



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

MIRELLE DE ALCANTARA MARTINS MACEDO

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA ATENÇÃO BÁSICA
AOS OBESOS COM INDICAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA**

CAMPINA GRANDE – PB

2022

MIRELLE DE ALCANTARA MARTINS MACEDO

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA ATENÇÃO BÁSICA
AOS OBESOS COM INDICAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA**

Dissertação de mestrado submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como parte dos requisitos complementares para obtenção do título de mestre em Saúde pública.

Orientador: Prof. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões

CAMPINA GRANDE – PB

2022

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.

M141a Macedo, Mirelle de Alcantara Martins.

Avaliação da assistência prestada na atenção básica aos obesos com indicação para cirurgia bariátrica nas macrorregiões de saúde da Paraíba [manuscrito] / Mirelle de Alcantara Martins Macedo. - 2022.

65 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões, Departamento de Farmácia - CCBS."

1. Cirurgia bariátrica. 2. Obesidade mórbida. 3. Atenção primária à saúde. I. Título

21. ed. CDD 616.398

Mirelle de Alcantara Martins Macedo

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA ATENÇÃO BÁSICA AOS OBESOS
COM INDICAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA NAS MACRORREGIÕES DE
SAÚDE DA PARAÍBA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba para obtenção do título de Mestre em saúde Pública.

Aprovada em: 23/03/2022

BANCA EXAMINADORA

Medeiros

Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões
Universidade Estadual da Paraíba
Orientador

Carla Campos Muniz Medeiros

Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba
Examinador Interno

Alyne da Silva Portela

Profa. Dra. Alyne da Silva Portela
Centro Universitário Unifacisa
Examinador Externo

*Dedico este trabalho à Deus que alimenta minha alma de
força e fé.
À minha amada filha, Malu, que me motiva a ir além do que acho que sou capaz.*

|

AGRADECIMENTOS

À Deus que me deu forças, sabedoria e discernimento que eu trilhasse o caminho até aqui. A Ele, toda honra e toda glória.

Aos meus pais, especialmente à minha mãe, Cleomeres, que renunciaram de muitas coisas para que eu pudesse construir um belo futuro a partir da educação. Além de me ensinarem muito sobre humildade, honestidade e, o mais importante, o amor.

À minha filha, Malu, que apesar de tão pequena consegue me incentivar a ir além do que eu mesmo achava ser capaz. O seu nascimento me deu forças para enxergar a beleza das coisas mais simples.

Ao meu esposo, Allan, que esteve presente em toda minha jornada me apoiando sempre com a palavra certa para que eu não desistisse dos meus sonhos, obrigado por toda paciência, companheirismo e compreensão. E a nossa família, que me motiva a ir em busca de voos cada vez mais altos.

Ao meu irmão e minha cunhada, David e Janiery, que sempre se fazem presentes e me dão a certeza de que são abrigo quando eu precisar de refúgio.

Aos meus sobrinhos, Davi e Laura, que conseguem me arrancar os sorrisos mais sinceros e me apresentaram a pureza do amor de tia, tornando os nossos encontros familiares ainda mais leves e cheios de alegrias.

Aos meus sogros, Célia e Flávio, que são minha segunda família e os quais posso contar sempre que precisar. Obrigado por todo apoio nessa jornada, por cada acolhida à Malu para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

À minha grande amiga, Jéssica, que sempre vibrou com minhas conquistas, me ofereceu seu ombro amigo nos momentos de dúvidas e angústias. Obrigado por sua valiosa amizade. Gratidão também ao seu esposo, Paulo, que me estendeu sua mão amiga na finalização deste trabalho. Às minhas amigas, Taciane e Nathaly, que se tornaram grandes parceiras na minha jornada da maternidade a tornando mais leve, e usaram palavras de apoio no momento certo para que eu desse continuidade a minha caminhada acadêmica.

Ao meu querido amigo, Lucenildo, que é um dos bons presentes que o mestrado me deu. Obrigado por todas as caronas dadas, as gargalhadas trocadas, as boas fofocas compartilhadas. Gratidão por você ter sido meu ponto de apoio na construção desse trabalho, sua companhia e a confiança que você me passou tornaram o processo mais leve. Ao meu amigo, José Evair, outra grata surpresa que me foi apresentada pelo mestrado e chegou para ficar. Obrigado por

seu jeito de leve de ver as coisas da vida, sua tranquilidade foi, muitas vezes, calma em meio a minha agitação. Por vocês dois, nutro sentimentos de muito carinho e admiração.

À minha orientadora, Mônica, que acreditou no meu potencial e me acolheu nessa jornada acadêmica. Obrigado por toda contribuição e dedicação destinada a mim e a este trabalho, fruto da nossa parceria. Gratidão por todas às vezes que usou palavras que ecoaram de forma materna para mim, por todo carinho, paciência e compreensão.

Às professoras Carla e Danielle por todo acolhimento, conselhos e paciência. Grata por toda contribuição dada, as quais foram essenciais para aperfeiçoar meu desenvolver acadêmico. Espero que possamos cruzar novamente nossos caminhos e extrair bons frutos de novas trocas de experiências.

A equipe Teiker, por tudo que mim foi ensinado a partir da escuta e partilha de conhecimentos. Foi uma enorme satisfação poder participar na criação e implantação de uma das maiores plataformas de (trans)formação do Brasil. Muito obrigado!

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE) e seus integrantes que me fizeram parte da minha caminhada como pesquisadora e me ensinaram muito cada um com suas particularidades. Em especial, a Fernanda, pelo seu importante papel na contribuição desta pesquisa.

À Secretaria de Saúde do Estado, pela disponibilidade e auxílio durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Aos colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, em especial a Carla, por toda atenção e direcionamento.

À Universidade Estadual da Paraíba que me acolheu e me deu oportunidades para o meu crescimento acadêmico.

Ao CNPq pelo apoio financeiro concedido para a realização desta pesquisa.

|

“Disciplina é liberdade, compaixão é fortaleza, ter bondade é ter coragem.”
Legião Urbana – Há tempos.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A epidemia da obesidade é um desafio para atenção primária à saúde uma vez que se faz necessário estratégias de alto custo para seu enfrentamento. A cirurgia bariátrica se trata de um procedimento de alta complexidade e vem desempenhando um papel importante no tratamento da obesidade mórbida, com controle de peso a longo prazo através da redução da quantidade de alimentos ingeridos ou diminuição da absorção de nutrientes. **OBJETIVO:** Avaliar a assistência prestada na atenção básica aos obesos com indicação para cirurgia bariátrica nas macrorregiões de saúde da Paraíba. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal aninhado em um estudo nacional de base populacional intitulado “*Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)*”. Foi realizado em 642 UBS, distribuídas nas 3 macrorregiões de saúde dos 168 municípios que compuseram a amostra deste estudo. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário através da plataforma *on line SurveyMonkey*. Para a análise estatística, os dados foram organizados por gerências e macrorregiões de saúde no software *StatisticalPackage for the Social Sciences - SPSS* versão 22.0. Para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo, foram utilizados o teste Qui-quadrado de independência e o teste Exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Com o auxílio do software estatístico R, foi realizado o teste z para duas proporções ($p\text{-valor} < 0,05$) para verificar possíveis diferenças entre as variáveis por macrorregiões. **RESULTADOS:** Este estudo mostrou duas grandes fragilidades que a atenção primária a saúde na Paraíba enfrenta quando se trata de pacientes obesos com indicação para cirurgia bariátrica. Uma delas é a quebra no fluxo assistencial da rede de atenção à saúde preconizada pelo SUS, bem como, o desconhecimento de partes importantes do processo de acompanhamento desses pacientes por parte dos profissionais atuantes nas UBS estudadas. **CONCLUSÃO:** Os achados do presente estudo mostraram que é necessário investigar os fatores que desencadeiam tais fragilidades de modo que sejam ajustadas as políticas públicas destinadas aos usuários com obesidade grave, bem como as ações de educação permanente voltadas aos profissionais atuantes nesses serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Bariátrica. Obesidade Mórbida. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The obesity epidemic is a challenge for primary health care, since high-cost strategies are needed to face it. Bariatric surgery is a highly complex procedure and has been playing an important role in the treatment of morbid obesity, with long-term weight control by reducing the amount of food ingested or reduced nutrient absorption. **OBJECTIVE:** To evaluate the assistance provided in primary care to obese individuals with indication for bariatric surgery in the health macro-regions of Paraíba. **MATERIALS AND METHODS:** This is a cross-sectional study nested within a national population-based study entitled “Situational diagnosis of programs and actions related to the National Food and Nutrition Policy (PNAN)”. It was carried out in 642 UBS, distributed in the 3 health macro-regions of the 168 municipalities that made up the sample of this study. Data were collected through the application of a questionnaire through the online platform SurveyMonkey. For statistical analysis, data were organized by management and health macro-regions using the StatisticalPackage for the Social Sciences - SPSS version 22.0 software. To verify possible associations between the variables under study, the Chi-square test of independence and Fisher's exact test were used, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). With the aid of the R statistical software, the z test was performed for two proportions ($p\text{-value} < 0.05$) to verify possible differences between the variables by macroregions. **RESULTS:** This study showed two major weaknesses that primary health care in Paraíba faces when it comes to obese patients with indication for bariatric surgery. One of them is the break in the care flow of the health care network recommended by the SUS, as well as the lack of knowledge of important parts of the process of monitoring these patients by the professionals working in the UBS studied. **CONCLUSION:** The findings of the present study showed that it is necessary to investigate the factors that trigger such weaknesses in order to adjust public policies aimed at users with severe obesity, as well as continuing education actions aimed at professionals working in these services.

Keywords: Bariatric Surgery. Morbid Obesity. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Mapa da divisão geográfica das macrorregiões de saúde da Paraíba.....p.25
- Figura 2 - Mapa da divisão geográfica das microrregiões de saúde da Paraíba.....p.25
- Figura 3 – Distribuição espacial dos municípios componentes da amostra do estudo.....p.27

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e caracterização das UBS por macrorregião de saúde do estado da Paraíba, 2022.....p.42

Tabela 2 – Distribuição das variáveis relacionadas as ações desenvolvidas pelas equipes de atenção primária ao paciente com indicação de cirurgia bariátrica por macrorregião de saúde do estado da Paraíba, 2022.....p.43

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionadas ao monitoramento da lista de espera de pacientes com indicação para cirurgia bariátrica e o acesso e disponibilidade de medicamentos e suplementos nutricionais por macrorregião de saúde do estado da Paraíba, 2022.....p.44

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GES	Gerência de Educação e Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SES	Secretaria de Saúde do Estado
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 <i>Objetivo Geral</i>	15
2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 <i>Obesidade: desafio para saúde pública</i>	16
3.2 <i>Cuidados com a obesidade na atenção primária a saúde</i>	18
3.3 <i>Cirurgias bariátricas no SUS</i>	20
4. METODOLOGIA.....	24
4.1 <i>Desenho e local do estudo</i>	24
4.2 <i>Período de coleta de dados</i>	24
4.3 <i>População amostral</i>	24
4.4 <i>Critérios de elegibilidade</i>	27
4.4.1 <i>Critérios de inclusão</i>	27
4.4.2 <i>Critérios de exclusão</i>	27
4.5 <i>Variáveis estudadas</i>	27
4.5.1 <i>Variáveis relativas à USB</i>	27
4.5.2 <i>Variáveis relativas ao profissional respondente</i>	28
4.5.3 <i>Variáveis relativas ao objetivo deste estudo</i>	28
4.7 <i>Operacionalização da coleta de dados</i>	28
4.8 <i>Processamento dos dados e análise estatística</i>	30
4.9 <i>Aspectos éticos</i>	31
5. RESULTADOS	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS.....	57

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o padrão alimentar da sociedade apresentou alterações significativas como o aumento do consumo de alimentos com alta densidade calórica, baixo poder de saciedade, alta palatabilidade, rápida absorção e fácil digestão, tendo como resultado o desequilíbrio energético (ABESO 2016). Dessa forma, esse processo de transição nutricional acompanha as mudanças econômicas, sociais e demográficas, bem como alterações do perfil de saúde das populações. No Brasil, diante do quadro epidemiológico nutricional as estratégias de saúde pública devem ser capazes de atender as necessidades de doenças desde desnutrição a obesidade (FERREIRA, 2018).

A obesidade hoje é considerada um problema de saúde pública uma vez que atinge cada vez mais uma parcela significativa da população. Segundo a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2018, a prevalência de obesidade cresceu 67,8% nos últimos treze anos, onde em 2006 era 11,8% e em 2018 aumentou para 19,8% (PENIDO, 2019). Caracterizada como uma doença crônica não transmissível (DCNT), o indivíduo pode ser considerado obeso quando seu índice de massa corpórea (IMC) seja igual ou superior a 30 kg/m, sendo um fator de risco para o surgimento de outras DCNT como a hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, além de estar associada a redução da expectativa de vida (SILVA, 2018 / BENITO 2021). Dessa forma a obesidade pode se subdividir em 3 graus de gravidade: Obesidade Grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²) e obesidade grau III ou mórbida (IMC superior a 40 kg/m) (CONITEC, 2017).

O sistema único de saúde (SUS), sobretudo à atenção primária à saúde, é desafiado pela crescente onda de casos de obesidade, pois o tratamento desse público envolve alto custo, além de exigir estratégias de enfrentamento das complicações associadas. Isso se deve ao fato de na obesidade ocorrer interações de fatores genéticos, metabólicos, endócrinos, ambientais, psicológicos, emocionais e estilo de vida que a caracteriza como uma doença multifatorial, tornando mais complexo seu tratamento e requerendo a articulação multidisciplinar dos conhecimentos (SILVA, 2018). Apesar de a prevalência da obesidade grau III ser 18 vezes menos que os demais graus (I e II), o custo do seu tratamento foi quatro vezes maior. Em 2011 os custos destinados ao tratamento da obesidade e suas comorbidades em adultos foram o equivalente a 0,5 bilhões de reais para o SUS (SILVA, 2019).

Diante desse cenário, no Brasil existem políticas públicas voltadas para o enfrentamento da obesidade. Dentre elas destaca-se a cirurgia bariátrica (CB) que, atualmente, vem desempenhando um papel importante no tratamento da obesidade mórbida com controle de peso a longo prazo (CARVALHO, 2018). Este procedimento é indicado para indivíduos com obesidade grave que tenham histórico de doença há mais de dois anos, apresentando resistência aos tratamentos tradicionais (reeducação alimentar, medicamentoso, exercícios físicos), bem como IMC acima de 40 kg/m², faixa etária superior a 16 anos e comorbidades sérias associadas e descompensadas como: diabetes *mellitus* tipos 2, hipertensão arterial, câncer, osteoartrite, entre outras.

A cirurgia bariátrica enquadra-se como um procedimento de alta complexidade, com baixo risco de mortalidade, a qual tem por finalidade reduzir a quantidade de alimentos ingeridos ou diminuir a absorção de nutrientes, levando a perda de peso. No Brasil, entre os anos de 2011 e 2018 houve um aumento de 112,33% no número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS, sendo 11.402 procedimentos realizados no ano de 2018 (CONITEC, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2019).

Considerando o caráter epidemiológico da obesidade, com os crescentes números de casos no país, a ineficácia dos tratamentos tradicionais, o aumento nos números de realização de cirurgias bariátricas e sua eficácia no tratamento da obesidade esse estudo busca avaliar a assistência na atenção básica para indivíduos com indicação de cirurgia bariátrica. Tendo em vista que a porta de entrada no serviço público de saúde no Brasil é a atenção básica se faz necessário entender como essa assistência é realizada. Assim como compreender essa lacuna entre a quantidade de obesos mórbidos que precisam da cirurgia bariátrica e o reduzido número de realizações desse procedimento pelo SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a assistência prestada na atenção básica para obesos com indicação para cirurgia bariátrica nas macrorregiões de saúde no estado da Paraíba.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar a caracterização sociodemográfica da amostra;
- Identificar as ações desenvolvidas pela equipe de estratégia de saúde da família (ESF) com pacientes com indicação de cirurgia bariátrica;
- Detectar se há lista de espera monitorada de pacientes com indicação de cirurgia bariátrica e como se dá o monitoramento;
- Avaliar o acesso aos medicamentos prescritos no pré e/ou no pós cirurgia bariátrica;
- Avaliar a disponibilidade de suplementos nutricionais para pacientes obesos com indicação de cirurgia bariátrica;
- Avaliar a assistência prestada nas macrorregiões estudadas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Obesidade: desafio para saúde pública

A palavra obeso, deriva do latim “*obesus*” e significa “comeu até ficar gordo” (ALVARENGA, 2019), porém com o avançar dos estudos científicos constatou-se que a obesidade é uma doença crônica não transmissível que tem um alto grau de complexidade para seu tratamento e controle (ARAÚJO, 2019). Isso se deve ao fato de que na obesidade há interações de uma gama de fatores como fisiológicos, psicológicos, culturais, sociais e ambientais. À vista disso, em busca de um tratamento eficaz e duradouro se faz necessário uma equipe multidisciplinar que possa utilizar conhecimentos específicos de cada área (BATISTA *et al.*, 2021).

O diagnóstico da obesidade pode ser realizado por meios acessíveis que é a avaliação antropométrica que inclui o IMC, que é calculado através da divisão do peso (kg) pela altura ao quadrado. É um dos métodos mais utilizados mundialmente, sendo reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (LIMAFIORAVANTI, 2017). Todavia, o IMC é limitado pelo fato de não conseguir analisar a composição corporal (ALVARENGA, 2019).

No tocante a gordura corporal, esta vem tendo evidências científicas desde os anos 1940, e mais especificamente a gordura em excesso localizada no abdome e sob as vísceras (gordura visceral) teve sua relevância comprovada a partir dos anos 1990, quando foi relacionada a resistência insulínica. Isso se deve ao fato de o tecido adiposo quando expandido ocasionar um processo inflamatório sistêmico, a qual promove a liberação de adipocitocinas, infiltração de linfócitos T, macrófagos e aumento das citocinas inflamatórias. Além da resistência insulínica, o indivíduo obeso com gordura abdominal em excesso também tem dificuldades de controlar sua saciedade, isso porque o tecido adiposo visceral inflamado ocasiona resistência da leptina no hipotálamo o que também pode promover alterações na taxa de metabolismo basal (ALVARENGA, 2019). Para a identificação do acúmulo de gordura abdominal se utiliza a circunferência de cintura (CC), que para mulheres não deve ultrapassar o valor de 88 cm, enquanto que homens devem-se manter até 102 cm. (LIMAFIORAVANTI, 2017).

De acordo com Martins (2018, p. 338):

“Uma análise em 27 países da América Latina realizada pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (ONU/FAO) mostrou que o excesso de peso e a obesidade são responsáveis por 300 mil mortes por ano

nessas nações – comparadas às 166 mil pessoas mortas por assassinatos. Em 2015, no Brasil, 117 mil pessoas morreram devido às doenças causadas pela obesidade, número 2,44 vezes maior do que o número de mortes por assassinatos (MARTINS, 2018, p. 338).”

Existe um paradigma muito grande em como se lida com o perigo eminente da obesidade para saúde das pessoas, especialmente no tocante a saúde pública. Pode-se fazer uma analogia aos avanços que a saúde nacional alcançou através de ações e políticas que reduziram significativamente o número de fumantes e até o número de homens acometidos pelo câncer do pulmão ocasionado pelo fumo. Não que o alimento e o cigarro tenham o mesmo peso e podem ter o mesmo manejo, mas ambos estão associados a doenças potencialmente mortais que respigam sobre os cofres públicos e ainda comprometem a saúde de gerações futuras (MARTINS, 2018).

No final de 2019, o mundo foi acometido pela pandemia do coronavírus, cuja infecção é causada pelo novo tipo SARS-coV-2, que ainda assusta e desafia a ciência a descobrir meios de reduzir seus danos. Assim, através de estudos e muita pesquisa, observou-se que a gravidade da infecção causada pelo coronavírus está diretamente associada a elevação do IMC, dessa forma, a obesidade representa um fator de risco para a morbimortalidade independente da associação ou não com comorbidades (BOLSONI-LOPES, *et al* 2021).

A obesidade, no Brasil, vem sendo alvo de discussão de políticas públicas há 15 anos. No SUS, o responsável por conduzir propostas para ações é o Ministério da Saúde. O qual na década de 1990 por meio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) estabeleceu diretrizes que organizam as ações de prevenção e tratamento da obesidade. Em 2006 foi criado o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) quem tem por finalidade organizar operações desenvolvidas por vários ministérios, englobando desde a produção até o consumo dos alimentos.

Em 2013 foi desenvolvida a linha de cuidado para obesidade que integra a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. No ano seguinte foi lançado o novo Caderno de Atenção Básica que trouxe de maneira mais detalhada como deve se dá a construção da linha de cuidado para obesidade no âmbito da atenção básica, seguido, pelas ações de promoções da saúde. Além disso, também lida com critérios que assegurem serviços de alta complexidade como é o caso da cirurgia bariátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 / DIAS *et al.*, 2017).

Não é uma tarefa fácil para o SUS articular as propostas advindas desse leque de ministérios, isso porque envolve questões políticas de caráter complexo, além de muito conflito

de interesse. Ações que visem estimular o indivíduo a mudanças de estilo de vida que possam ser realizadas por si mesmas são prováveis e fáceis de alinhar ao governo. Contudo, quando se trata de mudanças que atinjam “ambientes obesogênicos” pode afetar questões comerciais. Ambas têm a mesma importância, mas envolve desafios políticos e de gestão diferentes para que sejam operacionalizadas (DIAS *et al.*, 2017).

3.2 Cuidados com a obesidade na atenção primária a saúde

No Brasil como base de desenvolvimento do sistema de saúde tem a atenção primária à saúde (APS) que organiza e racionaliza os recursos para a promoção, manutenção e melhora da saúde da população. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS): (MENDES, 2015; COUTINHO *et al.*, 2015)

“A conferência de Alma-Ata definiu a APS como cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).”

O Ministério da saúde preconiza que o trabalho em equipe seja a base norteadora das ações desenvolvidas pela APS. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2436/2017, que evidencia a equipe de saúde da família como referência para organização da atenção primária à saúde no SUS. A atenção básica, de acordo com a PNAB, define-se como “um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.” (MACINKO *et al.*, 2018; SEBOLD *et al.*, 2020). Enquanto que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como conjunto de serviços de saúde que estão vinculados tem em comum objetivo, ações cooperativas de forma independente que permita proporcionar uma atenção contínua e integral a uma determinada população de forma humanizada e segura com equidade (SILVA, 2019).

A APS é a porta referencial de primeiro contato da população com os serviços de saúde, isso porque as ações desenvolvidas são de caráter multidisciplinar, em um território geograficamente definido o que possibilita uma maior proximidade com as reais necessidades da comunidade assistida. Essa proximidade com a dinâmica social da comunidade traz para

APS um grande desafio, pois se trata de um nível do sistema de saúde propício para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas se caracterizam pela multifatorialidade, avanço gradual dos agravos, imprevisibilidade do prognóstico e duração incerta. Sendo assim, a assistência aos pacientes com DCNT deve ter caráter contínuo, distanciando do olhar curativo e priorizando o cuidado com foco no empoderamento para a prática do autocuidado (MACINKO *et al.*, 2018; SILVA, 2019; SEBOLD *et al.*, 2020;).

Para a identificação e acompanhamento de pacientes com sobrepeso e obesidade se faz necessário o desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) que auxiliarão na estratificação do risco, bem como na organização da oferta do cuidado a esses pacientes. Essas ações podem ser inseridas na rotina natural da APS, como nas demandas espontâneas e nas programadas (SILVA, 2019). As ações de VAN compreendem a aferição do peso, altura e outros indicadores relacionados com o estado nutricional, bem como avaliação do consumo alimentar a partir de marcadores de consumo (BORTOLINI, *et al.*, 2020).

Dessa forma, para que haja uma adequada captação dessas pessoas obesas pela APS profissionais precisam estar alinhados, capacitados e sensibilizados para o cuidado com a obesidade, entendendo que é uma doença complexa que exerce forte influência sobre o surgimento de outras e que a mudança desse quadro deve ser realizada, geralmente, na própria APS.

Diante disso:

“Fica evidente a necessidade de utilização de instrumentos que visem estabelecer claramente, os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados com base em evidência científica. Tais instrumentos viabilizam a oferta de um tratamento seguro, com cuidados assistenciais e condutas diagnósticas e terapêuticas definidas a partir de critérios técnicos e científicos de eficácia e efetividade, acarretando em um atendimento integral e sem desperdícios de recursos (SILVA, 2019, p. 35)”

Sendo assim, torna-se fundamental que as equipes de saúde estejam bem imersas nas necessidades eminentes para que haja a construção das propostas de fluxos de cuidado multiprofissional na RAS, as quais sejam capazes de abarcar a tomada de decisão por parte dos profissionais, levando em consideração aspectos essenciais para a produção do cuidado e aumentando a resolutividade das equipes de saúde (SEBOLD *et al.* 2020).

3.3 Cirurgias bariátricas no SUS

A sobrecarga que a obesidade exerce sobre o sistema de saúde para o seu tratamento de comorbidades associadas, torna a doença um problema de saúde pública. As consequências advindas da obesidade vão muito além de problemas de saúde fisiológicos, ela pode ocasionar também grande impacto negativo na longevidade e qualidade de vida, pois aumenta a probabilidade de morte e reduz significativamente os fatores relacionados a melhor qualidade de vida como, por exemplo, baixa autoestima, depressão, isolamento social, ansiedade, além de diminuir a desenvoltura nas atividades intelectuais (FERREIRA, 2019).

Diante desse cenário, observa-se que os tratamentos convencionais realizados para a obesidade são ineficazes uma vez que 95% dos pacientes recuperam o seu peso inicial em até dois anos. Assim, a cirurgia bariátrica vem ganhando destaque e espaço entre as indicações de tratamento para obesidade mórbida. De acordo com os mecanismos as técnicas cirúrgicas podem ser definidas como restritivas, disabsortivas e mistas. A técnica restritiva consiste em reduzir o tamanho do estômago de modo que diminua o consumo de alimentos, sendo os tipos mais comuns a gastroplastia vertical, balão gástrico e as bandas gástricas ajustáveis. Para limitar a absorção de nutrientes a técnica cirúrgica disabsortiva mais conhecida é a duodenal switch. Enquanto que a técnica mista propicia a redução gástrica em conjunto com a redução da absorção, onde se destaca a técnica by-pass gástrico em Y de Roux (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

De acordo com o Relatório de Recomendação de Cirurgia Bariátrica por laparoscopia da Comissão Nacional de incorporação de tecnologias no SUS:

“Desde a introdução da cirurgia bariátrica no SUS, foram realizadas 57.291 operações. Houve um aumento mais expressivo de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS entre 2010 e 2015 - de 59,6%, aumento de 4.489 para 7.530 procedimentos respectivamente. No Brasil, em 2015, foram registradas 7.530 cirurgias bariátrica no SUS, tendo sido a gastroplastia com derivação intestinal a técnica cirúrgica mais informada, somando 6.872 procedimentos. De acordo com levantamento do número de autorizações de internações hospitalares (AIH) aprovadas no SUS, observa-se que a técnica gastroplastia com derivação intestinal em Y-de-Roux é a mais realizada (CONITEC, 2017 p. 11).”

É importante ressaltar que a cirurgia bariátrica não é e nem pode ser definida como cura da obesidade, mas sim como tratamento eficaz a longo prazo. Os bons resultados

pós-cirúrgicos dependem das mudanças de hábitos do indivíduo, ou seja, a cirurgia não anula o fato da necessidade de melhora dos hábitos alimentares, inserção da atividade física diária, ressignificar questões psicológicas. Por isso, o acompanhamento do paciente com indicação para cirurgia bariátrica tanto no pré quanto no pós-cirúrgico precisa ser realizado por equipe multidisciplinar composta por nutricionista, cardiologista, endocrinologista, psicólogo, pneumologista, cirurgiões (FERREIRA, 2019).

A classificação do IMC para adultos irá definir a atenção à saúde no SUS que será destinada ao paciente com sobrepeso e obesidade. Para indivíduos que apresentam IMC entre 25 kg/m² e 40 kg/m² a atenção básica deve prestar assistência terapêutica multiprofissional. Em casos de pacientes que apresentem obesidade grau II (IMC \geq 30 kg/m²) ou grau III (IMC \geq 40 kg/m²) com comorbidades e que não tenham conseguido resultados satisfatórios e duradouros com os tratamentos convencionais, cabe a atenção básica coordenar o cuidado a esses indivíduos que necessitem de atendimentos de outros níveis de complexidade no SUS. Dessa forma, após avaliação e diagnóstico da necessidade de tratamento por meio de intervenção cirúrgica como tratamento da obesidade grave ou mórbida, o atendimento ambulatorial realiza a regulação do paciente para os serviços de alta complexidade no SUS (CONITEC, 2017).

No SUS a cirurgia bariátrica foi regulamentada pela portaria n° 196, de 29 de fevereiro de 2000. Após seis anos, diante da demanda crescente de obesos no país, foi criada a portaria n° 425, de 19 de março de 2013, do Ministério da Saúde onde estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a assistência de alta complexidade do usuário com obesidade, bem como do custeamento da CB pelo Ministério da Saúde (BARROS, 2015 / FERREIRA, 2019).

Segundo a referida portaria, são indicações para cirurgia bariátrica:

“a) indivíduos que apresentem Índice de Massa Corporal (IMC) 50 Kg/m²; b) indivíduos que apresentem IMC 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; c) indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos (PORTARIA GM/MS n° 425, de 19 de março de 2013).”

Hoje o Brasil é a segunda maior nação no ranking de países que mais realiza cirurgias bariátricas, cerca de 80 mil por ano. Nos últimos dez anos (2001-2010) esse crescimento foi de 300%, totalizando em torno de 24.342 cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS (CARVALHO; ROSA, 2018). Desde a regulamentação da cirurgia bariátrica no SUS, os usuários com obesidade mórbida passaram a realizar o procedimento em alguns dos centros especializados distribuídos pelo país, o que tem gerado longas filas de espera que podem atingir os 7 anos e como consequências podem surgir alterações comportamentais e afetivas, diminuição da mobilidade física e disposição, aparecimento e/ou agravamento de doenças e até mesmo óbito (EVANGELISTA, 2019).

O Ministério da Saúde (MS) habilitou 85 serviços de alta complexidade, em 22 estados diferentes, para assistência ao paciente com obesidade (BENITO *et al.*, 2020). No ano de 2018, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), foram realizadas 11.402 cirurgias bariátricas no âmbito do SUS, representando um aumento de 4,38% em relação ao ano de 2017. Mas, esse número de procedimentos realizados só atinge apenas 1,16% dos que realmente necessitam da intervenção cirúrgica, uma vez que a população elegível para cirurgia bariátrica atinge 708 mil indivíduos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIATRICA E METABÓLICA, 2019). Para o MS a cirurgia bariátrica custa em média 41 milhões de reais por ano, o que representa boa parte dos gastos destinados ao cuidado do paciente com obesidade. Esses custos são baseados apenas no repasse que o MS realiza para os estados e municípios, sem incrementos ou custeios destes. Além disso, alguns estados não possuem linha de cuidado para obesidade aprovada pelo MS e mesmo assim ofertam cirurgias bariátricas o que implica na ausência de um cuidado integral e articulado em rede no nível local (REIS, 2019).

A interdisciplinaridade e a instrumentalização dos profissionais de saúde são indicadas com a finalidade de ampliar a visão destes para que haja uma intervenção adequada que gere como consequência a transformação de práticas inadequadas. Na linha de cuidado da obesidade o acompanhamento do indivíduo no pré e pós-cirurgia bariátrica deve ser realizado desde o nível ambulatorial ao hospitalar para uma assistência terapêutica com profissionais especializados para o cuidado com o indivíduo obeso (EVANGELISTA, 2019). Contudo, uma grande queixa entre os profissionais de saúde envolvidos nesse atendimento é o valor do repasse do MS, uma vez que a cirurgia bariátrica se trata de um procedimento complexo que envolve vários profissionais e pode ter duração longa a depender do grau de obesidade do paciente (REIS, 2019).

De modo geral, considerando que 75% da população dependem dos serviços disponibilizados pelo SUS deve ocorrer o aumento da oferta de CB ocorra para esse público. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2019).
Todavia, essa ampliação de oferta deve se dá de maneira democrática, eliminando riscos e vulnerabilidades que possam surgir durante todo o processo (BENITO *et al.*, 2021).

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho e local do estudo

Estudo transversal aninhado em um estudo nacional de base populacional intitulado “*Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)*”, referente ao eixo de pesquisa e desenvolvimento do “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade da população da Paraíba” realizado em resposta à Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018 - *Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS*. Este estudo foi reproduzido por vários estados brasileiros levando em consideração suas especificidades.

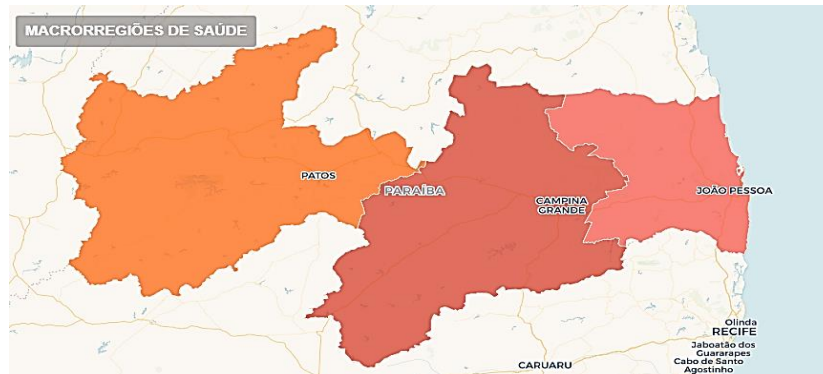
4.2 Período de coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro de 2021 a setembro de 2021.

4.3 População amostral

Estudo realizado na Atenção Primária de municípios do estado da Paraíba, Brasil, entre o período de janeiro a setembro de 2021. O estado da Paraíba é dividido em 3 macrorregiões conforme mostra a Figura 1 e 16 microrregiões de saúde como mostra a Figura 2. Diante dessa divisão o estado consegue operacionalizar a gestão do SUS de modo que descentralize os serviços e proporcione integralidade na assistência de acordo com os princípios do sistema.

Figura 1 – Mapa da divisão geográfica das macrorregiões de saúde da Paraíba.



Fonte: Portal Saúde da Paraíba, 2021.

Figura 2 - Mapa da divisão geográfica das microrregiões de saúde da Paraíba.



Fonte: Portal Saúde da Paraíba, 2021.

O estado da Paraíba tem 1765 unidades básicas de saúde distribuídas em 223 municípios. O cálculo amostral, executado e replicado para todos os estados participantes do estudo nacional, foi desenvolvido pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Piauí, considerando o plano de amostragem aleatória por conglomerado levando em consideração a margem de erro de 5%, com nível de confiança de 95%, definiu-se 4 estratos de acordo com o número da população: A-capital; B-municípios com mais de 150 mil habitantes; C-municípios entre 30 e 150 mil habitantes; D-municípios menores do que 30 mil habitantes.

A fórmula utilizada, Equação (1), considerou o esquema para determinar o tamanho da amostra com base numa população finita com o objetivo de estimar proporções populacionais.

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot \left(Z_{\alpha/2}\right)^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot \left(Z_{\alpha/2}\right)^2 + (Z - 1) \cdot E} \quad (1)$$

em que n = tamanho amostral; N = tamanho da população; \hat{p} = proporção populacional a ser estimada; \hat{q} = proporção populacional complementar; $Z_{\alpha/2}$ = nível de confiança e E = margem de erro.

Diante disso, foram sorteadas 642 UBS de modo que ficaram distribuídas nos 4 estratos, para compor a amostra do estudo matriz do estado da Paraíba conforme mostra a Tabela 1.

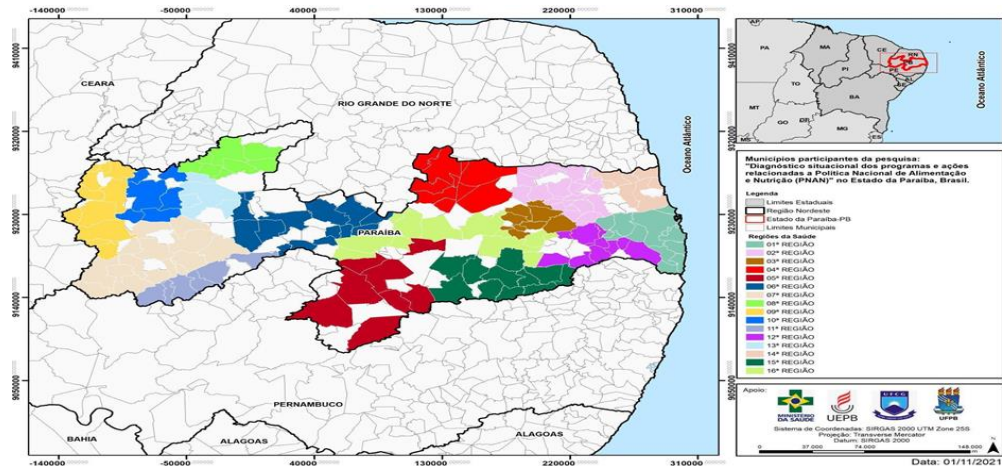
Tabela 1 – Divisão das UBS selecionadas de acordo com os estratos.

Estratos	Total UBS	UBS sorteada
A	108	85
B	88	73
C	382	193
D	1187	291
Total	1765	642

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

As UBS sorteadas ficaram organizadas entre os 168 municípios, conforme mostra a Figura 3, as quais compuseram a amostra final deste estudo, de modo que contemplassem todas as regiões e macrorregiões de saúde. Em vista disso, ao final da coleta de dados obteve-se um "n" de 475 UBS. Sendo constatada uma perda de 26,5%, desses 148 casos sem justificativas e 22 com justificativa. Sendo os seguintes casos justificados: os municípios, Cajazeiras, Pirpirituba e Cuitegi tinham UBS selecionadas que estavam desativadas; enquanto que em João Pessoa, Nazarezinho e Monteiro foram selecionados locais que não se enquadram no objetivo do estudo. Por fim, nos municípios de Gurjão, Junco do Seridó, Monteiro, Pedra Branca, Cachoeira dos Índios, Frei Martinho, Juazeirinho e Baraúna algumas UBS selecionadas eram Unidades Âncoras que possuem a mesma equipe de estratégia de saúde da família que atendem as demandas de diferentes unidades.

Figura 3 – Distribuição espacial dos municípios componentes da amostra do estudo.



Fonte: Portal Saúde da Paraíba, 2021.

4.4 Critérios de elegibilidade

4.4.1 Critérios de inclusão

- Unidades de Saúde vinculadas à Atenção Primária de Saúde (APS) dos 223 municípios do estado da Paraíba.

4.4.2 Critérios de exclusão

- Unidade de Saúde vinculada à Atenção Primária à Saúde (APS) cujo profissional responsável pela linha de cuidado ao sobrepeso/obesidade não atenda ao chamamento e/ou não complete o preenchimento do instrumento utilizado para o diagnóstico dentro do período determinado.

4.5 Variáveis estudadas

4.5.1 Variáveis relativas à USB

- Município de vinculação;
- Gerência de saúde;
- Macrorregião de Saúde;
- Localização: urbana central, urbana periférica, rural, aldeia indígena.

4.5.2 Variáveis relativas ao profissional respondente

- Sexo: Feminino ou masculino;
- Cor/raça: Amarela, Branca, Indígena, Parda, Preta, outra;
- Formação básica: Assistência Social, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Educação física, outra;
- Tipo de unidade de atuação profissional: Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde Tipo I, II ou III.
- Tempo de trabalho no cargo/função atual: medida em anos completos.

4.6.3 Variáveis relativas ao objetivo deste estudo

- Assistência ao paciente obeso com indicação para cirurgia bariátrica: ações desenvolvidas pela ESF, lista de espera, acesso à medicamentos no pré e pós cirúrgico e a disponibilidade dos suplementos nutricionais.

4.7 Operacionalização da coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade na Atenção Primária de Saúde – APS” elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com os coordenadores nacionais do projeto. O questionário destinado aos profissionais da APS é composto por 10 blocos, sendo eles: 1ª bloco: Identificação (município, UBS, respondente), bloco D: Análise do território, bloco E: coordenação do cuidado da obesidade e longitudinalidade, bloco F: Implementação da linha do cuidado para sobrepeso e obesidade (LCSO), bloco G: Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, bloco H: Formação dos profissionais para o cuidado com as pessoas com sobrepeso e obesidade, bloco I: Instrumentos/Ferramentas de apoio à atenção nutricional e o bloco J: Monitoramento e avaliação relacionados ao cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. Para esta pesquisa, especialmente, foram analisados os blocos A, B, C (contemplados no 1ª bloco de identificação) e F, sendo este último responsável por analisar a assistência aos pacientes com indicação para cirurgia bariátrica. No ANEXO I encontra-se o recorte do instrumento utilizado nesta pesquisa.

A equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) ficou responsável pela viabilização do instrumento em formato eletrônico através da plataforma *SurveyMonkey*, sendo gerados ao todo 4 links de acesso ao questionário, de acordo com os estratos populacionais previamente definidos.

A coordenação dos estados participantes do projeto articulou-se com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as secretarias municipais de saúde para o envio do instrumento para os municípios, bem como também se responsabilizou pelo contato com os respondentes. Durante o período de coleta, a equipe de pesquisadores do estado da Paraíba utilizou várias estratégias que eram aperfeiçoadas ou inovadas de acordo com o índice de respostas e aceitação.

Inicialmente a coordenação apresentou o projeto para as Câmaras Técnicas Estaduais, buscando estabelecer acordos para facilitação da execução da coleta. O primeiro contato para identificação do respondente, o qual deveria ser um profissional vinculado às unidades previamente sorteadas dentre os municípios (preferencialmente nutricionista ou, na inexistência deste, profissional de nível superior que o gestor/coordenador/gerente da UBS entendesse melhor contribuir nas respostas à pesquisa – enfermeiro, médico, psicólogo, profissional de educação física, fisioterapeuta e/ou outros), foi realizado via Coordenadores de Atenção Básica. A equipe de pesquisadores estabeleceu contato com estes via ligação telefônica e/ou aplicativo de mensagens *WhatsApp* para, após esclarecimentos sobre a pesquisa, coletar contatos dos gerentes/responsáveis das UBS sorteadas. Em seguida, os gerentes/responsáveis sinalizados foram contactados para disponibilizarem o e-mail do possível profissional respondente da sua unidade.

O primeiro contato com os profissionais respondentes foi estabelecido via e-mail pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) do estado, onde foram enviadas informações gerais sobre a pesquisa e anexos os ofícios circulares emitidos pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) referentes à mesma, bem como os *links* de acesso ao instrumento de coleta divididos por municípios de acordo com seus estratos populacionais. Este primeiro e-mail também foi encaminhado para os representantes das Gerências Regionais de Saúde com a finalidade de solicitar apoio destas.

O monitoramento das respostas era acompanhado pela equipe de pesquisadores da UFSC, sendo este semanal (padrão *SurveyMonkey*) e quinzenal (planilha com identificação dos questionários concluídos e em abertos). Dessa forma, após cada monitoramento, uma nova atualização das unidades em aberto podia ser enviada via e-mail.

A segunda estratégia utilizada voltou-se para os Coordenadores de Atenção Básica. Listas individuais contendo as unidades sorteadas de cada município e os respectivos links de

acesso ao instrumento foram criados e enviados individualmente, via e-mail, para cada coordenador. Após envio, estes foram contactados via ligação ou aplicativo de mensagens para confirmação do recebimento e solicitação de repasse do documento para as respectivas unidades. Após alguns meses seguindo este fluxo de trabalho, também foi solicitado o auxílio dos Apoiadores Institucionais das regiões de saúde para reforço da coleta junto aos municípios em aberto. De modo que os registros de atualização eram repassados diretamente para estes e eles estabeleciam o contato com o município correspondente.

Em paralelo a estas estratégias, conforme a necessidade ou solicitação, existiram demandas específicas, como solicitação de liberação de pesquisa na Gerência de Educação na Saúde (GES) do município de João Pessoa e reuniões com gerentes sanitários dos municípios, como, por exemplo, de Campina Grande e João Pessoa.

Ao final da coleta, o Ministério da Saúde realizou a consolidação dos dados e ficou com a guarda do banco de dados final. Dessa forma, os coordenadores da pesquisa solicitaram a base de dados para análise das variáveis anteriormente citadas.

4.8 Processamento dos dados e análise estatística

As análises foram realizadas a partir do *software StatisticalPackage for the Social Sciences* - SPSS versão 22.0. Inicialmente foi realizada a limpeza do banco de dados com a finalidade de excluir as respostas duplicadas. Posteriormente, os dados foram organizados por gerência e macrorregião de saúde para que a realização das análises estatísticas.

Para caracterizar a distribuição das informações sociodemográficas foram realizadas as frequências absoluta e relativa da população total do estudo, assim como para as variáveis referentes à assistência prestada aos pacientes obesos com indicação para cirurgia bariátrica. Para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo, foram utilizados o teste Qui-quadrado de independência e o teste Exato de Fisher nos casos onde as frequências esperadas foram menores que 5 (SIEGEL, 2006), considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Com o auxílio do software estatístico R (R CORE TEAM, 2021), foi realizado o teste z para duas proporções ($p\text{-valor} < 0,05$) para verificar possíveis diferenças entre as proporções de respostas das variáveis relacionadas à assistência ao paciente com indicação para cirurgia bariátrica entre as macrorregiões. Desse modo, quando na linha as proporções, duas a duas, são seguidas das mesmas letras não diferem estatisticamente ($p\text{-valor} > 0,05$).

4.9 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) e seus complementares e com a Resolução outorgada pelo decreto n.º 93.933, de 24 de janeiro de 1997, afirmando o cumprimento com os direitos e deveres zelado pela comunidade científica, para os sujeitos da pesquisa e do estado. Bem como, teve respaldo da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas éticas correspondentes a pesquisas em Ciências Sociais e Humanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Esta pesquisa trata-se de um adendo do 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 DA POPULAÇÃO DA PARAÍBA”. Para isto, a pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 17810619.1.0000.5187) (ANEXO II).

Todos os participantes selecionados para participar da pesquisa foram previamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo e somente responderão ao questionário após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III). Sendo garantido total sigilo das informações individuais prestadas.

5. RESULTADOS

Os resultados deste artigo serão expostos no formato de artigo científico, onde será apresentado como se dá a avaliação da assistência prestada na atenção básica à pacientes obesos com indicação para cirurgia bariátrica nas macrorregiões de saúde da Paraíba.

Este artigo foi submetido na revista Cadernos de Saúde Pública, Qualis A3 para Saúde Pública.

AValiação DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA ATENÇÃO BÁSICA AOS OBESOS COM INDICAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA

Mirelle de Alcantara Martins Macedo¹, Mônica Oliveira da Silva Simões²

¹ Graduada em Nutrição pela UFCG. Mestranda em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

² Graduada em Farmácia e Bioquímica pela UEPB, Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos e Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela UFPB, PhD em Farmacologia e Bioquímica pela USP. Atualmente é professora associada da UEPB.

CORRESPONDÊNCIAS: Mirelle de Alcantara Martins Macedo, Rua Fernandes Vieira, 502, José Pinheiro, Campina Grande, Paraíba, Brasil. CEP: 58.407-490. E-mail: alcantaramirelly@gmail.com.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia bariátrica surge como um promissor tratamento para casos de obesidade grave, que anteriormente tenham tido insucessos nos tratamentos convencionais. **OBJETIVO:** Avaliar a assistência prestada na atenção básica para obesos com indicação para cirurgia bariátrica nas macrorregiões de saúde no estado da Paraíba. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo transversal aninhado em um estudo nacional de base populacional, realizado em 642 unidades básicas de saúde, estando organizadas em 3 macrorregiões. Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário, sendo obtidas informações sobre as ações desenvolvidas pela equipe estratégia de saúde da família, lista de espera e o acesso à medicamentos e suplementos nutricionais no pré e/ou no pós-cirúrgico. As análises estatísticas foram realizadas através do software *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versão 22.0. Para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo, foram utilizados o teste Qui-quadrado de independência e o teste Exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Com o auxílio do software estatístico R, foi realizado o teste z para duas proporções (p -valor $< 0,05$) para verificar possíveis diferenças entre as variáveis por macrorregiões. **RESULTADOS:** O estudo encontrou fragilidade assistencial que predomina nas três macrorregiões de saúde da Paraíba no cuidado ao paciente obeso com indicação para realização da cirurgia bariátrica. **CONCLUSÃO:** A fragilidade assistencial encontrada demonstra a necessidade de rever e ajustar políticas destinadas aos usuários com obesidade, assim como as ações de educação permanente voltadas aos profissionais de saúde que atendem essa demanda.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica, Obesidade Mórbida, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Bariatric surgery appears as a promising treatment for cases of severe obesity, which have previously been unsuccessful in conventional treatments. **OBJECTIVE:** To evaluate the assistance provided in primary care for obese individuals with indication for bariatric surgery in the macro-regions of health in the state of Paraíba. **MATERIALS AND METHODS:** Cross-sectional study nested in a national population-based study, carried out in 642 basic health units, organized into 3 macro-regions. Data were collected through the application of the questionnaire, and information was obtained on the actions developed by the family health strategy team, waiting list and access to medicines and nutritional supplements before and/or after surgery. Statistical analyzes were performed using *the Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* version 22.0 software. To verify possible associations between the variables under study, the Chi-square test of independence and Fisher's exact test were used, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). With the aid of the R statistical software, the z test was performed for two proportions ($p\text{-value} < 0.05$) to verify possible differences between the variables by macroregions. **RESULTS:** The study found care fragility that predominates in the three health macro-regions of Paraíba in the care of obese patients with indication for bariatric surgery. **CONCLUSION:** The care fragility found demonstrates the need to review and adjust policies aimed at users with obesity, as well as permanent education actions aimed at health professionals who meet this demand.

Keywords: Bariatric Surgery, Morbid Obesity, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) vêm sendo destaque no âmbito da ciência e da pesquisa, por serem consideradas a principal causa de adoecimento e mortes no mundo, cerca de 72% delas atribuídas a este grupo de doenças que possuem início insidioso, assintomáticas em sua maioria e não são autolimitadas¹.

Dentre estas se destaca a obesidade, sendo esta uma doença crônica e progressiva que desafia os sistemas de saúde por sua magnitude dada a sua origem multifatorial podendo ser associada a fatores genéticos, epigenéticos e metabólicos, mas principalmente a determinantes ambientais, sociais e culturais^{2,3}. Como principais determinantes para o seu desenvolvimento destacam-se a alimentação inadequada e o estilo de vida adotado pelos indivíduos, que inclui o consumo de alimentos ultraprocessados e a menor prática de atividade física atrelado ao comportamento sedentário ao longo dos anos e em diversas faixas etárias⁴. Observam-se, segundo dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2018, que a prevalência de obesidade cresceu 67,8% nos últimos treze anos, passando de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018⁵. Algumas comorbidades são associadas à obesidade como o diabetes *mellitus* tipo II, doenças cardiovasculares,

distúrbios do sono, dislipidemias, osteoartrite, doenças dentárias e várias categorias de neoplasias.

A elevada prevalência da obesidade torna necessário que os serviços de saúde se organizem para que essa demanda seja atendida de maneira organizada e qualificada⁶. Diante disso, ações que fortaleçam as Redes de Atenção à Saúde (RAS) devem ser estimuladas visando queda na incidência de sobrepeso e obesidade, para isso podem ser utilizadas estratégias nos SUS em seus diferentes níveis de atenção, perpassando pelos níveis de prevenção primária e secundária, além de articular ações intersetoriais com a educação e assistência social^{7,8}.

Dentro da RAS é nas unidades de atenção primária (UBS) que são ofertadas estas ações visando personalização do cuidado. A atenção primária à saúde (APS) é considerada a porta de entrada do SUS e se mostra uma poderosa e resolutiva estratégia em que é possível a criação de vínculo com o cotidiano da comunidade, fortalecendo as intervenções desenvolvidas, dado que a APS tem como pilares a promoção e educação em saúde, além da prevenção de agravos, tratamento e reabilitação⁶. A terapêutica instituída ao paciente obeso requer atenção multiprofissional, pautada nos princípios e diretrizes do SUS, de modo que a atenção seja reorganizada a fim de integrar e regionalizar as instituições, bem como definir linhas de cuidados que priorizem atender as demandas e as necessidades dos usuários. Destaca-se, na RAS, a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade que gerencia o fluxo assistencial sob a ótica das ações e serviços que serão desenvolvidos nos diversos níveis de atendimentos, a depender da necessidade do indivíduo^{8,9}.

A atenção nutricional no SUS é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (publicada em 1999 e atualizada em 2011) que tem como prioridade em suas diretrizes e princípios a prevenção e o tratamento da obesidade¹⁰. Para isso ser colocado em prática na APS é necessário realizar ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) que, a partir do acompanhamento dos pacientes, passarão a realizar diagnóstico precoce e estratificação de risco para organização da oferta do cuidado a esses pacientes⁷.

Assistir ao paciente com excesso de peso exige capacitação, treinamento e sensibilidade das equipes, de modo que a mudança seja transformadora e efetiva. A assistência, se direcionada inadequadamente, pode surtir efeito reverso e distanciar o usuário do cuidado, inviabilizando o processo de mudança. É crucial que o profissional entenda o sujeito em sua singularidade e esteja preparado para lidar com a complexidade dos comportamentos e dificuldades apresentadas por este grupo especificamente^{7,11}.

Dentre as estratégias de abordagem ao paciente com excesso de peso está a modificação do estilo de vida (melhoria dos hábitos alimentares, realização de atividade física, psicoterapia) como sendo sempre a melhor alternativa no que tange o tratamento da obesidade. O paciente obeso em grau III (Índice de Massa Corporal $> 40 \text{ kg/m}^2$) ou superior mostra, em muitos casos, insucesso na adoção de métodos alternativos e traz a necessidade de intervenções cirúrgicas, como os procedimentos bariátricos, que mesmo com possibilidade de reganho de peso pós-cirurgia, mostra-se mais eficaz que outras estratégias, reduzindo o peso do paciente em cerca de 40% no primeiro ano^{11,12}.

A gastroplastia ou cirurgia bariátrica, regulamentada pelo SUS através da portaria GM nº 196/2000, é considerada um procedimento de alta complexidade com baixo risco de complicações a curto e longo prazo e tem por objetivo a perda de peso através da redução da capacidade do trato gastrointestinal de armazenar e digerir alimentos (restritivas) ou da diminuição de absorção de nutrientes (disabsortivas) (RELATORIO DE RECOMENDAÇÃO). Após seis anos, diante da demanda crescente de obesos no país e da dificuldade expressiva encontrada pelos profissionais da assistência comum em lidar com tais casos, a portaria nº 425, de 19 de março de 2013, do Ministério da Saúde determinou que, entre outras medidas, fossem adotados recursos humanos e de infraestrutura para adequação e cadastro do chamado “Centro de Alta Complexidade para o Atendimento a Pacientes com Obesidade”¹³.

As políticas e programas públicos preconizam que o paciente que tenha indicação para realizar a cirurgia bariátrica seja encaminhado via APS. Todavia, o usuário encontra dificuldade na busca pela realização do procedimento, como longas filas de espera e direcionamento de fluxo inadequado, interferindo o seguimento terapêutico e potencializando os agravos e comorbidades associadas à obesidade grave. Mesmo que a quantidade absoluta de procedimentos bariátricos realizados pelo SUS seja elevada, há déficit em comparação com a demanda existente. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) somente em 2017, foram realizados via rede pública, 10.089 procedimentos, mas que representavam apenas 9,5% do total de cirurgias bariátricas realizadas^{11,12,14}.

Diante desse cenário e dos poucos estudos que apontem as peculiaridades e entraves do encaminhamento de pacientes obesos graves que necessitam realizar a cirurgia bariátrica através da rede pública de saúde, este estudo objetiva avaliar a assistência prestada na atenção básica para obesos com indicação para cirurgia bariátrica nas macrorregiões de saúde no estado da Paraíba.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal aninhado em um estudo nacional de base populacional intitulado “*Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)*”, referente ao eixo de pesquisa e desenvolvimento do “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade da população da Paraíba” realizado em resposta à Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN n.º 26/2018 – *Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS*. Foi realizado na Atenção Primária de municípios do estado da Paraíba, Brasil, entre o período de janeiro de 2021 a junho de 2021. Este estudo foi reproduzido por vários estados brasileiros considerando suas especificidades.

O estado da Paraíba é dividido em 3 macrorregiões e 16 microrregiões de saúde, tendo 1765 unidades básicas de saúde distribuídas em 223 municípios. O cálculo amostral, executado e replicado para todos os estados participantes do estudo nacional, foi desenvolvido pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Piauí, considerando o plano de amostragem aleatória por conglomerado levando em conta a margem de erro de 5%, com nível de confiança de 95% e definiu 4 estratos em concordância com o número da população: A - capital; B - municípios com mais de 150 mil habitantes; C- municípios entre 30 e 150 mil habitantes; D - municípios menores do que 30 mil habitantes. A fórmula utilizada considerou o esquema para determinar o tamanho da amostra com base numa população finita visando estimar proporções populacionais. Sendo: n =tamanho amostral/ N =tamanho da população/ \hat{p} =proporção populacional a ser estimada/ \hat{q} =proporção populacional complementar/ $Z_{\alpha/2}$ = nível de confiança/ E =Margem de erro.

Diante do cálculo, foram sorteadas 642 UBS que ficaram distribuídas nos 4 estratos: A (85), B (73), C (193), D (291), no que lhe concerne, foram redistribuídas entre os 168 municípios que compuseram a amostra final deste estudo. Em vista disso, ao final da coleta de dados obteve-se um N de 475 respostas. Considerando perda de 26,5%, desses 148 casos sem justificativas e 22 com justificativa (como UBS desativadas, outros serviços assistência ofertada incompatível com o objetivo da pesquisa e equipes que atuam como âncoras).

Inicialmente, a coordenação dos estados participantes do projeto articulou-se com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-PB) e as secretarias municipais de saúde para o envio do instrumento para os municípios e intermediou o contato com os respondentes. Durante o período de coleta, a equipe de pesquisadores do estado da Paraíba modificava a estratégia de conforme o índice de respostas e aceitação. Inicialmente a coordenação apresentou o projeto para as Câmaras Técnicas Estaduais, buscando estabelecer acordos para facilitação da execução da coleta. O primeiro contato para identificação do respondente, o qual deveria ser um

profissional vinculado às unidades previamente sorteadas dentre os municípios (preferencialmente nutricionista ou, na inexistência deste, profissional de nível superior que o gestor/coordenador/gerente da UBS entendesse melhor contribuir nas respostas à pesquisa - enfermeiro, médico, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta e/ou outros), foi realizado via Coordenadores de Atenção Básica. A equipe de pesquisadores estabeleceu contato com estes via ligação telefônica e/ou aplicativo de mensagens *WhatsApp* para, após esclarecimentos sobre a pesquisa, coletar contatos dos gerentes/responsáveis das UBS sorteadas. Em seguida, os gerentes/responsáveis sinalizados foram contatados para disponibilizarem o e-mail do possível respondente da sua unidade.

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade na Atenção Primária de Saúde – APS” elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com os coordenadores nacionais do projeto. O questionário destinado aos profissionais da APS é composto por 10 blocos, sendo utilizados para este estudo apenas os blocos A (Identificação do Município), B (Identificação da UBS/ESF onde atua o profissional respondente), C (Identificação do respondente) e F (Implementação da Linha de Cuidado para Sobrepeso/Obesidade – LCSO).

Para a validação sociodemográfica, utilizaram-se as variáveis “identificação da UBS/ESF” sendo urbana central, urbana periférica ou rural, “identificação do respondente” a partir do sexo, cor/raça, formação básica, tipo de unidade de atuação profissional e o tempo de trabalho no cargo/função atual. Para avaliar a assistência prestada ao paciente obeso com indicação para cirurgia bariátrica foram analisadas se e quais eram as ações desenvolvidas pela ESF, se havia ou não lista de espera, como era realizada e se existe acesso à medicamentos e suplementos nutricionais no pré e/ou no pós cirúrgico.

O monitoramento das respostas era acompanhado pela equipe de pesquisadores da UFSC, sendo este semanal (padrão *SurveyMonkey*) e quinzenal (planilha com identificação dos questionários concluídos e em abertos). Dessa forma, após cada monitoramento, uma nova atualização das unidades em aberto podia ser enviada via e-mail.

A segunda estratégia utilizada voltou-se para os Coordenadores de Atenção Básica, através das quais listas individuais contendo as unidades sorteadas de cada município e os respectivos links de acesso ao instrumento foram criados e enviados individualmente, via e-mail, para cada coordenador. Após envio, estes foram contatados via ligação ou aplicativo de mensagens para confirmação do recebimento e solicitação de repasse do documento para as respectivas unidades.

Ao final da coleta, o Ministério da Saúde realizou a consolidação dos dados e ficou com a guarda do banco de dados final. Dessa forma, os coordenadores da pesquisa solicitaram a base de dados para análise das variáveis anteriormente citadas. Em posse dos dados, esses foram organizados por macrorregiões e gerências de saúde e após foram importados para o software *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versão 22.0 para análise estatística.

Para caracterizar a distribuição das informações sociodemográficas foram realizadas as frequências absoluta e relativa da população total do estudo, assim como para as variáveis referentes à assistência prestada aos pacientes obesos com indicação para cirurgia bariátrica. Para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo, foram utilizados o teste Qui-quadrado de independência e o teste Exato de Fisher, quando necessário¹⁵, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Com o auxílio do software estatístico R¹⁶, foi realizado o teste z para duas proporções ($p\text{-valor} < 0,05$) para verificar possíveis diferenças entre as proporções de respostas das variáveis relacionadas à assistência ao paciente com indicação para cirurgia bariátrica entre as macrorregiões. Desse modo, quando na linha as proporções, duas a duas, são seguidas das mesmas letras não diferem estatisticamente ($p\text{-valor} > 0,05$).

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o número do CAAE: 17810619.1.0000.5187.

RESULTADOS

Ao analisar as repostas, observa-se que a maioria dos participantes, nas três macrorregiões, é do sexo feminino e a raça predominante é a branca, com exceção da macrorregião 1. Os enfermeiros e os nutricionistas foram os profissionais que compuseram a maior parte da amostra e todos os participantes atuam na atenção básica há pelo menos 6,5 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e caracterização das UBS por macrorregião de saúde do estado da Paraíba, 2022.

Variáveis	Macro 1 n(%)	Macro 2 n(%)	Macro 3 n(%)	<i>p</i>
Sexo				
Feminino	150 (93,2)	159 (90,2)	124 (89,2)	0,4767
Masculino	11 (6,8)	16 (9,01)	15 (10,8)	
Cor/Raça				
Branca	54 (33,5)	72 (41,1)	65 (46,8)	0,0631
Não Branca	107 (66,5)	103 (58,9)	74 (53,2)	
Localização UBS				
Urbana Central	76 (47,2)	60 (34,3)	56 (40,3)	0,0059
Urbana Periférica	57 (35,4)	53 (30,3)	47 (33,8)	
Rural	28 (17,4)	62 (35,4)	36 (25,9)	
Formação Básica				
Nutrição	46 (28,6)	45 (25,7)	32 (23)	0,0802
Enfermagem	94 (58,4)	119 (68)	98 (70,5)	
Outra	21 (13)	11 (6,3)	9 (6,5)	
Unidade de Atuação				
Unidade Básica de Saúde	44 (27,3)	47 (26,9)	47 (33,8)	0,0190
Unidade Saúde da Família	90 (55,9)	73 (41,7)	57 (41)	
Núcleo de Apoio à Saúde da Família tipo I	10 (6,2)	16 (9,1)	15 (10,8)	
Núcleo de Apoio à Saúde da Família tipo II	7 (4,3)	22 (12,6)	6 (4,3)	
Núcleo de Apoio à Saúde da Família tipo III	2 (1,2)	5 (2,9)	2 (1,4)	
Outra	8 (5)	12 (6,9)	12 (8,6)	
Tempo de serviço				
Menos de 6,5 anos	96 (59,6)	98 (56)	89 (64)	0,3545
Maior ou igual a 6,5 anos	65 (40,4)	77 (44)	50 (36)	
Formação Obesidade				
Sim	12 (7,5)	19 (10,9)	9 (6,5)	0,3288
Não	149 (92,5)	156 (89,1)	130 (93,5)	

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Quanto às ações desenvolvidas pelas equipes da UBS observa-se que a macrorregião 1 é quem mais desenvolve ações estratégicas para o paciente com indicação de bariátrica. Entretanto, o maior percentual apresentado por esta macrorregião pode estar associado à sua maior população na amostra (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis relacionadas às ações desenvolvidas pelas equipes de atenção primária ao paciente com indicação de cirurgia bariátrica por macrorregião de saúde do estado da Paraíba, 2022.

Ações desenvolvidas pelas equipes de atenção primária ao paciente com indicação de CB	Macro 1 n(%)	Macro 2 n(%)	Macro 3 n(%)	*p
	Sim (N=161)	Sim (N=175)	Sim (N=139)	
Indica o usuário a buscar serviço especializado.	120a (74,5)	121a (69,1)	91a (65,5)	> 0,05
Faz a referência (com parecer, resultados de exame) para a atenção especializada.	113a (70,2)	107ab (61,1)	75b (54)	< 0,05
Recebe contrarreferência dos outros pontos de atenção da rede.	42a (26,1)	40a (22,9)	39a (28,1)	> 0,05
Acompanha até que a cirurgia seja viabilizada.	83a (51,)	75ab (42,9)	55b (39,6)	< 0,05
Faz acompanhamento após a CB.	95a (59%)	89a (50,)	70a (50,4)	> 0,05
Realiza ações intra e intersetoriais que propiciem o desenvolvimento integral das ações da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade.	70a (43,5)	63a (36)	58a (41,7)	> 0,05

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Observa-se, ainda, que nenhuma das macrorregiões realiza monitoramento da lista de espera de pacientes com indicação para cirurgia bariátrica ($p < 0,005$) e os profissionais desconhecem como se dá este monitoramento ($p < 0,005$). A macrorregião 2 é a que sente mais dificuldade no acompanhamento global do paciente com indicação de cirurgia bariátrica em comparação com às duas outras macrorregiões. (Tabela 2)

Verifica-se ainda que os profissionais de todas macrorregiões não sabem como se dá o acesso do paciente aos medicamentos necessários ao pré e pós-cirúrgico de cirurgia bariátrica ($p < 0,005$), quais os suplementos utilizados ($p < 0,005$) e quem fornece esta suplementação ($p < 0,005$). Observa-se que a macrorregião 2 é a que apresenta maior fragilidade no acompanhamento ao paciente pós cirurgia bariátrica ($p < 0,005$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionadas ao monitoramento da lista de espera de pacientes com indicação para cirurgia bariátrica e o acesso e disponibilidade de medicamentos e suplementos nutricionais por macrorregião de saúde do estado da Paraíba, 2022.

Existe lista de espera monitorada para pacientes com indicação de cirurgia bariátrica?	Macro 1 n(%)	Macro 2 n(%)	Macro 3 n(%)	*p
Não	125 ^b (77,6)	164 ^a (93,7)	123 ^a (88,5)	< 0,05
Como é feito o monitoramento da lista de espera para pacientes com indicação de cirurgia bariátrica?	Não Sabe	Não Sabe	Não Sabe	
Sistema Informatizado				
Agenda de profissional ou da equipe da unidade				
Outra				
Não Sabe	82 ^a (50,9)	86 ^a (49,1)	78 ^a (56,1)	>0,05
Os usuários que realizaram ou que realizarão a cirurgia bariátrica têm acesso regular aos medicamentos prescritos pelos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em que situações?	Não Sabe	Não Sabe	Não Sabe	
Sim, pré e pós cirurgia bariátrica				
Sim, apenas pré cirurgia bariátrica				
Sim, apenas pós cirurgia bariátrica				
Não Sabe	108 ^a (67,1)	129 ^a (73,7)	92 ^a (66,2)	>0,05
O município ou o estado disponibilizam suplementos nutricionais para pacientes que fizeram cirurgia bariátrica?	Não Sabe	Não Sabe	Não Sabe	
Sim, o Estado				
Sim, o Município				
Sim, Estado e Município				
Não Sabe	121 ^{ab} (75,2)	139 ^a (79,4)	91 ^b (65,5)	<0,05
Indique quais suplementos nutricionais são fornecidos, pelo Estado ou Município:	Não Sabe	Não Sabe	Não Sabe	
Suplemento Proteico	126 ^{ab} (78,3)	143 ^a (81,7)	94 ^b (67,6)	<0,05
Polivitamínico	127 ^a (78,9)	143 ^a (81,7)	94 ^b (67,6)	<0,05

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

DISCUSSÃO

Através destes achados, é possível perceber a fragilidade assistencial que predomina nas três macrorregiões de saúde da Paraíba no cuidado ao paciente obeso com indicação para realização da cirurgia bariátrica. É expressiva a necessidade de atenção a esta vertente da assistência, dado que o profissional da APS é essencial e que, apesar do subfinanciamento das ações de educação em saúde, capacitação profissional, promoção à saúde e prevenção de agravos, é neste nível de atenção que se inicia o fluxo de cuidado à estas populações.

A adoção de intervenção cirúrgica como estratégia de cuidado ao paciente obeso grave é uma ferramenta muito eficaz de tratamento. Entretanto, a demanda de indicações para a realização deste procedimento pode demonstrar fragilidades assistenciais com relação a outras estratégias terapêuticas que envolvam, inclusive, o cuidado multiprofissional.

Quando necessária sua realização, a intervenção cirúrgica exige dos profissionais que compõem a linha de cuidado, capacitação para orientá-lo quanto aos cuidados relacionados ao fluxo de encaminhamento, bem como sobre ações e serviços padronizados pela rede de atenção ao usuário em condições semelhantes.

Entretanto, os profissionais de saúde deste estudo, para todas as macrorregiões estudadas, desconhecem como se dá partes importantes do processo do acompanhamento de um paciente com indicação para cirurgia bariátrica, bem como dos pacientes que já realizaram determinado procedimento. Tais achados são muito importantes, visto que a atenção primária é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e a partir de então haverá a organização da rede e a integração dos demais níveis de atenção, conforme as necessidades do usuário. Além disso, a APS se faz parte essencial para que o usuário mantenha o acompanhamento de forma adequada após o procedimento cirúrgico.

Esses resultados demonstram a fragilidade da APS no tocante a intersetorialidade e integralidade que são preconizadas pelo SUS, deixando clara a lacuna entre o encaminhamento dos pacientes obesos que necessitam realizar a cirurgia bariátrica e posterior acompanhamento destes. Isso é corroborado por Conz e colaboradores (2020) que mostram que o encaminhamento do paciente obeso grave por profissionais da UBS para realização da cirurgia bariátrica foi pouco recorrente, sendo o acesso a esse procedimento oriundo de indicação de pessoas públicas, amigos e familiares. Deste modo, o cuidado longitudinal a esta população por parte da equipe multiprofissional da APS fica limitado e desorganiza o fluxo preconizado pelo SUS¹⁷. Como pôde ser verificado no presente estudo, onde a maioria das UBS, de todas as macrorregiões, não recebe contrarreferência de outros pontos de atenção de saúde da rede.

O Caderno de Atenção Básica n. 12¹⁸ que traz subsídios para o pode servir como guia para profissional de saúde do SUS, incluindo os da estratégia de saúde da família, sobre como realizar a atenção ao paciente com obesidade que estejam além da indicação para a cirurgia bariátrica. Sabe-se que existem ferramentas elaboradas pelo Ministério da Saúde que orienta sobre o cuidado ao paciente com obesidade grave, mas é visível a baixa adesão dos profissionais à utilização destes materiais, bem como sobre a temática. Isso pode dificultar a adesão dos próprios usuários às estratégias para lidar com a obesidade, principalmente as mais ativas^{19,20}. Dessa forma, a integralidade, quando bem executada, pode ser bem vista pelos usuários, detentora de maior poder resolutividade, como destaca Sebold e colaboradores (2020) num estudo que objetivou elaborar junto aos 21 profissionais, que prestam assistência ao paciente com excesso de peso, um fluxograma de reconhecimento, acolhimento e acompanhamento desses usuários¹.

O paciente obeso requer uma atenção diferenciada, que ultrapasse as barreiras das práticas alimentares e se aprofunde em suas questões subjetivas. Para isso, os profissionais de saúde precisam usar o conhecimento como ferramenta para que alcancem o resultado esperado: a adesão do paciente ao tratamento e a longitudinalidade da atenção à saúde. Contudo, observa-se que estes profissionais não estão preparados para executar tais ações. Esses dados corroboram com estudos de Müller *et. al.* (2019), Paim *et. al.* (2020) e Beserra *et al.* (2021), que evidenciaram que os profissionais de saúde apresentam inconsistência de conhecimento, ótica negativa sobre os indivíduos obesos e desacreditam na eficácia das intervenções realizadas. Para que as diversas demandas provenientes da obesidade sejam atendidas é necessário que os profissionais estejam qualificados e, dessa forma, os gestores e profissionais dos serviços de saúde precisam adotar processos de formação continuada para os envolvidos e capacitações multiprofissionais para as equipes de apoio^{10,20,21}.

Para Hayes e colaboradores (2017) num estudo realizado com 31 profissionais da APS nos Estados Unidos, as principais dificuldades no atendimento ao paciente obeso são a falta da interação multiprofissional e entendimento limitado quanto a cronicidade da doença. A obesidade, apesar de não ser uma doença oriunda de desordens mentais, acomete a população com alta prevalência de ansiedade, depressão, abuso de álcool e distúrbios alimentares²². Dessa forma, quando esgotadas as possibilidades de tratamento convencionais, a cirurgia bariátrica surge como uma alternativa de tratamento efetivo, podendo ter ações benéficas não somente corporais, mas também psicológicas.

É possível verificar que assistir ao paciente pós-CB na atenção primária é difícil e requer preparo mútuo, tanto da equipe quando do paciente. Não entender como se dá o processo de

cuidado e o fluxo assistencial a estes casos faz com que o profissional seja facilitador do abandono desta estratégia terapêutica. Sabe-se que o paciente pós-CB pode retroceder ao tratamento caso o acompanhamento ofertado após o procedimento não seja adequado e isso pode levar a abandonar a linha de cuidado.

Apesar de, neste estudo, serem identificadas fragilidades na execução, as ações intersetoriais são importantes como meio de integralizar as ações da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, reforçando a rede de cuidado ao paciente obeso através do olhar multiprofissional, como apontam Sebold e colaboradores (2020)¹. No âmbito da atenção primária, é necessária a articulação com outros equipamentos do território como o Programa Saúde na Escola (PSE), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) e a Coordenação de DCNT e, em outros níveis de atenção com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços ambulatoriais referenciados como nutrição, fisioterapia, ambulatórios de especialidades médicas e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e na Alta Complexidade os hospitais. É imprescindível a articulação entre os diversos setores que transpassem o setor saúde como o da educação, assistência social e do esporte²³.

A intervenção cirúrgica também pode reforçar um lado negativo, pois vem sendo associada ao desenvolvimento de transtornos mentais a médio e longo prazo. Neste contexto torna-se ainda mais expressiva a necessidade de atuação de profissionais que lidam com a saúde mental como, por exemplo, psicólogos e psiquiatras para o cuidado direcionado a este público²⁴.

As longas filas de espera podem gerar ou potencializar agravos relacionados à obesidade, gerando desistência do procedimento e abandono da linha de cuidado. A assistência ofertada pela APS identificada neste estudo pode reduzir as sensações de angústia, medo e ansiedade, o que impactando na redução da desistência. No SUS, as listas de espera por cirurgia bariátrica são de responsabilidade regulatória das secretarias estaduais de saúde²⁶ e, talvez por esse motivo, seja tão alto o índice de respostas negativas quanto à sua existência encontradas neste estudo. Todavia, mesmo na ausência desse monitoramento, as UBS estudadas realizam o acompanhamento desse usuário até que a cirurgia seja viabilizada. Fato esse que é de grande relevância, dado que essa longa espera ocasiona sensações de angústia, medo e ansiedade¹⁷. Como foi visto em um estudo australiano, em que 17 participantes que estavam esperando pelo procedimento cirúrgico destacaram a longa espera como frustrante, deprimente e estressante, além de potencializar o ganho de peso que geraram piora no quadro das comorbidades e mobilidade²⁷.

O estudo de Pezzim et. al. (2020), com 49 pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica, observou que estes apresentem significativa prevalência de sintomas de ansiedade e

depressão, sendo eles mais dependentes dos cuidados de enfermagem, quando comparados aos que não possuem esses sintomas³. Verificou-se, ainda, que enfermeiros ofertaram as orientações sobre cirurgia bariátrica, o que pode ser reforçado pelos achados deste estudo, apesar previamente ter sido referida a preferência por nutricionistas. Entretanto, o fato de enfermeiros comporem a maior parte dos participantes deste estudo pode representar um viés e explicar os achados deste estudo, como esta categoria pouco conhece sobre a suplementação vitamínica pós-CB.

Os nutricionistas são profissionais indispensáveis no acompanhamento pré e pós-cirúrgico de bariátrica, dado que orientam e organizam questões dietéticas em conformidade com o procedimento a ser realizado, bem como individualizam as orientações em concordância com o perfil do paciente. Ainda, se faz necessário no controle de complicações que podem surgir no pós-operatório de CB a curto, médio ou longo prazo, como é o caso das deficiências nutricionais, que podem variar conforme o tipo de procedimento realizado e podem resultar em outras desordens orgânicas. O profissional de nutrição é o mais adequado, na equipe multiprofissional, a liderar as condutas orientadas ao paciente pós CB^{28,29}.

Dessa forma, se faz necessário uma boa triagem do paciente no pré-operatório para serem identificadas e corrigidas deficiências preexistentes. Sendo assim, o acompanhamento no pós-operatório se torna crucial para que o paciente seja suplementado, visto que não conseguem atingir as recomendações de vitaminas e minerais apenas pela alimentação^{29,30}.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou uma grande lacuna da assistência prestada na atenção básica a pacientes obesos com indicação para cirurgia bariátrica em todo estado da Paraíba, visto que entre as macrorregiões não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Essa lacuna pode ser evidenciada pelo fluxo de organização da rede de atenção à saúde preconizada pelo SUS que não é executado como deveria no momento em que se observa que a maioria das UBS não recebe contrarreferência de outros pontos de serviços de saúde para ser dada continuidade ao acompanhamento após o procedimento cirúrgico.

Outro ponto relevante encontrado neste estudo, e talvez o mais importante, é a ausência de formação específica recente para o atendimento dos pacientes obesos por parte dos profissionais que atuam na APS, reforçando a necessidade da mudança desse cenário para que os profissionais aprimorem seus conhecimentos e consigam atender as demandas oriundas dos usuários com obesidade. Pesquisas futuras podem aprofundar mais os questionamentos aos

profissionais atuantes nesses serviços para conseguirem detalhar as fragilidades existentes de modo a otimizar o fluxo assistencial previsto para atenção primária à saúde e a adesão ao tratamento por parte dos usuários obesos.

Além disso, se torna necessário entender quais os obstáculos que os profissionais encontram para se especializarem sobre obesidade, de modo que transpareça se os fatores de interferência são a pouca oferta deste recurso ou falta de estímulo destes profissionais. Tendo em vista que o acompanhamento desses usuários com obesidade precisa ser realizado por uma equipe multiprofissional, se torna fundamental realizar formações específicas e continuadas com todos da equipe de estratégia de saúde da família de modo que consigam integralizar as ações trazendo o enfoque principal de cada área de atuação.

REFERÊNCIAS

1. Sebold, L. F., Silva, F. M., Girondi, J. B. R., Amante, L. N., Chiodelli, N. S., & Anders, J. (2020). Fluxograma para o cuidado a pessoa com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 16951-16968.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019a, 13 nov
3. Pezzim, I. M., Firmino, A. P. O., Carvalho, R. D., Romero, W. G., Wandekoken, K. D., Fiorin, B. H., & Lopes, A. B. (2020). Ansiedade contribui para o aumento do grau de dependência da assistência de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 24, 1-8.
4. Nilson, E. A. F., Andrade, R. D. C. S., Brito, D. A. D., & Oliveira, M. L. D. (2020). Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e32.
5. PENIDO, A. Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-anos>>. Acesso em: 25 jul. 2019.
6. de Sousa Carvalho, L., de Sousa, C. B., Beserra, J. B., Cabral, S. D. M. R., de Oliveira Cardoso, O., & dos Santos, M. M. (2021). Reflexões sobre os desafios e perspectivas no enfrentamento da obesidade no âmbito da atenção básica no Brasil. *Research, Society and Development*, 10(7), e6810716331-e6810716331.
7. Silva, F. M. (2019). Acompanhamento da pessoa com sobrepeso ou obesidade com ênfase nos fluxogramas: uma estratégia de cuidado na atenção primária à saúde.
8. Marins, V. V. B. D. A. (2020). Condições institucionais para implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Atenção Básica no município de Niterói.
9. de Almeida, L. M., Campos, K. F. C., Randow, R., & de Almeida Guerra, V. (2017). Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 8(1), 114-139.
10. Beserra, JB, de Sousa Carvalho, L., Cardoso, TZ, de Oliveira Cardoso, O., & dos Santos, MM (2021). Enfrentamento da obesidade na Atenção Básica à Saúde no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição: com base na construção de um modelo lógico. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (15), e469101522692-e469101522692.
11. Evangelista, M. M. (2019). Avaliação da adesão às orientações ao manejo da obesidade em pacientes na fila para a cirurgia bariátrica no SUS: um ensaio clínico randomizado.
12. TONATTO-FILHO, AJ, GALLOTTI, FM, CHEDID, MF, GREZZANA-FILHO, TDJM, & GARCIA, AMSV (2019). CIRURGIA BARIÁTRICA NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO: O BOM, O MAU E O FEIO, OU UM LONGO CAMINHO A PERCORRER. SINAL AMARELO!. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 32

13. Ferreira, L. E. (2019). Construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia bariátrica.
14. SBCBM 2019 - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [home page da internet]. SBCBM. [Acessado em 14 de março de 2019]. Disponível em <https://www.sbcbm.org.br/>
15. SIEGEL, S. &CASTELLAN,Jr, N.J. Estatística Não Paramétrica para as Ciências do Comportamento. ArtmedBookman. São Paulo, 2006, reimpressão 2008.
16. R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
17. Conz, C. A., Jesus, M. C. P. D., Kortchmar, E., Braga, V. A. S., Machado, R. E. T., &Merighi, M. A. B. (2020). Camino recorrido por obesos mórbidos enlabúsqueda de lacirugía bariátrica enel sistema público de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2006). Cadernos de Atenção Básica, nº 12.
19. Dias, P. C., Henriques, P., Anjos, L. A. D., &Burlandy, L. (2017). Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00006016.
20. Müller; A. L.; Silva, C. R. L. D. & Vargas, D. M (2019). Percepções de aspectos psicossociais no cuidado em saúde de adolescente com obesidade grave. *Rev.Psicol. Saúde*, 11(3).
21. Paim, M. B. &Kovaleski, D. F (2020). Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saude soc.*, 29(1).
22. Hayes S, Wolf C, Labbé S, Peterson E, Murray S. Primaryhealthcareproviders'rolesandresponsibilities: a qualitative exploration of who does what in the treatment and management of persons affected by obesity. *J Comm Healthc*. [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 Apr, 13];10(1):47-54. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17538068.2016.1270874?needAccess=true>
23. Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, nº 38.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 424. 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 DoençasCrônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013[citado em 2019 Out. 30]. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/stories/Publicaes_20.03.2013_-_III.pdf
25. Mea CPD, Peccin C. Sintomas de ansiedade, depressivos e uso de substâncias psicoativas em pacientes após a cirurgia bariátrica. *RevPsicolSaúde*. 2017[citado em 2019 out.10];9(3):119-30. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000300009
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007.Dispo-nível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.htm>>. Acesso em: 22 nov. de 2021.
27. Sharman MJ, Venn AJ, Jose KA, Williams D, Hensher M, Palmer AJ, et al. The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery - implications

- for health service planners. *Clin Obes.* [Internet]. 2017 Feb [cited 2019 Apr, 13];7(1):46-53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cob.12169>
28. Chamberlain, C., Terry, R., Shtayyeh, T., & Martinez, C. (2021). Recognizing postoperative nutritional complications of bariatric surgery in the primary care patient: a narrative review. *Journal of Osteopathic Medicine*, 121(1), 105-112.
 29. Alves, K. V. (2021). Motivação e fatores nutricionais em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica: Uma revisão.
 30. Rossetti, F. X., Lorenzi, M. N., & Gomes, K. S. A. G. (2017). Aspectos nutricionais e qualidade de vida após cirurgia bariátrica em pacientes da atenção primária à saúde. *Segurança Alimentar e Nutricional*, 24(1), 75-82.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou duas grandes fragilidades que a atenção primária a saúde na Paraíba enfrenta quando se trata de pacientes obesos com indicação para cirurgia bariátrica. Uma delas é a quebra no fluxo assistencial da rede de atenção à saúde preconizada pelo SUS, visto que os achados mostraram uma lacuna no tocante a contrarreferência dos pacientes obesos, de outros serviços de saúde da rede, para continuidade do acompanhamento. Bem como, o desconhecimento de componentes importantes do processo de acompanhamento desses pacientes por parte dos profissionais atuantes nas UBS estudadas. O que é relevante e, ao mesmo tempo, preocupante considerando que a atenção primária à saúde é a porta de entrada da assistência pública de saúde e que grande parcela da população depende desses serviços.

Embora este estudo não tenha detalhado os fatores que desencadeiam tais fragilidades, a base populacional que compôs sua amostra traz subsídios para que novas pesquisas apontem onde há necessidade de ajustes tanto nas políticas públicas que se destinam a esses usuários, quanto nas ações de educação permanente que se voltem aos profissionais de saúde atuantes nesses serviços. Considerando que o acompanhamento do paciente obeso deve ser multiprofissional é fundamental que todos os profissionais da equipe de estratégia de saúde da família realizem formações específicas voltadas para estes usuários, de modo que consigam integralizar as ações trazendo o enfoque principal de cada área de atuação.

O que pode ter se caracterizado como uma limitação para o presente estudo foi a pouca participação dos nutricionistas, mesmo estes sendo previamente definidos como preferência para respondentes. O que acende o debate para entender como ficou a distribuição desses profissionais após a dissolução dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visto que em alguns casos um profissional dessa categoria ficou responsável por todas as UBS do município em que atua. Então se faz necessário que a individualidade de cada município seja considerada para que a rede de assistência à saúde e os profissionais que a compõe sejam organizados conforme a demanda da comunidade. Sendo assim, é fundamental a atuação do nutricionista no acompanhamento longitudinal dos pacientes obesos com indicação para cirurgia bariátrica e dos que já realizaram tal procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, M. et al. **NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL**. 2. ed. Tamboré - Sp: Manole Ltda, 2019. 596 p.

ARAÚJO, F. M. et al. **Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 2, p.249-260, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO).

BARROS, F. **Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II)**. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, [s. 1], v. 42, n. 3, p. 136-137, jun. 2015.

BORTOLINI GA, OLIVEIRA TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. **Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil**. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>

BRASIL, CONITEC. **Cirurgia Bariátrica por laparoscopia: relatório de recomendação**. Ministério da Saúde. Brasília - DF, p. 1-37. jan. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria no 424/GM/MS, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União* 2013; 28 jun

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece Regulamento Técnico, Normas e Critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 01 outubro 2021.

CARVALHO, A. S.; ROSA, R. S. **Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2016***. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 1-10, maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200008>.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, fev. 2015.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L.. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro.** Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 33, n. 7, p. 2-12, 18 jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>.

FERREIRA, L. E. **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA.** 2019. 148 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

FERREIRA, P. D. A. A. et al. **Caracterização do comportamento alimentar e estado nutricional de adultos.** Motricidade, Fortaleza - Ceará, v. 14, n. 1, p.252-258, jan. 2018.

LIMAFIORAVANTI, S. F., ANDRADE L.V., BARROS, E. C. B. M.V **COLÓQUIO INTERDISCIPLINAR EM COGNIÇÃO E LINGUAGEM,** 2017, Rio de Janeiro. **FATORES SOCIAIS E PSICOLÓGICOS NA OBESIDADE E O MÉTODO TERAPEUTICO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.** Rio de Janeiro: Uenf, 2017. 30 p.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 18-37, set. 2018.

MARTINS, A. P. B. **É PRECISO TRATAR A OBESIDADE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.** Revista de Administração de Empresas, [S.L.], v. 58, n. 3, p. 337-341, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-759020180312>.

MENDES, E. V. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015, p. 30.

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

PENIDO, A. **Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos**. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-anos>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SEBOLD, L. F.; SILVA, F. M.; GIRONDI, J. B. R.; AMANTE, L. N.; CHIODELLI, N. S.; ANDERS, J. **Fluxograma para o cuidado a pessoa com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde**. Brazilian Journal Of Health Review, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 16951-16968, dez. 2020.

SILVA, F. M. **ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM SOBREPESO OU OBESIDADE COM ÊNFASE NOS FLUXOGRAMAS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. 2019. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

SILVA, S. M. B. **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO: UM ESTUDO COM MULHERES OBESAS**. 2018. 85 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2018.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Home. Cirurgia Bariátrica. Notícias. Notícias destaque. **Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018. Cirurgias bariátricas realizadas** em 2018 representam 0,47% da população elegível ao procedimento. Custo da obesidade. Disponível em: [<https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>]. Acesso em: 19 de Novembro de 2021)

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. p.33 – 4.ed. - São Paulo, SP.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO “DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E DO CUIDADO OFERTADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO/OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – APS.”

Bloco A: IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

2. Confirme o estado onde você atua:

Paraíba (PB)

3. Escolha o município onde você atua:

Bloco B: IDENTIFICAÇÃO DA UBS/ESF NA QUAL ATUA O PROFISSIONAL RESPONDENTE

4. Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) a que você está vinculado(a):

5. Localização da Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual você está vinculado(a):

Urbana central

Urbana Periférica

Rural

Aldeia Indígena

6. População adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual você está vinculado(a):

Número de pessoas/usuários:

Número de famílias:

Bloco C: IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

7. Data de preenchimento do questionário (formato data DD/MM/AAAA), é necessário inserir as barras entre os campos:

8. Nome civil ou nome social:

9. Data de nascimento (formato data DD/MM/AAAA), é necessário inserir as barras entre os campos:

10. Sexo:

Feminino

Masculino

Outro

Não desejo declarar

11. Cor/raça:

Amarela

Branca

Indígena

Parda

Preta

Outra

Não desejo declarar

12. Indique sua profissão (formação básica):

Assistência Social

Enfermagem

Farmácia

Medicina

Nutrição

Odontologia

Educação física

Outra (especifique)

13. Unidade de atuação do profissional (respondente):

Unidade Básica de Saúde

Unidade Saúde da Família

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde - Tipo I

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde - Tipo II

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde - Tipo III

Outra (especifique)

14. Há quanto tempo você exerce/trabalha no cargo/função atual? (Considerar anos completos).

15. Vínculo empregatício:

CLT (carteira de trabalho assinada)

Servidor público municipal (concurso público)

Servidor público estadual (concurso público)

Servidor público federal (concurso público)

Contrato temporário por serviço público de saúde;

Contrato por tempo indeterminado por serviço público de saúde;

Contrato temporário por Organização Social (OS);

Contrato por tempo indeterminado por OS

Outro (especifique)

16. Participou de curso de formação, no âmbito do projeto de enfrentamento e controle da obesidade no SUS, no decorrer do ano de 2019?

Sim

Não

Não, mas está previsto para 2020

Bloco F – Implementação da Linha de Cuidado para Sobrepeso/Obesidade – LCSO

46. Em relação aos pacientes com indicação para cirurgia bariátrica, quais são as ações desenvolvidas pelas equipes (UBS/USF)?

A equipe faz indicação para o usuário buscar serviço especializado

A equipe faz a referência (com parecer, resultados de exame) para a atenção especializada;

A equipe recebe contrarreferência dos outros pontos de atenção da rede

A equipe acompanha até que a cirurgia seja viabilizada

A equipe faz o acompanhamento após cirurgia bariátrica

A equipe realiza ações intra e intersetoriais que propiciem o desenvolvimento integral das ações da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade

47. Existe lista de espera monitorada para pacientes com indicação de cirurgia bariátrica?

Sim

Não

Não sei

Se sim, responder 48

48. Como é feito o monitoramento da lista de espera para pacientes com indicação de cirurgia bariátrica?

Sistema informatizado

Agenda de profissional ou da equipe da unidade

Não sei

Outra (Qual?):

49. Os usuários que realizaram ou que realizarão a cirurgia bariátrica têm acesso regular aos medicamentos prescritos pelos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em que situações?

Sim, pré e pós cirurgia bariátrica

Sim, apenas pré cirurgia bariátrica

Sim, apenas pós cirurgia bariátrica

Não

Não sei

50. O município ou o estado disponibilizam suplementos nutricionais para pacientes que fizeram cirurgia bariátrica?

Sim, o Estado

Sim, o Município

Sim, Estado e Município

Não

Não sei

51. Indique quais suplementos nutricionais são fornecidos, pelo Estado ou Município:

Suplemento Proteico

Polivitamínico

ANEXO II – PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.

Número do Parecer: 4.401.954

CAAE: 17810619.1.0000.5187

Título da Pesquisa: PROJETO DE PESQUISA, EXTENSÃO E FORMAÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OBESIDADE DA POPULAÇÃO DA PARAÍBA

Data da relatoria: 16/11/2020.

ANEXOIII- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Prezado,

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Diagnóstico da aplicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no enfrentamento e controle da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde”, referente ao eixo de pesquisa e desenvolvimento do “PROJETO DE PESQUISA, EXTENSÃO E FORMAÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OBESIDADE DA POPULAÇÃO DA PARAÍBA”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A obesidade é um sério problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência em todas as faixas etárias, bem como à associação com várias doenças crônicas como o diabetes, a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares, que podem repercutir na qualidade de vida do indivíduo bem como levar a uma morte precoce. Apesar de todas as políticas existentes e melhora no nível de atividade física da população, bem como do hábito alimentar, a prevalência de sobrepeso/obesidade continua aumentando.

Essa pesquisa tem por objetivo principal conhecer e caracterizar aspectos relacionados à implementação e à gestão das ações de alimentação e nutrição, com ênfase na organização da organização e gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade, no âmbito da Atenção Básica de Saúde /Atenção Primária à Saúde e alinhadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), do Ministério da Saúde, nos municípios.

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, apresentada em questionário online (formato eletrônico, enviado pelo Ministério da Saúde via aplicativo *SurveyMonkey*) de perguntas e respostas, espera-se criar embasamento científico para planejar estratégias de melhorias na aplicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, obtendo subsídios para o fortalecimento do cuidado nutricional ofertado aos usuários do SUS e aprimorar as ações de prevenção ao excesso de peso e de promoção da alimentação adequada e saudável no território.

Sua participação neste estudo não infringe as normas legais e éticas, não oferece riscos à sua dignidade e não gera nenhuma despesa. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O risco existente nessa pesquisa se classifica como mínimo por se tratar de um estudo observacional, porém o participante poderá se sentir constrangido ao responder ao questionário sobre a atenção ou gestão da alimentação e nutrição do seu estado. Para diminuir o constrangimento, todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais e só serão utilizadas neste estudo. Somente a equipe de pesquisa terá conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados do estudo. As informações prestadas pelo(a) Sr.(Sra.) não serão divulgadas individualmente e nem servirão a outro propósito que não o de fornecer informações para melhoria e qualificação da gestão e do cuidado prestado aos usuários do SUS.

Ao final do estudo, o(a) Sr.(Sra.) será informado(a) sobre os principais resultados e conclusões obtidas. Ao participar, o(a) Sr.(Sra.), caso tenham interesse, terão prioridade na participação do curso de formação para enfrentamento da obesidade no SUS permitindo o aprofundamento no conhecimento sobre obesidade, bem como das políticas e instrumentos existentes para o controle dessa condição.

Além dos benefícios acima citados, essa pesquisa também proporcionará um melhor atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde e de uma gestão mais eficaz para o controle e enfrentamento da obesidade.

O seu conhecimento e experiência serão essenciais para o êxito de um diagnóstico que sirva ao desenvolvimento de ferramentas de apoio especificamente voltadas à organização, gestão e desenvolvimento do cuidado ofertado às pessoas com Sobrepeso/Obesidade na Atenção Primária de Saúde no SUS.

O pesquisador me garantiu que:

- A minha participação é inteiramente voluntária e não remunerada.
- Poderei me recusar a participar ou retirar o meu consentimento a qualquer momento da realização do estudo ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo
- Poderei me recusar a responder qualquer pergunta existente nos instrumentos de coleta de dados.
- Terei acompanhamento e assistência durante o desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro por participar desta pesquisa ou qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e também não receberá pagamento algum. Entretanto, caso necessite me deslocar por causa exclusivamente da pesquisa ou tenha algum prejuízo financeiro devido à participação do estudo, será ressarcido.
- Todos os encargos financeiros, se houver, serão de responsabilidade do pesquisador responsável. E que caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da minha participação da pesquisa, serei indenizado,
- As informações coletadas serão utilizadas apenas para a pesquisa e poderão ser divulgadas em eventos e publicações científicas, porém minha identificação será resguardada.

A qualquer momento o(a) Sr.(Sra.) poderá obter maiores informações entrando em contato com Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, através dos telefones **(83) 3315-3312 e (83) 98893-4552** ou através do **e-mail: carlamunizmedeiros@hotmail.com** ou do endereço: Rua Baraúnas, 351 - Central de Aulas, sala 330 - Núcleo de Extensão e Estudos em Pesquisas Epidemiológicas - Bairro Universitário. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos

pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, **E-mail: cep@uepb.edu.br** – **telefone: (83) 3315-3373** ou à Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (**61)3315-9036, email: cgan@saude.gov.br, financiador deste estudo.**

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a pesquisa e aceito participar voluntariamente

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a pesquisa e NÃO aceito participar

CONSENTIMENTO: Gestor Profissional de Saúde

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “ Diagnóstico da aplicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no enfrentamento e controle da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, função _____ na atenção básica _____ -- profissão _____ RG número _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Impressão dactiloscópica

