, um maior apoio das equipes de saúde e na promoção da saúde e prevenção precoce da obesidade, com vistas a um olhar mais humanizado para esse indivíduo.

Com relação às limitações do estudo, ressalta-se a impossibilidade de confrontar os achados com a percepção da gestão e dos profissionais de saúde no referido estudo, acerca do acesso e continuidade do cuidado ao usuário obeso. Dessa forma, sugere-se a realização de novos estudos para uma maior generalização dos resultados aqui encontrados.

REFERÊNCIAS

1. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med Prim Care*. 2015;4(2).
2. Fao, Paho, Wfp and Unicef. 2018. Latin America and the Caribbean Regional Overview of Food Security and Nutrition 2018 – Inequality and food systems. Santiago.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.*
4. World Health Organization. Levels and trends in child malnutrition, 2017.
5. Jones JL, Sundwall D. Health care systems and national policy role of leadership in the obesity crisis. *Prim Care*. 2016; 43(1):19-37.
6. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, Seixas CM, Casemiro JP. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na atenção básica brasileira. *Saúde debate*. 2020; 44(126): 678-693.

7. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(7).
8. Bartolini GA, Oliveira TFV et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e39.
9. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na atenção básica do estado de Goiás. *Rev Elet Enf*. 2015; 17(3).
10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.
11. Silva CR, Carvalho BG, Júnior LC, Nunes EFPA. Dificuldade aos serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc saúde colet*. 2017; 22 (2).
12. Yin R. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 2015; (5ª edição).
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1); 17-27.
14. Brasil. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de acesso público: estado nutricional. 2020.
Disponível:<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>
15. Loubère L, Ratinaud P. Documentation Iramuteq 0.6 alpha 3. 2014.
16. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol*. 2013;21 (3).
17. Bardin L. Análise de Conteúdo: tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. Ed 70, 2016.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Pesquisa envolvendo seres humanos. 2012.
19. Silva JM, Dionisio, GH. Panorama sobre a obesidade: do viés cultural aos aspectos psíquicos. *Rev SBPH*. 2019;22(2).
20. Callo G, Gigante DP, Barros FC, Horta BL. Excesso de peso/obesidade no ciclo da vida e composição corporal na idade adulta: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(4).
21. Flegal KM, Kit BK, Graubard BI. Body mass index categories in observational studies of weight and risk of death. *Am J Epidemiol*. 2014; 180(3).

22. Macedo TTS, Portela PP, Palamira CS, Mussi FC. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(3).
23. Grejanin DKM, Pezzo, TH, Nastro 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*. 2007; 17(3).
24. Paim MB, Kovalski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde Soc*. 2020; 29(1).
25. Silva NG, Silva J. Aspectos psicossociais relacionados à imagem corporal de pessoas com excesso de peso. *Rev Subj*. 2019; 19(1)
26. Neves AS, Mendonça ALO. Alteração na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride. *Demetra*. 2014; 9(3).
27. Ratcliffe D, Ellison N. Obesity and internalized weight stigma: a formulation model for an emerging psychological problem. *Behav Cogn Psychother*. 2015; 43(2).
28. Bevilacqua CA, Pelloso SM, Marcon SS. Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2016; 24.
29. Nogueira TFD, Zambon MP. Razões de abandono do tratamento de obesidade por crianças e adolescentes. *Rev Paul pediatr*. 2013; 31(3).
30. Moraes AL, Almeida EC, Souza LB. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. *Physis*. 2013; 23(2).
31. Palmeira CS, Novais I, Santos VRS, Lima ML. Aspectos motivacionais do abandono do tratamento de obesidade. *Rev Enferm Contemp*. 2019; 8(2).
32. Abeso. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4 ed, São Paulo.
33. Oliveira-Costa MS, Amorim ACCLA, Cadaxa AG, Mendonça AVM. Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela folha de SP. *Ciênc saúde colet*. 2016; 21(6).
34. Palmeira CS, Novais I, Santos VRS, Lima ML. Aspectos motivacionais do abandono do tratamento da obesidade. *Rev Enferm Contemp*. 2019; 8(2).
35. Tylka TL, Annunziato RA et al. Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. *Journal of obesity*. 2014.

36. Arrais PSD, Fernandes MEP et al. Prevalência de automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50(2).
37. Silva LFO, Silva FVM, Oyama SMR. Prevalência de uso de medicamentos para emagrecer entre universitários. *Revista Recien*. 2013; 3(7).
38. Obara AA, Vivolo SRGF, Alvarenga MS. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(8).
39. Tylka TL, Annunziato RA. The weight-inclusive versus weight- normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of Obesity*. 2014.
40. Dietz WH, Baur LA et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *The Lancet*. 2015; 385.
41. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018; 42(1).
42. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso ao acolhimento. *Interface*. 2018; 22(65).
43. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface*. 2017; 21(61).
44. Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Neto ETS. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde debate*. 2020; 43.
45. Lemões MAM, Thumé E, Tomasi E, Dilélio AS, Borges CLS, Fachini LA. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à atenção primária à saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. *Epidemiol Serv Saude*. 2013; 22(4).
46. Tonatto-Filho AJ, Gallotti FM, Chedid MF, Grezzana-Filho TJM, Garcia AMSV. Cirurgia bariátrica no sistema público de saúde brasileiro: o bom, o mau e o feio, ou um longo caminho a percorrer. *Sinal Amarelo! ABCD, arq. bras. cir. dig*. 2019; 32(4).
47. Conz CA, Jesus MCP, Kortchmar E, Braga VAS, Oliveira DM, Merighi MAB. O cuidado experienciado por pessoas com obesidade mórbida nos Serviços Públicos de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2020; 54.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2014. 212 p: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

49. Younes S, Rizzotto MLF, Araújo ACF. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. *Saúde debate*. 2017; 41(115).
50. Araújo FM, González AD, Silva LC, Garanhani ML. Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado. *Saúde Soc*. 2019; 28(2).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisas relacionadas ao sobrepeso e a obesidade ganham destaque, na proporção em que a incidência destas condições se infiltram na realidade mundial, tornando-se um problema de saúde pública. Os achados deste estudo evidenciam que a obesidade se apresenta como uma condição de grandes repercussões biopsicossociais, gerando sentimento de frustração, insatisfação com o peso, além de impactar na qualidade de vida do indivíduo.

A pesquisa demonstra, ainda, a fragilidade dos serviços públicos de saúde em atender a essa demanda de forma efetiva, principalmente devido a práticas inadequadas por parte dos profissionais de saúde. Tais práticas contribuem para uma assistência ineficaz, pois os profissionais devem considerar a obesidade como uma doença com etiologia complexa, com grande variedade de causas que necessitam ser abordadas de forma individualizada, respeitosa e humanizada.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Mapa da Obesidade. 2021. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 30 agos. 2021.
- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade – 4ed, São Paulo, 2016.
- AKERMAN, M., FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Organizadores: Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado - Gráfica Bartira, 392 p., 201
- ALMEIDA, L., SAVOY, S., BOXER, P. The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. **J. Clin. Psychol**, v. 67, 2011.
- ALMEIDA, L. M. *et al.* Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 8, n. 1, 2017.
- AMORIM, D. C. A., COUTINHO, C. A., PALMEIRA, C. S. Adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 10, 2016.
- ARAÚJO, J. A. S. A consolidação de um polo regional: serviços de saúde e centralidade em Campina Grande, Paraíba. **RPPR**, v. 3, n. 2, 2016.
- ATAEY, A. *et al.* The relationship between obesity, overweight, and the human development index in world health organization Eastern mediterranean region countries. **J. Prev. Med. Public Health**, v. 583, n. 2, 2020.
- BARBOSA, D. C. M., FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Colet.**, v. 18, n. 3, p. 424-433, Rio de Janeiro, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo** / Laurence Bardin; tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro, São Paulo: edições 70, 2016.
- BARTOLINI, G. A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde do Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 44, 2020.
- BECHELAINE, Cinthia H. De O.; CKAGNAZAROFF, Ivan B. Por que as avaliações vão para a gaveta? Uma revisão teórica dos fatores relacionados ao uso dos resultados das avaliações de políticas públicas. **Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 17, n. 2, p. 78-93, 2014.
- BRANDÃO, A. L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde Debate**, v. 44, 2020.
- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2 Ed Rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2010b.

BRASIL. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial, 2011a.

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: 2011-2022. Ministério da Saúde – Brasília: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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**, 2011c.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**. 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e temática. Coordenação Geral de atenção às pessoas com doenças crônicas. Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 38. Brasília: 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BULGARELLI, P. T. *et al.* A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, v. 11, n. 3, 2018.

CAMARGO, B. V., JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, v. 2,1 n.2, Ribeirão Preto, 2013.

CAMILO, S. M. B. *et al.* Vigilância Nutricional no Brasil: criação e implementação do Sisvan. **Revista de APS UFJF**, v. 14, n. 2, 2011.

CAMPOS, D. A. Abordagem do Sobrepeso e da Obesidade na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] - Dalvan Antônio de Campos, Francieli Cembranel, Ronaldo Zonta -1. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CRUMPTON, C. D. *et al.* Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: análise da pesquisa nos últimos 10 anos. **Rev Adm Pública**, v. 50, n. 6, Rio de Janeiro, 2016.

DIAS, M. S. A. *et al.* Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, 2014.

DORNELLES, A. D., ANTON, M. C. A percepção dos profissionais da saúde acerca da atenção ao sobrepeso e à obesidade infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). **Aletheia**, n. 41, 2013.

SCOREL, L. S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, 2007.

FACCHINI, L. A., TOMASI, E., DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 41, 2018.

FAO, PAHO, WFPAND, UNICEF. Latin America and the Caribbean Regional Overview of Food Security and Nutrition 2018 - Inequality and food systems. Santiago, 2018.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J., TURATO, E, R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, n 24, v. 1, 2008.

FRANCISCO, L.V., DIEZ-GARCIA, R. W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra**, v.10, p. 705-16, 2015.

FRONTZEK, L. G. M., BERNARDES, L. R., MODENA, C. M. Obesidade infantil: compreender para melhor intervir. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 23, n. 2, 2017.
GERTER, P. J. et al. Impact evaluation in practice. **World Bank**, Washington, DC, 2011.

GOMES, K. O. *et al.* Atenção Primária à Saúde – “a menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, 2011.

GREJANIN, D. K. M *et al.* Às percepções sobre “ser obeso” sob à ótica do paciente e dos profissionais de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v. 17, n. 3, p. 37-47, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Campina Grande. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>. Acesso em: 02 set. 2021.

JUNQUEIRA, A. F. T. A. *et al.* Linha de cuidados em obesidade: protocolo de atenção especializada integral à obesidade e síndrome metabólica do Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC). **Rev. Med. UFC**, v. 55, n. 2, p. 63-74.

LEITE, R. F. B., VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir das representações sociais. **Saúde Soc**, v. 18, n. 1, 2009.

LENTSCK, M. H., KLUTHCOVSKY, A. C. G. C., KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, Rio de Janeiro, 2010.

MALTA, D.C., MERHY, E. L. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v. 14, n. 34, 2010.

MALTA, D. C., NETO, O. L. M., SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v 20, n. 4, 2011.

MARTINS, A. P. B. É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. **Rev. Adm. Empres**, v. 58, n. 3, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENSORIO, M. S., COSTA JUNIOR, A. L. Obesidade e estratégias de enfrentamento: o quê destaca a literatura?. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 17, n. 3, 2016.

MORETTI, A. C. *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1827-1834, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015.

NEVES, J. À., ZANGIROLANI, L. T. O., MEDEIROS, M. A. T. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. *Rev. Nutri*, v. 30, n. 4, 2017.

PALMEIRA, C. S., L. L. M. GARRIDO., SANTANA, P. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento da obesidade. **Ciencia y Enfermeria**, v. 1, p. 11-22, 2016. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n1/art_02.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

PINTO, L. F., GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

RANGEL, N. F. A. **O ativismo gordo em campo: política, identidade e construção de significados.** Tese (Mestrado em Sociologia Política). – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

RAMOS, D. B. N. *et al.* Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cad. Saúde. Pública**, v. 36, n. 6, 2020.

RATINAUD, P. *Iramuteq: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires - 0.7 alpha 2.* 2014.

REIS, E. C. **Avaliação do componente ambulatorial especializado da linha de cuidado para obesidade grave na cidade do Rio de Janeiro.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2018.

RICHARDSON, R. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

RISK FACTOR COLLABORATION. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 millions participants. **The Lancet**, v. 387, 2016.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental**. 2 ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2005.

SAHOO, K., SAHOO, B., BHADORIA, A. S. *et al.* Childhood obesity: causes and consequences. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 4, n. 2, 2015.

SILVA, K. L. *et al.* Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **Rev. Min Enferm**, v. 18, n. 3, p. 623-629, 2014.

SILVA, N. R. *et al.* Avaliação do estado nutricional de estudantes do ensino fundamental na rede municipal de Campina Grande/PB. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 7, p. 317-328, 2020.

SORATTO, J. *et al.* Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 584-592, Florianópolis, 2015.

SOUZA, J. M. B. *et al.* Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. **Rev. Bras. Ter. Cogn**, v. 1, n. 1, 2005.

SWINBURN, B. *et al.* International Network for food and obesity/non-communicable diseases research, monitoring and action support: overview and key principles. **Obesity Reviews**, 2013.

TANAKA, O. Y., TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p.821-828, 2012.

WANMACHER, L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. **OPAS/OMS- Representação Brasil**, v. 1, n. 7, Brasília, 2016.

WHO. World Health Organization. Obesity: complications. 2021. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_2. Acesso em: 06 set. 2021.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido eu, _____,

em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE**” poderá trazer e, entender os métodos que serão usados para a coleta dos dados, assim como, estar ciente da necessidade de gravação de minha entrevista AUTORIZO por meio deste termo, os mestrandos em saúde pública da UEPB, Raenilson Araújo Ramos, e-mail raenilson.eli@hotmail.com, telefone (83) 9 9968 1022 e Morgana Monteiro Pimentel, e-mail moorganap@gmail.com, telefone (83) 9 9655 0397 sob orientação da pesquisadora Professora Dra. Carla Campos Muniz Medeiros e coorientação o Prof. Dr. Francisco Sales Clementino a realizar a gravação de minha entrevista sem custo financeiro para nenhuma parte. Declaro que fui esclarecido que o presente estudo originou-se de um projeto de pesquisa intitulado “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na Paraíba”, através da chamada pública **CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018 e N° 28/2019**, sob o CAAE: 17810619.1.0000.5187 e número do parecer: 3.557.478 e que dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade para a participação neste projeto. O objetivo geral desse estudo é avaliar a Linha de Cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde e através do mesmo espera-se promover uma discussão e reflexão sobre o objeto de estudo em pauta, com todos os atores envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde à pessoa com sobrepeso e obesidade, com o propósito de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e integral, que associe reflexão epidemiológica e planejamento de ações.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Entendi o objetivo da pesquisa e a qual instituição de ensino a mesma pertence.
2. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, cumprindo as exigências recomendadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

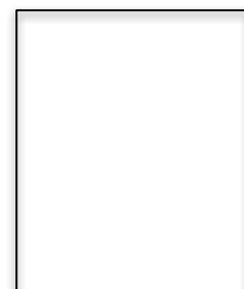
3. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer prejuízo. Não haverá despesa, ônus ou retorno financeiro aos voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não há necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
4. Os riscos que a pesquisa pode ocasionar aos participantes serão ínfimos e transitórios, como aborrecimento, estresse ou constrangimento caso não saibam responder alguma das perguntas presentes no formulário ou ao decorrer da entrevista. Bem como, deve-se considerar a possibilidade de desconforto ou impaciência pelo tempo destinado para participação da pesquisa supracitada.
5. O pesquisador estará habilitado ao método de coleta dos dados estando atento a possíveis sinais de desconforto, garantindo ao participante a liberdade para não responder questões que não souber e/ou quiser, assegurando a confidencialidade do dados obtidos e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.
6. Será garantido o anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e resguardado o sigilo de dados confidenciais.
7. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento, o participante poderá contatar a pesquisador Raenilson Araújo Ramos no número (83) 9 9968 1022 ou a pesquisadora Morgana Monteiro Pimentel no número (83) 99655-0397.
8. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em sua posse. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.



Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Orientadora/PPGSP-UEPB

Assinatura do participante



APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE**” poderá trazer e, entender os métodos que serão usados para a coleta dos dados, assim como, estar ciente da necessidade de gravação de minha entrevista AUTORIZO por meio deste termo, o mestrando em saúde pública da UEPB, Raenilson Araújo Ramos, e-mail raenilson.eli@hotmail.com, telefone (83) 9 9968 1022 sob orientação da pesquisadora Professora Dra. Carla Campos Muniz Medeiros a mestranda Morgana Monteiro Pimentel, e-mail moorganap@gmail.com sob a coorientação do Prof. Dr. Francisco Sales Clementino a realizar a gravação de minha entrevista sem custo financeiro para nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

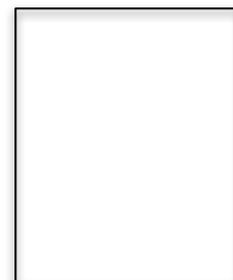
- 1- Poderei ler a transcrição de minha gravação;
- 2- Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
- 3- Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
- 4- Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
- 5- Os dados coletados serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade da Coordenadora Professora Dra. Carla Campos Muniz Medeiros e após esse período, serão destruídos e,
- 6- Serei livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição da minha entrevista.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.



Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Orientadora/PPGSP-UEPB

Assinatura do participante



APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA****Caracterização da amostra – Usuários****a) Sexo:**

Masculino () Feminino ()

b) Qual é a sua idade? _____**c) Grau de escolaridade**Nenhum () Ensino Fundamental () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Médio ()
Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto ()**d) Estado conjugal**

Casado () Morando junto () Viúvo () Divorciado/separado () Nunca casou ()

e) Trabalho remunerado

Aposentado () Trabalho remunerado ()

f) Residência

Zona rural () Zona Urbana ()

g) Plano de Saúde

SUS () Privado ()

h) Comparando com outras pessoas da sua idade, como é a sua saúde?

() Ruim () Regular () Boa () Muito boa () Excelente

i) Já foi diagnosticado com alguma das seguintes doenças? Quais?

Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Renal crônico () Asmático

() Depressão Outros _____

j) Já fez ou está em uso de algum medicamento? Se sim, quais os nomes dos medicamentos?

k) CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL – ABEP 2018					
NO DOMICÍLIO TEM					
ÍTENS	QUANTIDADE				
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	0	1	2	3	4+
	0	3	5	8	11
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	0	1	2	3	4+
	0	3	7	10	13
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	0	1	2	3	4+
	0	2	4	6	6
Quantidade de banheiros	0	1	2	3	4+
	0	3	7	10	14
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	0	1	2	3	4+
	0	1	3	4	6
Quantidade de geladeiras	0	1	2	3	4+
	0	2	3	5	5
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex	0	1	2	3	4+
	0	2	4	6	6
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, <i>laptops</i> , <i>notebooks</i> e <i>netbooks</i> e desconsiderando <i>tablets</i> , <i>palms</i> ou <i>smartphones</i>	0	1	2	3	4+
	0	3	6	8	11
Quantidade de lavadora de louças	0	1	2	3	4+
	0	3	6	6	6
Quantidade de fornos de microondas	0	1	2	3	4+
	0	2	4	4	4
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	0	1	2	3	4+
	0	1	3	3	3
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	0	1	2	3	4+
	0	2	2	2	2
A ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO É PROVENIENTE DE?					
	Pontos				
Rede geral de distribuição	4				
Poço ou nascente	0				
Outro meio	0				
CONSIDERANDO O TRECHO DA RUA DO SEU DOMICÍLIO, VOCÊ DIRIA QUE A RUA É:					
	Pontos				
Asfaltada/Pavimentada	2				
Terra/Cascalho	0				
QUAL É O GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA? CONSIDERE COMO CHEFE DA FAMÍLIA A PESSOA QUE CONTRIBUI COM A MAIOR PARTE DA RENDA DO DOMICÍLIO.					
Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior				Pontos
Analfabeto/Fundamental incompleto	Analfabeto/Primário incompleto				0
Fundamental I completo/1fundamental II	Primário completo/Ginásio				1

incompleto		incompleto			
Fundamental II completo/Médio incompleto		Ginásio completo/Colegial incompleto		2	
Médio completo/Superior incompleto		Colegial completo/Superior incompleto		4	
Superior completo		Superior completo		7	
CORTES DO CRITÉRIO BRASIL / CODIFICAÇÃO					
Classe	Pontos	Classe	Pontos	Classe	Pontos
0. D - E	1 – 16	2. C1	23 – 28	4. B1	38 – 44
1. C2	17 – 22	3. B2	29 – 37	5. A	45 – 100

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA****Instrumento - Usuários**

- 1) Como o Senhor (a) descobriu que estava com sobrepeso/obesidade? Qual foi a sua reação?
- 2) O que o senhor(a) sabe sobre a doença?
- 3) Quais são/foram as mudanças que ocorreram na sua vida diária depois do diagnóstico da obesidade?
- 4) Que tratamento o Senhor (a) fez para obesidade? Como o Senhor (a) se sentiu?
- 5) Os atendimentos ocorreram na rede privada ou no SUS (UBS, Serviço Especializado, Hospital)?
- 6) Quais são/foram as facilidades enfrentadas para realização do seu tratamento? Teve dificuldades? Quais? Fale um pouco.
- 7) O (a) Senhor(a) foi atendido por quais profissionais de saúde? Como o/a Sr. (a) avalia o atendimento dos profissionais de saúde? Comente.
- 8) Como medidas de prevenção para combater o sobrepeso e obesidade? O que senhor sabe informar?
- 9) Fez uso de medicamentos para emagrecer? Quais? Fale um pouco.
- 10) O que o (a) Senhor(a) sugere para melhorar o atendimento nos serviços de saúde para o atendimento da pessoa com sobrepeso e obesidade?

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: “**Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de Atenção à Saúde**”, sob orientação e responsabilidade da docente: **Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros**, da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, a pesquisa será realizada com os gestores, profissionais e usuários do município de Campina Grande – PB.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Campina Grande, 24 de Agosto de 2020.

Atenciosamente,

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenação de Educação na Saúde)

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.
Telefones: (83) 3315-5126

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: Raenilson Araújo Ramos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39858920.4.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.410.574

Apresentação do Projeto:

O PROJETO DESCREVE DE FORMA CLARA E OBJETIVA A JUSTIFICATIVA DO ESTUDO. APRESENTA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA RELEVANTE.

Objetivo da Pesquisa:

A DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS SECUNDÁRIOS SE COADUNAM COM O OBJETIVO PRIMÁRIO, SENDO EXEQUÍVEIS TODAS AS ETAPAS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ATENDEM AS RECOMENDAÇÕES DA RESOLUÇÃO 466 - V - DOS RISCOS E BENEFÍCIOS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A PESQUISA APRESENTOU FUNDAMENTAÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA, COM TRAJETÓRIA METODOLÓGICA OBJETIVA E DESCRIÇÃO ADEQUADA PARA TRABALHO DE CAMPO, SENDO PORTANTO POSSÍVEL VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE EXECUÇÃO.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.410.574

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TERMOS OBROGATORIOS ATENDEM ÀS RECOMENDAÇÕES ÉTICAS

Recomendações:

AS PENDÊNCIAS INDICADAS EM PARECER ANTERIOR, FORAM PRONTAMENTE CORRIGIDAS NA REANÁLISE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEM QUALQUER PENDÊNCIA OU INADEQUAÇÃO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado pelo colegiado, tendo recebido parecer APROVADO. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá ENVIAR RELATÓRIO FINAL através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – UEPB.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1657709.pdf	17/11/2020 12:32:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/11/2020 12:31:43	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Outros	DECLARACAODECONCORDANCIAmorgana.pdf	17/11/2020 12:29:59	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAODECONCORDANCIA.pdf	17/11/2020 12:23:59	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Outros	TAGV.pdf	17/11/2020 12:01:23	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO0001.pdf	05/11/2020 18:08:10	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	03/11/2020 19:40:10	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/11/2020 19:32:33	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODOPEQUISADOR.pdf	03/11/2020 19:27:07	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Declaração de Instituição e	ANUENCIAS.pdf	03/11/2020 19:10:50	Raenilson Araújo Ramos	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.410.574

Infraestrutura	ANUENCIAS.pdf	03/11/2020 19:10:50	Raenilson Araújo Ramos	Aceito
Cronograma	PROJETODISSERTACAOCRONOGRA MA.pdf	03/11/2020 19:00:13	Raenilson Araújo Ramos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 20 de Novembro de 2020

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br