JONAS MENDONÇA SANTANA

**Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município de
Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento vivenciadas por
profissionais da Atenção Básica**

São Paulo

2020

JONAS MENDONÇA SANTANA

**Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município de
Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento vivenciadas por
profissionais da Atenção Básica**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Maria Helena Morgani de Almeida

São Paulo

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Santana, Jonas Mendonça.

Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento vivenciadas por profissionais da Atenção Básica / Jonas Mendonça Santana; orientador Maria Helena Morgani de Almeida -- São Paulo, 2020.

163 p. : tab., fig. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Obesidade. 2. Atenção à saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Núcleo de Apoio à saúde da família. 5. Estratégia de enfrentamento. 6. Integralidade em saúde. I. Almeida, Maria Helena Morgani de. II. Título.

Santana JM. Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento vivenciadas por profissionais da Atenção Básica. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: / /2020

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

À minha mãe Helena e à minha avó Alzira, por sempre me incentivarem a estudar e acreditar que através da educação podemos vencer na vida. Gratidão eterna a esses meus dois grandes tesouros.

Ao meu Deus, meu guia, meu protetor, meu mentor, meu amigo de todas as horas. Só Você sabe como foi difícil realizar este sonho antigo, que me conduziu até aqui com muito amor e paciência. Gratidão.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Helena Morgani de Almeida, minha orientadora, na verdade mais que orientadora, um ser humano iluminado, carinhoso, cuidadoso, que me incentivou e me apoiou em todos os difíceis momentos do Mestrado. Sem você eu não teria conseguido, meus sinceros agradecimentos, de coração.

Ao meu companheiro Daniel, por estar comigo sempre, do início ao fim, e pela paciência, compreensão, cuidado e atenção.

Aos profissionais da rede de saúde do município de Guarulhos, por participarem do estudo e acreditarem no trabalho. Agradecimento especial aos meus colegas de trabalho, mais que colegas, amigos, anjos que me ajudaram em todo o trabalho, Gilberto Almeida, Marcele Sakai, Patrícia Rios, Patrícia Prata, Kátia Costa, Talita Aguiar, Liliane Tavares, Simone Frakelins, Edna Domiciano, Luciana Miranda, Cátia Cerqueira, Fátima Rosangela Vieira, Selma Galvão, Aline Sardinha e Inês Zanotto.

Aos meus tios Fabio e Isabel, por sempre acreditarem em meu potencial e me apoiarem em todos os momentos da minha vida, meus anjos da guarda.

A todos os professores do Mestrado, que me ajudaram com tanto conhecimento, e por me ensinarem a ser um ser humano cada vez melhor.

A todos os meus colegas do Mestrado, pela parceira, carinho, pelo apoio e amizade que ficará para sempre.

Gratidão a todos aqueles que fizeram parte desta história tão linda e inesquecível que o mestrado nos proporciona.

“O mestre conduz o aprendiz.

O aprendiz conduz o mestre

Somos todos mestres

Somos todos aprendizes

Nesta eterna roda da vida”

Jonas Mendonça

RESUMO

Santana JM. Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento vivenciadas por profissionais da Atenção Básica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Original.

A prevalência da obesidade, doença crônica cuja atenção integral demanda assistência de profissionais de diversas áreas da saúde, tem aumentado exponencialmente. Nesse contexto, os cuidados de saúde primários assumem um papel de destaque na prevenção, controle e combate a tal agravo. **Objetivo:** Conhecer as práticas uni, multi e interprofissionais de atenção integral a pessoas com obesidade desenvolvidas por profissionais da estratégia de saúde da família e dos núcleos de apoio à saúde familiar do município de Guarulhos, com ênfase aos desafios identificados e às estratégias de enfrentamento propostas. **Metodologia:** Pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, realizada em duas fases com profissionais de nível superior de diferentes formações. Na primeira fase os profissionais responderam a um questionário *online* sobre as práticas adotadas, os desafios identificados e as estratégias de enfrentamento propostas na atenção integral a pessoas obesas. O conteúdo dos questionários foi submetido a análise temática. Com base nessa análise, foi desenvolvida a segunda fase do estudo, que compreendeu entrevistas com parcela dos profissionais participantes da primeira fase, norteadas por um roteiro de questões com foco no aprofundamento das informações obtidas na fase anterior. As entrevistas foram realizadas segundo a conveniência dos entrevistados, gravadas e analisadas em seu conteúdo temático. **Resultados:** Participaram da primeira fase 49 profissionais, a maioria jovem, do sexo feminino, enfermeiras, com atuação exclusivamente em Guarulhos. A maior parte dos respondentes afirmou não possuir curso específico para atuar com pessoas com obesidade, sentir-se pouco preparado, utilizar principalmente o atendimento em grupo, o atendimento individual sem outro profissional e o atendimento domiciliar compartilhado como formas de abordagem. Concebem a obesidade como uma doença crônica e prestam principalmente orientações preconizadas para essa doença, como prática de exercícios físicos e alimentação

saudável. A maioria realiza ações com profissionais da mesma unidade de saúde, especialmente nutricionistas, e, quando realiza ações intersetoriais, estas se desenvolvem especialmente junto à área de educação. Os principais desafios relatados foram a falta de conscientização do paciente, a pouca adesão ao tratamento e a falta de recursos materiais. As estratégias de enfrentamento mais apontadas foram discutir e conversar com a equipe acerca da importância do tratamento multidimensional, visitar pacientes que não conseguem ir à unidade, e realizar práticas educativas e de conscientização focadas na obesidade. Grande parte avalia suas práticas com pacientes com obesidade como nem satisfatórias nem insatisfatórias, e refere que está atuando de acordo com o protocolo do município. Participaram da segunda fase do estudo nove profissionais. As estratégias mais notórias desenvolvidas foram utilização de Lian Gong, fitoterápicos, relaxamento, meditação, auriculoterapia, grupos de WhatsApp, massagem e técnicas de respiração. **Conclusão:** O compartilhamento dos resultados da pesquisa, incluindo seu produto final - qual seja, a cartilha de experiências exitosas para atenção à obesidade em Guarulhos -, poderá contribuir para a discussão da atenção a pessoas com obesidade no município e aproximar profissionais da rede na busca do enfrentamento das dificuldades de forma mais integrada, humanizada e criativa. Futuras pesquisas poderão orientar-se para estudos mais amplos e aprofundados acerca da atenção a pessoas com obesidade no município de Guarulhos.

Palavras-chave: Obesidade. Atenção à saúde. Estratégia saúde da família. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Estratégia de enfrentamento. Integralidade.

ABSTRACT

Santana JM. Comprehensive health care for people with obesity in the city of Guarulhos: challenges and coping strategies experienced by Primary Care professionals [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Original.

Obesity is a chronic disease and have been increasing over all the years and demands a collaborative assistance among the different professional acting on the completeness perspective. In this context, the primary health care assumes an outstanding role in prevention, control and tackling obesity. **Objective:** To meet developed professional skills by family doctors and support bases from Guarulhos's municipilaty for full health attention to obese people, experienced challenges and faced off strategies. **Metodology:** Qualitative, exploratory and descritive research divided in two phases. The communit of this study was formed by a diverse range of health care professionals. On the first phase, all the professionals aswered an on-line questionnaire which was about some professionals skills, challenges about the full health attention to people with obesity and how to treat them in their totality needs. All the questionnaire's content was submit to analysis and with these results, was develop the second phase of this study. This second part its based on interviews with part of the health professionals who participated on the phase one. Those interviews was record and analysed on their content, focused on reinforce some informations that was detect on the first part of the research. **Results:** On the first phase of the development of the study, fourty-nine professionals participated, the majority being young nurses women and working exclusive in Guarulhos. The predominancy of the professionals assumes that they do not have a specific license or course and they do not feel to much prepared to treat people with obesity. The health professionals prefer to treat the people with obesity in groups than individuals approach without a capable professional, the homecare services are used too. They concept obesity as a chronic illness and give early orientantions about this desease like practice regularly exercices and healthy eating. The majority of the health professionals develops actions with professionals from the same health unit, especially nutriotionists and when they perform intersectoral actions, they develop

especially in the educational area. The main challenges reported was lacking of patient awareness, poor adherence to treatment and lack of material resources. The strategies of face off the problem was discuss about the importancy of the multifactorial treatment, visiting patients that cannot go the health unit, do educational practices and raise the awarenenses people with obesity. Some professionals interpret their actions as regularly action. They act how the municipilaty's protocol consist. In this phase two, nine professionals were interviewed, the strategies most used was Lian Gong practices, relaxing and meditation activities, herbal medicines, Whatsapp groups, Auriculotherapy, massages and breathing technique. **Conclusion:** Sharing these results, including their final product, which is a good content guide based in a sucessful experiences for obsesity care in Guarulhos city. This guide can contribute for future discussions about attention to people with obesity in the city and aggregate for people who need some orientantion to face off the needs for obesity people in a integrate, humanized and criative way. Future researches may direct to broader and deeper studies on the needs of people in the city of Guarulhos.

Keywords: Obesity. Health care. Family health strategy. Family Health support center. Coping strategies. Wholeness.

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1-	Profissionais respondentes do questionário <i>online</i> da primeira fase do estudo, Guarulhos, SP, 2019	48
Tabela 5.2-	Caracterização dos profissionais: dados pessoais, educacionais e profissionais, Guarulhos, SP, 2019	50
Tabela 5.3-	Atenção à obesidade: formação; preparo; atendimento e ferramentas, Guarulhos, SP, 2019	52
Tabela 5.4-	Integralidade na atenção: ações compartilhadas, profissionais envolvidos e ações intersetoriais. Guarulhos, SP, 2019	55
Tabela 5.5-	Desafios identificados por profissionais da rede municipal na atenção à saúde de pessoas com obesidade. Guarulhos, SP, 2019	58
Tabela 5.6-	Estratégias de enfrentamento apontada por profissionais da rede municipal na atenção à saúde de pessoas com obesidade, Guarulhos, SP, 2019	60
Tabela 5.7-	Avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais da rede municipal de saúde de Guarulhos, SP, 2019	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAPP	Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos e Pesquisas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEU	Centro Educacional Unificado
DAIS	Departamento de Assistência Integral à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corporal
LC	Linha de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PANCs	Plantas Alimentares não Convencionais
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Temos de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	OBESIDADE	23
2.2	ATENÇÃO BÁSICA	25
2.3	ABORDAGEM INTEGRAL E INTERPROFISSIONAL.....	27
2.4	REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS E LINHA DE CUIDADO PARA PESSOAS COM OBESIDADE	28
3	OBJETIVOS	33
4	MATERIAL E MÉTODOS	35
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	35
4.2	LOCAL DO ESTUDO	37
4.3	INSTRUMENTO DE COLETA NA PRIMEIRA FASE DO ESTUDO: QUESTIONÁRIO <i>ONLINE</i>	38
4.4	APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE	39
4.5	POPULAÇÃO ESTIMADA DO ESTUDO: PRIMEIRA FASE	39
4.6	COLETA E ANÁLISE DE DADOS: PRIMEIRA FASE	42
4.7	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NA SEGUNDA FASE DO ESTUDO: ROTEIRO DE ENTREVISTA	42
4.8	POPULAÇÃO ESTIMADA DO ESTUDO: SEGUNDA FASE.....	43
4.9	APLICAÇÃO DO ROTEIRO: PRÉ-TESTE	43
4.10	COLETA E ANÁLISE DE DADOS: SEGUNDA FASE	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1	PRIMEIRA FASE DO ESTUDO.....	47
5.2	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA SEGUNDA FASE DO ESTUDO	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICES.....	103
	ANEXOS	159

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica cuja prevalência tem aumentado de forma considerável, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma das epidemias do século XX (WHO, 1997).

No ano de 2014, mais de 1,9 bilhão de indivíduos adultos (39%) apresentavam excesso de peso, sendo que destes, 48% eram homens e 52% eram mulheres. Entre os indivíduos com excesso de peso, mais de 600 milhões (13%) eram obesos, sendo que destes, 41% eram homens e 59% eram mulheres (WHO, 2018).

Levantamentos realizados entre fevereiro e dezembro de 2014 pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) apontam que 52,5% dos adultos brasileiros estão acima do peso e que 17,9% da população está obesa (Brasil, 2015).

A obesidade é uma doença complexa que sofre influência de fatores biológicos, comportamentais, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos. Entretanto, cerca de 95% ou mais dos casos estão intimamente ligados ao estilo de vida, aí se incluindo alimentação, atividade física, sono etc. Por sua vez, o excesso de peso e de gordura corporal está associado a comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia e hipotireoidismo, entre outras (Dâmaso et al., 2003).

Diante da pluralidade de fatores associados à obesidade e suas consequências para a saúde, a proposição de atenção em caráter integral e multidisciplinar encontra respaldo na literatura e vem sendo implantada em diversos países como alternativa de escolha para a prevenção, o controle e o combate dessa epidemia (Rocha et al., 2009).

Pacientes com quadro crônico requerem atenção distinta daqueles com quadro agudo, pois os primeiros carecem de cuidado continuado, planejado e capaz de prever e abarcar suas necessidades. Esse necessita de atenção integrada que, para ser efetiva, deve envolver tempo, oferta de cuidados de saúde

integral por equipe multiprofissional, e empoderamento para o autocuidado (Mendes, 2011).

Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) assume importante papel no cuidado com pessoas com obesidade, por estar inserida próxima à comunidade e ser a principal porta de entrada do usuário no Sistema de Saúde. Profissionais da AB tem maior poder de compreensão da dinâmica social e atuam de forma privilegiada na prevenção de problemas de saúde, como o enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população (Brasil, 2011).

A Atenção Básica, e os diversos profissionais que integram as equipes voltadas a esse nível de atenção, podem prevenir e tratar a epidemia de obesidade, reduzindo os custos e as comorbidades a ela associadas de forma abrangente e eficaz.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada com o propósito de verificar a existência de publicações relacionadas com a atenção integral à saúde de pessoas com obesidade. Os materiais bibliográficos foram revisados com o intuito de explorar a obesidade como doença crônica, a Atenção Básica como fomentadora de acesso e tratamento para pessoas por ela cometidas, a abordagem integral à saúde para essa população e as redes de atenção às doenças crônicas, mais especificamente a obesidade.

Inicialmente serão discutidos os principais achados da literatura sobre o assunto, contemplando, nesta sequência: 1) a etiologia e o tratamento da obesidade; 2) o papel da atenção básica e da estratégia saúde da família no tratamento da obesidade; no 3) a importância da abordagem integral e interprofissional no enfrentamento da doença; e 4) as redes de atenção e linhas de cuidado para pessoas com obesidade.

Esse panorama proporciona subsídio acadêmico e ajuda a entender e discutir melhor as dificuldades e estratégias de enfrentamento da obesidade que perpassam a realidade do cotidiano de atendimento dos profissionais da Atenção Básica na cidade de Guarulhos.

2.1 OBESIDADE

A obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente do balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. As causas da obesidade incluem fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais, políticos e relacionados ao estilo de vida contemporâneo, marcado por consumo alimentar inadequado; sedentarismo e distúrbios emocionais (Cattai, 2008).

Assim, a obesidade apresenta etiologia multifatorial e pode ser classificada em: exógena, influenciada por fatores externos de origens comportamental (ansiedade), dietética (consumo elevado de gorduras) e/ou ambiental (exemplo desse fator são as escolas que comercializam fundamentalmente “fast food” para as crianças, e podem ser consideradas ambientes obesogênicos). A obesidade exógena representa em torno de 95% ou mais dos casos. A obesidade endógena, responsável por aproximadamente 5% dos casos de obesidade, está relacionada a componentes genéticos - síndrome de Prader-Willi -, neuropsicológicos - síndrome da compulsão alimentar -, endócrinos - obesidade tireoidiana - e metabólicos - baixa taxa metabólica basal - (Dâmaso et al., 2003).

Há diferentes métodos para avaliar se o peso de uma pessoa é excessivo. Na prática clínica cotidiana, e para a avaliação em nível populacional, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC), por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo. O IMC é estimado pela relação entre peso e altura do indivíduo, expresso em Kg/m^2 . Além de classificar o indivíduo com relação ao peso, o IMC é um indicador de riscos e gravidade para a saúde, tendo relação com várias complicações metabólicas. A fórmula para o cálculo compreende peso (em kg) dividido pela altura ao quadrado (em metros). Para fins de classificação, indivíduos com IMC de 25 kg/m^2 a $29,9 \text{ kg/m}^2$ são considerados com sobrepeso, indivíduos com IMC de 30 kg/m^2 a $34,9 \text{ kg/m}^2$ são considerados obesos grau I, de 35 kg/m^2 a $39,9 \text{ kg/m}^2$ são considerados obesos grau II, e indivíduos com IMC igual ou acima de 40 kg/m^2 são considerados obesos mórbidos (Anjos, 1992).

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar e, mesmo quando farmacológico, deve necessariamente combinar-se com mudança de estilo de vida. Assim, o sucesso do tratamento dependerá de constante vigilância na adequação do nível de atividade física e de ingestão de alimentos, além de outros fatores, como apoio social, familiar e automonitorização. Acrescente-se que, quanto maior for o excesso de peso, maiores serão a gravidade da doença e os gastos com o tratamento (ABESO, 2009).

A maior taxa de obesidade ocorre em populações com maior grau de pobreza e menor nível educacional. Pode-se explicar essa associação pelo maior consumo de alimentos de baixo custo - como os açúcares e as gorduras, dotados de grande densidade energética e maior palatabilidade – por tais grupos. Ainda, nessas populações relata-se maior incidência de comportamento sedentário (Brasil, 2014c).

2.2 ATENÇÃO BÁSICA

Entendendo a obesidade como um problema de saúde multifatorial, bem como a necessidade de cuidados integrados e articulados para esse agravo, publicações do Ministério da Saúde (MS) reafirmam a importância da organização dos serviços de saúde de maneira que respondam às demandas das condições crônicas, incluindo a obesidade. Para isso, as ações empreendidas por tais serviços devem objetivar superar o modelo de saúde reducionista e curativista ainda vigente, buscando compreender o processo de saúde e doença vivenciado pela população, para efetivamente resolver os problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos (Brasil, 2012). Portanto, os serviços articulados devem envolver não apenas ações de reabilitação de um agravo de saúde já instalado, mas principalmente ações de promoção da saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), constitui-se no primeiro contato do indivíduo com a rede de assistência à saúde, e espera-se que proporcione continuidade e integralidade da atenção, coordene a assistência dentro do próprio sistema, e tenha sua atenção centrada na família e na orientação comunitária, adequadas às características culturais da população (Brasil, 2010). Assim sendo, seu objetivo é orientar a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento de maior densidade tecnológica. A Atenção Básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços, dos mais simples aos mais complexos, nas redes de saúde (Mendes, 2002).

Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) constitui-se em âmbito privilegiado para a realização de ações de promoção da saúde para indivíduos, famílias e comunidades, com ênfase na autonomia dos sujeitos. Nessa perspectiva, acredita-se que as unidades básicas sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em suas comunidades, prestar atendimento de qualidade, evitar internações desnecessárias e melhorar a qualidade de vida da população (Brasil, 2012).

A APS é internacionalmente conceituada como uma estratégia de organização de atenção à saúde voltada para resolver - de forma regionalizada, contínua e sistematizada - a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas a indivíduos e comunidades. A APS é desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe (Mendes, 2002).

No Brasil há diversos programas e estratégias governamentais relacionados à APS, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se caracteriza como porta de entrada prioritária a um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF leva serviços multidisciplinares às comunidades através dos profissionais que compõem as equipes, tais como o médico da família, o enfermeiro da família, o cirurgião-dentista, os auxiliares de enfermagem e de odontologia e os agentes comunitários de saúde (Brasil, 1997).

O Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para apoiar e ampliar as ações da ESF. Os NASF são compostos por equipes de profissionais com diferentes formações de nível superior, tais como nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (Brasil, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, a ESF e o NASF devem prover atenção à saúde de forma contínua em uma localidade, nas especialidades básicas, com equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário da atenção.

2.3 ABORDAGEM INTEGRAL E INTERPROFISSIONAL

Sabendo-se que o homem é um ser biopsicossocial, entende-se que as práticas de atenção à saúde, realizadas para atender às necessidades dessa espécie, não alcançarão resultados impactantes se forem realizadas de forma fragmentada, ou seja, faz-se necessário perceber o indivíduo de forma integral. A tendência dos profissionais de cada área é atuar de forma isolada e independente das demais profissões e saberes. No entanto, nos serviços de saúde, a prática interprofissional permite a problematização e, por consequência, um possível deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde. Essa prática tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois diminui omissões ou duplicações de cuidados, evita a espera e os adiamentos desnecessários, além de ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais e o reconhecimento das contribuições específicas de cada área de saber e de suas fronteiras, flexibilizando a atuação dos profissionais envolvidos (Scherer et al., 2013).

A atenção interprofissional colaborativa e centrada no paciente, também compreendida como integralidade, é uma forma de reconhecimento da autonomia e da particularidade dos sujeitos envolvidos no cuidado, e do protagonismo dos usuários na produção social de sua própria saúde. O princípio da integralidade pressupõe o acesso a bens e serviços, gestão, formulação, controle participativo, interação entre usuário e profissionais, tendo como norteador o direito do usuário de ser tratado com integralidade e dignidade como pessoa humana. Nessa perspectiva, compreendem-se os usuários como parceiros das equipes na construção das práticas colaborativas. No contexto nacional, o acesso do usuário ao sistema é previsto preferencialmente na APS, tendo como referência central a equipe de saúde da família. Assim, a APS configura-se um contexto favorável à abordagem em equipe, com base na prática interprofissional colaborativa, em substituição à prática isolada de cada profissional (Peduzzi et al., 2013).

As equipes que constituem a Atenção Básica são formadas por profissionais de diferentes áreas, o que possibilita que os sujeitos sejam compreendidos de modo mais abrangente, e que as intervenções junto a eles sejam mais assertivas.

Segundo os níveis de interação das disciplinas, os profissionais podem compor equipes com diferentes denominações e formas de funcionamento. Nessa perspectiva, equipe multiprofissional caracteriza-se pela existência de profissionais de diversas disciplinas atendendo ou não um mesmo indivíduo. As trocas entre essas disciplinas são limitadas a informações pontuais e os profissionais não interferem no trabalho dos demais, fechados cada qual em seu nicho profissional. Já a equipe interprofissional compreende profissionais que trocam informações entre si segundo suas disciplinas, e essas trocas interferem nos trabalhos dos outros profissionais, à medida que amplia a compreensão do cliente entre eles (Peduzzi, 2007).

A fragmentação do cuidado é comum na multiprofissionalidade, uma vez essa forma de atuação pressupõe uma justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados balizarão a atuação de cada profissional. Já a interprofissionalidade vincula-se à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e às diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais. Extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional para uma perspectiva de interprofissionalidade reduz custos e melhora a produção do cuidado aos usuários (Batista, 2012).

2.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS E LINHA DE CUIDADO PARA PESSOAS COM OBESIDADE

Em fevereiro de 2013, foi publicada a Portaria nº 252/GM/MS, que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, revogada pela portaria nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014, que a atualizou. A partir da portaria nº 252/GM/MS, foi publicada a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado (LC) prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do

SUS. Concomitantemente, no âmbito hospitalar, foi publicada a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, que prevê o custeio da cirurgia bariátrica pelo Ministério da Saúde.

Segundo a portaria 424/GM/MS (Brasil, 2013a):

Art. 2º A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes:

I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;

II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;

III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VI- articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

VIII - formação de profissionais da saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;
e

X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Art. 4º Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições:

I - Componente Atenção Básica:

- a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;
- b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;
- c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável;
- d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;
- e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC ³ 30 kg/m² com comorbidades ou IMC ³ 40 kg/m²;
- f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e
- g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Polos de Academia da Saúde.

No contexto das redes de atenção à saúde, a linha de cuidado define a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção de uma rede - níveis primário, secundário e terciário - e nos sistemas de apoio, e pode utilizar vários tipos de estratificação - clínica e de risco, entre outras - para definir tais ações. A LC não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais ele necessita. A LC estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, estabelecendo fluxos de referência e contra referência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS. A finalidade da organização de uma LC para pessoas com sobrepeso e obesidade é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. Para que essa linha se organize, é importante a implementação

de mecanismos de gestão do cuidado nos municípios e regiões de saúde, como bons sistemas de informação e de regulação, fóruns de discussão de casos e educação permanente dos profissionais (Brasil, 2014a).

Outro documento importante publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde foi o Caderno de Atenção Básica, específico sobre obesidade, que não só enfatizou aspectos individuais tanto na configuração do problema quanto no seu enfrentamento, mas também sugeriu estratégias coletivas de promoção da alimentação saudável. Em 2014, um novo Caderno de Atenção Básica detalhou a construção da linha de cuidado para obesidade no âmbito da atenção básica e, secundariamente, destacou ações de promoção da saúde (Brasil, 2014c).

Destaca-se que o tratamento cirúrgico da obesidade é considerado apenas uma ação entre as demais que compõem o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, que, prioritariamente, é baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. Portanto, é essencial que Estados e Municípios promovam articulação intra e intersetorial para a organização e a implementação da linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como forma de assistir o usuário nos diversos pontos de atenção, bem como estimular as equipes de Atenção Básica a empoderar os usuários sobre suas condições de saúde, desenvolvendo o autocuidado (Brasil, 2014a).

Atualmente, o município de Guarulhos possui uma linha de cuidado e um protocolo de cuidado à obesidade publicado em 2015 pela Secretaria de Saúde do município: tais documentos trazem as causas da obesidade, o diagnóstico, o cuidado do agravo na atenção primária, secundária e terciária, o fluxo de encaminhamento e formulários de encaminhamento para especialidade médica e nutricional (Guarulhos, 2015). Em 2017, foi lançado no município de Guarulhos um projeto de intervenção voltado para pessoas com sobrepeso e obesidade maiores de 16 anos elaborado pelo Departamento de Assistência Integral à Saúde (DAIS), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Algumas das principais ações desse projeto são: incentivar a adoção de práticas alimentares saudáveis e da prática regular de exercícios, oferecer apoio psicológico e social, assistência farmacêutica, médica e de enfermagem, e assim fortalecer a autonomia, favorecendo o controle e a redução de peso e buscando melhorar o estilo de vida dessa população. O

projeto tem como objetivos principais: identificar estado nutricional e comorbidades associadas; prover matriciamento mensal; realizar ações educativas e práticas corporais; realizar exames clínicos; prover aconselhamento psicológico; monitorar as ações; construir fluxos; organizar normas e encaminhamentos (Guarulhos, 2017). As equipes de ESF e os NASFs serão os responsáveis pela condução do projeto nas unidades. A atenção primária acompanhará o paciente por um ano em grupos multidisciplinares semanais ou quinzenais - ou conforme a realidade de cada unidade -, realizarão avaliações antropométricas e nutricionais e avaliação física, e discutirão os casos mais graves com a atenção especializada. A atenção secundária acompanhará o paciente por um ano em grupos multidisciplinares e oferecerá consultas individuais com endocrinologista e equipe multiprofissional. A atenção terciária realizará cirurgia bariátrica nos pacientes, entretanto o município ainda não possui um hospital de referência, o que está em processo de pactuação.

A cidade ainda não possui centro especializado ou política municipal para a prevenção e o tratamento da obesidade. Atribuição por nível de atenção e articulação entre serviços foram propostos em 2018 pelo Departamento de Assistência Integral à Saúde, mas ainda se encontram em fase de implantação. Considerando esse contexto, supõe-se que o paciente com obesidade no município ainda carece de assistência integral, com um olhar interprofissional. Com base nessa realidade, admite-se a importância de estudo que vise identificar práticas profissionais para atenção integral à pessoa com obesidade no Município, desafios e estratégias de enfrentamento. A partir dessas informações espera-se favorecer o diálogo entre os diferentes profissionais e gestores da rede, buscando alternativas para a prestação de atenção humanizada, integral, eficiente e interprofissional aos portadores de obesidade.

3 OBJETIVOS

Geral

- Conhecer as práticas uni, multi e interprofissionais de atenção integral a pessoas com obesidade desenvolvidas por profissionais da estratégia de saúde da família e dos núcleos de apoio à saúde familiar do município de Guarulhos, com ênfase aos desafios identificados e às estratégias de enfrentamento propostas.

Específicos

- Caracterizar os profissionais participantes do estudo quanto aos aspectos demográficos, acadêmicos e profissionais.
- Mapear práticas uniprofissionais, multiprofissionais e interprofissionais para atenção integral a pessoas com obesidade.
- Identificar e analisar as percepções dos profissionais acerca dos desafios ao trabalho que realizam para atenção às pessoas obesas na perspectiva da integralidade.
- Identificar e analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais para atenção às pessoas obesas na perspectiva da integralidade.
- Elaborar uma cartilha que reúna experiências exitosas voltadas à prevenção e ao tratamento da obesidade do município de Guarulhos, de forma a contribuir para o desenvolvimento ou a qualificação de ações interprofissionais junto a pessoas obesas na perspectiva da integralidade (Apêndice A).

4 MATERIAL E MÉTODOS

Para a consecução dos objetivos propostos, optou-se por desenvolver pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória e descritiva com profissionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família e de Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município de Guarulhos. Com isso, buscou-se conhecer as práticas, identificar e analisar os desafios identificados e as estratégias de enfrentamento propostas por tais profissionais para prover atenção integral a pessoas com obesidade. As seções que seguem detalham o tipo de pesquisa eleito, o local do estudo, os instrumentos de coleta, os pré-testes, a população estimada e os procedimentos de coleta e análise dos dados.

4.1 TIPO DE PESQUISA

De acordo com Cervo e Bervian (2002), pesquisa qualitativa é aquela que tem como propósito compreender de forma detalhada as crenças, as atitudes, os valores e as motivações - em relação aos comportamentos - das pessoas em contextos sociais específicos. A finalidade desse tipo de pesquisa é explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto em estudo. Nessa perspectiva, o presente estudo buscou conhecer em profundidade as práticas adotadas pelos profissionais anteriormente mencionados na rotina de atendimento a pessoas obesas, descrevendo, identificando, analisando e interpretando as subjetividades em relação aos desafios e às estratégias de enfrentamento.

Outra característica da presente pesquisa é a sua natureza exploratória. De acordo com Gil (2002), a pesquisa exploratória aumenta o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, e proporciona-lhe maior familiaridade com o problema, de modo a possibilitar a construção de hipóteses, o desenvolver, o esclarecimento e a modificação de conceitos e ideias.

Finalizando as características da pesquisa adotada, esta também pode ser qualificada como descritiva, pois buscou descrever um fenômeno ou situação em detalhes (Lakatos, 1991).

A eleição de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva deu-se com o objetivo de identificar e caracterizar os profissionais da ESF e dos NASFs e explorar, conhecer e analisar as práticas, os desafios por eles identificados e as estratégias de enfrentamento por eles propostas no âmbito da atenção integral a pessoas com obesidade atendidas pelos serviço público de saúde do município de Guarulhos.

A pesquisa foi realizada em duas fases: 1) Envio do questionário *online* para as equipes da ESF e dos NASFs, com o intuito de captar respostas mais gerais sobre práticas uni, multi e interprofissionais, desafios e estratégias de enfrentamento para atenção integral à saúde de pessoas com obesidade. 2) Realização de entrevistas individuais com roteiro norteador, elaborado com base nos tópicos do questionário *online*, especificamente junto aos profissionais das equipes da ESF e do NASF que realizam práticas multiprofissionais ou interprofissionais e que apresentem estratégias de enfrentamento. As entrevistas focaram, portanto, no aprofundamento de informações acerca das práticas, bem como dos desafios identificados e das estratégias adotadas pelos profissionais para prover atenção integral a pessoas com obesidade. A pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013b), e teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP/FMUSP) (CAAE 83518018.0.0000.0065) (Anexo A) e pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos e Pesquisas da Secretaria de Saúde de Guarulhos (CAAPP) (Anexo B).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada junto a profissionais vinculados a serviços de Atenção Básica do município de Guarulhos. Saliente-se que Guarulhos é um dos 39 municípios que compõem a Grande São Paulo, região economicamente mais importante do Brasil, é a segunda cidade com maior população do Estado de São Paulo e a 13ª mais populosa do Brasil. Guarulhos possui uma população estimada de 1.365.899 habitantes (IBGE, 2018).

A cidade conta com 69 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 21 são unidades no modelo tradicional, 38 são unidades com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ou seja, com Estratégia de Saúde da Família, e 10 são unidades são de modelo misto. O município possui 17 equipes NASF e, para fins de gerenciamento e planejamento, encontra-se dividido em quatro regiões intramunicipais de saúde: Região I - Centro, Região II - Cantareira, Região III - São João-Bonsucesso e Região IV – Pimentas-Cumbica (Figura 4.1).

Figura 4.1 - Mapa das regiões de saúde de Guarulhos

Fonte: EducaSaude ([2019]).

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA NA PRIMEIRA FASE DO ESTUDO: QUESTIONÁRIO *ONLINE*

Na primeira fase do estudo foram enviados, por meio virtual, os questionários *online* (Apêndice B). Como anteriormente mencionados, tais questionários, no formato semiestruturado, tinham como intuito captar respostas gerais sobre práticas uni, multi e interprofissionais de atenção a pessoas obesas em sua integralidade, bem como identificar os desafios existentes e as estratégias de enfrentamento. Os temas centrais do questionário *online* eram: dados pessoais; atenção à obesidade; integralidade na atenção; desafios na atenção; estratégias de enfrentamento; e avaliação das ações. Os questionários, enviados por correio eletrônico, demandavam duração aproximada de preenchimento de 15 a 30 minutos.

Os meios digitais têm facilitado o trabalho dos pesquisadores na etapa de coleta de dados, favorecendo a participação de um maior número de pessoas em investigações, e possibilitando que os integrantes das amostras respondam aos questionários em celulares ou computadores, na comodidade de seus lares. Uma das opções atuais, simples e gratuita, é a criação de questionários pelo *Google Forms*. Essa ferramenta possibilita a criação de questionários com diversos tipos de respostas - múltipla escolha, caixa de seleção, texto -, inclusive programando-os para a intercalação páginas de acordo com as escolhas do respondente.

Construído na plataforma *Google Forms*, o instrumento de coleta *online* da presente investigação apresentava um total de 29 perguntas, sendo 4 questões descritivas e 25 questões de múltipla escolha. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constava das primeiras páginas do instrumento, com campo para o assentimento do respondente em participar - ou não - da pesquisa (Apêndice B). A última pergunta do questionário referia-se ao interesse - ou não - de o respondente participar da segunda fase da pesquisa, ou seja, da entrevista presencial.

4.4 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE

Para a realização de eventuais ajustes para que o questionário *online* atendesse aos objetivos propostos na pesquisa, este foi submetido a um pré-teste com amostra não participante do estudo subsequente. Para tal, elegeu-se a UBS Ponte Alta, por ser uma Unidade de Saúde da Família (USF) que atende um grande número de famílias, e por sua localização conveniente ao pesquisador.

Assim, em abril de 2018 o questionário *online* foi enviado por correio eletrônico a um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um nutricionista, um psicólogo, um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo, totalizando seis profissionais que compõem as equipes de ESF e NASF da unidade. Tais questionários foram respondidos em 15 dias; três profissionais fizeram apontamentos, afirmando não ter compreendido com clareza duas questões, e os outros três responderam ao instrumento sem necessidade de esclarecimentos.

As duas questões mencionadas foram ajustadas, reaplicadas, e obtiveram respostas sem intercorrências. Os intuitos dessa etapa foram, portanto, calibrar as perguntas, providenciar correções, confirmar o sigilo da identidade dos envolvidos, e proporcionar maior confiança ao pesquisador quanto à abordagem em campo. Em maio de 2018, depois do pré-teste, o questionário *online* estava concluído e apto a ser aplicado em toda a amostra.

4.5 POPULAÇÃO ESTIMADA DO ESTUDO: PRIMEIRA FASE

Foram critérios de inclusão da população na primeira fase do estudo: a) ser profissional de nível superior; b) atuar em equipes de ESF e NASFs selecionados; c) atuar no município de Guarulhos; e d) consentir formalmente em participar do estudo.

Para a primeira fase do estudo foram selecionadas duas equipes NASF de cada uma das quatro regiões intramunicipais de saúde de Guarulhos, totalizando oito equipes NASF. Foram selecionados NASFs com equipes completas e maior número de profissionais. Os NASFs selecionados foram: NASF Munhoz e NASF Vila Barros - Região I; NASF Primavera e NASF Jovaia - Região II; NASF Bananal e NASF Soberana - Região III; NASF Aracília e NASF Marcos Freire - Região IV. Cada equipe possuía entre seis e sete profissionais de diferentes áreas de formação - nutricionista, educador físico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional -, portanto, estimava-se que aproximadamente 50 profissionais de NASFs preencheriam o questionário *online*. Prevvia-se que também participariam dessa fase da pesquisa, profissionais de nível superior das equipes de ESF, como médico da família, enfermeiro da família e cirurgião-dentista. Estimava-se que pelo menos um profissional de cada uma dessas categorias de todas as unidades de saúde atendidas pelas equipes NASF selecionadas para o estudo respondessem ao questionário, o que totalizaria 69 profissionais da ESF. A amostra total da primeira fase do estudo seria de aproximadamente 119 profissionais de nível superior, conforme se verifica no quadro 4.1.

Quadro 4.1 - Amostra total estimada de profissionais para responder o questionário *online* na primeira fase do estudo, Guarulhos, SP, 2019

Região de saúde	NASFs	Unidades de saúde atendidas pela equipe NASF				Total de profissionais respondentes
I - Centro	NASF Munhoz 1 Ass. Social 1 Educador físico 1 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo	USF JD. Munhoz 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Itapegica 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF São Rafael 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista		15 profissionais Sendo 6 NASF e 9 ESF
I Centro	NASF Vila Barros 1 Ass. Social 1 Educador físico 1 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo 1 Terapeuta ocupa.	USF Paraventi 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Vila Barros 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Vila Fátima 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Flor da montanha 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	19 profissionais Sendo 7 NASF e 12 ESF
II - Cantareira	NASF Primavera 1 Ass. Social 1 Fisioterapeuta 1 Nutricionista 2 Psicólogos 1 Terapeuta ocupa.	USF Belvedere 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Primavera 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista			12 Profissionais Sendo 6 NASF e 6 ESF
II - Cantareira	NASF Jovaia 1 Ass. Social 1 Educador físico 1 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo	USF Jovaia 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Santa Lídia 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Cidade Martins 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista		15 Profissionais Sendo 6 NASF e 9 ESF
III – São João	NASF Bananal 1 Ass. Social 1 Educador físico 1 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo	USF Jd. Bananal 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Fortaleza 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Água Azul 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista		15 Profissionais Sendo 6 NASF e 9 ESF
III – São João	NASF Soberana 1 Ass. Social 1 Educador físico 1 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo	USF Soberana 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Santos Dumont 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista			12 Profissionais Sendo 6 NASF e 6 ESF
IV - Pimentas	NASF Aracília 1 Ass. Social 1 Educador físico 1 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo	USF Aracília 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Jacy 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Piratininga 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista		15 Profissionais Sendo 6 NASF e 9 ESF
IV - Pimentas	NASF Marcos Freire 1 Ass. Social 1 Educador físico 1 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo 1 Terapeuta ocupac.	USF Marcos Freire 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Dinamarca 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Alvorada 1 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista		16 profissionais Sendo 7 NASF e 9 ESF
	50	24	24	18	3	119

Fonte: O autor.

4.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS: PRIMEIRA FASE

A coleta de dados da primeira fase do questionário *online* teve início em junho de 2018, com o envio de mensagem eletrônica – na qual se solicitava apoio e divulgação da pesquisa - para todas as unidades de saúde participantes da pesquisa (23) endereçadas aos gerentes. Foram anexadas à mensagem enviada as aprovações do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP e do CAAPP; o *link* de acesso aos questionários também constava da mensagem. Decorridos 15 e 30 dias, devido à baixa participação inicial, novas mensagens foram enviadas. Entre julho e agosto de 2018, estratégias complementares - como telefonemas para as unidades, novas mensagens eletrônicas para gerentes de unidades e profissionais das quatro regiões de saúde do município, e mensagens em grupos profissionais de “WhatsApp” - foram adotadas. No final de agosto, prazo final para a coleta de dados após prorrogação, 52 profissionais haviam respondido ao questionário, mas três foram excluídos, por não atenderem a um dos critérios de inclusão, qual seja, ser profissional de nível superior: dois eram auxiliares de enfermagem, e um era gestor de Recursos Humanos).

4.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NA SEGUNDA FASE DO ESTUDO: ROTEIRO DE ENTREVISTA

As entrevistas foram realizadas com roteiro norteador semiestruturado, e tinham como foco aprofundar informações acerca das práticas, desafios identificados e estratégias de enfrentamento propostas para atenção à pessoa com obesidade em sua integralidade. O roteiro (Apêndice C) contempla cabeçalho com informações pessoais e quatro questões discursivas que correspondem aos temas centrais do questionário *online*: atenção à obesidade; integralidade na atenção; desafios na atenção; estratégias de enfrentamento e avaliação das ações.

4.8 POPULAÇÃO ESTIMADA DO ESTUDO: SEGUNDA FASE

Na segunda fase do estudo, previu-se entrevistar profissionais com base nas respostas ao questionário *online*. Assim sendo, foram selecionados e convidados a conceder entrevista aqueles que, no mencionado questionário, relataram realizar trabalho inter ou multiprofissional junto a pessoas obesas e adotar estratégias de enfrentamento em relação aos desafios identificados. Salienta-se que foram contatados para a segunda fase do estudo somente os profissionais que informaram disponibilidade de participar da entrevista. Prevvia-se selecionar um (1) participante de cada área de formação, com o intuito de enriquecer e aprofundar a pesquisa, bem como captar as diferentes percepções profissionais. Portanto, esperava-se selecionar uma amostra de dez (10) profissionais para entrevista individual, sendo eles: um médico da família, um enfermeiro da família, um cirurgião-dentista, um nutricionista, um educador físico, um psicólogo, um assistente social, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo.

4.9 APLICAÇÃO DO ROTEIRO: PRÉ-TESTE

Para a realização de eventuais ajustes para que o roteiro atendesse aos objetivos propostos na pesquisa, este foi submetido a um pré-teste com amostra não participante do estudo. Para tal, elegeram-se a UBS Ponte Alta e os mesmos participantes do pré-teste da primeira fase.

Assim, o roteiro foi respondido por um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um nutricionista, um psicólogo, um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo, totalizando seis profissionais que compõem as equipes de ESF e NASF da unidade.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com duração média de 35 minutos; dois profissionais fizeram observações importantes, afirmando não ter compreendido com clareza duas delas, e os outros quatro responderam à entrevista sem necessidade de esclarecimentos.

As duas perguntas mencionada foram ajustadas, reaplicadas, e obtiveram respostas sem intercorrências. Após o pré-teste, o roteiro estava concluído e apto a ser aplicado em toda a amostra.

4.10 COLETA E ANÁLISE DE DADOS: SEGUNDA FASE

As entrevistas foram agendadas individualmente e por telefone, em horário e local mais convenientes para os entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas nos próprios locais de trabalho dos participantes, em salas reservadas, arejada e com pouco ruído, no período de 12 de setembro a 1 de outubro de 2018.

Inicialmente os entrevistados foram novamente informados de que seu anonimato seria assegurado, bem como de que, se em qualquer momento não se sentissem confortáveis a prosseguir, poderiam anunciar que desistiam da pesquisa. Todos concordaram em realizar a entrevista.

Antes de cada entrevista, e para melhor situá-lo entrevistado em relação ao seu processo no estudo, as respostas que o entrevistado havia dado ao questionário *online* foram lidas. Foi esclarecido que seriam formuladas quatro perguntas que requeriam respostas discursivas, mas que em qualquer momento o entrevistado poderia retomar questões anteriores, ou acrescentar algo de seu interesse em suas respostas. O tempo estimado de cada entrevista era de 30 a 60 minutos, podendo, entretanto, demandar menor ou maior tempo. Perguntas e respostas foram gravadas, para facilitar a posterior transcrição. Não houve intercorrências durante a coleta de dados.

Para validar o material, as transcrições das entrevistas foram encaminhadas aos respectivos entrevistados, para que estes confirmassem a veracidade das palavras narradas e transcritas.

Para a verificação das entrevistas, optou-se pela análise temática de conteúdo, técnica metodológica utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de diferentes discursos e de documentos e textos de todas as naturezas, e frequentemente aplicada na análise de respostas a questões abertas, como

aquelas da entrevista empreendida no presente estudo. A utilização da análise temática de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação (Bardin, 2011). Na pré-análise do conteúdo das entrevistas foi realizada a leitura flutuante das respostas e a sua reunião consistiu no *corpus* da pesquisa. A seguir deu-se a confirmação das categorias mais abrangentes, as quais denominamos *eixos de análise* - correspondentes às questões contidas no roteiro. Essas, por sua vez, foram organizadas em temas, identificados por sua frequência e recortados do texto em unidades comparáveis para posterior codificação e nova categorização (Bardin, 2011).

Na segunda fase, ou fase de exploração do material foram, portanto, adotados procedimentos de codificação e de categorização do material. Para tanto, foi preciso obedecer às regras de exaustividade - esgotar a totalidade da comunicação -, representatividade - a amostra deve representar o universo -, homogeneidade - os dados devem se referir ao mesmo tema -, pertinência - os dados devem corresponder ao conteúdo e ao objetivo da pesquisa -, e exclusividade - um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

A terceira fase do processo de análise temática do conteúdo contempla o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Com base nos resultados brutos, busca-se tornar os resultados significativos e válidos. A interpretação deve ir além do conteúdo manifesto nas entrevistas, revelando o sentido por trás do imediatamente apreendido. Nessa fase, procura-se estabelecer diálogo entre as respostas dos entrevistados e a produção científica de outros autores.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor exploração e descrição do estudo, os resultados são apresentados em duas etapas, juntamente com a discussão

Na primeira etapa foram exploradas as respostas do questionário *online* - que, em sua maior abrangência, apresenta caráter predominantemente quantitativo -, elucidando os seus seis eixos norteadores, a saber: 1) dados pessoais; 2) atenção à obesidade; 3) integralidade na atenção; 4) desafios na atenção; 5) estratégias de enfrentamento; 6) avaliação das ações.

5.1 PRIMEIRA FASE DO ESTUDO

Como anteriormente mencionado, participaram efetivamente da primeira fase do estudo 49 profissionais, sendo 21 da ESF - 14 enfermeiros, 5 cirurgiões-dentistas e 2 médicos -, e 28 de NASFs - 6 educadores físicos, 6 nutricionistas, 6 psicólogos, 3 fisioterapeutas, 3 fonoaudiólogos, 3 assistentes sociais e 1 terapeuta ocupacional (Tabela 5.1)

Tabela 5.1 – Profissionais respondentes do questionário *online* da primeira fase do estudo, Guarulhos, SP, 2019

Região de saúde	NASFs	Unidades de saúde atendidas pelos NASFs				Total de profissionais respondentes
I - Centro	NASF Munhoz 1 Ass. Social 1 Educador físico 0 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 2 Psicólogos	USF JD. Munhoz 0 Médico 0 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Itapegica 0 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF São Rafael 0 Médico 3 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista		10 profissionais Sendo 6 NASF E 5 ESF
I Centro	NASF Vila Barros 0 Ass. Social 1 Educador físico 0 Fisioterapeuta 0 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 0 Psicólogo 0 Terapeuta ocupa.	USF Paraventi 0 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF Vila Barros 0 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF Vila Fátima 0 Médico 2 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Flor da montanha 0 Médico 1 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	6 profissionais Sendo 2 NASF E 4 ESF
II - Cantareira	NASF Primavera 0 Ass. Social 1 Fisioterapeuta 0 Nutricionista 1 Psicólogos 0 Terapeuta ocupa.	USF Belvedere 0 Médico 0 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Primavera 0 Médico 2 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista			5 Profissionais Sendo 2 NASF E 3 ESF
II - Cantareira	NASF Jovaia 0 Ass. Social 1 Educador físico 0 Fisioterapeuta 0 Fonoaudiólogo 0 Nutricionista 0 Psicólogo	USF Jovaia 0 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF Santa Lúcia 0 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF Cidade Martins 0 Médico 1 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista		2 Profissionais Sendo 1 NASF E 1 ESF
III – São João	NASF Bananal 1 Ass. Social 1 Educador físico 0 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo	USF Jd. Bananal 0 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF Fortaleza 1 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF Água Azul 0 Médico 1 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista		7 Profissionais Sendo 5 NASF E 2 ESF
III – São João	NASF Soberana 0 Ass. Social 1 Educador físico 1 Fisioterapeuta 1 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo	USF Soberana 0 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Santos Dumont 0 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista			7 Profissionais Sendo 5 NASF E 2 ESF
IV - Pimentas	NASF Aracília 0 Ass. Social 0 Educador físico 0 Fisioterapeuta 0 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 1 Psicólogo	USF Aracília 0 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF Jacy 0 Médico 1 Enfermeiro 1 Cirurgião-Dentista	USF Piratininga 0 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista		4 Profissionais Sendo 2 NASF E 2 ESF
IV - Pimentas	NASF Marcos Freire 1 Ass. Social 1 Educador físico 1 Fisioterapeuta 0 Fonoaudiólogo 1 Nutricionista 0 Psicólogo 1 Terapeuta ocupac.	USF Marcos Freire 1 Médico 0 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF Dinamarca 0 Médico 1 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista	USF Alvorada 0 Médico 1 Enfermeiro 0 Cirurgião-Dentista		8 profissionais Sendo 5 NASF E 3 ESF
	28	5	6	9	1	49

Fonte: O autor.

Os 49 profissionais respondentes corresponderam a 41% do total de participantes estimados. Assim, a despeito das várias estratégias empregadas - opção por questionário *online*, mensagens eletrônicas enviadas, telefonemas e contato por WhatsApp -, a participação foi modesta. Acrescente-se que, durante o período da pesquisa, 12 profissionais da amostra pediram demissão, reduzindo os potenciais participantes de 119 para 107 profissionais, o que aumentou o percentual de participantes efetivos de 41% para 46%.

As informações coletadas por meio dos questionários foram integralmente registradas, compiladas e posteriormente tabuladas para melhor ilustrar os resultados.

Seguem-se a apresentação e a discussão dos resultados da primeira fase do estudo. Como anteriormente mencionado, para melhor explanação tais resultados foram subdivididos em seis eixos norteadores: 1) dados pessoais (Tabela 5.2); 2) atenção à obesidade (Tabela 5.3); 3) integralidade na atenção (Tabela 5.4); 4) desafios na atenção (Tabela 5.5); 5) estratégias de enfrentamento (Tabela 5.6); e 6) avaliação das ações (Tabela 5.7).

Tabela 5.2 - Caracterização dos profissionais: dados pessoais, educacionais e profissionais, Guarulhos, SP, 2019

Faixa etária	Nº	%
20 a 25	1	2
26 a 30	3	6,1
31 a 35	12	24,8
36 a 40	11	22,4
41 a 45	6	12,2
46 a 50	8	16,3
51 a 55	3	6,1
56 a 60	3	6,1
61 a 65	1	2
66 a 70	1	2
Mais de 70	0	0
Sexo		
Masculino	5	10,2
Feminino	44	89,8
Ano de conclusão da graduação		
1985 a 1999	13	26,5
2000 a 2005	12	24,5
2006 a 2008	11	22,4
2009 a 2013	13	26,5
Tempo de atuação profissional no município		
2 a 3 anos	6	12,2
4 a 5 anos	9	18,4
6 a 7 anos	5	10,2
Mais de 8 anos	29	59,2
Categorias Profissionais		
Enfermeiros	14	28,6
Médicos	2	4,1
Cirurgiões-dentistas	5	10,2
Nutricionistas	6	12,2
Educadores Físicos	6	12,2
Psicólogos	6	12,2
Assistentes Sociais	3	6,1
Fisioterapeutas	3	6,1
Fonoaudiólogos	3	6,1
Terapeutas Ocupacionais	1	2

Fonte: O autor.

Na tabela 5.2 verifica-se que a maioria desses profissionais (47%) eram jovens, com idade entre 31 e 40 anos e média de 37 anos. Também houve predominância do sexo feminino (89,8%). Em consonância, em estudo realizado sobre o perfil dos profissionais da enfermagem no Brasil, Machado (2017) constatou que 85,1% eram do sexo feminino e 61,7% tinham até 40 anos de idade. Em outra pesquisa sobre perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da Atenção Básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, Tomasi et al. (2008) também constataram que a maioria dos profissionais de saúde era do sexo feminino, representada por 81%.

Nas profissões da saúde há predomínio de profissionais do sexo feminino, com exceção das categorias medicina veterinária (Ciências Agrárias), em que os homens correspondem a 66% do total, medicina, com 64% de homens, e odontologia, com 49% de homens. No outro extremo, com uma representação maior de mulheres, temos nutrição (95%), enfermagem e psicologia, nas quais 90% são mulheres (Wermelinger et al., 2010). Esses dados corroboram aqueles encontrados na presente investigação.

No que concerne ao ano de conclusão do curso de Graduação, 73,4% dos entrevistados afirmaram terem se formado entre 2013 e 2000; apenas 26,6% se formaram antes dos anos 2000. De vez que a maioria da população do estudo tinha entre 31 e 40 anos de idade, o tempo transcorrido entre a conclusão do curso e o preenchimento do questionário *online* é pequeno.

A maioria dos profissionais que participou da pesquisa e respondeu ao questionário *online* era enfermeiros (28,6%), seguidos por psicólogos, educadores físicos e nutricionistas (12,2% cada).

Em relação ao tempo de atuação no município, a maioria dos profissionais o faz há mais de oito anos (59,2%), o que indica que conhecem bem os pacientes, a rede e o território, conexões estas estabelecidas ao longo de anos de trabalho.

Quando questionados em quais unidades de saúde já atuaram no município, 75% declararam já ter atuado em mais de duas unidades; apenas 22% dos profissionais trabalhou ou trabalha em unidade fora do município de Guarulhos, ou

seja, a maioria dos profissionais atua e dedica maior tempo do seu trabalho na própria cidade de Guarulhos.

Em síntese, pode-se observar que, em sua maioria, os respondentes são jovens, do sexo feminino, graduaram-se nos últimos 19 anos, atuam no município há mais de oito anos, trabalham em sua maioria somente em Guarulhos e são enfermeiros.

Tabela 5.3 – Atenção à obesidade: formação; preparo; atendimento e ferramentas, Guarulhos, SP, 2019

Possuir formação ematenção à saúde de pessoas com obesidade		
Cursos	N°	%
Curso de aperfeiçoamento	2	4,1
Curso de especialização	1	2
Não possui curso	46	93,9
Sente-se preparado para tratar pessoas com obesidade		
Muito preparado	2	4,1
Preparado	14	28,6
Pouco preparado	24	49
Não me sinto preparado	9	18,4
Tipos de atendimentos mais realizados na atenção a pessoas com obesidade		
Atendimento individual	26	53,1
Atendimento individual compartilhado com outros profissionais	19	38,8
Atendimento em grupo	21	42,9
Atendimento em grupo compartilhado com outros profissionais	25	51
Atendimento domiciliar	14	28,6
Atendimento domiciliar compartilhado com outros profissionais	14	28,6
Principais ferramentas/conduitas utilizadas na atenção à pessoas com obesidade		
Nenhuma	5	10,2
Oriento sobre a importância da alimentação saudável	34	69,4
Oriento sobre a importância da atividade física	34	69,4
Oriento sobre a importância do sono	23	46,9
Oriento sobre a importância de cuidar da saúde mental e comportamental	29	59,2
Oriento sobre a importância de socializar com outras pessoas	25	51
Oriento sobre os cuidados com as doenças crônicas	35	71,4
Afiro a pressão arterial do paciente	15	30,6
Verifico o peso do paciente	25	51
Verifico e calculo o índice de massa corporal do paciente	26	53,1
Faço avaliação global e integral do paciente	26	53,1
Faço avaliações específicas da minha área profissional	8	16,3
Solicito exames para o paciente	8	16,3
Matricio o caso dos pacientes na minha unidade	18	36,7

Matricio o caso dos pacientes na especialidade	16	32,7
Converso com meus colegas sobre as condutas tomadas	29	59,2
Converso com pacientes sobre condutas e negocio intervenções com eles	23	46,9
Realizo construção do projeto terapêutico singular (PTS) com minha equipe	4	8,2
Encaminho o paciente para especialidade	12	24,5
Encaminho o paciente para outros serviços	13	26,5
Aplico práticas integrativas e complementares (PICs) – acupuntura, florais etc.	4	8,2
Aplico atividades corporais - dança, ginástica, alongamento etc.	8	16,3
Elaboro receitas específicas para emagrecimento	4	8,2
Aplico técnicas de combate ao estresse	5	10,2

Fonte: O autor.

A grande maioria dos profissionais (93,8%) afirma não possuir curso de formação específica para atenção a pessoas com obesidade. No momento atual 80% dos profissionais afirmam que estão atuando com tratamento de obesidade no município, e apenas 4% não estão atuando no momento.

Quando questionados sobre como se sentem para tratar pessoas obesas em seus atendimentos, quase metade se sente pouco preparada. Embora a grande maioria dos profissionais tenha afirmado não ter formação específica ou complementar para tratar pessoas com obesidade, apenas 18,4% afirmou não se sentir preparado para tratar pacientes com obesidade na rede de saúde da cidade.

De forma geral, os profissionais manifestaram se sentir pouco preparados e com conhecimento e formação insuficientes para lidar com esse fenômeno, o que pode dificultar a abordagem com os doentes. Fogelman et al. (2002) e Forman-Hoffman et al. (2006) verificaram que os médicos consideram receber pouca formação relativa à nutrição durante o percurso acadêmico, o que origina lacunas entre o conhecimento que detêm e as necessidades de tratamento ou de intervenção. Já os sujeitos investigados por Ferrante et al. (2009) informaram ter conhecimentos de nutrição e de prática de exercício físico, e 49% da amostra avaliada por Foster et al. (2003) afirmaram sentir-se competentes para o aconselhamento relativo à perda de peso. E, embora a formação e a preparação iniciais provenham da academia, a prática profissional as complementam. Tanto é assim, que os profissionais da rede municipal de Guarulhos, embora na sua maioria não possuam formação específica em tal segmento, estão atuando e se preparando na prática para esse trabalho.

Quando inquiridos sobre o tipo de atendimento que realizam com os pacientes com obesidade, 53% dos respondentes referiram atendimento individual e 51% atendimento em grupo. Ou seja, os tipos de atendimentos mais utilizado para pacientes com obesidade no município são o atendimento em grupo sem apoio de outros profissionais (Conduzido somente por um profissional) e atendimento individual de forma isolada. As visitas e visitas compartilhadas apresentam o mesmo valor, demonstrando que os profissionais pesquisados buscam fazer o máximo das visitas domiciliares compartilhadas com outros profissionais. Na investigação realizada por Fogelman et al. (2002), 38% e 25% dos entrevistados referiram aconselhar, respectivamente, a terapia comportamental e intervenções em grupo, enquanto no estudo de Cade e O'Connell (1991), somente 17% dos profissionais indicavam intervenção em grupo. Contrariamente às baixas frequências de encaminhamento para essas opções de tratamento, os técnicos de saúde do estudo de Ferrante et al. (2009) consideram as terapias de grupo o único meio que, com certeza, trará benefícios ao obeso.

Em relação às ferramentas mais utilizadas no tratamento de pacientes com obesidade, 71% da amostra avaliada no presente estudo referiram orientar acerca dos cuidados com doenças crônicas, 69% informaram que discorrem sobre alimentação saudável, 69% relataram que enfatizam a importância da prática de exercícios físicos, 59% referiram que aconselham sobre a necessidade de cuidar da saúde mental e comportamental, e 59% informaram que matriciam casos dessa natureza. Desta forma, identifica-se que os respondentes reconhecem a obesidade como uma doença crônica, em relação a cujo cuidados é necessário fornecer orientação, bem como às moléstias a ela correlatas.

No citado estudo de Forman-Hoffman et al. (2006), 85,5% dos pesquisados referiram que a obesidade é uma doença, o que contribui para maior probabilidade de efetuarem aconselhamento a ela relativo. Também Foster et al. (2003) apontam, que a maioria dos sujeitos por eles inquiridos considerava a obesidade uma doença crônica, com graves comorbidades associadas. À semelhança dos resultados obtidos no presente estudo, as principais indicações relatada pelos profissionais que compuseram a amostra da investigação de Fogelman et al. (2002) para pacientes obesos foram a prática de exercício físico (95%), a diminuição de ingestão alimentar (81%) e o aconselhamento com nutricionista (58%).

A despeito das diferenças de percentual existentes entre os estudos, identifica-se elevada concordância quanto ao aconselhamento da prática de exercício físico, redução no consumo de alimentos, diminuição da quantidade de calorias ingeridas e desenvolvimento adequado de materiais informativos sobre obesidade e perda de peso.

Em síntese, a maior parte dos respondentes afirmou não possuir curso específico para atuar com pessoas com obesidade, sente-se pouco preparada e utiliza como recursos práticos o atendimento em grupo, o atendimento individual sem outro profissional e o atendimento domiciliar compartilhado. Os respondentes entendem e encaram a obesidade como doença crônica e priorizam a orientação preconizada para doenças crônicas, indicando prática de exercícios físicos e alimentação saudável.

Tabela 5.4 - Integralidade na atenção: ações compartilhadas, profissionais envolvidos e ações intersetoriais. Guarulhos, SP, 2019

Ações compartilhadas na atenção à saúde de pessoas com obesidade		%
Não realizo	11	22,4
Sim, com profissionais da minha unidade de saúde	29	59,2
Sim, com profissionais de outras unidades de saúde	9	17,6
Principais profissionais envolvidos nas ações compartilhadas		
Médico	15	30,5
Enfermeiro	18	36,7
Cirurgião-Dentista	2	4,1
Nutricionista	33	67,3
Educador físico	25	51
Psicólogo	24	49
Fonoaudiólogo	9	18,4
Assistente social	14	28,6
Fisioterapeuta	16	32,7
Terapeuta ocupacional	7	14,3
Farmacêutico	6	12,2
Com nenhum profissional	9	18,4
Ações intersetoriais		
Não	35	71,4
Com educação	10	20,4
Com assistência social	3	6,1
Com entidades esportivas	2	4,1
Com associações de bairro	6	12,2
Com entidades religiosas	3	6,1

Fonte: O autor.

Quando questionados sobre integralidade e atuação com outros profissionais, 59% dos profissionais aqui analisados afirmaram realizar atividade compartilhada com profissionais na mesma unidade de atuação, e 18% relataram realizar atividade com profissionais de outras unidades de saúde.

Os profissionais mais frequentemente apontados pelos integrantes da amostra da presente pesquisa como envolvidos nas ações compartilhadas foram nutricionistas (67%), educadores físicos (51%) e psicólogos (49%). Um fator que chamou a atenção foi que os cirurgiões-dentistas não foram citados. Há que se mencionar, entretanto, que a obesidade, além de aumentar os riscos de problemas cardiovasculares, diabetes e hipertensão, também está associada a doenças infecciosas da boca. Os indivíduos com excesso de peso estão mais sujeitos a problemas de saúde bucal, como surgimento de doenças periodontais, perda óssea, evolução de lesões de cárie dentária, desgaste e perda dentária, que podem interferir no sucesso dos resultados das cirurgias bariátricas (Sales-Peres; Sales-Peres, 2016). Esse cenário demonstra a importância da inserção constante do cirurgião-dentista no tratamento multiprofissional da pessoa com obesidade.

Dos profissionais analisados por Fogelman et al. (2002), 35% a 98% relataram que, a despeito do pouco preparo, eles próprios realizam aconselhamento sobre alimentação, perda de peso, exercícios e hábitos saudáveis. Tais autores também destacam que o envio de doentes para outros profissionais, como nutricionistas, não só é pouco mencionado em alguns estudos, como foi referenciado por somente 30% a 58% dos sujeitos da pesquisa por eles realizada. Essa mesma população considerava-se pouco preparada para lidar com a doença, e com conhecimentos insuficientes para o aconselhamento nutricional. Assim sendo, informou indicar prática de exercício físico (95%), diminuição da ingestão alimentar (81%) e aconselhamento com nutricionista (58%), dados bastante semelhantes àqueles encontrados nesta investigação (Tabela 5.3).

Em relação às ações intersetoriais, 71% afirmaram não realizá-las e, daqueles que as empreendem, 20% o fazem junto a área da Educação e 12% atuam com associações de bairro. A criação do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto presidencial n.º 6.286/2007 (Brasil, 2007) e resultante de trabalho entre os Ministérios da Saúde e da Educação, objetiva a ampliação das

ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino. Avaliação das condições de saúde, promoção e prevenção da saúde, educação permanente e capacitação dos profissionais, monitoramento e análise da saúde dos estudantes são ações propostas por esse Programa. Trata-se, de fato, da maior parceria no município, por meio da qual as unidades básicas levam para escolas ações em saúde, ajudando a tratar e prevenir principalmente a obesidade infantil. Outro ponto importante a se comentar é a estrutura física das unidades de saúde do país, que não comporta a grande demanda e as necessidades da população. Com isso, os profissionais das unidades de saúde criam parcerias locais, principalmente com associações de bairros e igrejas, maximizando o espaço e atendendo um número maior de pessoas. Essa estratégia está contemplada no escopo da saúde da família, e amplia o trabalho interprofissional e intersetorial.

Tabela 5.5 - Desafios identificados por profissionais da rede municipal na atenção à saúde de pessoas com obesidade. Guarulhos, SP, 2019

Identificam desafios na atenção		%
Sim	11	98
Não	48	2
Desafios identificados na atenção		
Nenhum	1	2
Falta de formação e treinamento específicos	25	51
Falta de preparo para lidar com paciente com obesidade	24	49
Falta de vontade e motivação para tratar paciente com obesidade	8	16,3
Falta de recursos físicos e materiais	31	63,3
Dificuldades nos encaminhamentos para outros serviços	28	57,1
Dificuldades nos encaminhamentos para outros profissionais	10	20,4
Dificuldade de trabalhar em equipe	7	14,3
Pouca adesão do paciente com obesidade em relação ao tratamento	34	69,4
Falta de conscientização, informação e motivação do paciente com obesidade	36	73,5
Dificuldade de locomoção do paciente com obesidade, prejudicando sua ida à unidade de saúde	15	30,6
Dificuldade do paciente em conseguir se exercitar	29	59,2
Dificuldade da família em ajudar no tratamento e apoiar o paciente com obesidade	26	53,1
Dificuldade financeira dos pacientes para comprar os alimentos para o tratamento	27	55,1
Dificuldade financeira do paciente com obesidade para comprar os medicamentos para o tratamento	14	28,6
Dificuldade do profissional para entender a complexidade de tratar o paciente com obesidade	20	40,8
Preconceito do profissional com o paciente com obesidade	7	14,3
Falta de medicamentos gratuitos e específicos para o tratamento de paciente com obesidade	19	38,8
Falta de tratamentos integrativos e complementares específicos para tratar o paciente com obesidade na rede	28	57,1
Falta de suporte psicológico específico para o paciente com obesidade	24	49
Dificuldade na realização da cirurgia bariátrica	25	51

Fonte: O autor.

A grande maioria dos profissionais identifica desafios na atenção à saúde de pessoas com obesidade no município. Os desafios mais frequentemente apontados pelos profissionais que constituíram a população objeto desta pesquisa foram: a falta de conscientização, informação e motivação dos pacientes com obesidade (73%); pouca adesão do paciente com obesidade ao tratamento (69%); e falta de recursos físicos e materiais (63%).

Alguns estudos questionaram os clínicos de medicina geral e familiar acerca de eventuais barreiras para maior envolvimento e sucesso na gestão e tratamento da obesidade. A falta de preparação académica foi a barreira mais frequentemente mencionada nessas investigações, seguida por dificuldades na abordagem do tema perda de peso. Depois surgem as limitações de tempo em consulta e as baixas expectativas na capacidade dos doentes virem a ser bem-sucedidos na perda de peso (Carmos et al., 2007). A ausência de orientação adequada e fundamentada também é indicada por Forman-Hoffman et al. (2006), que salientam a relevância dada por alguns profissionais à necessidade de o próprio sistema de saúde fazer da obesidade um assunto prioritário.

Apesar de existirem várias justificativas, como a falta de compromisso dos obesos, o tempo das consultas, a existência de incentivos políticos concentrados em outras doenças, alguns estudos indicam os médicos de clínica geral e familiar como os possíveis responsáveis pelos resultados insatisfatórios, uma vez que estes não demonstram compromisso adequado com esse problema. Ao manifestarem atitudes negativas em relação aos obesos, alguns profissionais mostram-se desmotivados para abordar o assunto da obesidade e céticos quanto à eficácia dos tratamentos dessa doença, para a qual, por fim, não efetuam diagnósticos adequados nem encaminhamento dos pacientes a serviços especializados, contribuindo para a manutenção e exacerbação dos casos dessa natureza (Fogelman et al., 2002).

A situação pode ser modificada por meio da eliminação do enviesamento das crenças dos profissionais de saúde, sugerindo que o primeiro passo seria a caracterização e a compreensão das crenças, atitudes e práticas dos profissionais de saúde frente à obesidade, que se constitui em epidemia e doença, na qual não há culpados. A questão estrutural é muito importante, mas a autoconscientização das próprias crenças e atitudes durante a prestação de cuidados aos obesos contribui para maior impacto no cotidiano de tratamento.

Tabela 5.6 - Estratégias de enfrentamento apontada por profissionais da rede municipal na atenção à saúde de pessoas com obesidade, Guarulhos, SP, 2019

Adota estratégias		%	
Sim		33	67,7
Não		16	32,7
Estratégias adotadas			
Nenhuma		10	20,4
Solicitei da secretaria de saúde treinamento e curso específicos para saúde da população com obesidade		13	26,5
Iniciei curso específico para saúde da população com obesidade com meus próprios recursos		8	16,3
Realizo práticas educativas e de conscientização para os pacientes com obesidade na minha unidade de saúde		13	26,5
Confecciono material de apoio para trabalhar conscientização, informação e/ou motivação com os pacientes com obesidade		9	18,4
Participo das reuniões de matriciamento da pessoa com obesidade		4	8,2
Discuto nas reuniões gerais da unidade a importância do tratamento e abordagem da pessoa com obesidade		4	8,2
Discuto e converso com minha equipe sobre a importância do tratamento multidimensional do paciente com obesidade		26	53,1
Visito os pacientes com obesidade que não conseguem vir para a unidade		17	34
Crio grupos de atividade física voltados para os pacientes com obesidade		4	8,2
Crio grupos de reeducação alimentar para os pacientes com obesidade		14	28,6
Crio grupo de suporte psicológico específico para os pacientes com obesidade		12	24,5
Convido os membros da família para participarem do tratamento juntamente com o paciente com obesidade		1	2
Estabeleço parcerias com feiras livres e o comércio local		4	8,2
Ofereço práticas integrativas e complementares para pacientes com obesidade na unidade		4	8,2
Solicito recursos da unidade de saúde ou do município para compras de materiais		11	22,0
Faço parcerias no território para obter espaço físico		1	2
Faço parcerias com outras secretarias do município		1	2
Solicito da secretaria de saúde mais espaço físico		1	2
Discuto com a secretaria de saúde sobre a rede de cuidados para pacientes com obesidade		9	18,4
Procuro conhecer a quantidade e o perfil de pacientes de obesidade do meu território		12	24,5
Trato o paciente com obesidade de acordo com a linha de cuidado e protocolos preconizados pelo município		12	24,5
Trabalho com prevenção à obesidade com crianças e adolescentes nas escolas		10	20,4
Faço uma avaliação mais integralista do paciente com obesidade		6	12,2
Trabalho com abordagem cognitivo-comportamental		1	2
Realizo passeios culturais e gastronômicos com pacientes com obesidade		1	2
Promovo cozinha experimental para pacientes com obesidade		1	2
Promovo concurso de culinária saudável para pacientes com obesidade		20	40,0
Desenvolvo horta comunitária para pacientes com obesidade		1	2
Realizo atividades de relaxamento para pacientes com obesidade		1	2
Estratégias têm contribuído para reduzir ou superar os desafios			
Sim		22	44,9
Não		27	55,1
Identifica novas Estratégias			
Sim		32	65,3
Não		17	34,7

Fonte: O autor.

Em resposta aos desafios, 68% dos profissionais afirmaram adotar estratégias para enfrentamento das adversidades, enquanto 32% não o fazem. As estratégias mais apontadas pelos profissionais foram: discutir e conversar com a equipe a importância do tratamento multidimensional da pessoa com obesidade (53%); visitar os pacientes que não conseguem ir até a unidade (34%); e realizar práticas educativas e de conscientização para os pacientes com obesidade na unidade de saúde (26,5%).

Técnicas comportamentais que utilizam abordagem interdisciplinar e multiprofissional obtêm resultados mais significativos na perda de peso, especialmente quando o tratamento é longo e com acompanhamento continuado. O grande problema apresentado pelos autores que tratam dessa problemática diz respeito à permanência do paciente em tais programas (Vieira, 2004).

A estratégia principal no tratamento deve ser colocar o paciente como ator principal e central no processo. Isso significa que a todo paciente tem que estar e ser envolvido em todas as etapas do tratamento, pois a obesidade é uma doença ligada ao estilo de vida. Considerando que a modificação de comportamentos é algo complexo, e que cabe ao próprio paciente atuar para que as mudanças ocorram, a empatia reveste-se de grande importância no tratamento de pessoas com obesidade.

A obesidade é uma doença crônica e assim deve ser encarada, razão pela qual a motivação e o empoderamento dos profissionais de saúde em relação a esse agravo são essenciais para transmitir segurança aos pacientes. Outro aspecto a destacar é a compreensão de que o ambiente no qual se vive nos dias atuais é extremamente favorável ao surgimento e à manutenção da obesidade. Assim, além do componente individual da doença, há que melhorar o ambiente e as condições que cercam as pessoas. Essa abordagem é fundamental para o enfrentamento de um problema que, de fato, particulariza-se e concretiza-se no indivíduo.

O que ocorre, no entanto, é o favorecimento de intervenções biomédicas tradicionalmente restritas à dimensão biológica e focadas no tratamento da doença já instalada que, por si só, não têm sido efetivas na redução de sua prevalência. Consultas individuais ou em grupo, cirurgia bariátrica, intervenções medicamentosas, ainda que massificadas, não seriam suficientes para afetar os

principais condicionantes do problema. A cirurgia bariátrica, por exemplo, é específica para um tipo de obesidade que não é a mais prevalente, e pode ocasionar complicações relevantes. Além disso, a adesão ao tratamento individualizado é baixa, em grande medida porque os indivíduos permanecem submetidos às mesmas pressões ambientais, que concorrem de forma desigual com a motivação pessoal para modificar práticas alimentares e comportamentais (Steyer et al., 2016).

Medidas individuais exigem esforço maior do que é possível operar frente ao ambiente obesogênico. Ademais, muitas vezes, consultas e ações educativas são fortemente prescritivas e não favorecem uma transformação sustentável de práticas saudáveis. Ações sobre o ambiente podem criar oportunidades para que os indivíduos adotem práticas mais saudáveis, além de facilitar sua adesão aos processos terapêuticos. No entanto não cabe polarizar o debate em torno de medidas individuais e ambientais, e sim compreender a complexidade e os desafios para o enfrentamento do problema. Se, em alguma medida, a concepção da obesidade como doença pode ter favorecido intervenções mais individualizadas, isso não significa que a abordagem biomédica não seja importante, inclusive, para subsidiar políticas públicas (Francisco; Diez-Garcia, 2015).

Embora tenham relatado estar executando estratégias para enfrentar os desafios, 55% dos profissionais inquiridos acreditam que essas estratégias não têm contribuído para superar os desafios, enquanto 45% acreditam que elas têm ajudado a superá-los.

Quando questionados sobre novas estratégias, 65% referiram que elas podem ampliar e qualificar as ações no município, enquanto 35% não identificavam novas estratégias. Nas respostas dos profissionais aqui analisados, 35% dessas estratégias estariam relacionadas com a readequação de infraestrutura e a compra de materiais, e 30% com a melhoria e o funcionamento da rede de atendimento, ou seja, majoritariamente questões estruturais e de rede.

Tabela 5.7 - Avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais da rede municipal de saúde de Guarulhos, SP, 2019

Avaliação das ações desenvolvidas		%
Muito satisfatórias	1	2
Satisfatórias	11	22,4
Nem satisfatórias, nem insatisfatórias	18	36
Insatisfatórias	17	34,7
Muito insatisfatórias	2	4,1
Ações desenvolvidas estão de acordo com o protocolo e diretrizes do município		
Sim	30	61,2
Não	7	14,3
Desconheço as diretrizes e protocolos	12	24,5

Fonte: O autor.

Sobre a avaliação das ações, 36% consideraram nem satisfatórias nem insatisfatórias, 34% como insatisfatórias as ações que veem sendo desenvolvidas no município.

No que concerne ao protocolo e às diretrizes do município em relação ao tratamento da obesidade, 61% afirmaram estar atuando de acordo com o que é pedido pelo município, 14% informaram não estar atuando de acordo, e 24% desconheciam tais diretrizes e protocolos. Esses dados são importantes para refletir sobre a disseminação das informações do protocolo na rede municipal.

A última pergunta do questionário *online* indagava sobre o interesse do profissional em participar da segunda fase da pesquisa: 73% dos respondentes afirmaram estar dispostos a participar da segunda fase e conceder uma entrevista presencial, enquanto 26% afirmaram não estar disponíveis para tal ação.

5.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA SEGUNDA FASE DO ESTUDO

Após o encerramento da primeira fase, e como já relatado, os 49 questionários foram lidos e avaliados um a um. Foram analisadas as respostas em todos os **eixos de análise**, com destaque para **atenção à obesidade**,

integralidade na atenção, desafios, estratégias de enfrentamento e avaliação das ações.

Como visto anteriormente, o objetivo da segunda fase foi explorar e aprofundar temas que não foram explorados nas respostas ao questionário *online*. Assim sendo, e também como já mencionado, para isso foi elaborado um roteiro norteador composto por perguntas que visavam, fundamentalmente, coletar mais informações acerca de **trabalho multiprofissional e interprofissional** e acerca de **estratégias de enfrentamento** diferenciadas para vencer os **desafios** apresentados na atenção às pessoas com obesidade.

Com base nas expectativas definidas para a segunda fase do estudo, foram considerados como potenciais participantes os respondentes do questionário *online* que relataram atuar ou já ter atuado com obesidade no município, aqueles que usavam os mais variados tipos de atendimentos, aqueles que utilizavam ferramentas em maior número e diversidade, aqueles que estavam envolvidos em ações compartilhadas - especialmente se diversificadas, integralistas, multiprofissionais e/ou intersetoriais -, aqueles que adotavam estratégias para enfrentamento de desafios com destaque para as mais inovadoras, significativas e diferenciadas, profissionais representativos das distintas formações em saúde e das distintas regiões de saúde do município. No que se refere a esse critério, vale frisar que a cidade de Guarulhos tem um grande território dividido em quatro regiões de saúde, cada qual com características sociais e de saúde distintas. A seleção de pelo menos dois profissionais de cada região procurou contemplar a possível diversidade de trabalhos em resposta às distinções de demandas em saúde entre as regiões.

Por fim, foram elegíveis para contato aqueles que afirmaram estar disponíveis para entrevistas presenciais. Considerando a combinação de critérios definidos para essa fase do estudo, foram selecionados nove profissionais para entrevistas, sendo um educador físico, um assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta, um nutricionista, um médico, um fonoaudiólogo, um enfermeiro e um terapeuta ocupacional (Quadro 5.1). Nenhum dos cinco cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa foi selecionado para a segunda fase, por não atenderem a um ou mais critérios de participação.

Quadro 5.1 - Seleção dos profissionais para a segunda fase da pesquisa. Guarulhos, SP, 2019

Fonte: O autor.

As principais ações descritas nos questionários *online* pelos nove respondentes selecionados para as entrevistas da segunda fase foram: “realizamos algumas palestras nas unidades e escola, realizamos terapia de grupo com indicação de plantas alimentares não convencionais PANCs e plantas fitoterápicas, realizamos grupo de práticas corporais” [educador físico]; “discussões de casos, matriciamento em serviços intersetoriais”, “mudanças relatadas pelos pacientes no convívio familiar” [assistente social]; “participo dos grupos de reeducação alimentar e atendimento compartilhado” [psicólogo]; “realizei grupos junto com a nutrição e grupos de atividades físicas para dor crônica” [fisioterapeuta]; “parceria com a educação prevenção de obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e alimentação saudável com os pais e alunos nas escolas, práticas integrativas e complementares” [nutricionista]; “participações pontuais nos grupos de educação nutricional”, “no primeiro momento percebi que minhas orientações surtiram reflexão a respeito dos hábitos das pessoas com obesidade” [fonoaudiólogo]; “matriciamentos, grupos educativos, encaminhamentos de referência e contra referência, reunião de equipe, relatórios da escola, pastoral da criança, centro

esportivo do bairro” [médico]; “atendimento individuais, grupais, abordagem no território e escolas, grupos nas associações do bairro” [terapeuta ocupacional]; e “as ACSs participam ativamente do processo, principalmente dos grupos”, “massoterapia e exercício físico no Centro Educacional Unificado CEU” [enfermeiro].

A seguir são apresentados e discutidos os principais resultados das entrevistas por **eixo de análise** - atenção à obesidade, integralidade na atenção, desafios na atenção, estratégias de enfrentamento e avaliação das ações -, bem como pelas respectivas **categorias** que compõem esses eixos - as falas dos profissionais encontram-se no Apêndice D).

ATENÇÃO À OBESIDADE

Para conhecer as práticas desses profissionais no tratamento de pessoas com obesidade, o eixo de análise **atenção à obesidade** foi subdividido em quatro categorias, a saber: atuação profissional com características uniprofissionais, atuação profissional com características multiprofissionais, atuação profissional com características interprofissionais e atuação profissional com ações intersetoriais.

Cada profissão tem suas atuações específicas, por exemplo: o médico diagnostica e trata doenças; já o educador físico avalia, orienta e prescreve exercícios. A atuação uniprofissional está pautada na ação unidirecional da sua própria profissão e pouco dialoga com as outras profissões. Podemos observar claramente nas falas dos entrevistados ações **uniprofissionais**: “Eu vou no grupo para falar de alguns assuntos específicos da minha área de atuação” (E3); “[...] Sempre início com a parte mais técnica, nas consultas individuais, falo de carboidratos, proteínas e gorduras” (E9).

Ocorre que esse tipo de atuação colabora com a fragmentação do cuidado. Por entender que saúde é complexa e requer abordagem integral, os profissionais devem integrar saberes e prover o cuidado coletivamente e em constante interação (Peduzzi, 2007). Além de não abranger a complexidade da saúde, o trabalho uniprofissional acaba por sobrecarregar os profissionais envolvidos no tratamento:

“Temos o grupo de obesidade, que é dirigido principalmente e somente pela nutricionista” (E1); “A participação principal acaba sendo mais da nutricionista” (E2); “[...] Hoje acabo conduzido os grupos mais sozinha, pela demanda, por falta de envolvimento dos profissionais” (E9).

O trabalho em equipe **multiprofissional** é uma modalidade de trabalho coletivo centrada na reciprocidade entre trabalho e interação; as principais dimensões do trabalho em equipe são a articulação das ações e a interação de seus agentes (Peduzzi, 2013). “Quando tem a participação da psicóloga o grupo fica diferenciado, tem mais abrangência e resultados” (E3).

Ao explicitar modelos para configurações das equipes de saúde, Peduzzi (2001), com base nos estudos sobre trabalho em saúde e na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas, propõe a classificação das equipes multiprofissionais em *agrupamento* e *interação*.

Também no trabalho em equipe multiprofissional de agrupamento verifica-se tendência à manutenção da fragmentação das ações e ao distanciamento dos trabalhadores, entre si e no trabalho que executam. Esse fato também é observado nas falas dos profissionais. “A questão social é muito evidente em muitos casos, logo encaminho para assistente social” (E9); “Faço grupo compartilhado com a nutricionista: eu falo da área de fonoaudiologia e ela de alimentação” (E6).

Já na modalidade interação, a propensão se direciona para a integração dos trabalhos especializados, bem como dos profissionais que os executam (Peduzzi, 2001). “Nós enquanto NASF devemos ter um olhar mais interdisciplinar, não só atuar sozinhos. Compartilhar o trabalho e encaminhar para os outros profissionais também, quando necessário” (E5); “Além dos pacientes irem aos grupos de obesidade, também participam dos grupos de roda de conversa com a psicóloga, para discutir as questões emocionais e comportamentais” (E1).

O trabalho multiprofissional está presente no cerne da atenção básica, ele é o norte das ações dos trabalhadores das diversas áreas que compõem os núcleos de apoio e as estratégias de saúde da família. Entretanto, quando se fala em saúde, a abordagem sempre deve ser integralista, e o trabalho multiprofissional acaba não atendendo integralmente o usuário do sistema único de saúde.

O trabalho em equipe deve ser complementado pela prática **interprofissional**, que remete à necessidade de assegurar efetiva comunicação, articulação das ações e colaboração entre os profissionais das diversas equipes do serviço e entre os profissionais e equipes de diferentes serviços da rede. Isso caracteriza o que a literatura internacional mais recente denomina de prática interprofissional colaborativa centrada no paciente/usuário. A prática colaborativa pressupõe que os profissionais busquem trabalhar juntos em prol da qualidade da atenção às necessidades dos usuários. Com isso, a prática deixa de ser isolada em cada profissional e passa a ser colaborativa e centrada no usuário, como pede a APS no Brasil (Peduzzi et al., 2016).

Começamos com uma avaliação, e com orientações mais básicas, observando se é uma questão mais de falta de conhecimento, ou falta de organização, ou emocional, fazemos isso nos primeiros momentos, depois a gente partilha com a equipe, enfermeiros, médicos, vamos discutindo com a equipe de referência para juntos tratar o paciente com obesidade (E5).

Por ser tratar de uma doença crônica determinada por diversos fatores ambientais, genéticos e psicossociais, o tratamento do paciente obeso tem grande probabilidade de fracasso quando conduzido por um único profissional, seja ele de qual especialidade for. Portanto, é fundamental o apoio de uma equipe multiprofissional e, mais que isso, é necessária uma abordagem interprofissional colaborativa, cujo centro de atenção deve ser o paciente com obesidade.

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO

O cuidado integral da pessoa obesa é desafiador e instiga a procurar apoio nos referenciais das ciências sociais e humanas em saúde, como aqueles desenvolvidos pela psicologia e pela nutrição comportamental. A abordagem ao paciente obeso requer do profissional sensibilidade e astúcia para perceber as atitudes complexas do paciente. Por isso a importância de não se ater apenas às informações tradicionais sobre o estado de nutrição, como os dados antropométricos, mas enfatizar o cuidado no todo, mostrando ao paciente que o mero registro da evolução do peso corporal não é representativo do histórico de vida e nem de anseios. O cuidado é antagonista do descaso e do descuido. É um momento de atenção, de zelo, é uma atitude, pois é maior que apenas um ato.

Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999).

A preocupação em oferecer cuidado focado na **integralidade** fica explícita nas falas dos entrevistados: “Tentamos ampliar o olhar, não é só sair com uma receita da consulta, não é só sair com uma dieta, é mais amplo que isso” (E5); “Tentamos ressignificar a comida, falando do prazer, e buscar outras coisas que dão prazer também para a própria pessoa” (E5); “Primeiro olhamos a pessoa de forma integral, para posteriormente fazê-la se enxergar por completo também, nada está dissociado, somos seres integrais e isso é primordial” (E5); “Eu acompanho o paciente ao longo dos ciclos de vida, o paciente é meu, é minha responsabilidade, mesmo que ele vá para a atenção secundária ou terciária, eu sempre estou acompanhado ele” (E7).

É necessário pensar e propor estratégias que façam o indivíduo se voltar para si, motivá-lo, exercer o papel de protagonista da sua vida, retomar suas atividades, integralizando o cuidado de forma personalizada com práticas capazes de prever as necessidades de saúde continuadas e individualizadas (Macedo, 2015). “Primeiro deve-se fazer um trabalho de autoestima com esses pacientes para que eles se sintam parte da sociedade, para que não se sintam diferentes, e assim integrá-los” (E7); “Trabalhamos muito a questão dos hábitos, da organização, quais as ocupações demandam mais desses pacientes, olhamos para o dia a dia deles, como eles se cuidam” (E5).

A partir dos inúmeros problemas ocasionados pela doença e pelo corpo obeso depreciado, é de fundamental importância que intervenções em saúde sejam aplicadas para ajudar as pessoas no enfrentamento da discriminação e na minimização do sofrimento vivenciado.

É dever dos profissionais buscar parcerias que favoreçam o cuidado integral, e necessário que as políticas públicas se efetivem nos espaços de saúde, para reconstrução das práticas do cuidar. A equipe interdisciplinar deve conhecer de fato os anseios do obeso e motivá-lo ao tratamento, em direção à superação e à aquisição de novos hábitos a serem inseridos na sua vida. Práticas dessa natureza que implicam apoio afetivo e psicológico muitas vezes se mostram mais efetivas que a cirurgia bariátrica, tornando possível postergá-la ou mesmo evitá-la.

Configura-se ainda tarefa da equipe interdisciplinar auxiliar a pessoa obesa no enfrentamento diário de apelos sociais por consumos desnecessários e deletérios à sua saúde. A questão da integralidade perpassa não apenas o controle da doença crônica, mas a eliminação do sofrimento psicossocial de ser obeso, causado pelo imaginário da feiúra e dos padrões impostos.

A integralidade constitui, portanto, resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, oferecendo-lhe um cuidado que supera em muito a dimensão biológica e que não se limita a silenciá-lo. A integralidade se expressa no encontro, na conversa, na atitude do profissional de saúde que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos. Ainda a integralidade, como modo de organizar as práticas, supera a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. Por último, há o conjunto de sentidos sobre a integralidade e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional, nesse caso o da obesidade, encarando o sujeito como um ser humano integral (Gomes; Pinheiro, 2000).

DESAFIOS NA ATENÇÃO

Um dos primeiros desafios apontados pelos integrantes da amostra desta investigação foi a **falta de capacitação dos profissionais** para assegurar a promoção da saúde de pessoas com obesidade. Espera-se que profissionais de saúde, sobretudo agentes comunitários de saúde (ACS), exerçam papel importante no aperfeiçoamento das estratégias de prevenção e controle de obesidade da população por meio do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. “Falta de formação específica é um desafio, nem todos temos formação para trabalhar com pacientes obesos” (E2).

Em estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte entre outubro de 2009 e janeiro de 2010, Andrade et al. (2012) entrevistaram 417 usuários: 59,1% destes apresentavam excesso de peso acompanhado de risco de complicações metabólicas associadas à obesidade. Somente 40,8% dos usuários já haviam recebido aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na UBS, sendo 81,2% mulheres, que foram aconselhadas principalmente por médicos e enfermeiros (Andrade et al., 2012). Há que salientar, entretanto, que a orientação em relação a hábitos alimentares saudáveis é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Considerando que o aconselhamento sobre modos saudáveis de vida aos usuários com excesso de peso resulta em mudanças dos hábitos de vida, deve-se avaliar a relevância de expandir a prática do aconselhamento a outros profissionais de saúde, sobretudo aos ACS, que têm maior acesso e conhecimento sobre a comunidade, o que favorece expansão de práticas de educação em saúde. “Não existe hoje, na rede, capacitação específica na prefeitura para o tratamento da obesidade para os profissionais da saúde. Isso dificulta muito” (E7).

Apesar de não haver na rede do município de Guarulhos atualmente uma capacitação específica para atenção a pessoas com obesidade, diversos profissionais de nível superior da atenção básica têm conhecimentos sobre hábitos saudáveis. Esses conhecimentos devem ser transmitidos aos usuários dos serviços públicos de saúde e, como anteriormente mencionado, os ACS poderiam atuar nesse processo educativo. Desta forma, as ações de educação em saúde configuram-se como estratégias privilegiadas para mudanças no comportamento dos indivíduos.

Os entrevistados também apontaram desafios referentes à **insuficiência de recursos materiais, humanos e de pontos de articulação em rede**, destacando o reduzido espaço físico para atendimentos e realização das atividades, a estrutura física inadequada para atender às pessoas com obesidade, as precárias condições dos equipamentos, a ausência de algumas especialidades médicas e o número insuficiente de profissionais das áreas de nutrição, psicologia, assistência social, fisioterapia, medicina, enfermagem e educação física. Salienta-se que a insuficiência de recursos também foi referida como limitação para a implementação

da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Cavalcanti; Oliveira, 2012). “Há oito anos tínhamos oito psiquiatras, hoje temos somente dois para todo município” (E7); “Muitos funcionários pediram demissão e não houve reposição” (E9).

Os resultados de estudo realizado em 17 unidades de saúde Campinas mostraram que, entre as principais causas que dificultam a realização de atividades educativas para a população obesa, destaca-se a falta de espaço físico das próprias unidades, seguida pela falta de recursos humanos (Carrara et al., 2008). “Atualmente, são poucas fonoaudiólogas na rede para atender a população. Isso dificulta o acesso do paciente ao tratamento” (E6).

Reconhece-se que a organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação e sucateamento dos serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, mostrando-se inadequada para enfrentar os desafios impostos pela mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas. Para reverter essa situação, precisa-se investir constantemente em tecnologias leves e duras. “O número de pacientes com doenças mentais aumentou tanto, que as psicólogas não conseguiam mais participar dos grupos comigo, hoje faço sozinha” (E9); “Ao longo dos nove anos que estou nas unidades básicas não melhorou a estrutura, a demanda está aumentando, mas a estrutura não” (E2).

Embora a obesidade seja reconhecida como evento de controle prioritário, poucas são as ações que tratam o obeso na sua integralidade. As diretrizes para o atendimento ao obeso do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), por exemplo, priorizam o modelo biológico, com orientação nutricional, atividades físicas e tratamento clínico das comorbidades. No entanto, fatores psíquicos e sociais podem agravar ou serem agravados pela obesidade, sobretudo quando esta está associada à depressão (Dobrow et al., 2002). “Difícil a gente olhar para nossas emoções, pessoas que estão expostas a muita vulnerabilidade, a muita violência, o estado negligenciando direitos, olhar para o sofrimento já dói, ninguém gosta, isso tudo é uma grande dificuldade, ainda mais para o paciente com obesidade” (E5); “Percebo que 80% dos pacientes que passam comigo, a questão é mais psicológica que

fisiológica, muitos conflitos familiares, no trabalho e acabam refletindo na alimentação” (E9).

O sofrimento emocional é fator retroalimentador na manutenção da obesidade, e foi um dos desafios referentes às **condições de vida do paciente com obesidade: aspectos funcionais e fisiológicos** apontados pelos entrevistados. Os depoimentos indicam que a dificuldade para lidar com emoções negativas estimula a busca de alimento como conforto: “Percebemos que boa parte desses pacientes tem uma relação de ansiedade, tiveram algum transtorno mental, e a comida acaba sendo uma rota de fuga” (E8).

A ingestão calórica excessiva pode servir tanto como gratificação substituta - ou seja, um equivalente do afeto -, quanto um mecanismo de defesa para aplacar angústias, tensões emocionais, e pode ter como fatores precipitantes dificuldades para lidar com situações negativas da vida. No entanto, o comportamento alimentar nem sempre tem função protetora. Pode ser um sintoma manifesto de transtorno alimentar, quando não se consegue parar de comer. É o caso, por exemplo, da compulsão alimentar, caracterizada pela ingestão, em curto intervalo de tempo, de quantidade de alimento maior do que a maioria das pessoas consumiria, e pelo sentimento de perda de controle sobre esse episódio (Dâmaso et al., 2003).

Embora alguns autores apontem a obesidade como causadora e não como consequência de sofrimento psíquico (Oliveira et al., 2004), outros afirmam que indivíduos com depressão apresentam maior risco para a obesidade (Blaine, 2008). A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009) destaca que a obesidade aumenta em 55% o risco de depressão e esta, por sua vez, aumenta em 58% o risco de obesidade, indicando possível circularidade entre as duas patologias. Mais do que a obesidade em si mesma, a percepção de estar acima do peso é fator de risco para sintomas depressivos. Além disso, fatores psicossociais, como estigma e discriminação, também podem contribuir para a depressão em obesos (Oliveira et al., 2004).

O sofrimento físico que acompanha o obeso, como dor e prejuízo na movimentação, pode ser entendido tanto como causa quanto como consequência da obesidade (Dâmaso et al., 2003). Em alguns depoimentos referentes às **condições de vida do paciente com obesidade: aspectos funcionais e**

fisiológicos, a percepção da dor é relatada como limitante, relacionando-se com a dificuldade no manejo do próprio corpo e com o sentimento de perda de autonomia, o que é especialmente preocupante porque a autonomia implica na construção da capacidade de corresponsabilização pelo cuidado consigo, com os outros e com a vida. “A maioria dos pacientes não conseguiam se exercitar porque tinha dor nos joelhos ou na coluna” (E2).

Alguns estudos relatam ainda que famílias mais pobres tendem a consumir dietas de alta densidade energética, por serem mais baratas. As estratégias de consumo alimentar estariam, assim, caracterizadas pela seleção de alimentos baratos e de alta densidade calórica, como as gorduras e os açúcares, através dos quais os pobres obtêm as calorias de que necessitam para sobreviver. Ao mesmo tempo, seu lazer limita-se praticamente a assistir a programas de televisão, tornando-se sedentários (Brasil, 2014b). No que concerne às **condições de vida do paciente com obesidade: aspectos sociais e financeiros**, os profissionais que constituíram a população desta pesquisa apontaram a falta de recursos financeiros dos pacientes com obesidade como aspecto que dificulta a evolução no tratamento: “Mas às vezes nem sabemos como vivem essas pessoas, como se alimentam, como é a casa delas e como é sua condição financeira” (E1); “Muitas pessoas não têm condições de comprar carne e verduras todos os dias, por não ter dinheiro para isso” (E1).

A obesidade, que inicialmente predominava nas classes econômicas de maior renda, vem apresentando uma evolução temporal com predominância nas populações mais pobres, principalmente entre as mulheres. Assim sendo, a atenção primária assume um papel primordial para mudança desse cenário.

Outro desafio bastante citado nas entrevistas diz respeito à **cirurgia bariátrica**. “Em relação à bariátrica, é inseguro trabalhar dessa forma, prometer para esse paciente esse serviço, sendo que no final sabemos que ele não vai conseguir vaga para operar na rede” (E2); “O paciente fica um ano na atenção básica em tratamento, depois mais um ano na atenção secundária, para no fim ir para a cirurgia bariátrica, mas no fim o paciente não consegue vaga para essa cirurgia. Isso frustra nossos pacientes” (E7).

Em 2013, foram realizadas no Brasil 72.000 cirurgias para tratar a obesidade e, em 2014, mais de 80.000, enquanto nos Estados Unidos da América (EUA) foram realizadas 140.000 intervenções cirúrgicas com essa finalidade no mesmo período (WHO, 2018). Infelizmente, pouco mais de 10% das cirurgias do país foram realizadas em hospitais públicos. Mostra-se alarmante atestar que grande parte dos pacientes obesos (75%) que necessitam dessa cirurgia dependem exclusivamente do SUS, não contando, portanto, com o sistema de saúde suplementar. Ou seja, três quartos da população de obesos está "alocada" em um sistema que totaliza um décimo das cirurgias bariátricas do país. Em 2013, a interminável espera por uma cirurgia bariátrica no SUS chegava a 2,9 anos (Oliveira, 2013).

A despeito das diversas diretrizes e regulamentações burocráticas existentes, pouco ou quase nenhum incentivo financeiro e de capacitação de pessoal é posto na prática pelo sistema. Com isso, tem-se um sistema enviesado num círculo vicioso, onde a cobrança de produtividade é feita primeiro e os recursos, na melhor das hipóteses, são repassados depois. Frente às tantas dificuldades cotidianas vivenciadas nos hospitais públicos brasileiros, acrescidas do ineficiente modelo de gestão em todo o país para assistir à pessoa com obesidade, observa-se ausência de repasse oportuno de verba, de incentivo, de capacitação de equipes, de programas sustentáveis, o que culmina com unidades isoladas, com filas próprias e intermináveis de pacientes aguardando por uma cirurgia.

Reconhece-se que a organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, mostrando-se inadequada para enfrentar os desafios postos pela mudança no perfil epidemiológico da população, marcado pela ascensão das doenças crônicas (Mendes, 2011). Assim, avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde (Brasil, 2013a). Por isso, é importante a formação de uma rede de apoio integrada e articulada que envolva os três níveis de atenção à saúde, como uma boa gestão e o desenvolvimento de protocolos de atendimento que organizem o fluxo do sistema e do atendimento intra e intersetorial. “A falta de assistência que a rede nos proporciona é o maior desafio”

(E4); “Daria para melhorar muito se tivéssemos integralidade da rede, porque falta muita coisa ainda para melhorar, como acesso e estrutura física” (E4).

Desta forma constata-se a importância da organização dos fluxos da rede para ajudar a minimizar os diversos desafios encontrados no cotidiano de trabalho. A gestão assume um importante papel, ajudando a articular e organizar os protocolos de atendimento para a população com obesidade; os maiores favorecidos dessa ação seriam os pacientes e os profissionais. Portanto, o diálogo entre esses três sujeitos na construção da rede pode ser um caminho para minimizar os problemas aqui elencados.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Uma das primeiras estratégias de enfrentamento citadas é o **vínculo com o paciente**. Para um bom manejo clínico, é fundamental que profissional e paciente tenham uma boa relação interpessoal, entendendo que uma grande dificuldade no emagrecimento é a mudança de estilo de vida. Mudança de hábitos é algo bastante complexo e, se não houver um bom vínculo entre ambos, essa mudança pode se tornar ainda mais difícil. “O vínculo que eu tenho com as pessoas é muito importante, criar o vínculo é importante para todos e para o médico também, conhecer e acompanhar esses pacientes de verdade e de perto” (E4); “Eu conheço praticamente todos os pacientes, eu trabalho aqui na unidade há 15 anos, tenho um ótimo vínculo com os pacientes, isso é muito importante no tratamento” (E4).

A noção de vínculo desperta a reflexão sobre a responsabilidade e o compromisso (Merhy, 1994). Assim sendo, ela está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Para Merhy (1994, p. 138),

Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

Para a aproximação com a realidade, é necessário o estabelecimento do vínculo. A construção do vínculo entre profissional, paciente e familiares pressupõe a aproximação para a compreensão da pessoa enferma e uma empatia mínima entre as partes envolvidas. Isto é possível por meio da disposição do profissional em relacionar-se de forma mais personalizada, menos objetiva e mais humanizada, criando um vínculo de confiança e respeito com o paciente e, ao mesmo tempo, aplicando seus conhecimentos científicos (Grejanin et al., 2007).

Outra estratégia citada foi a **atenção centrada na pessoa**. O profissional deve estar atento para colocar o paciente sempre no centro do tratamento, ele é um ser único, tem escolhas e opiniões, e, muitas vezes, no cotidiano clínico, a doença e/ou o exame são colocados no centro do tratamento, o que dificulta os resultados do processo de emagrecimento.

A Abordagem Centrada na Pessoa, com sua proposta de promover relações interpessoais autônomas e consequentemente humanizadas, sugere o desenvolvimento, pelo profissional, de atitudes de consideração positiva, incondicional, empáticas e autênticas para com o cliente. Essas atitudes relacionam-se à concepção de que o crescimento, a preservação e a sobrevivência são as principais motivações humanas, o que equivale a dizer que a principal missão humana é realizar as suas potencialidades. Nesses termos, a consideração positiva incondicional é uma aceitação calorosa de cada aspecto da experiência do ser. Isso significa o cuidado com a pessoa atendida, a apreciação do paciente como uma pessoa individualizada, e a aceitação de que ele tem um jeito próprio de ser, com escolhas e caminhos próprios (Wood, 2008). “Mesmo no final de semana estou em contato com os pacientes, pois moro perto do posto, fazemos caminhadas, vamos no bosque maia, dependendo do caso vou até fora do horário do trabalho visitar um paciente que precisa, estou sempre em contato com eles como pessoas, não somente como pacientes” (E7); “Não é só falar de obesidade ou baixo peso, e sim realmente envolver todo mundo para uma mudança sempre centrada no paciente” (E1).

A construção de uma relação com base nesses princípios implica, por um lado, que as pessoas passem a ser responsáveis por seu desenvolvimento pessoal e pelo cuidado de sua própria saúde, promovendo e prevenindo o seu prejuízo e,

por outro, que os profissionais passem a considerar a potência das pessoas a que se propõem ajudar. Eis a postura que norteia a relação de ajuda proposta pela Abordagem Centrada na Pessoa e que permite a interlocução com os fundamentos dos três níveis de atenção - primário, secundário e terciário.

Outra estratégia importante no enfrentamento das dificuldades no tratamento às pessoas com obesidade mencionada pelos profissionais entrevistados no presente estudo foi a **intersectorialidade**. Por ser uma doença, muitas vezes a obesidade acaba sendo vinculada apenas à área da saúde, mas, de vez que é uma doença multifatorial, ela também deve ser tratada e estar sob a responsabilidade de todos os setores sociais. As manifestações dos entrevistados denotam a importância atribuída às relações com os outros setores: “Mostrar que reeducação alimentar e obesidade não é só da saúde, é de todo mundo, de todos os setores e sociedade” (E1); “No ano passado visitamos algumas empresas próximas para falar de saúde com os funcionários, e foi uma ótima experiência” (E8).

Para enfrentar a epidemia de obesidade, as políticas públicas e ações intersectoriais devem reunir esforços. Além de informar e educar a população, os diversos setores, de modo integrado, devem, apoiados por políticas públicas, propiciar ambientes que estimulem, apoiem e protejam padrões saudáveis de alimentação e atividade física. As estratégias nessa direção devem ser de várias ordens: medidas fiscais, que tornem mais acessíveis os alimentos saudáveis, normas que limitem a publicidade de alimentos não saudáveis e intervenções no planejamento urbano que facilitem a prática cotidiana de atividade física. Assim, espera-se ação consistente e estruturada na afirmação de responsabilidades do poder público em políticas intersectoriais articuladas. O poder público deve oportunizar espaços de troca e construção constantes de saberes, linguagens e práticas, buscando o desenvolvimento pessoal e social que habilite as populações para opções por uma vida mais saudável. Isso significa assegurar que, em cada um dos microssistemas, sejam organizadas ações de Promoção da Saúde (CAISAN, 2014).

A participação social é muito importante para a criação desses espaços, pois somente o encontro entre trabalhadores e usuários possibilita que demandas específicas da epidemia obesidade – como melhor acesso, melhor política, melhor

controle – sejam atendida pelo poder público. Todos os setores devem estar unidos e engajados nas comunidades, nos conselhos e na prática clínica do cotidiano, somente assim surgirão resultados transformadores.

A escola é reconhecida como local privilegiado para promover a saúde, contribuindo com efeitos positivos na mudança de padrão de consumo e atividade física dos escolares, promovendo modificações nos hábitos destes, com vistas a uma vida saudáveis. “Começamos a fazer matriciamento nas escolas e fizemos parceria com os professores. Essa comunicação tem nos ajudado a cuidar da saúde dessas famílias juntos” (E8); “Começamos a fazer matriciamento nas escolas, e esse foi um diferencial” (E1).

Nesse cenário, o Programa Saúde na Escola (PSE), que é uma ação interministerial entre os Ministérios da Saúde e Educação, tem a finalidade de proporcionar o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças e adolescentes de cinco a dezenove anos no ambiente escolar, focando suas ações nos alunos de escolas da educação básica da rede pública de ensino (Brasil, 2007).

A articulação dos conceitos de educação, comunicação e informação, tomando como palco a discussão da alimentação e da nutrição como direito do cidadão, remete à perspectiva de compreensão da dimensão e do compromisso político da educação brasileira com o desenvolvimento humano. Essa concepção democrática da educação oportuniza às pessoas maior efetividade do ponto de vista cultural e de aprofundamento do espírito crítico e das vivências democráticas que permitem o exercício da autonomia e do autocuidado. A articulação constante entre esses dois setores - saúde e educação - é de fundamental importância para o tratamento da obesidade. Deve-se fortalecer cada vez mais as ações conjuntas desses setores, principalmente na ponta, onde estão os profissionais e a comunidade, principais atores do processo. Com isso, é possível reescrever uma nova história para essa epidemia, com educação e saúde, fortalecendo e empoderando os sujeitos para mudarem seus estilos de vida e exigirem um ambiente menos obesogênico.

Outra estratégia de enfrentamento das dificuldades no tratamento às pessoas com obesidade bastante apontada foi o **trabalho em equipe**.

Por ser tratar de uma doença crônica determinada por diversos fatores ambientais, genéticos e psicossociais, o tratamento do cliente obeso tem grande probabilidade de fracasso se conduzido por um único profissional - qualquer que seja a especialidade dele -, sendo fundamental o apoio de uma equipe multiprofissional. “Apesar das dificuldades, avalio nosso trabalho em equipe como excelente, porque trabalhamos bem juntos” (E3); “Tem que saber qualificar o trabalho do outro também” (E1).

A abordagem interdisciplinar da obesidade é considerada necessária devido à complexidade das alterações encontradas, sendo utilizado o tratamento psicoterápico grupal e/ou individual e podendo ser necessário o uso de medicação. Assim sendo, mais do que de uma equipe multiprofissional, é necessário que os profissionais de tal equipe sejam qualificados com uma prática e um discurso integrados, com enfoque na pessoa com obesidade e não somente na doença (Dâmaso et al., 2003).

A integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, transcendendo a noção de conceito de saúde. A saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma prática interdisciplinar em que profissionais de diversas áreas se agregam em equipes, com o objetivos comum de estudar as interações somáticas e psicossociais para encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos interrelacionados à saúde e à doença (Rocha et al., 2009). “Nas reuniões de matriciamento passamos os casos novos de primeira vez e retomamos casos antigos, fazendo as devolutivas, perguntamos como estão os atendimentos dos outros profissionais envolvidos, é uma ótima troca em equipe para saber como estão os pacientes” (E4).

A proposta terapêutica deve ter sempre como foco o sujeito obeso. Nesse contexto, o trabalho em equipe deve ser orientado a um cuidado compartilhado que vise à promoção de saúde. Para que se obtenha sucesso no cuidado de pacientes com obesidade, a educação em saúde - vista como um recurso para desenvolver habilidades pessoais e sociais, associadas à divulgação de informação, como uma

ação contínua, por toda a vida - deve ser realizada e compartilhada por toda a equipe multiprofissional. E essa educação deve ser pautada no afeto, na escuta, na persistência, na atenção, no cuidado nas relações e, principalmente, no respeito.

O cuidado dos profissionais de saúde, por meio de ações sistemáticas, pode intervir positivamente no desenvolvimento do autocuidado. O usuário chega ao serviço, muitas vezes, de modo não espontâneo, não tendo o que dizer sobre si mesmo, não se percebendo, não se reconhecendo obeso, como se aquilo não lhe dissesse respeito. O trabalho com esse usuário é fazer com que ele se aproprie do próprio corpo, do que se passa com ele e de sua própria vontade. O papel da equipe de saúde vai além de orientar e informar. Deve-se realizar educação em saúde de uma maneira simples, verdadeira, respeitando a capacidade intelectual e cultural de cada paciente. Quando o tema é a obesidade, geralmente se culpabiliza individualmente o sujeito, ao invés de se desenvolver uma luta política pela saúde, responsabilizando as empresas e interferindo sobre a propaganda e a comercialização de produtos obesogênicos (ABESO, 2009).

Nesse contexto, a indução do consumo de alimentos industrializados pela mídia deve ser objeto de reflexão e de ações. Tais produtos ajudam no crescimento contínuo da obesidade, transformando-a em uma doença que acomete cada vez mais crianças. A obesidade enquanto patologia multicausal sobre influência de múltiplos fatores, dentre os quais se incluem a propaganda e o ambiente obesogênico. Daí a importância da interação da equipe de saúde, e do preparo de seus integrantes, para fazer frente a esse fator externo (Sawaya; Filgueiras, 2013).

As principais **estratégias de enfrentamento sugeridas** pelos profissionais entrevistados neste estudo abrangem atividade física, alimentação e práticas integrativas, atenção psicológica, enfrentamento da obesidade infantil, estabelecimento de parcerias com as universidades da cidade e cuidados com a saúde dos trabalhadores da saúde.

As intervenções sugeridas no âmbito da atividade física foram as seguintes: “Agora estou pensando em fazer o curso de liang gong para aplicar nos grupos de obesidade. Por ser uma atividade de fácil execução, será ótimo para os pacientes” (E2); “Poderia ter um pedômetro na semana, para ver o nível de atividade física, talvez ficaria mais interessante para eles” (E2).

O liang gong aparece como uma ótima sugestão para as pessoas com obesidade, pois é uma atividade de fácil aprendizado e execução, de baixo custo e alto impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos e da coletividade. O exercício do lian gong promove melhora na flexibilidade, coordenação de movimentos, equilíbrio, diminuição das dores em geral – e, por consequência, no uso de medicação -, melhora no funcionamento do intestino e no sono. Em um estudo realizado no Rio Grande do Norte, os 28 usuários de UBSs que praticaram a técnica relataram melhora do sono e do tônus muscular, diminuição de dores musculares, aumento da flexibilidade, o aumento de eliminações - diurese e evacuação -, bem como melhora na concentração e na socialização (Aguiar et al., 2012).

Tais resultados indicam que a utilização dessa prática pelos profissionais da rede de saúde do município de Guarulhos pode trazer muitos benefícios para a população com obesidade.

A utilização de pedômetros, que são aparelhos que contam os passos ao longo do dia e ajudam a analisar o nível de atividade física, também pode se constituir em estratégia de incentivo no enfrentamento da epidemia de obesidade. Com esse recurso, os pacientes conseguiriam ver, na prática, quantos passos estão dando por dia. Com os crescentes avanços da tecnologia, alguns aparelhos celulares apresentam aplicativos – por vezes gratuitos - que estimam a quantidade de passos e o nível de atividade física. Assim sendo, podem se constituir em ferramenta a ser utilizada no dia a dia dos profissionais nas unidades básicas de saúde.

A fitoterapia, os florais e cozinhas experimentais também foram mencionados pelos entrevistados: “Acredito que a fitoterapia, florais e cozinhas experimentais nas UBS ajudariam muito no tratamento dos pacientes com obesidade” (E9).

O baixo custo e os poucos efeitos colaterais são fatores que tornam os medicamentos fitoterápicos e florais cada vez mais populares. Diversas são as alternativas disponíveis no mercado para o tratamento da obesidade e, embora poucas apresentem evidências consistentes de segurança e eficácia, estudos veem

sendo empreendidos para esse fim (Verrengia et al., 2013). A utilização de florais e fitoterápicos na rede municipal com pacientes obesos poderia ser uma ótima ação, dado que a maioria dos pacientes do SUS possui poder aquisitivo baixo. Com a riqueza da flora brasileira, tem-se grande diversidade de plantas, com diferentes efeitos. Além disso, o município de Guarulhos conta com um centro de terapias integrativas e complementares que poderia se tornar parceiro das UBS, fornecendo suporte nessa iniciativa.

Por sua vez, a cozinha experimental possui grande potencial para ajudar no tratamento da obesidade, pois trabalha conceitos de consumo consciente e de culinária saudável, nutritiva e de baixo custo. Essa prática envolve princípios educativos socioambientais, com aproveitamento integral, para estimular a mudança de comportamento e de hábitos alimentares. As pessoas têm a oportunidade de conhecer, na prática, que pode ser prazeroso, barato e saudável comer melhor, e para tanto bastam uma cozinha para as aulas e um nutricionista para orientar os trabalhos. Dados o baixo custo e a facilidade de implementação, essa seria uma ferramenta potente nos grupos de obesidade do município.

Outras duas práticas sugeridas pelos entrevistados foram o estabelecimento de parcerias para a capacitação dos profissionais da saúde, e a implementação de programas de mudança de hábitos para esses profissionais. “Poderia haver mais parcerias com as universidades da cidade, para capacitações e encontros sobre obesidade e saúde” (E9);

Deveríamos fazer um trabalho com os profissionais de saúde da rede, pois muitos são sedentários, obesos, não se alimentam bem... Como vão cuidar dos outros, se não estão se cuidando? A secretaria de saúde está adoecida. A mudança de hábito também deve partir do funcionário da saúde, não temos como pedir mudança do paciente se não estamos mudando também, devemos pensar em mais programas de saúde para os funcionários também (E8).

A maioria dos profissionais apontou como grande dificuldade a falta de capacitação específica para o tratamento do paciente com obesidade. Nesse sentido, como estratégia de enfrentamento poder-se-ia fomentar parcerias com as universidades do município, ajudando a aproximar o universo acadêmico das unidades básicas de saúde da cidade.

No que concerne à implementação de programas de mudança de hábitos para os profissionais da saúde, deve-se destacar que cuidar de quem cuida é essencial para a manutenção de um ambiente saudável. Esse aspecto é muito importante, e pode-se debater e construir uma parceria entre a secretaria de saúde e os servidores da área. Já há iniciativas nesse sentido, relatadas por alguns dos profissionais entrevistados. “Alguns profissionais da unidade que estavam obesos e participaram dos nossos grupos conseguiram emagrecer e mudar hábitos e até hoje seguem nossas orientações” (E8).

Dentre as **intervenções diferenciadas desenvolvidas**, destacam-se duas estratégias, mencionadas como intervenções sugeridas e já em execução em algumas unidades pioneiras do município, servindo como referência para as demais. “As ACS têm curso de liang gong e oferecem para as pacientes com obesidade também, elas têm participado e gostado, pois são exercícios leves que elas conseguem fazer” (E5); “A nutricionista se especializou em PANCs e está incentivando os pacientes a inserirem na sua rotina alimentar, muitas são nutritivas e ajudam perder peso, e prescreve chás calmantes para reduzir a ansiedade” (E8).

Como se verifica, a proposta de oferecimento de liang gong para pacientes com obesidade anteriormente mencionada já vem sendo posta em prática, e os pacientes têm respondido positivamente à atividade.

Já no que concerne à cozinha experimental, também sugerida e citada anteriormente, um profissional de nutrição do município capacitou-se em PANCs e utiliza essa ferramenta com pacientes com obesidade, adotando as ervas principalmente como princípio ativo para atuar na ansiedade ligada à compulsão alimentar e comportamental. Muitas dessas plantas têm preço acessível ou são encontradas nas casas de pacientes, o que ajuda sobremaneira a ampliar o acesso e o tratamento. E, como já comentado, as PANCs, os fitoterápicos e os florais são terapias que podem ser mais exploradas e utilizadas no tratamento de obesos da cidade, tornando esse tratamento mais integrativo, mais acessível e holístico.

Outra prática integrativa utilizada atualmente no tratamento dos pacientes de algumas unidades da rede é a auriculoterapia, técnica oriunda da medicina tradicional chinesa que utiliza o pavilhão auricular - ou seja, a orelha - para efetuar o tratamento de saúde, aproveitando o reflexo que a aurícula exerce sobre o

sistema nervoso central (Souza, 2001). “A psicóloga aplica auriculoterapia nos grupos de obesidade, isso tem ajudado bastante as pacientes têm relatado” (E8).

O efeito da acupuntura e da auriculoterapia no emagrecimento de mulheres com diferentes tipos de obesidade foi observado em estudo desenvolvido por Bao e Wang (2006) junto a 83 pacientes, divididas em dois grupos: um grupo com IMC até 25 e outro grupo com IMC de 25 a 30. Os resultados levaram os autores a concluir que a acupuntura e a auriculoterapia podem ser indicadas para o emagrecimento, em casos de diferentes tipos de obesidade.

Em Cuba, no ano de 2008, um estudo descritivo transversal utilizou a auriculoterapia associada à fitoterapia para o tratamento de transtorno generalizado de ansiedade. Fizeram parte do estudo 30 pacientes, que compareceram às consultas de medicina natural e tradicional em uma clínica na província de Havana. Verificou-se que 86,7% dos pacientes responderam positivamente ao tratamento, com melhora dos sintomas iniciais e satisfação percebida (Zaragoza Peña; Faure Vidal, 2008). Essas duas técnicas associadas também podem ser utilizadas no tratamento de pacientes obesos da rede municipal de Guarulhos.

Outra estratégia desenvolvida, que corresponde a um desafio referido por boa parte dos profissionais, é a capacitação específica para atuação no tratamento da obesidade. Uma das unidades básicas de saúde da cidade está realizando encontros de capacitação com as agentes de saúde da unidade: “Duas vezes por ano faço capacitação com as agentes de saúde sobre alimentação e saúde na unidade” (E9).

Um dos papéis do NASF é oferecer apoio e suporte para os integrantes da estratégia de saúde da família, ampliando a troca de conhecimentos entre os profissionais. Nesse cenário, o agente comunitário de saúde assume um papel diferencial no tratamento, pois está em contato direto e constante com os usuários graças às visitas domiciliares semanais. Quando bem instrumentalizado, o ACS pode auxiliar, e muito, no tratamento de pessoas com obesidade, por isso os profissionais de nível superior devem constantemente desmistificar ações, informar sobre o tratamento, o manejo e as técnicas que irão auxiliar no processo de emagrecimento. O ACS se torna multiplicador do tratamento.

Um espaço rico e propício para a troca de conhecimento entre os profissionais da rede é o matriciamento. Entende-se por matriciamento o suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas a uma equipe interdisciplinar, com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. É um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Brasil, 2010). “O matriciamento na regional ajuda a nos fortalecer como equipe e traz mais conhecimento, você vê as experiências dos outros, isso motiva, esse espaço vai motivando a gente a continuar” (E5); “Começamos a fazer matriciamento nas escolas, e esse foi um diferencial” (E1).

O matriciamento é um momento rico de troca de saberes e experiências. Algumas unidades estão realizando os matriciamentos da saúde nas escolas com os professores, o que aumenta a aproximação entre os setores de saúde e educação, auxilia na assistência, potencializa a prevenção de obesidade nas escolas, e empodera os professores. Assim, o matriciamento tem se configurado importante estratégia para implementar ações de combate à obesidade e deve ser ampliado em toda a rede.

Outra estratégia interessante, apontada por alguns profissionais, é o encaminhamento direto de pacientes com obesidade para os grupos de atividade física e reeducação alimentar, ou seja, sem necessariamente aguardarem o matriciamento da sua área ou uma vaga de consulta individual. A maioria das unidades possui grupo de atividade física e alimentação saudável, e os pacientes têm que ser constantemente incentivados a participar; a maioria dos grupos é aberta à entrada de novos participantes. Parece uma ação simples, mas se todos os profissionais encaminharem seus pacientes com obesidade para os grupos da unidade, contribuirão de modo constante e oportuno para mudanças no estilo de vida de tais pessoas. “Eu peço primeiro para os pacientes com obesidade começarem no grupo de reeducação alimentar para depois irem para o grupo de obesidade, aí eles já vão com uma bagagem melhor” (E9).

Começamos com as orientações e aos poucos vamos combinando e inserindo eles nos grupos de atividade física. Orientamos que depois, no mesmo horário que eles vinham para o grupo de obesidade, para eles irem no grupo de atividade física, para aumentar o gasto calórico e começar a ficar mais ativo fisicamente” (E5)

Outra estratégia desenvolvida pelos profissionais é a prática de atividade física individualizada de acordo com o nível de capacidade do paciente. “A educadora física prescreve vários exercícios que dá para fazer sentado, deitado e em casa, isso ajuda muito os pacientes com obesidade” (E9); “Faço exercícios para melhorar a respiração e a mastigação, fortalecimento de musculatura, isso melhora a oxigenação, a qualidade do sono e diminuição do estresse, os pacientes têm percebido a diferença” (E6).

Algumas unidades possuem o educador físico compondo a equipe NASF, o que facilita e amplia muito o processo terapêutico. O educador físico pode visitar a casa do paciente e orientá-lo sobre atividade física condizente com a sua realidade, além de prescrever exercícios de fácil aplicabilidade.

Nas unidades que não possuem educadores físicos, os ACS podem orientar as famílias acerca de diversas atividades físicas no bairro, convidar e incentivar o usuário a iniciar uma vida física mais ativa.

A fonoaudióloga de uma das unidades ensina nos grupos aos pacientes como mastigar melhor, como respirar melhor, o que contribui para diminuição do estresse e da ansiedade. Nesse contexto, a respiração e a meditação assumem importante papel no manejo da obesidade e suas comorbidades. Alguns profissionais da rede estão inserindo a meditação nas ações de tratamento. “Temos grupos de relaxamento, meditação uma vez por semana. Nesse grupo também os agentes de saúde fazem massagem nos pacientes com obesidade” (E7).

Cada tipo de meditação oferece, à sua maneira, uma possibilidade de se entrar em um estado de coerência interior que favorece a integração de todos os ritmos biológicos e das funções de harmonização do organismo. Além disso, os diferentes tipos de práticas meditativas têm como objetivo alterar o fluxo dos pensamentos, gerando novos padrões de comportamento e consciência. Pesquisas com o emprego de sofisticados equipamentos eletrônicos que utilizaram grande variedade de estilos de meditação mostraram que, de maneira geral, essa prática pode ativar áreas do cérebro associadas ao bem-estar, à regulação das emoções e à capacidade de sustentar a atenção (Willis, 1979).

Herbert Benson, médico da Universidade de Harvard, estudioso da conexão mente-corpo, afirma que os fatores emocionais têm grande importância na origem e na evolução de inúmeras doenças. Pesquisando, desde a década de 70, sobre os efeitos da meditação na fisiologia humana, esse estudioso afirma também que as pessoas podem aprender a usar a mente para combater as tensões geradoras de doenças físicas e promover saúde, com melhor resposta aos tratamentos (Benson, 1998).

Goyal et al. (2014) analisaram a eficácia de programas de meditação para diminuir o estresse psicológico e aumentar a sensação de bem-estar. O estudo, caracterizado como metanálise, incluiu 47 ensaios clínicos com 3515 participantes portadores de ansiedade, depressão, dores crônicas, câncer e doenças cardiovasculares, dentre outros agravos. Os resultados evidenciaram que a meditação pode reduzir as múltiplas dimensões negativas do estresse psicológico, tendo um efeito principalmente na ansiedade, na depressão e na dor. Como conclusão, os autores sugerem que os médicos clínicos deveriam estar preparados para falar com seus pacientes sobre o papel da meditação na saúde mental e em comportamentos relacionados ao estresse.

Outras estratégias desenvolvidas e relatadas pelos *profissionais da rede incluem dinâmicas de grupo e discussão em torno de temas de interesse*: “Faço muitas dinâmicas de grupo para deixar os encontros mais atrativos e divertidos, eles interagem entre si, riem e se expressam melhor” (E9); “Estamos abordando nos grupos temas mais atuais e com uma linguagem acessível, dietas intermitentes, óleo de coco, dietas lowcarb etc” (E8).

Abordar em linguagem acessível assuntos atuais e significativos para os pacientes ajuda a atrair novos usuários ao tratamento e empoderar quem já participa dos grupos. Uma intervenção importante é dinamizar os encontros, trazendo para eles ludicidade e prazer. Modificar estilo de vida é realmente algo difícil, por isso o prazer e a alegria podem trazer outra roupagem para o tratamento.

Outros ponto levantado como estratégia importante pelos profissionais entrevistados foi o uso de fármacos e vitaminas: “Por sorte nossa médica da família também é endocrinologista e está prescrevendo alguns medicamentos para os pacientes com obesidade, e com ótimos resultados” (E8); “Procuro investigar

também os níveis de vitamina D dos pacientes, pode estar abaixo do normal, prescrevo suplementação se necessário” (E9).

Ter um médico da família com formação em endocrinologia na unidade básica de saúde enriquece sobremaneira o tratamento, visto que o profissional dessa especialidade prescreve medicações específicas, que podem acelerar e dinamizar o tratamento. Ocorre que não é habitual que haja endocrinologista no quadro das unidades básicas. Por serem especialistas, estão alocados em centros de especialidades médicas, aos quais, na maioria das vezes, o paciente demora a chegar. No município de Guarulhos os endocrinologistas também estão nos centros de especialidades médicas, porém considera-se que poderiam participar mais ativamente nas unidades básicas de saúde, por meio de encontros com profissionais da rede a serem fomentados pela secretaria municipal de saúde. Esses encontros poderiam versar sobre medicação e manejo de pacientes com obesidade, ampliando a troca de saberes e *expertises*.

Para solucionar outra dificuldade relatada - obtenção de vaga de atendimento médico para os pacientes com obesidade -, uma das unidades de saúde integrante desta pesquisa tem reservado vagas para esse público, e tem feito atendimento aos sábados. “Temos dificuldades de vaga para consultas para os pacientes. Para reduzir isso, aos sábados guardo algumas vagas para os pacientes com obesidade” (E7).

Diante das diversas dificuldades e do sucateamento observado na saúde pública, há que encontrar estratégias simples, baratas e resolutivas para os problemas enfrentados. O atendimento aos sábados pode ser uma forma de oferecer uma oportunidade de tratamento para esses pacientes. Pode não ser a melhor opção, mas está ajudando a enfrentar o problema de alguma forma.

Por fim, como estratégias adicionais utilizadas, os profissionais citaram: “Estamos evitando ficar pesando o paciente constantemente, pois percebemos que isso gera mais ansiedade, estamos trabalhando mais com qualidade do que com quantidade” (E8); “Temos um grupo no WhatsApp para conversar e dar apoio para o paciente todo dia, conversamos bastante sobre autoestima e vamos incentivando-os, escutando suas dificuldades, todos juntos se ajudando” (E7).

A primeira estratégia ajuda a minimizar a ansiedade gerada pela balança. A pesagem semanal tende a aumentar ainda mais a pressão e a ansiedade dessas pessoas. Ao invés do aspecto quantitativo, deve-se exaltar os qualitativos, ou seja, valorizar o bem-estar, a diminuição das medidas das roupas, o sono, as emoções e outros aspectos mais importantes que uma simples pesagem.

A segunda estratégia alia a tecnologia ao tratamento, aproximando o paciente dos profissionais de saúde, o que aumenta o suporte e aprimora a comunicação, canal através do qual o paciente pode encontrar apoio da equipe e dos outros pacientes que enfrentam as mesmas dificuldades. Nesses grupos eles podem trocar receitas saudáveis e vídeos educativos, além de palavras de apoio e incentivo.

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

A avaliação das ações foi realizada em duas etapas. Primeiramente os profissionais avaliaram o trabalho com pessoas com obesidade de modo geral e, posteriormente, avaliaram o protocolo de obesidade do município. Dentre as manifestações relativas à primeira etapa da avaliação, destacam-se as que seguem: “Se é exitosa para uma pessoa, já é exitosa, se aquela pessoa já teve uma melhora na qualidade de vida, já está significando alguma diferença na vida dela, já é exitoso para a gente” (E5); “Considero como exitosa, apesar das dificuldades, a gente sempre quer fazer melhor, trabalhando nas condições nas quais trabalhamos, acho que fazemos um trabalho muito bom” (E6); “Muitas pessoas mudaram da obesidade para o sobrepeso nos nossos grupos” (E3); “Avalio nossa atuação como satisfatória, poderíamos fazer muito mais se tivéssemos mais suporte e apoio” (E9).

A maioria dos profissionais avalia como positivas as ações voltadas à obesidade no município, mesmo reconhecendo a grande evasão na prática clínica, pois muitos pacientes começam o tratamento, mas não o terminam. Esses profissionais entendem que, se tiveram êxito em ajudar uma pessoa a mudar da condição de obesidade para o sobrepeso, já fizeram um bom trabalho. E entendem que, mesmo com as dificuldades encontradas na rede, têm êxito em sua prática. Sabem, entretanto, que se houvesse maior investimento nessa área eles poderiam

fazer muito mais e ajudar mais pessoas com obesidade. Assim, como visto nas respostas do questionário *online*, nas respostas às entrevistas a maioria dos profissionais assumiu a importância e o bom trabalho prestado para a população com obesidade no município.

Quando questionados sobre a avaliação do protocolo, foram levantados alguns aspectos importantes, como: “No começo não foi muito conversado a implantação do novo protocolo de obesidade, já foi obrigatória a participação da nutricionista e da psicóloga, não teve muito diálogo na sua construção” (E3).

Verifica-se, assim, que a implantação do protocolo poderia ser mais discutida antes da implantação. Isso porque a menção a ações no SUS sempre remete à gestão participativa, ao diálogo, com a construção, e não a imposição de condutas e/ou procedimentos. Talvez rediscutir o protocolo com os profissionais da rede contribua para o seu aprimoramento, como cita um dos entrevistados: “Acredito que o protocolo ajudou a organizar um pouco o processo de trabalho, mas ele precisa ser revisto e atualizado, construído junto com os profissionais da rede” (E9).

Outro dado importante diz respeito à estrutura para o tratamento dos pacientes pois, como destaca um profissional entrevistado. “Não é só criar o protocolo, mas espaços adequados para realizar o tratamento para o obeso e com qualidade” (E5).

Nesse contexto, considera-se que para aprimorar a atenção à pessoa com obesidade no município na perspectiva da integralidade, a rediscussão do protocolo entre secretaria e profissionais seria primordial, bem como a criação de espaços e melhores condições físicas e estruturais para os atendimentos. O protocolo detalha e norteia o trabalho, mas não se pode minimizar a importância das condições de trabalho e atendimento.

Como ponto positivo, os profissionais também reconhecem a importância do protocolo como um marco no município no âmbito do tratamento de pacientes com obesidade. “O novo protocolo do município ficou uma coisa mais organizada, escrita e documentada, que antes não tinha, e que está nos ajudando muito nas nossas ações” (E5); “O novo protocolo de obesidade está nos ajudando, outros profissionais estão com responsabilidades no cuidado, e não só com a nutricionista. Aqui no nosso NASF, a psicóloga participa, o educador físico, a nutricionista, a terapeuta ocupacional, a fisioterapeuta, todos” (E6).

Verifica-se que a criação do protocolo veio preencher uma lacuna na atenção, configurando-se como documento norteador para o trabalho nas unidades de saúde instrumentalizando e amparando as ações voltadas à atenção a pessoas com obesidade. Além disso, o documento atribui responsabilidades aos diferentes profissionais e prevê mais especialistas para o cuidado compartilhado, ampliando e enriquecendo as possibilidades de trabalho multiprofissional.

Considera-se a relevância social do protocolo, mas reitera-se que ele pode ser aprimorado se rediscutido com os profissionais da rede, que trarão contribuições importantes advindas de sua prática clínica, informando experiências exitosas e outras a serem revistas e superadas, na atenção integral às pessoas com obesidade na cidade de Guarulhos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central desta dissertação foi conhecer as práticas uni, multi e interprofissionais de atenção integral a pessoas com obesidade desenvolvidas por profissionais da estratégia de saúde da família e dos núcleos de apoio à saúde familiar do município de Guarulhos, com ênfase aos desafios identificados e às estratégias de enfrentamento propostas. Considera-se que tal objetivo tenha sido atingido, pois as informações obtidas nas duas fases do estudo continham relatos de experiências - referidas pelos profissionais da rede - que podem contribuir com as práticas desenvolvidas no município. A par disso, foi possível conhecer os desafios identificados, e as principais estratégias de enfrentamento propostas e utilizadas por tais profissionais no atendimento à população com obesidade. Com essas informações em mãos pode-se aprimorar o trabalho executado na rede, auxiliando as trocas de experiências e saberes.

Espera-se que o produto final do presente trabalho - cartilha que reúne experiências exitosas voltadas à prevenção e ao tratamento de obesidade do município de Guarulhos – provoque, auxilie discussões e incentive melhores práticas na Atenção Básica ao imprimir às discussões um tom mais cotidiano e humanizado. Considera-se ainda que os resultados da pesquisa e o produto final dela derivado possam também contribuir para a rediscussão do protocolo do município por profissionais e gestores.

No que concerne aos desafios com os quais se deparam, os profissionais apontam principalmente a falta de capacitação específica para tratar o paciente obeso, situação que buscam vencer por meio da ajuda mútua.

Também a falta de recursos humanos e materiais e a falta de conscientização dos pacientes são mencionados como desafios, mas alguns profissionais lançam mão de ferramentas potentes para enfrenta-los, e têm obtidos resultados significativos

O questionário *online* forneceu um panorama mais amplo e geral da atuação profissional frente à obesidade na cidade, e as entrevistas permitiram aprofundar o tema e conhecer estratégias para o enfrentamento do problema na rede pública de

saúde do município. Procedimentos integrativos e multiprofissionais – como lian gong, fitoterápicos, relaxamento, meditação, grupos de whatsapp, massagem e técnicas de respiração, entre outros – têm sido adotados em algumas unidades, e pode ser estendido para as demais.

Compreendendo que a obesidade é uma epidemia, uma doença multifatorial e de tratamento multiprofissional, o presente estudo buscou dar visibilidade ao protagonismo dos profissionais, que enfrentam de modo integrado as dificuldades do cotidiano, executando ótimas ações e adotando estratégias nem sempre conhecidas ou reconhecidas por outros profissionais e gestores da própria cidade.

Dentre as limitações desta investigação, destaca-se a impossibilidade de alcançar o número estimado de participantes para a primeira fase. Isto porque maior número de participantes proporcionaria maior diversidade de relatos de experiências, desafios e estratégias de enfrentamento. Outra limitação diz respeito à população entrevistada, constituída somente por profissionais de nível superior. Na verdade, esse critério de eleição deu-se em virtude da impossibilidade de trabalhar com amostra maior, razão pela qual recomenda-se que novos estudos sobre o assunto sejam realizados, com maior número e diversificação da amostra.

Entretanto, e ainda que se considerem as limitações apontadas, espera-se que as informações coletadas possam ajudar na rediscussão do protocolo entre profissionais e gestão, bem como aproximar os profissionais da rede na busca de enfrentamento aos desafios identificados. E, finalmente, espera-se que a cartilha apresentada, que reúne experiências exitosas, possa encorajar os profissionais da rede a enfrentar a obesidade de forma mais integrada e humanizada.

REFERÊNCIAS¹

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3a ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica; 2009.

Aguiar ACVV, Silva FCB, SantiEstácio MM. Liangong: uma experiência exitosa em Natal/RN. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2012 jun;7(Supl 1):57. doi: doi.org/10.5712/rbmfc7(1)604.

Andrade KA, Toledo MTT, Lopes MS, Carmo GES, Lopes ACS. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. Rev Esc Enferm USP. 2012 oct;46(5):1117-24. doi: 10.1590/S0080-62342012000500012.

Anjos LA. Índice de massa corporal ($\text{massa corporal}/\text{estatura}^2$) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. Rev Saúde Pública. 1992 dez;26(6):432-6. doi: 10.1590/S0034-89101992000600009.

Bao F, Wang FQ. Effects of acupuncture on waist circumference and body mass index in females of obesity of different types. Zhongguo Zhen Jiu. 2006 Aug;26(8):551-3.

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Cad FNEPAS. 2012 jan;2:25-8.

Benson H, Stark M. Medicina espiritual: o poder essencial da cura. Rio de Janeiro: Campus; 1998.

Blaine B. Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. J Health Psychol. 2008;13(8):1190-7. doi: 10.1177/1359105308095977.

Boff L. Saber cuidar. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Brasil. Lei n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. 2013a [citado 23 dez. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília (2013b jun. 13); Sec.1. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Manual Instrutivo Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014a.

Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. (Cadernos de atenção básica, n. 12).

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014b. (Série técnica redes integradas de atenção à saúde, v. 10).

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2007 dez. 6); Sec.1:2.

Cade J, O'Connell S. Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. Br J Gen Pract. 1991 Apr;41(345):147-50.

CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. Brasília, DF: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; 2014.

Carmos I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. Obes Res. 2007 Jan;9(1):11-9. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x.

Carrara APB, França EA, Bonino MV, Brochetto MFD, Ribeiro RL, Costa ECS, et al. Obesidade: um desafio para a saúde pública. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008;26(3):299-303.

Cattai GBP, Rocha FA, Hintze LJ, Pagan BGM. Programa de tratamento multiprofissional da obesidade: os desafios da prática. Rev Ciênc, Cuidado Saúde. 2008 jan/mar;7(1):121-6. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v7i0.6582.

Cavalcanti AM, Oliveira ACL, organizad7 jul.ores. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5a ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.

Dâmaso A, Guerra RLF, Botero JP, Prado WL. Etiologia da obesidade. In: Dâmaso A, organizador. Obesidade. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 3-15.

Dobrow J, Kamenetz C, Devlin J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002 dez;24(Supl 3):63-7. doi: 10.1590/S1516-44462002000700014.

EducaSaude. A cidade de Guarulhos. ([2019]) [citado 27 dez. 2019]. Disponível em: <http://educasaude.com/cidade-guarulhos>.

Ferrante J, Piasecki A, Ohman-Strickland P, Crabtree B. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity (Silver Spring).* 2009 Sep;17(9):1710-6. doi: 10.1038/oby.2009.62.

Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, Biderman A, Itzhak B, Kitai E. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002 Oct;26(10):1393-97. doi:10.1038/sj.ijo.0802063.

Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Fam Pract.* 2006 Jun;7:35. doi:10.1186/1471-2296-7-35.

Foster G, Wadden T, Makris A, Davidson D, Sanderson R, Allison D, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003 Oct;11(10):1168-77. doi: 10.1038/oby.2003.161.

Francisco LV, Diez-Garcia RW. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. *DEMETERA: Alim, Nutr Saúde.* 2015;10(3):705-16. doi: 10.12957/demetera.2015.16095.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface.* 2000 ago;9(17):287-301. doi: 10.1590/S1414-32832005000200006.

Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2014 Mar;174(3):357-68. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.13018.

Grejanin DKM, Pezzo TH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2007 dez;17(3):37-47. doi: doi.org/10.7322/jhgd.19846.

Guarulhos. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Articulação das Redes de Atenção à Saúde. Rede de atenção as pessoas com doenças crônicas, linha de cuidado prioritária da obesidade, protocolo do cuidado a obesidade. Guarulhos: Secretaria Municipal de Saúde; 2015.

Guarulhos. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de intervenção: sobrepeso e obesidade em indivíduos maiores de 16 anos. Guarulhos: Secretaria Municipal de Saúde; 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça Cidades e Estados do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 21 dez. 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia científica. São Paulo: Atlas; 1991.

Macedo TTS, Portela PP, Palamira CS, Mussi FC. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Esc Anna Nery: Rev Enferm*. 2015 jul-set;19(3):505-10. doi: 10.5935/1414-8145.20150067.

Machado MF, coordenadora. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz; 2017.

Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da saúde; 2011.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 116-60.

Oliveira ML. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.

Oliveira V, Linardi R, Azevedo A. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2004 abr;31(4):199-201.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001 fev;35(1):103-9. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 161-77.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 ago;47(4):977-83. doi: 10.1590/S0080-623420130000400029.

Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, organizadores. Clínica Médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. 2a ed. Barueri, SP: Manole; 2016. Vol. 1, p. 171-9.

Rocha FA, Cattai GBP, Nardo CCS, Nardo Junior N. Tratamento da obesidade: possibilidades atuais do procedimento cirúrgico e do convencional. *Rev Educ Física*. 2009;20(1):131-43. doi: 10.4025/reveducfis.v20i1.3481.

Sales-Peres SHC, Sales-Peres MC. Obesidade e síndrome metabólica. In: Sales-Peres SHC. Obesidade e saúde bucal: riscos e desafios. Maringá: Dental Press; 2016.

Sawaya AL, Filgueiras A. “Abra a felicidade”? Implicações para o vício alimentar. *Estud Av*. 2013;27(78):53-70 doi: 10.1590/S0103-40142013000200005.

Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 nov;18(11):3203-12. doi: 10.1590/S1413-81232013001100011.

Souza MP. Tratado de auriculoterapia. Brasília: Look; 2001.

Steyer NH, Oliveira MC, Gouvêa MRF, Echer IC, Lucena AF. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Gaúcha Enferm. 2016 mar;37(1):e50170. doi: /10.1590/1983-1447.2016.01.50170.

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(Suppl 1):S193-201. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300023.

Verrengia EC, Kinoshita SAT, Amadei JL. Medicamentos fitoterápicos no tratamento da obesidade. Uniciências. 2013 dez;17(1):53-8. doi: 10.17921/1415-5141.2013v17n1p%25p.

Vieira MA, Atihe RD, Soares RC, Damiani D, Setia N. Adesão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. Pediatria (São Paulo). 2004;26(4):240-6.

Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. Divulg Saúde Debate. 2010 maio(45):55-71, abril 2010.

WHO - World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 1997.

WHO - World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2018 [citado 28 dez. 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

Willis R. Meditation to fit the person: psychology and the meditative way. J Relig Health. 1979 Apr;18(2):93-119. doi: 10.1007/BF01535368.

Wood JK. Abordagem centrada na pessoa. 4a ed. Vitoria, ES: EDUFES; 2008.

Zaragoza Peña H, Faure Vidal A. Auriculoterapia y fitoterapia en los trastornos generalizados de ansiedad. Rev Hosp Psiqui Habana [Internet]. 2008 [citado 20 dez. 2019];5(1).Disponível em: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0108/hph01208.html>.

Cartilha

**Atenção às pessoas com obesidade por profissionais
da atenção básica no município de Guarulhos: ênfase
em experiências exitosas.**

Jonas Mendonça Santana
Mestrando em Ciências da Saúde – USP

Profª Dra. Maria Helena Morgani de Almeida
Orientadora - USP

Justificativa

Esta cartilha é fruto da dissertação de mestrado **“Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento vivenciadas por profissionais da Atenção Básica”**, apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo / Programa de Pós-Graduação Formação Interdisciplinar em Saúde, no ano de 2020. A pesquisa vinculada a dissertação foi conduzida junto a profissionais da atenção básica do município de Guarulhos.

A cartilha é dirigida aos gestores, aos profissionais da Atenção Básica e a aqueles que compõem os Núcleos de Apoio de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos e contém informações sobre a Obesidade, Atenção à obesidade, Integralidade na atenção, Desafios na atenção, Estratégias de enfrentamento e Avaliação das ações desenvolvidas e sugeridas por profissionais da rede do município de Guarulhos.

A partir dessas informações espera se favorecer o diálogo entre os diferentes profissionais e gestores da rede de atenção, na busca por alternativas para atenção humanizada, integral, eficiente e interprofissional às pessoas com obesidade.

Resumo

A prevalência da obesidade, doença crônica cuja atenção integral demanda assistência de profissionais de diversas áreas da saúde, tem aumentado exponencialmente. Nesse contexto, os cuidados de saúde primários e a atenção básica assumem um papel de destaque na prevenção, controle e combate a tal agravo. Esta cartilha possui o objetivo de reunir experiências exitosas voltadas à prevenção e ao tratamento de obesidade do município de Guarulhos na sua integralidade (ações e estratégias de enfrentamento aos desafios identificados) auxiliar e incentivar discussões e melhores práticas na Atenção Básica. A cartilha está dividida em tópicos, Obesidade, Atenção à obesidade, Integralidade na atenção, Desafios na atenção, Estratégias de enfrentamento e Avaliação das ações desenvolvidas e sugeridas por profissionais da rede do município.

Espera-se que a cartilha, que reúne experiências exitosas, possa também encorajar os profissionais da rede a enfrentar a obesidade de forma mais integrada e humanizada.

Palavras-chave: Obesidade. Atenção básica. Experiências exitosas.

Sumário

• Aspectos gerais da obesidade	4
• Atenção básica às pessoas com obesidade no município de Guarulhos: ênfase na interprofissionalidade	7
• Desafios da atenção às pessoas com obesidade, referidos por profissionais da atenção básica no município de Guarulhos	10
• Estratégias de enfrentamento aos desafios, utilizadas por profissionais da atenção básica, com ênfase em experiências exitosas de atenção às pessoas com obesidade em sua integralidade	17
• Avaliação das ações pelos profissionais da atenção básica	33
• Considerações finais	37
• Referências	38

Aspectos gerais da obesidade

A obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente do balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde como complicações metabólicas, aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. A obesidade sofre influência de fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais, políticos e relacionados ao estilo de vida contemporâneo, marcado por consumo alimentar inadequado; sedentarismo e distúrbios emocionais (Cattai, 2008).

A obesidade apresenta pode ser classificada em: exógena e endógena. A primeira é influenciada por fatores externos de origens comportamental (ansiedade), dietética (consumo elevado de gorduras) e/ou ambiental (exemplo desse fator são as escolas que comercializam fundamentalmente “fast food” para as crianças). A obesidade exógena representa em torno de 95% ou mais dos casos. A obesidade endógena, responsável por aproximadamente 5% dos casos de obesidade, está relacionada a componentes genéticos (síndromes), neuropsicológicos (síndrome da compulsão alimentar), endócrinos (obesidade tireoidiana) e metabólicos (baixa taxa metabólica basal) (Dâmaso et al., 2003).

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar e, mesmo quando farmacológico, deve necessariamente combinar-se com mudança de estilo de vida. Assim, o sucesso do tratamento dependerá de constante vigilância na adequação do nível de atividade física e de ingestão de alimentos, além de outros fatores, como apoio social, familiar e automonitorização. Acrescente-se que, quanto maior for o excesso de peso, maiores serão a gravidade da doença e os gastos com o tratamento (ABESO, 2009).

A maior taxa de obesidade ocorre em populações com maior grau de pobreza e menor nível educacional. Pode-se explicar essa associação pelo maior consumo de alimentos de baixo custo por essa população - como os açúcares e as gorduras, dotados de grande densidade energética e maior palatabilidade desses alimentos. Ainda, nestas populações relata-se maior incidência de comportamento sedentário (Brasil, 2014).

Atenção básica às pessoas com Obesidade no município de Guarulhos: ênfase na Interprofissionalidade

Cada profissão tem suas atuações específicas, por exemplo: o médico diagnostica e trata doenças; já o educador físico avalia, orienta e prescreve exercícios. A atuação uniprofissional está pautada na ação unidirecional de cada profissão que pouco dialoga com as outras profissões. Podemos observar claramente nas falas dos entrevistados ações **uniprofissionais**: “Eu vou no grupo para falar de alguns assuntos específicos da minha área de atuação” (E3); “[...] Sempre início com a parte mais técnica, nas consultas individuais, falo de carboidratos, proteínas e gorduras” (E9).

Por entender que saúde é complexa e requer integração de saberes e cuidado coletivo em constante interação (Peduzzi, 2007), considera-se que ações uniprofissionais levam a fragmentação do cuidado. Além de não abranger a complexidade da saúde, o trabalho uniprofissional acaba por sobrecarregar os profissionais: “Temos o grupo de obesidade, que é dirigido principalmente e somente pela nutricionista” (E1); “A participação principal acaba sendo mais da nutricionista” (E2); “[...] Hoje acabo conduzindo os grupos mais sozinha, pela demanda, por falta de envolvimento dos profissionais” (E9).

O trabalho em equipe **multiprofissional** é uma modalidade de trabalho coletivo centrada na reciprocidade entre trabalho e interação; as principais dimensões do trabalho em equipe são a articulação das ações e a interação de seus agentes (Peduzzi, 2013). “Quando tem a participação da psicóloga o grupo fica diferenciado, tem mais abrangência e resultados” (E3).

Peduzzi (2001) classifica trabalhos de equipes multiprofissionais em: trabalho em agrupamento e trabalho com interação. No trabalho em agrupamento verifica-se tendência à manutenção da fragmentação das ações e ao distanciamento dos trabalhadores, entre si e em relação ao trabalho que executam. Esse fato também é observado nas falas dos profissionais. “A questão social é muito evidente em muitos casos, logo encaminho para assistente social” (E9); “Faço grupo compartilhado com a nutricionista: eu falo da área de fonoaudiologia e ela de alimentação” (E6).

Já no trabalho com interação, há direcionamento para a integração dos trabalhos especializados, bem como dos profissionais que os executam (Peduzzi, 2001). “Nós, enquanto NASF devemos ter um olhar mais interdisciplinar, não só atuar sozinhos. Compartilhar o trabalho e encaminhar para os outros profissionais também, quando necessário” (E5); “Além dos pacientes irem aos grupos de obesidade, também participam dos grupos de roda de conversa com a psicóloga, para discutir as questões emocionais e comportamentais” (E1).

O trabalho multiprofissional está presente no cerne da atenção básica, ele é o norte das ações dos trabalhadores das diversas áreas que compõem os núcleos de apoio e as estratégias de saúde da família. Entretanto, quando se fala em saúde, a abordagem sempre deve ser integralista, e o trabalho multiprofissional acaba não atendendo integralmente o usuário do sistema único de saúde.

O trabalho em equipe deve ser complementado pela prática **interprofissional**, que remete à necessidade de assegurar efetiva comunicação, articulação das ações e colaboração entre os profissionais das diversas equipes do serviço e entre os profissionais e equipes de diferentes serviços da rede. Isso caracteriza o que a literatura internacional mais recente denomina de prática interprofissional colaborativa centrada no paciente/usuário. Preconiza-se que a atenção básica no Brasil adote essa modalidade de atenção (Peduzzi et al., 2016).

“Começamos com uma avaliação, e com orientações mais básicas, observando se é uma questão mais de falta de conhecimento, ou falta de organização, ou emocional, fazemos isso nos primeiros momentos, depois a gente partilha com a equipe, enfermeiros, médicos, vamos discutindo com a equipe de referência para juntos tratar o paciente com obesidade” (E5).

Por ser tratar de uma doença crônica determinada por diversos fatores ambientais, genéticos e psicossociais, o tratamento do paciente obeso tem grande probabilidade de fracasso quando conduzido por um único profissional, seja ele de qual especialidade for. Portanto, o êxito da intervenção junto a pessoa com obesidade, requer apoio de uma equipe multiprofissional que utilize abordagem interprofissional colaborativa, cujo centro de atenção é o usuário.

Desafios da atenção às pessoas com obesidade referidos por profissionais da atenção básica no município de Guarulhos

Um dos primeiros desafios apontados pelos profissionais participantes da pesquisa foi a **falta de capacitação dos profissionais** para assegurar a promoção da saúde de pessoas com obesidade. Espera-se que profissionais de saúde, sobretudo agentes comunitários de saúde (ACS), exerçam papel importante no aperfeiçoamento das estratégias de prevenção e controle de obesidade da população por meio do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. “Falta de formação específica é um desafio, nem todos temos formação para trabalhar com pacientes obesos” (E2).

Considerando que o aconselhamento sobre modos saudáveis de vida aos usuários com excesso de peso resulta em mudanças dos hábitos de vida, deve-se avaliar a relevância de expandir a prática do aconselhamento a outros profissionais de saúde, sobretudo aos ACS, que têm maior acesso e conhecimento sobre a comunidade, o que favorece expansão de práticas de educação em saúde (Andrade, 2012). “Não existe hoje, na rede, capacitação específica na prefeitura para o tratamento da obesidade para os profissionais da saúde. Isso dificulta muito” (E7).

Apesar de não haver na rede do município de Guarulhos atualmente uma capacitação específica para atenção a pessoas com obesidade, diversos profissionais de nível superior da atenção básica têm conhecimentos sobre hábitos saudáveis. Esses conhecimentos devem ser transmitidos aos usuários dos serviços públicos de saúde e, como anteriormente mencionado, os ACS poderiam atuar nesse processo educativo. Desta forma, as ações de educação em saúde configuram-se como estratégias privilegiadas para mudanças no comportamento dos indivíduos.

Os entrevistados também apontaram desafios referentes à **insuficiência de recursos materiais, humanos e de pontos de articulação em rede**, destacando o reduzido espaço físico para atendimentos e realização das atividades, a estrutura física inadequada para atender às pessoas com obesidade, as precárias condições dos equipamentos, a ausência de algumas especialidades médicas e o número insuficiente de profissionais das áreas de nutrição, psicologia, assistência social, fisioterapia, medicina, enfermagem e educação física. Salienta-se que a insuficiência de recursos também foi referida como limitação para a implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Cavalcanti; Oliveira, 2012). “Há oito anos tínhamos oito psiquiatras, hoje temos somente dois para todo município” (E7); “Muitos funcionários pediram demissão e não houve reposição” (E9).

Entre as principais causas que dificultam a realização de atividades educativas para a população obesa, destaca-se a falta de espaço físico das próprias unidades, seguida pela falta de recursos humanos (Carrara et al., 2008). “Atualmente, são poucas fonoaudiólogas na rede para atender a população. Isso dificulta o acesso do paciente ao tratamento” (E6).

Reconhece-se que a organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação e sucateamento dos serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, mostrando-se inadequada para enfrentar os desafios impostos pela mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas (Mendes, 2011). Para reverter essa situação, precisa-se investir constantemente em tecnologias leves e duras. “O número de pacientes com doenças mentais aumentou tanto, que as psicólogas não conseguiam mais participar dos grupos comigo, hoje faço sozinha” (E9); “Ao longo dos nove anos que estou nas unidades básicas não melhorou a estrutura, a demanda está aumentando, mas a estrutura não” (E2).

Embora a obesidade seja reconhecida como evento de controle prioritário, poucas são as ações que tratam o obeso na sua integralidade. As diretrizes para o atendimento ao obeso do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), por exemplo, priorizam o modelo biológico, com orientação nutricional, atividades físicas e tratamento clínico das comorbidades. No entanto, fatores psíquicos e sociais podem agravar ou serem agravados pela obesidade, sobretudo quando esta está associada à depressão (Dobrow et al., 2002). “Difícil a gente olhar para nossas emoções, pessoas que estão expostas a muita vulnerabilidade, a muita violência, o estado negligenciando direitos, olhar para o sofrimento já dói, ninguém gosta, isso tudo é uma grande dificuldade, ainda mais para o paciente com obesidade” (E5); “Percebo que 80% dos pacientes que passam comigo, a questão é mais psicológica que fisiológica, muitos conflitos familiares, no trabalho e acabam refletindo na alimentação” (E9).

O sofrimento emocional é fator retroalimentador na manutenção da obesidade, e foi um dos desafios referentes às **condições de vida do paciente com obesidade: aspectos funcionais e fisiológicos** apontados pelos profissionais entrevistados. Os depoimentos indicam que a dificuldade para lidar com emoções negativas estimula a busca de alimento como conforto: “Percebemos que boa parte desses pacientes tem uma relação de ansiedade, tiveram algum transtorno mental, e a comida acaba sendo uma rota de fuga” (E8).

A ingestão calórica excessiva pode servir tanto como gratificação substituta, ou seja, um equivalente do afeto, quanto como mecanismo de defesa para aplacar angústias, tensões emocionais, e pode ter como fatores precipitantes dificuldades para lidar com situações negativas da vida. No entanto, o comportamento alimentar nem sempre tem função protetora. Pode ser um sintoma manifesto de transtorno alimentar, quando não se consegue parar de comer. É o caso, por exemplo, da compulsão alimentar, caracterizada pela ingestão, em curto intervalo de tempo, de quantidade de alimento maior do que a maioria das pessoas consumiria, e pelo sentimento de perda de controle sobre esse episódio (Dâmaso et al., 2003).

Embora alguns autores apontem a obesidade como causadora e não como consequência de sofrimento psíquico (Oliveira et al., 2004), outros afirmam que indivíduos com depressão apresentam maior risco para a obesidade (Blaine, 2008). A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009) destaca que a obesidade aumenta em 55% o risco de depressão e esta, por sua vez, aumenta em 58% o risco de obesidade, indicando possível circularidade entre as duas patologias. Mais do que a obesidade em si mesma, a percepção de estar acima do peso é fator de risco para sintomas depressivos. Além disso, fatores psicossociais, como estigma e discriminação, também podem contribuir para a depressão em obesos (Oliveira et al., 2004).

O sofrimento físico que acompanha o obeso, como dor e prejuízo na movimentação, pode ser entendido tanto como causa quanto como consequência da obesidade (Dâmaso et al., 2003). Em alguns depoimentos referentes às **condições de vida do paciente com obesidade: aspectos funcionais e fisiológicos**, a percepção da dor é relatada como limitante, relacionando-se com a dificuldade no manejo do próprio corpo e com o sentimento de perda de autonomia, o que é especialmente preocupante porque a autonomia implica na construção da capacidade de corresponsabilização pelo cuidado consigo, com os outros e com a vida. “A maioria dos pacientes não conseguiam se exercitar porque tinha dor nos joelhos ou na coluna” (E2).

Alguns estudos relatam ainda que famílias mais pobres tendem a consumir dietas de alta densidade energética, por serem mais baratas. As estratégias de consumo alimentar estariam, assim, caracterizadas pela seleção de alimentos baratos e de alta densidade calórica, como as gorduras e os açúcares, através dos quais os pobres obtêm as calorias de que necessitam para sobreviver. Ao mesmo tempo, seu lazer limita-se praticamente a assistir a programas de televisão, tornando-se sedentários (Brasil, 2014). No que concerne às **condições de vida do paciente com obesidade: aspectos sociais e financeiros**, os profissionais que constituíram a população desta pesquisa apontaram a falta de recursos financeiros dos pacientes com obesidade como aspecto que dificulta a evolução no tratamento: “Mas às vezes nem sabemos como vivem essas pessoas, como se alimentam, como é a casa delas e como é sua condição financeira” (E1); “Muitas pessoas não têm condições de comprar carne e verduras todos os dias, por não ter dinheiro para isso” (E1).

A obesidade, que inicialmente predominava nas classes econômicas de maior renda, vem apresentando uma evolução temporal com predominância nas populações mais pobres, principalmente entre as mulheres (Brasil, 2014). Assim sendo, a atenção primária assume um papel primordial para mudança desse cenário.

Outro desafio bastante citado nas entrevistas diz respeito à **cirurgia bariátrica**. “Em relação à bariátrica, é inseguro trabalhar dessa forma, prometer para esse paciente esse serviço, sendo que no final sabemos que ele não vai conseguir vaga para operar na rede” (E2); “O paciente fica um ano na atenção básica em tratamento, depois mais um ano na atenção secundária, para no fim ir para a cirurgia bariátrica, mas no fim o paciente não consegue vaga para essa cirurgia. Isso frustra nossos pacientes” (E7).

A despeito das diversas diretrizes e regulamentações existentes, pouco ou quase nenhum incentivo financeiro e de capacitação de pessoal é posto na prática pelo sistema. Tem-se um sistema enviesado num círculo vicioso, onde a cobrança de produtividade é feita primeiro e os recursos, na melhor das hipóteses, são repassados depois. Frente a tantas dificuldades cotidianas vivenciadas nos hospitais públicos brasileiros, acrescidas do ineficiente modelo de gestão em todo o país para assistir à pessoa com obesidade, observa-se ausência de repasse oportuno de verba, de incentivo, de capacitação de equipes, de programas sustentáveis, o que culmina com unidades isoladas, com filas próprias e intermináveis de pacientes aguardando por uma cirurgia (Brasil, 2014).

Reconhece-se que a organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, mostrando-se inadequada para enfrentar os desafios postos pela mudança no perfil epidemiológico da população, marcado pela ascensão das doenças crônicas (Mendes, 2011). Assim, avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde (Brasil, 2013). Por isso, é importante a formação de uma rede de apoio integrada e articulada que envolva os três níveis de atenção à saúde, como uma boa gestão e o desenvolvimento de protocolos de atendimento que organizem o fluxo do sistema e do atendimento intra e intersetorial. “A falta de assistência que a rede nos proporciona é o maior desafio” (E4); “Daria para melhorar muito se tivéssemos integralidade da rede, porque falta muita coisa ainda para melhorar, como acesso e estrutura física” (E4).

Desta forma constata-se a importância da organização dos fluxos da rede para ajudar a minimizar os diversos desafios encontrados no cotidiano de trabalho. A gestão assume um importante papel, ajudando a articular e organizar os protocolos de atendimento para a população com obesidade; os maiores favorecidos dessa ação seriam os pacientes e os profissionais. Portanto, o diálogo entre esses três sujeitos na construção da rede pode ser um caminho para minimizar os problemas aqui elencados.

Estratégias de enfrentamento aos desafios utilizadas por profissionais da atenção básica, com ênfase nas experiências exitosas de atenção às pessoas com obesidade em sua integralidade

Uma das primeiras estratégias de enfrentamento citadas é o **vínculo com o paciente**. Para um bom manejo clínico, é fundamental que profissional e paciente tenham uma boa relação interpessoal, entendendo que uma grande dificuldade no emagrecimento é a mudança de estilo de vida. Mudança de hábitos é algo bastante complexo e, se não houver um bom vínculo entre ambos, essa mudança pode se tornar ainda mais difícil. “O vínculo que eu tenho com as pessoas é muito importante, criar o vínculo é importante para todos e para o médico também, conhecer e acompanhar esses pacientes de verdade e de perto” (E4); “Eu conheço praticamente todos os pacientes, eu trabalho aqui na unidade há 15 anos, tenho um ótimo vínculo com os pacientes, isso é muito importante no tratamento” (E4).

A noção de vínculo desperta a reflexão sobre a responsabilidade e o compromisso (Merhy, 1994). Assim sendo, ela está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Para Merhy (1994, p. 138), Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

Para a aproximação com a realidade, é necessário o estabelecimento do vínculo. A construção do vínculo entre profissional, paciente e familiares pressupõe a aproximação para a compreensão da pessoa enferma e uma empatia mínima entre as partes envolvidas. Isto é possível por meio da disposição do profissional em relacionar-se de forma mais personalizada, menos objetiva e mais humanizada, criando um vínculo de confiança e respeito com o paciente e, ao mesmo tempo, aplicando seus conhecimentos científicos (Grejanin et al., 2007).

Outra estratégia citada foi a **atenção centrada na pessoa**. O profissional deve estar atento para colocar o paciente sempre no centro do tratamento, ele é um ser único, tem escolhas e opiniões, e, muitas vezes, no cotidiano clínico, a doença e/ou o exame são colocados no centro do tratamento, o que dificulta os resultados do processo de emagrecimento.

A Abordagem Centrada na Pessoa, com sua proposta de promover relações interpessoais autônomas e consequentemente humanizadas, sugere o desenvolvimento, pelo profissional, de atitudes de consideração positiva, incondicional, empáticas e autênticas para com o cliente. Essas atitudes relacionam-se à concepção de que o crescimento, a preservação e a sobrevivência são as principais motivações humanas, o que equivale a dizer que a principal missão humana é realizar as suas potencialidades. Nesses termos, a consideração positiva incondicional é uma aceitação calorosa de cada aspecto da experiência do ser. Isto significa o cuidado com a pessoa atendida, a apreciação do paciente como uma pessoa individualizada, e a aceitação de que ele tem um jeito próprio de ser, com escolhas e caminhos próprios (Wood, 2008). “Mesmo no final de semana estou em contato com os pacientes, pois moro perto do posto, fazemos caminhadas, vamos no Bosque Maia, dependendo do caso vou até fora do horário do trabalho visitar um paciente que precisa, estou sempre em contato com eles como pessoas, não somente como pacientes” (E7); “Não é só falar de obesidade ou baixo peso, e sim realmente envolver todo mundo para uma mudança sempre centrada no paciente” (E1)

A construção de uma relação com base nesses princípios implica, por um lado, que as pessoas passem a ser responsáveis por seu desenvolvimento pessoal e pelo cuidado de sua própria saúde, promovendo-a e prevenindo o seu prejuízo e, por outro, que os profissionais passem a considerar a potência das pessoas a que se propõem ajudar. Eis a postura que norteia a relação de ajuda proposta pela Abordagem Centrada na Pessoa e que permite a interlocução com os fundamentos dos três níveis de atenção - primário, secundário e terciário.

Outra estratégia importante no enfrentamento das dificuldades no tratamento às pessoas com obesidade mencionada pelos profissionais entrevistados no presente estudo foi a **intersectorialidade**. Por ser uma doença, muitas vezes a obesidade acaba sendo vinculada apenas à área da saúde, mas devido ao seu caráter multifatorial, ela também deve ser tratada e estar sob a responsabilidade de todos os setores sociais. As manifestações dos entrevistados denotam a importância atribuída às relações com os outros setores: “Mostrar que reeducação alimentar e obesidade não é só da saúde, é de todo mundo, de todos os setores e sociedade” (E1); “No ano passado visitamos algumas empresas próximas para falar de saúde com os funcionários, e foi uma ótima experiência” (E8).

Para enfrentar a epidemia de obesidade, as políticas públicas e ações intersectoriais devem reunir esforços. Além de informar e educar a população, os diversos setores, de modo integrado, devem, apoiados por políticas públicas, propiciar ambientes que estimulem, apoiem e protejam padrões saudáveis de alimentação e atividade física. As estratégias nessa direção devem ser de várias ordens: medidas fiscais, que tornem mais acessíveis os alimentos saudáveis, normas que limitem a publicidade de alimentos não saudáveis e intervenções no planejamento urbano que facilitem a prática cotidiana de atividade física. Assim, espera-se ação consistente e estruturada na afirmação de responsabilidades do poder público em políticas intersectoriais articuladas. O poder público deve oportunizar espaços de troca e construção constantes de saberes, linguagens e práticas, buscando o desenvolvimento pessoal e social que habilite as populações para opções por uma vida mais saudável. Isso significa assegurar que, em cada um dos microssistemas, sejam organizadas ações de Promoção da Saúde (CAISAN, 2014).

A participação social é muito importante para a criação desses espaços, pois somente o encontro entre trabalhadores e usuários possibilita que demandas específicas da epidemia obesidade – como melhor acesso, melhor política, melhor controle – sejam atendidas pelo poder público. Profissionais de todos os setores devem estar unidos e engajados nas comunidades, nos conselhos e na prática clínica do cotidiano, pois somente assim surgirão resultados transformadores.

A escola é reconhecida como local privilegiado para promover a saúde, contribuindo com efeitos positivos na mudança de padrão de consumo e atividade física dos escolares, promovendo modificações nos hábitos destes, com vistas a uma vida saudável. “Começamos a fazer matriciamento nas escolas e fizemos parceria com os professores. Essa comunicação tem nos ajudado a cuidar da saúde dessas famílias juntos” (E8); “Começamos a fazer matriciamento nas escolas, e esse foi um diferencial” (E1).

Nesse cenário, o Programa Saúde na Escola (PSE), que é uma ação interministerial entre os Ministérios da Saúde e Educação, tem a finalidade de proporcionar o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças e adolescentes de cinco a dezenove anos no ambiente escolar, focando suas ações nos alunos de escolas da educação básica da rede pública de ensino (Brasil, 2007).

A articulação dos conceitos de educação, comunicação e informação, tomando como palco a discussão da alimentação e da nutrição como direito do cidadão, remete à perspectiva de compreensão da dimensão e do compromisso político da educação brasileira com o desenvolvimento humano. Essa concepção democrática da educação oportuniza às pessoas maior efetividade do ponto de vista cultural e de aprofundamento do espírito crítico e das vivências democráticas que permitem o exercício da autonomia e do autocuidado (Cavalcanti, 2012). A articulação constante entre esses dois setores - saúde e educação - é de fundamental importância para o tratamento da obesidade.

Deve-se fortalecer cada vez mais as ações conjuntas desses setores, principalmente na ponta, onde estão os profissionais e a comunidade, principais atores do processo. Com isso, é possível reescrever uma nova história para essa epidemia, com educação e saúde, fortalecendo e empoderando os sujeitos para mudarem seus estilos de vida e exigirem um ambiente menos obesogênico.

Outra estratégia de enfrentamento das dificuldades no tratamento às pessoas com obesidade bastante apontada foi o **trabalho em equipe**. Por ser tratar de uma doença crônica determinada por diversos fatores ambientais, genéticos e psicossociais é fundamental o apoio de uma equipe multiprofissional. “Apesar das dificuldades, avalio nosso trabalho em equipe como excelente, porque trabalhamos bem juntos” (E3); “Tem que saber qualificar o trabalho do outro também”. (E1).

A abordagem interdisciplinar da obesidade é considerada necessária devido à complexidade das alterações encontradas, sendo utilizado o tratamento psicoterápico grupal e/ou individual podendo ser complementado pelo uso de medicação. Assim sendo, mais do que uma equipe multiprofissional, é necessário que os profissionais de tal equipe sejam qualificados com uma prática e um discurso integrados, com enfoque na pessoa com obesidade e não somente na doença (Dâmaso et al., 2003).

A integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, transcendendo a noção de conceito de saúde. A saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma prática interdisciplinar em que profissionais de diversas áreas se agregam em equipes, com o objetivos comum de estudar as interações somáticas e psicossociais para encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos interrelacionados à saúde e à doença (Rocha et al., 2009). “Nas reuniões de matriciamento passamos os casos novos de primeira vez e retomamos casos antigos, fazendo as devolutivas, perguntamos como estão os atendimentos dos outros profissionais envolvidos, é uma ótima troca em equipe para saber como estão os pacientes” (E4).

A proposta terapêutica deve ter sempre como foco o sujeito obeso. Nesse contexto, o trabalho em equipe deve ser orientado a um cuidado compartilhado que vise à promoção de saúde. Para que se obtenha sucesso no cuidado de pacientes com obesidade, a educação em saúde - vista como um recurso para desenvolver habilidades pessoais e sociais, associadas à divulgação de informação, como uma ação contínua, por toda a vida - deve ser realizada e compartilhada por toda a equipe multiprofissional. E essa educação deve ser pautada no afeto, na escuta, na persistência, na atenção, no cuidado nas relações e, principalmente, no respeito.

O cuidado dos profissionais de saúde, por meio de ações sistemáticas, pode intervir positivamente no desenvolvimento do autocuidado. O usuário chega ao serviço, muitas vezes, de modo não espontâneo, não tendo o que dizer sobre si mesmo, não se percebendo, não se reconhecendo obeso, como se aquilo não lhe dissesse respeito. O trabalho com esse usuário é fazer com que ele se aproprie do próprio corpo, do que se passa com ele e de sua própria vontade. O papel da equipe de saúde vai além de orientar e informar. Deve se realizar educação em saúde de uma maneira simples, verdadeira, respeitando a capacidade intelectual e cultural de cada paciente. Quando o tema é a obesidade, geralmente se culpabiliza individualmente o sujeito, ao invés de se desenvolver uma luta política pela saúde, responsabilizando as empresas e interferindo sobre a propaganda e a comercialização de produtos obesogênicos (ABESO, 2009).

Nesse contexto, a indução do consumo de alimentos industrializados pela mídia deve ser objeto de reflexão e de ações. Tais produtos ajudam no crescimento contínuo da obesidade, transformando-a em uma doença que acomete cada vez mais crianças. A obesidade enquanto patologia multicausal sofre influência de múltiplos fatores, dentre os quais se incluem a propaganda e o ambiente obesogênico. Daí a importância da interação da equipe de saúde, e do preparo de seus integrantes, para fazer frente a esse fator externo (Sawaya; Filgueiras, 2013).

As principais **estratégias de enfrentamento sugeridas** pelos profissionais entrevistados neste estudo abrangem atividade física, alimentação e práticas integrativas, atenção psicológica, enfrentamento da obesidade infantil, estabelecimento de parcerias com as universidades da cidade e cuidados com a saúde dos trabalhadores da saúde.

As intervenções sugeridas no âmbito da atividade física foram as seguintes: “Agora estou pensando em fazer o curso de liang gong para aplicar nos grupos de obesidade. Por ser uma atividade de fácil execução, será ótimo para os pacientes” (E2); “Poderia ter um pedômetro na semana, para ver o nível de atividade física, talvez ficaria mais interessante para eles” (E2).

O liang gong aparece como uma ótima sugestão para as pessoas com obesidade, pois é uma atividade de fácil aprendizado e execução, de baixo custo e alto impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos e da coletividade. O exercício do lian gong promove melhora na flexibilidade, coordenação de movimentos, equilíbrio, diminuição das dores em geral – e, por consequência, no uso de medicação -, melhora no funcionamento do intestino e no sono (Aguiar, 2012). A utilização dessa prática pelos profissionais da rede de saúde do município de Guarulhos pode trazer muitos benefícios para a população com obesidade.

A utilização de pedômetros, que são aparelhos que contam os passos ao longo do dia e ajudam a analisar o nível de atividade física, também pode se constituir em estratégia de incentivo no enfrentamento da epidemia de obesidade. Com esse recurso, os pacientes conseguiriam ver, na prática, quantos passos estão dando por dia. Com os crescentes avanços da tecnologia, alguns aparelhos celulares apresentam aplicativos – por vezes gratuitos - que estimam a quantidade de passos e o nível de atividade física. Assim sendo, podem se constituir em ferramenta a ser utilizada no dia a dia dos profissionais nas unidades básicas de saúde.

A fitoterapia, os florais e cozinhas experimentais também foram mencionados pelos entrevistados: “Acredito que a fitoterapia, florais e cozinhas experimentais nas UBS ajudariam muito no tratamento dos pacientes com obesidade” (E 9).

O baixo custo e os poucos efeitos colaterais são fatores que tornam os medicamentos fitoterápicos e florais cada vez mais populares. Diversas são as alternativas disponíveis no mercado para o tratamento da obesidade e, embora poucas apresentem evidências consistentes de segurança e eficácia, estudos veem sendo empreendidos para esse fim. (Verrengia et al., 2013). A utilização de florais e fitoterápicos na rede municipal com pacientes obesos poderia ser uma ótima ação, dado que a maioria dos pacientes do SUS possui poder aquisitivo baixo. Com a riqueza da flora brasileira, tem-se grande diversidade de plantas, com diferentes efeitos. Além disso, o município de Guarulhos conta com um centro de terapias integrativas e complementares que poderia se tornar parceiro das UBS, fornecendo suporte nessa iniciativa.

Por sua vez, a cozinha experimental possui grande potencial para ajudar no tratamento da obesidade, pois trabalha conceitos de consumo consciente e de culinária saudável, nutritiva e de baixo custo. Essa prática envolve princípios educativos socioambientais, como aproveitamento integral, para estimular a mudança de comportamento e de hábitos alimentares. As pessoas têm a oportunidade de conhecer, na prática, que pode ser prazeroso, barato e saudável comer melhor, e para tanto bastam uma cozinha para as aulas e um nutricionista para orientar os trabalhos. Dados o baixo custo e a facilidade de implementação, essa seria uma ferramenta potente nos grupos de obesidade do município.

Outras duas práticas sugeridas pelos entrevistados foram o estabelecimento de parcerias para a capacitação dos profissionais da saúde, e a implementação de programas de mudança de hábitos para esses profissionais. “Poderia haver mais parcerias com as universidades da cidade, para capacitações e encontros sobre obesidade e saúde” (E 9); “Deveríamos fazer um trabalho com os profissionais de saúde da rede, pois muitos são sedentários, obesos, não se alimentam bem... Como vão cuidar dos outros, se não estão se cuidando? A secretaria de saúde está adoecida. A mudança de hábito também deve partir do funcionário da saúde, não temos como pedir mudança do paciente se não estamos mudando também, devemos pensar em mais programas de saúde para os funcionários também (E 8).

A maioria dos profissionais apontou como grande dificuldade a falta de capacitação específica para o tratamento do paciente com obesidade. Nesse sentido, como estratégia de enfrentamento poder-se-ia fomentar parcerias com as universidades do município, ajudando a aproximar o universo acadêmico das unidades básicas de saúde da cidade.

No que concerne à implementação de programas de mudança de hábitos para os profissionais da saúde, deve-se destacar que cuidar de quem cuida é essencial para a manutenção de um ambiente saudável. Esse aspecto é muito importante, e pode-se debater e construir uma parceria entre a secretaria de saúde e os servidores da área. Já há iniciativas nesse sentido, relatadas por alguns dos profissionais entrevistados. “Alguns profissionais da unidade que estavam obesos e participaram dos nossos grupos conseguiram emagrecer e mudar hábitos e até hoje seguem nossas orientações” (E 8).

Dentre as **intervenções diferenciadas desenvolvidas**, destacam-se duas estratégias, mencionadas como intervenções sugeridas e já em execução em algumas unidades pioneiras do município, servindo como referência para as demais. “As ACS têm curso de liang gong e oferecem para as pacientes com obesidade também, elas têm participado e gostado, pois são exercícios leves que elas conseguem fazer” (E5); “A nutricionista se especializou em PANCs e está incentivando os pacientes a inserirem essas plantas na sua rotina alimentar. Muitas são nutritivas e ajudam perder ²⁵ peso, e prescreve chás calmantes para reduzir a ansiedade” (E 8).

Como se verifica, a proposta de oferecimento de liang gong para pacientes com obesidade anteriormente mencionada já vem sendo posta em prática, e os pacientes têm respondido positivamente à atividade.

Já no que concerne à cozinha experimental, também sugerida e citada anteriormente, um profissional de nutrição do município capacitou-se em PANCs e utiliza essa ferramenta com pacientes com obesidade, adotando as ervas principalmente como princípio ativo para atuar na ansiedade ligada à compulsão alimentar e comportamental. Muitas dessas plantas têm preço acessível ou são encontradas nas casas de pacientes, o que ajuda sobremaneira a ampliar o acesso e o tratamento. E, como já comentado, as PANCs, os fitoterápicos e os florais são terapias que podem ser mais exploradas e utilizadas no tratamento de obesos da cidade, tornando esse tratamento mais integrativo, mais acessível e holístico.

Outra prática integrativa utilizada atualmente no tratamento dos pacientes de algumas unidades da rede é a auriculoterapia, técnica oriunda da medicina tradicional chinesa que utiliza o pavilhão auricular, ou seja, a orelha para efetuar o tratamento de saúde, aproveitando o reflexo que a aurícula exerce sobre o sistema nervoso central (Souza, 2001). “A psicóloga aplica auriculoterapia nos grupos de obesidade, isso tem ajudado bastante as pacientes têm relatado” (E 8).

A acupuntura e da auriculoterapia podem ser indicadas para o emagrecimento, em casos de diferentes tipos de obesidade (Bao e Wang, 2006)

A auriculoterapia associada à fitoterapia para o tratamento de transtorno generalizado de ansiedade., contribui positivamente no tratamento, com melhora dos sintomas iniciais e satisfação percebida (Zaragoza Peña; Faure Vidal, 2008). Essas duas técnicas associadas também podem ser utilizadas no tratamento de pacientes obesos da rede municipal de Guarulhos.

Outra estratégia desenvolvida, que corresponde a um desafio referido por boa parte dos profissionais, é a capacitação específica para atuação no tratamento da obesidade. Uma das unidades básicas de saúde da cidade está realizando encontros de capacitação com as agentes de saúde da unidade: “Duas vezes por ano faço capacitação com as agentes de saúde sobre alimentação e saúde na unidade” (E 9).

Um dos papéis do NASF é oferecer apoio e suporte para os integrantes da estratégia de saúde da família, ampliando a troca de conhecimentos entre os profissionais. Nesse cenário, o agente comunitário de saúde assume um papel diferencial no tratamento, pois está em contato direto e constante com os usuários graças às visitas domiciliares semanais. Quando bem instrumentalizado, o ACS pode auxiliar, e muito, no tratamento de pessoas com obesidade, por isso os profissionais de nível superior devem constantemente desmistificar ações, informar sobre o tratamento, o manejo e as técnicas que irão auxiliar no processo de emagrecimento. O ACS se torna multiplicador do tratamento.

Um espaço rico e propício para a troca de conhecimento entre os profissionais da rede é o matriciamento. Entende-se por matriciamento o suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas a uma equipe interdisciplinar, com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. É um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Brasil, 2010). “O matriciamento na regional ajuda a nos fortalecer como equipe e traz mais conhecimento, você vê as experiências dos outros, isso motiva, esse espaço vai motivando a gente a continuar” (E5); “Começamos a fazer matriciamento nas escolas, e esse foi um diferencial” (E1).

O matriciamento é um momento rico de troca de saberes e experiências. Algumas unidades estão realizando os matriciamentos da saúde nas escolas com os professores, o que aumenta a aproximação entre os setores de saúde e educação, auxilia na assistência, potencializa a prevenção de obesidade nas escolas, e empodera os professores. Assim, o matriciamento tem se configurado importante estratégia para implementar ações de combate à obesidade e deve ser ampliado em toda a rede.

Outra estratégia interessante, apontada por alguns profissionais, é o encaminhamento direto de pacientes com obesidade para os grupos de atividade física e reeducação alimentar, ou seja, sem necessariamente aguardarem o matriciamento da sua área ou uma vaga de consulta individual. A maioria das unidades possui grupo de atividade física e alimentação saudável, e os pacientes têm que ser constantemente incentivados a participar; a maioria dos grupos é aberta à entrada de novos participantes.

Parece uma ação simples mas, se todos os profissionais encaminharem seus pacientes com obesidade para os grupos da unidade, estarão contribuindo de modo constante e oportuno para mudanças no estilo de vida de tais pessoas. “Eu peço primeiro para os pacientes com obesidade começarem no grupo de reeducação alimentar para depois irem para o grupo de obesidade, aí eles já vão com uma bagagem melhor” (E9). “Começamos com as orientações e aos poucos vamos combinando e inserindo eles nos grupos de atividade física. Orientamos que depois, no mesmo horário que eles vinham para o grupo de obesidade, para eles irem no grupo de atividade física, para aumentar o gasto calórico e começar a ficar mais ativo fisicamente” (E5).

Outra estratégia desenvolvida pelos profissionais é a prática de atividade física individualizada de acordo com o nível de capacidade do paciente. “A educadora física prescreve vários exercícios que dá para fazer sentado, deitado e em casa, isso ajuda muito os pacientes com obesidade” (E 9); “Faço exercícios para melhorar a respiração e a mastigação, fortalecimento de musculatura, isso melhora a oxigenação, a qualidade do sono e diminuição do estresse, os pacientes têm percebido a diferença” (E6).

Algumas unidades possuem o educador físico compondo a equipe NASF, o que facilita e amplia muito o processo terapêutico. O educador físico pode visitar a casa do paciente e orientá-lo sobre atividade física condizente com a sua realidade, além de prescrever exercícios de fácil aplicabilidade.

Nas unidades que não possuem educadores físicos, os ACS podem orientar as famílias acerca de diversas atividades físicas no bairro, convidar e incentivar o usuário a iniciar uma vida física mais ativa.

A fonoaudióloga de uma das unidades ensina nos grupos aos pacientes como mastigar melhor, como respirar melhor, o que contribui para diminuição do estresse e da ansiedade. Nesse contexto, a respiração e a meditação assumem importante papel no manejo da obesidade e suas comorbidades. Alguns profissionais da rede estão inserindo a meditação nas ações de tratamento. “Temos grupos de relaxamento, meditação uma vez por semana. Nesse grupo também os agentes de saúde fazem massagem nos pacientes com obesidade” (E 7).

Cada tipo de meditação oferece, à sua maneira, uma possibilidade de se entrar em um estado de coerência interior que favorece a integração de todos os ritmos biológicos e das funções de harmonização do organismo. Além disso, os diferentes tipos de práticas meditativas têm como objetivo alterar o fluxo dos pensamentos, gerando novos padrões de comportamento e consciência. A meditação pode reduzir as múltiplas dimensões negativas do estresse psicológico, tendo um efeito principalmente na ansiedade, na depressão e na dor. Como conclusão, os autores sugerem que os médicos clínicos deveriam estar preparados para falar com seus pacientes sobre o papel da meditação na saúde mental e em comportamentos relacionados ao estresse (Willis, 1979)

Outras estratégias desenvolvidas e relatadas pelos profissionais da rede incluem dinâmicas de grupo e discussão em torno de temas de interesse: “Faço muitas dinâmicas de grupo para deixar os encontros mais atrativos e divertidos, eles interagem entre si, riem e se expressam melhor” (E 9); “Estamos abordando nos grupos temas mais atuais e com uma linguagem acessível, dietas intermitentes, óleo de coco, dietas lowcarb etc” (E8).

Abordagem em linguagem acessível assuntos atuais e significativos para os pacientes ajuda a atrair novos usuários ao tratamento e empoderar quem já participa dos grupos. Uma intervenção importante é dinamizar os encontros, trazendo para eles ludicidade e prazer. Modificar estilo de vida é realmente algo difícil, por isso o prazer e a alegria podem trazer outra roupagem para o tratamento.

Outros ponto levantado como estratégia importante pelos profissionais entrevistados foi o uso de fármacos e vitaminas: “Por sorte nossa médica da família também é endocrinologista e está prescrevendo alguns medicamentos para os pacientes com obesidade, e com ótimos resultados” (E 8); “Procuro investigar também os níveis de vitamina D dos pacientes, pode estar abaixo do normal, prescrevo suplementação se necessário” (E 9).

Ter um médico da família com formação em endocrinologia na unidade básica de saúde enriquece sobremaneira o tratamento, visto que o profissional dessa especialidade prescreve medicações específicas, que podem acelerar e dinamizar o tratamento. Ocorre que não é habitual que haja endocrinologista no quadro das unidades básicas. Por serem especialistas, estão alocados em centros de especialidades médicas, aos quais, na maioria das vezes, o paciente demora a chegar. No município de Guarulhos os endocrinologistas também estão nos centros de especialidades médicas, porém considera-se que poderiam participar mais ativamente nas unidades básicas de saúde, por meio de encontros com profissionais da rede a serem fomentados pela secretaria municipal de saúde. Esses encontros poderiam versar sobre medicação e manejo de pacientes com obesidade, ampliando a troca de saberes.

Para solucionar outra dificuldade relatada - obtenção de vaga de atendimento médico para os pacientes com obesidade - uma das unidades de saúde integrante desta pesquisa tem reservado vagas para esse público, e tem feito atendimento aos sábados. “Temos dificuldades de vaga para consultas para os pacientes. Para reduzir isso, aos sábados guardo algumas vagas para os pacientes com obesidade” (E 7).

Diante das diversas dificuldades e do sucateamento observado na saúde pública, há que encontrar estratégias simples, baratas e resolutivas para os problemas enfrentados. O atendimento aos sábados pode ser uma forma de oferecer uma oportunidade de tratamento para esses pacientes. Pode não ser a melhor opção, mas está ajudando a enfrentar o problema de alguma forma.

Por fim, como estratégias adicionais utilizadas, os profissionais citaram: “Estamos evitando ficar pesando o paciente constantemente, pois percebemos que isso gera mais ansiedade, estamos trabalhando mais com qualidade do que com quantidade” (E 8); “Temos um grupo no WhatsApp para conversar e dar apoio para o paciente todo dia, conversamos bastante sobre autoestima e vamos incentivando-os, escutando suas dificuldades, todos juntos se ajudando” (E 7).

A primeira estratégia ajuda a minimizar a ansiedade gerada pela balança. A pesagem semanal tende a aumentar ainda mais a pressão e a ansiedade dessas pessoas. Ao invés do aspecto quantitativo, deve-se exaltar os qualitativos, ou seja, valorizar o bem-estar, a diminuição das medidas das roupas, o sono, as emoções e outros aspectos mais importantes que uma simples pesagem.

A segunda estratégia alia a tecnologia ao tratamento, aproximando o paciente dos profissionais de saúde, o que aumenta o suporte e aprimora a comunicação, canal através do qual o paciente pode encontrar apoio da equipe e dos outros pacientes que enfrentam as mesmas dificuldades. Nesses grupos eles podem trocar receitas saudáveis e vídeos educativos, além de palavras de apoio e incentivo.

Avaliação das Ações e estratégias pelos profissionais da atenção básica

A avaliação das ações pelos profissionais, no âmbito da pesquisa, foi realizada em duas etapas. Primeiramente os profissionais avaliaram o trabalho com pessoas com obesidade de modo geral e, posteriormente, avaliaram o protocolo de obesidade do município.

Dentre as manifestações relativas à primeira etapa da avaliação, destacam-se as que seguem: “Se é exitosa para uma pessoa, já é exitosa, se aquela pessoa já teve uma melhora na qualidade de vida, já está significando alguma diferença na vida dela, já é exitoso para a gente” (E5); “Considero como exitosa, apesar das dificuldades, a gente sempre quer fazer melhor, trabalhando nas condições nas quais trabalhamos, acho que fazemos um trabalho muito bom” (E 6); “Muitas pessoas mudaram da obesidade para o sobrepeso nos nossos grupos” (E3); “Avalio nossa atuação como satisfatória, poderíamos fazer muito mais se tivéssemos mais suporte e apoio” (E 9).

Assim, a maioria dos profissionais avalia como positivas as ações voltadas à obesidade no município, mesmo reconhecendo a grande evasão na prática clínica, pois muitos pacientes começam o tratamento mas não o terminam. Esses profissionais entendem que, se tiveram êxito em ajudar uma pessoa já fizeram um bom trabalho. Sabem, entretanto, que se houvesse maior investimento nessa área eles poderiam fazer muito mais e ajudar mais pessoas com obesidade.

Quando questionados sobre a avaliação do protocolo, foram levantados alguns aspectos importantes, como: “No começo não foi muito conversado a implantação do novo protocolo de obesidade, já foi obrigatória a participação da nutricionista e da psicóloga, não teve muito diálogo na sua construção” (E3).

Verifica-se, assim, que a implantação do protocolo poderia ser mais discutida, até porque ações no SUS remetem à gestão participativa, ao diálogo e não imposição de condutas e/ou procedimentos. Talvez rediscutir o protocolo com os profissionais da rede contribua para o seu aprimoramento, como cita um dos entrevistados: “Acredito que o protocolo ajudou a organizar um pouco o processo de trabalho, mas ele precisa ser revisto e atualizado, construído junto com os profissionais da rede” (E 9).

Outro dado importante diz respeito à estrutura para o tratamento dos pacientes pois, como destaca um profissional entrevistado “Não é só criar o protocolo, mas espaços adequados para realizar o tratamento para o obeso e com qualidade” (E5). Nesse contexto, considera-se que para aprimorar a atenção à pessoa com obesidade no município na perspectiva da integralidade, a rediscussão do protocolo entre secretaria e profissionais seria primordial, bem como a criação de espaços e melhores condições físicas e estruturais para os atendimentos. O protocolo detalha e norteia o trabalho, mas não se pode minimizar a importância das condições de trabalho e atendimento.

Como ponto positivo, os profissionais também reconhecem a importância do protocolo como um marco no município no âmbito do tratamento de pacientes com obesidade. “O novo protocolo do município ficou uma coisa mais organizada, escrita e documentada, que antes não tinha, e que está nos ajudando muito nas nossas ações” (E5); “O novo protocolo de obesidade está nos ajudando, outros profissionais estão com responsabilidades no cuidado, e não só com a nutricionista. Aqui no nosso NASF, a psicóloga participa, o educador físico, a nutricionista, a terapeuta ocupacional, a fisioterapeuta, todos” (E6).

Verifica-se que a criação do protocolo veio preencher uma lacuna na atenção, configurando-se como documento norteador para o trabalho nas unidades de saúde instrumentalizando e amparando as ações voltadas à atenção a pessoas com obesidade . Além disso, o documento atribui responsabilidades aos diferentes profissionais e prevê mais especialistas para o cuidado compartilhado, ampliando e enriquecendo as possibilidades de trabalho multiprofissional.

Considera-se a relevância social do protocolo, mas reitera-se que ele pode ser aprimorado se rediscutido com os profissionais da rede, que trarão contribuições importantes advindas de sua prática clínica, informando experiências exitosas e outras a serem revistas e superadas, na atenção integral às pessoas com obesidade na cidade de Guarulhos.

Considerações finais

Espera-se que essa cartilha, por reunir experiências exitosas voltadas à prevenção e ao tratamento de obesidade do município de Guarulhos na sua integralidade (ações e estratégias de enfrentamento aos desafios identificados) provoque, auxilie e incentive discussões e melhores práticas na Atenção Básica. Considera-se ainda que os principais resultados da pesquisa, reunidos na cartilha, possam também contribuir para a rediscussão do protocolo do município por profissionais e gestores.

Práticas integrativas e multiprofissionais – como lian gong, fitoterápicos, relaxamento, meditação, grupos de whatsapp, massagem e técnicas de respiração, entre outras – têm sido adotadas em algumas unidades, e podem ser estendidas para as demais.

Compreendendo que a obesidade é uma epidemia, uma doença multifatorial e de tratamento multiprofissional, a presente cartilha buscou dar visibilidade ao protagonismo dos profissionais, que enfrentam de modo integrado as dificuldades do cotidiano, executando ótimas ações e adotando estratégias nem sempre conhecidas ou reconhecidas por outros profissionais e gestores da própria cidade.

E, finalmente, espera-se que a cartilha apresentada, que reúne experiências exitosas, possa encorajar os profissionais da rede a enfrentar a obesidade de forma mais integrada e humanizada.

Referências

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3a ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica; 2009.

Aguiar ACVV, Silva FCB, SantiEstácio MM. Liangong: uma experiência exitosa em Natal/RN. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2012 jun;7(Suppl 1):57. doi: [doi.org/10.5712/rbmfc7\(1\)604](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(1)604)

Andrade KA, Toledo MTT, Lopes MS, Carmo GES, Lopes ACS. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. Rev Esc Enferm USP. 2012 oct;46(5):1117-24. doi: 10.1590/S0080-62342012000500012.

Bao F, Wang FQ. Effects of acupuncture on waist circumference and body mass index in females of obesity of different types. Zhongguo Zhen Jiu. 2006 Aug;26(8):551-3.

Blaine B. Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. J Health Psychol. 2008;13(8):1190-7. doi: [10.1177/1359105308095977](https://doi.org/10.1177/1359105308095977).

Brasil. Lei n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. 2013 [citado 23 dez. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. (Cadernos de atenção básica, n. 12).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2007 dez. 6); Sec.1:2

CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. Brasília, DF: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; 2014.

Cavalcanti AM, Oliveira ACL, organizadores. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

Dâmaso A, Guerra RLF, Botero JP, Prado WL. Etiologia da obesidade. In: Dâmaso A, organizador. Obesidade. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 3-15.

Dobrow J, Kamenetz C, Devlin J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. Rev Bras Psiquiatr. 2002 dez;24(Suppl 3):63-7. doi: 10.1590/S1516-44462002000700014.

Grejanin DKM, Pezzo TH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007 dez;17(3):37-47. doi: doi.org/10.7322/jhgd.19846.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da saúde; 2011.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 116-60.

Oliveira ML. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001 fev;35(1):103-9. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 161-77.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev Esc Enferm USP. 2013 ago;47(4):977-83. doi: 10.1590/S0080-623420130000400029.

Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, organizadores. Clínica Médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. 2a ed. Barueri, SP: Manole; 2016. Vol. 1, p. 171-9.

Rocha FA, Cattai GBP, Nardo CCS, Nardo Junior N. Tratamento da obesidade: possibilidades atuais do procedimento cirúrgico e do convencional. Rev Educ Física. 2009;20(1):131-43. doi: 10.4025/reveducfis.v20i1.3481.

Sawaya AL, Filgueiras A. "Abra a felicidade"? Implicações para o vício alimentar. Estud Av. 2013;27(78):53-70 doi: 10.1590/S0103-40142013000200005.

Verrengia EC, Kinoshita SAT, Amadei JL. Medicamentos fitoterápicos no tratamento da obesidade. Uniciências. 2013 dez;17(1):53-8. doi: [10.17921/1415-5141.2013v17n1p%25p](https://doi.org/10.17921/1415-5141.2013v17n1p%25p).

Willis R. Meditation to fit the person: psychology and the meditative way. [J Relig Health](#). 1979 Apr;18(2):93-119. doi: 10.1007/BF01535368.

Wood JK. Abordagem centrada na pessoa. 4a ed. Vitoria, ES: EDUFES; 2008.

Zaragoza Peña H, Faure Vidal A. Auriculoterapia y fitoterapia en los trastornos generalizados de ansiedad. Rev Hosp Psiquiatria Habana [Internet]. 2008 [citado 20 dez. 2019];5(1).Disponível em: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0108/hph01208.html>.

APÊNDICE B – Questionário Online com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade desenvolvida por profissionais da Atenção Básica no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento.

A obesidade atualmente é considerada uma epidemia mundial relacionada a um extenso conjunto de fatores e requer atenção de profissionais de diversas áreas de atuação. Nessa perspectiva, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade desenvolvida por profissionais da Atenção Básica no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento”. Para que possa decidir participar ou não da pesquisa, solicitamos que leia o seguinte “Termo de consentimento livre e esclarecido” do qual constam esclarecimentos em relação aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A obesidade atualmente é considerada uma epidemia mundial. Ela está relacionada a um extenso conjunto de fatores e requer atenção de profissionais de diversas áreas de atuação para sua prevenção e tratamento. Nessa perspectiva, você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade desenvolvida por profissionais da Atenção Básica no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento, a ser desenvolvida pelo pesquisador Jonas Mendonça Santana, sob orientação da Professora Doutora Maria Helena Morgani de Almeida, vinculada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O presente estudo tem como objetivo analisar os desafios e estratégias de enfrentamento para atenção integral à saúde de pessoas com obesidade, referidas por profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da família e em Núcleos de Apoio à Saúde da família no município de Guarulhos. Considera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para qualificação da atenção prestada a essa população pelo município.

A pesquisa será desenvolvida em duas fases. Na primeira fase será enviado um questionário individual semiestruturado com questões abertas e fechadas, que será preenchido na plataforma *Google Forms*. O roteiro possibilitará ao entrevistado discorrer sobre questões relacionadas “atenção à obesidade”, “integralidade na atenção”, “desafios na atenção”, “estratégias de enfrentamento” e “avaliação das ações”. A duração aproximada do preenchimento do questionário será de 15 a 30 minutos. Por ser no formato on-line, o questionário poderá ser respondido na comodidade da sua residência.

A amostra de respondentes da primeira fase será de aproximadamente 119 pessoas. Para a segunda fase da pesquisa será convidada uma pequena parcela dos participantes da primeira fase, com intuito de aprofundar o conhecimento das experiências uni, multi e interprofissionais de diferentes áreas profissionais que tenham relatado ações compartilhadas e identificado alguns desafios e possibilidades de enfrentamento. Essa entrevista terá como foco aprofundar informações acerca dessas experiências, desafios e estratégias de enfrentamento. Para que não haja perda de informações, pretendemos registrar a entrevista por meio do uso de gravador e posteriormente suas falas serão transcritas e analisadas. O (a) Sr. (a) poderá optar que alguma fala específica não seja transcrita, caso não se sinta confortável com a mesma. As entrevistas aos profissionais serão realizadas em locais e em horários mais convenientes aos entrevistados e terão duração de 30 minutos a uma hora. A amostra da segunda fase terá aproximadamente 10 profissionais, sendo um de cada área de formação se possível. Após o fim da primeira fase da coleta de dados (questionário online), o (a) Sr. (a) poderá ser convidado a participar da segunda fase (entrevista presencial).

Os riscos de participação na primeira e segunda fase da pesquisa são mínimos e referem-se ao receio quanto à exposição de ideias, eventuais desconfortos ou constrangimentos em relação ao preenchimento do questionário ou respostas as perguntas do entrevistador. Esses sentimentos podem ser atenuados ou superados por meio de esclarecimentos, orientação dos pesquisadores e garantia quanto ao sigilo e ao anonimato. Além disso, o (a) Sr. (a) poderá interromper o questionário/entrevista a qualquer momento se julgar necessário.

Não haverá benefício direto decorrente da participação na pesquisa, mas se espera que este estudo contribua para aumentar a compreensão e reflexão acerca das dificuldades e das estratégias de enfrentamento referidas por profissionais em Guarulhos e, para atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município.

Divulgaremos os principais resultados da pesquisa em eventos e publicações científicas, e manteremos seu nome em sigilo. Em qualquer etapa do estudo, o (a) Sr. (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento sobre objetivos, procedimentos, resultados parciais, riscos e benefícios relacionados à pesquisa e, inclusive para tirar eventuais dúvidas. O (A) Sr.(a) terá direito de ser mantido atualizado (a) sobre os resultados da pesquisa.

O (A) Sr.(a) poderá dispor do tempo que achar necessário para refletir acerca da decisão em participar ou não do estudo. O principal investigador é a Profa Dra Maria Helena Morgani de Almeida que pode ser encontrada no endereço Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. CEP: 05083-160. São Paulo, SP, telefone (s)11-3091-8439.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Av. Dr. Arnaldo, 251 -21º andar -sala 36. Cerqueira César -São Paulo –SP. CEP: 01246-000. Fone/Fax: 11-3893-4401/4407. E-mail: cep.fm@usp.br

É garantida a sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. As Informações obtidas serão analisadas em conjunto com aquelas obtidas com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada sua identificação. Sua participação no estudo é voluntária. Não há despesas pessoais para o (a) Sr. (a) em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Comprometemo-nos a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade desenvolvida por profissionais da Atenção Básica no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento”.

Eu discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso às informações acerca da pesquisa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Pesquisadora responsável: Profa Dra. Maria Helena Morgani de Almeida
Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP
Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. São Paulo – SP.
CEP. 05083-160/Tel: (11) 3091-7457

Pesquisador executante: Jonas Mendonça Santana
Aluno do curso: mestrado profissional formação interdisciplinar em saúde da USP
Av. Presidente Humberto de A. Castelo Branco, 3605, Vila Leonor. Guarulhos – SP
CEP: 07024-170/ Tel: (011) 98201-2813

1. Responda por gentileza: *

Marcar apenas uma oval.

Li o termo de consentimento acima e concordo em participar da pesquisa.

Li o termo de consentimento acima e não concordo em participar da pesquisa.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

2. Nome Completo: *

3. Documento de identidade N°: *

4. Data de Nascimento: *

5. Sexo: *

Masculino

Feminino

6. Endereço (Rua, número, bairro, complemento, CEP, Cidade): *

7. Telefone para contato: *

8. E-mail pessoal: *

Questionário:

Solicitamos à seguir que preencha o questionário referente a primeira fase da pesquisa que é composto por questões de múltipla escolha e discursivas. Esperamos que essas questões lhe possibilitem refletir e discorrer sobre “atenção à obesidade”, “integralidade na atenção”, “desafios na atenção”, “estratégias de enfrentamento” e “avaliação das ações”. Antes de respondê-las solicitamos que nos forneça mais alguns dados pessoais e outros de natureza profissional, desse modo poderemos caracterizar mais detalhadamente os participantes da pesquisa. Reafirmamos que a duração aproximada do preenchimento do questionário será de 15 a 30 minutos.

São 28 questões ao total. Para que as informações sejam salvas e enviadas é necessário que preencha todas as respostas e clique ao final em enviar, enfatizo que as informações não ficam salvas se não responderem a última questão e clicarem em enviar. Na parte inferior da tela é possível acompanhar o progresso e quanto falta para concluir o questionário.

I - Dados Pessoais e Profissionais:

9. 1 - Idade: *

Menos de 20 anos

20 à 25 anos

26 à 30 anos

31 à 35 anos

36 à 40 anos

41 à 45 anos

46 à 50 anos

51 à 55 anos

56 à 60 anos

65 `à 70 anos

Mais de 70 anos

10. 2 - Sexo: *

Feminino

Masculino

11. 3 - Ano de conclusão da graduação: *

12. 4 - Profissão: *

Médico (a)

Enfermeiro (a)

Cirurgião-Dentista (a)

Nutricionista

Educador (a) Físico (a)

Psicólogo (a)

Fonoaudiólogo (a)

Assistente Social
Fisioterapeuta
Terapeuta ocupacional
Outro:

13. 5 - Há quanto tempo atua no município de Guarulhos? *

Menos de 1 ano
de 2 a 3 anos
de 4 a 5 anos
de 6 a 7 anos
Mais de 8 anos

13. 5 - Há quanto tempo atua no município de Guarulhos? *

Menos de 1 ano
de 2 a 3 anos
de 4 a 5 anos
de 6 a 7 anos
Mais de 8 anos

14. 6 - Em qual (is) unidade (s) de saúde atua no município de Guarulhos? *

15. 7 - Trabalhou em outra (s) unidade (s) de saúde no município de Guarulhos? Quais? *

16. 8 - Trabalhou ou trabalha em outra (s) unidade (s) fora (s) no município de Guarulhos? Qual (is)? *

II Atenção à obesidade:

17. 9 - Possui algum (ns) curso (s) de formação relacionado (s) à atenção à saúde da pessoa com obesidade? Você pode marcar mais de uma opção. *

Marque todas que se aplicam.

Não possuo curso
Possuo curso de aperfeiçoamento
Possuo curso de especialização
Possuo curso de mestrado
Possuo curso de doutorado
Outro:

18. 10 - O quanto se sente preparado para tratar pessoas com obesidade? *

Marcar apenas uma oval.

Não me sinto preparado (a)
Pouco preparado (a)
Preparado (a)
Muito preparado (a)

19. 11 - Você atua com pessoas com obesidade no município de Guarulhos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim, atuo
Não atuo no momento, mas já atuei anteriormente
Nunca atuei

20. 12 - Caso tenha atuado ou ainda atue com pessoas com obesidade, que tipo de atendimento você realiza ou realizou? Você pode marcar mais de uma opção. *

Marque todas que se aplicam.

Nunca atuei
Atendimento individual
Atendimento individual compartilhado com outros profissionais
Atendimento em grupo
Atendimento em grupo compartilhado com outros profissionais
Visita domiciliar
Visita domiciliar compartilhada com outros profissionais
Outro:

21. 13 - Durante seu atendimento com pessoas com obesidade você costuma usar quais ferramentas e/ou condutas? Você pode marcar mais de uma opção. *

Marque todas que se aplicam.

Nenhuma

Oriento sobre a importância da alimentação saudável

Oriento sobre a importância da prática de exercícios físicos

Oriento sobre a importância do sono

Oriento sobre a importância de cuidar da saúde mental e comportamental

Oriento sobre a importância de socializar com outras pessoas

Oriento sobre os cuidados com as doenças crônicas

Oriento sobre os cuidados com o uso das medicações

Afiro a pressão arterial do paciente

Verifico o peso do paciente

Verifico e cálculo o percentual de gordura corporal do paciente

Verifico o índice de massa corporal (IMC) do paciente

Faço Avaliação global e integral do paciente

Faço Avaliações específicas da minha área profissional

Solicito exames para o paciente

Matricio o caso dos pacientes na minha unidade

Matricio o caso dos pacientes na especialidade

Converso com meus colegas sobre as condutas tomadas

Converso com os pacientes sobre as condutas e negócio as intervenções com os mesmos

Realizo construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) com minha equipe

Encaminho os pacientes para especialidade

Encaminho os pacientes para outros serviços

Aplico Práticas integrativas e complementares (PICs) - (Acupuntura, Florais, hipnose, etc)

Aplico atividades corporais (danças, ginásticas, alongamentos, etc)

Elaboro receitas específicas para emagrecimento

Aplico técnicas de combate ao estresse

Outro:

III - Integralidade na atenção

22. 14 - Você realizou ou realiza alguma (s) ação (ões) compartilhada (s) na atenção à saúde de pessoas com obesidade? Você pode marcar mais de uma opção. *

Marque todas que se aplicam.

Sim, com profissionais da (s) minha (s) unidade (s) de saúde

Sim, com profissionais de outra (s) unidade (s) de saúde

Não

23. 15 - Por gentileza informe as profissões dos colegas envolvidos nessa ação compartilhada? Você pode marcar mais de uma opção *

Marque todas que se aplicam.

Médico (a)

Enfermeiro (a)

Cirurgião(ã)-dentista

Nutricionista

Educador (a) Físico (a)

Psicólogo (a)

Fonoaudiólogo (a)

Assistente Social

Fisioterapeuta

Terapeuta Ocupacional

Farmacêutico (a)

Com nenhum profissional

Outro:

24. 16 - Por gentileza relate essa (s) ação (ões) compartilhada (s). *

25. 17 - Você desenvolveu ou desenvolve ações em parcerias com serviços pertencentes a outros setores para a atenção à saúde de pessoas com obesidade? Você pode marcar mais de uma opção. *

Marque todas que se aplicam.

Não

Sim, com a educação

Sim, com a assistência social

Sim, com entidades culturais

Sim, com entidades esportivas

Sim, com associações do bairro

Sim, com entidades religiosas

Sim, com cooperativas

Sim, com Organizações não governamentais (ONGs)

Sim, com comércio local

Outro:

26. 18 - Descreva essas ações intersetoriais. *

IV - Desafios na atenção

27. 19 - Você identifica desafio (s) na atenção à saúde de pessoas com obesidade na (s) sua (as) unidade (s) de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

28. 20 - Quais desafios você identifica na atenção que desenvolveu ou desenvolve com pessoas com obesidade na (s) sua (s) unidade (s) de saúde? Você pode marcar mais de uma opção. *

Marque todas que se aplicam.

Nenhum

Avalio que Falta para mim formação e treinamento específico

Falta de preparo dos profissionais para lidar com a pessoa com obesidade

Falta de vontade e motivação dos profissionais para tratar as pessoas com obesidade

Falta de recursos físicos e materiais

Dificuldades nos encaminhamentos para outros serviços

Dificuldades nos encaminhamentos para outros profissionais

Dificuldades em trabalhar em equipe

Pouca adesão dos usuários em relação ao tratamento

Falta de conscientização, informação e motivação das pessoas com obesidade

Dificuldades de locomoção das pessoas com obesidade para irem para unidade de saúde

Dificuldade da pessoa com obesidade em conseguir se exercitar

Dificuldade da família em ajudar no tratamento e apoiar a pessoa com obesidade

Dificuldade financeira das pessoas com obesidade para comprar os alimentos para o tratamento

Dificuldade financeira das pessoas com obesidade para comprar os medicamentos para o tratamento

Dificuldade dos profissionais para entender a complexidade de tratar as pessoas com obesidade

Preconceito dos profissionais com as pessoas com obesidade

Falta de medicamentos gratuitos e específicos para o tratamento das pessoas com obesidade

Falta de tratamentos integrativos e complementares específicos para tratar as pessoas com obesidade na rede

Falta de suporte psicológico específico para as pessoas com obesidade

Dificuldade na realização da cirurgia bariátrica

Outro:

V - Estratégias de enfrentamento

29. 21 - Você tem adotado Estratégias para enfrentar esses desafios? *

Marcar apenas uma oval.

sim

Não

30. 22 - Quais estratégias você tem adotado para enfrentar esses desafios com pessoas com obesidade na (s) sua (s) unidade (s) de saúde? Você pode marcar mais de uma opção. *

Marque todas que se aplicam.

Nenhuma

Solicitei da secretaria de saúde treinamento e curso específico para saúde das pessoas com obesidade

Iniciei curso específico para saúde das pessoas com obesidade

Realizo práticas Educativas e de conscientização na minha unidade para saúde das pessoas com obesidade

Confecciono material de apoio para trabalhar conscientização, informação e/ou motivação com as pessoas com obesidade

Participo das reuniões de matriciamento das pessoas com obesidade do município

Discuto nas reuniões gerais da unidade a importância do tratamento e abordagem da pessoa com obesidade

Discuto e converso com minha equipe a importância do tratamento multidimensional no tratamento das pessoas com obesidade

Visito os pacientes que não conseguem ir até a unidade

Crio grupos de atividade física voltados para as pessoas com obesidade

Crio grupos de reeducação alimentar para as pessoas com obesidade

Crio grupo de suporte psicológico para as pessoas com obesidade

Crio grupo compartilhado com os membros da minha equipe para as pessoas com obesidade

Convido os membros da família para participarem do tratamento juntamente com o paciente

Estabeleço parcerias com feiras livres e comércio local

Ofereço práticas integrativas e complementares na unidade para as pessoas com obesidade

Solicito recursos da unidade de saúde ou do município para compra de materiais

Faço parcerias no território para conseguir espaço físico

Faço parcerias com outras secretarias do município

Solicito da secretária de saúde mais espaço físico

Discuto com a secretária de saúde sobre a rede de cuidados das pessoas com obesidade

Procuro conhecer a quantidade e o perfil das pessoas com obesidade do meu território

Trato a pessoa com obesidade de acordo com a linha de cuidado e protocolos preconizados pelo município

Trabalho com prevenção nas escolas com crianças e adolescentes

Faço uma avaliação mais integralista das pessoas com obesidade

Trabalho com abordagem cognitivo-comportamental

Realizo Passeios culturais e gastronômicos com as pessoas com obesidade

Promovo Cozinha experimental para as pessoas com obesidade

Promovo Concurso de culinária saudável para as pessoas com obesidade

Desenvolvo Horta para as pessoas com obesidade

Realizo Atividades de relaxamento para as pessoas com obesidade

Convido as pessoas com obesidade para os diversos grupos da unidade de saúde

Outro:

31. 23 - Essas estratégias têm contribuído para reduzir ou superar esses desafios? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

32. 24 - Você identifica novas estratégias que possam ser viabilizadas para ampliar/ qualificar atenção às pessoas com obesidade no município? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

33. 25 - Comente sua resposta à questão 24. *

VI - Avaliação das ações:

34. 26 - Como você avalia as ações que tem desenvolvido ou das quais tem participado junto a pessoas com obesidade no município de Guarulhos? *

Marcar apenas uma oval.

Muito satisfatórias

Satisfatórias

Nem satisfatórias, nem insatisfatórias

Insatisfatórias

Muito insatisfatórias

35. 27 - Comente sua resposta à questão 26. *

36. 28 - Você considera que as ações que têm desenvolvido ou das quais tem participado estão de acordo com as diretrizes e protocolos previstos pelo município para atenção às pessoas com obesidade? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Desconheço as diretrizes e os protocolos

Agradecimentos.

Gostaríamos de prestar nossos sinceros agradecimentos por nos fornecer um pouco do seu tempo para participar dessa pesquisa.

37. Por fim, gostaria de saber se você estaria disponível para nos conceder uma entrevista presencial futuramente, se necessário. Essa entrevista buscará aprofundar as respostas do questionário online. Saliento que ela será realizada em horário e local de sua conveniência e que seu anonimato será preservado. *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista

Roteiro de entrevista

Dados pessoais:

Nome:

Formação acadêmica:

Cargo/função:

Local de trabalho:

Telefone:

Roteiro de perguntas

I - Atenção à obesidade:

Fale mais sobre a atividade que desenvolveu ou ainda desenvolve voltada para pessoa com obesidade na sua unidade. Fale mais sobre os resultados do desenvolvimento desse trabalho.

II - Integralidade na atenção:

Fale mais sobre as atividades multiprofissionais e/ou interprofissionais voltada para pessoas com obesidade desenvolvidas na sua unidade.

Fale mais sobre as atividades intersetoriais desenvolvidas para pessoas com obesidade realizadas na sua unidade.

II - Desafios na atenção:

Comente e fale mais sobre os desafios enumerados por você no questionário respondido na primeira fase. Se conhecer outros desafios para o tratamento da obesidade, por gentileza explique mais sobre eles.

IV - Estratégias de enfrentamento:

Fale mais sobre as estratégias de enfrentamento desenvolvidas na sua unidade para o tratamento de pessoas com obesidade. Você acredita que elas tem se mostrado efetivas ou diferenciadas para reduzir ou superar os desafios identificados na sua unidade?

V - Avaliações das ações:

Como você avalia as ações desempenhadas por você nesse período, diante dos desafios e das estratégias de enfrentamento?

APÊNDICE D – Falas das Entrevistas dos Profissionais da Saúde do Município de Guarulhos

Quadro 1.3 – Falas das entrevistas dos profissionais da saúde do município de Guarulhos	
Eixo de análise: Atenção À Obesidade	
Categoria	Falas representativas
Uni Profissional	<p>E1 - Temos o grupo de obesidade que é dirigido principalmente e somente pela nutricionista;</p> <p>E2 – A participação principal acaba sendo mais da nutricionista</p> <p>E3- Eu vou no grupo para falar de alguns assuntos específicos da minha área de atuação;</p> <p>E4- Começo com a consulta médica, peso, altura, IMC e história clínica;</p> <p>E6 – Como fonoaudióloga Vi algumas questões que eu poderia ajudar, como mastigação e respiração;</p> <p>E 9 – Sempre início com a parte mais técnica, nas consultas individuais, falo de carboidratos, proteínas e gorduras;</p> <p>E 9 – Hoje acabo conduzido os grupos mais sozinho, pela demanda, pela falta de envolvimento dos profissionais;</p>
Multiprofissional	<p>E1 - Além dos pacientes irem aos grupos de obesidade, também participam dos grupos de roda de conversa com a psicóloga, para discutir as questões emocionais e comportamentais;</p> <p>E2 - Muitos pacientes começam no meu grupo de caminhada, identifico os com obesidade e encaminho para os grupos específicos de emagrecimento;</p> <p>E3- Quando tem a participação da psicóloga o grupo fica diferenciado, tem mais abrangência e resultados;</p> <p>E4- Encaminho para acompanhar com a nutricionista, ofereço as atividades físicas da unidade também;</p> <p>E5 - Nós enquanto NASF devemos ter um olhar mais interdisciplinar, não só atuar sozinho, compartilhar o trabalho e encaminhar para os outros profissionais também quando necessário;</p> <p>E 6 – Faço grupo compartilhado com a nutricionista, eu falo da área de fonoaudiologia e ela de alimentação;</p> <p>E 6 – Como somos do NASF realizamos muito trabalho em grupo;</p> <p>E 8 – Fazemos com que os pacientes passem em consulta com cada profissional do NASF individualmente quando necessário;</p> <p>E 9 – A questão social é muito evidente em muitos casos, logo encaminho para assistente social;</p>
Interprofissional	<p>E1 – Todos profissionais estão envolvidos no tratamento do paciente com obesidade, todos fazem encaminhamentos para os grupos, todos participam do matriciamento;</p> <p>E1 – Estamos sempre nos comunicando durante o tratamento do paciente, as vezes até nos corredores;</p> <p>E1 – Compartilhamos os grupos, as condutas e o tratamento;</p> <p>E1 – Sempre que abordamos um paciente com obesidade, independente do fluxo, encaminhamos para os grupos de obesidade;</p> <p>E2 - Os ACSs que conduzem os grupos de caminhada na nossa unidade, elas organizam, convidam os pacientes e caminham com eles, não é a função direta delas, mas elas fazem com amor;</p> <p>E4 - Eu faço questão de participar de todos matriciamentos que são 1 vez por mês, participa a equipe toda e todos os profissionais do NASF e da unidade, já temos a data do ano todo, agenda bloqueada para reunião nesse período, para que todos possam participar;</p> <p>E4 – As enfermeiras e a psicóloga, fazem os grupos sempre juntas;</p> <p>E4 - Fazemos busca ativa, e visita para os pacientes com obesidade com frequência, pois sabemos que eles se evadem com facilidade do tratamento, estamos sempre atentas;</p> <p>E5 - Começamos com uma avaliação, e com orientações mais básicas, observando se é uma questão mais de falta de conhecimento, ou falta de organização, ou emocional, fazemos isso nos primeiros momentos, depois a gente partilha com a equipe, enfermeiros, médicos, vamos discutindo com a equipe de referência para juntos tratar o paciente com obesidade;</p> <p>E5 – Percebemos quando a nutricionista atua em conjunto com a psicóloga nos grupos os resultados são muito melhores;</p>

	<p>E 6 – Entendemos que os pacientes não são apenas receptores, eles também trazem conhecimentos e são multiplicadores, eles são o centro do nosso trabalho;</p> <p>E 7 – Aqui todos os profissionais participam do matriciamento, do NASF e da ESF, todos os casos são discutidos e acompanhados cuidadosamente;</p> <p>E 7 – Eu sou enfermeiro, mas abordo muito o controle da ansiedade nos meus grupos, autoestima, saúde mental e os relacionamentos sociais, conversamos bastante e trocamos informações e afeto;</p> <p>E 8 - Nos grupos temos uma sequência onde todos os profissionais falam, sobre alimentação, atividade física e principalmente mudança de hábito;</p> <p>E 9 – Quando os casos são mais complexos atendo compartilhado com a psicóloga e os resultados são ótimos;</p> <p>E 9 – Além do matriciamento, sempre retomamos os casos antigos para ter um melhor acompanhamento;</p> <p>E 9 – Mesmo sendo nutricionista, estudo e abordo muito a questão emocional em meus grupos, e o resultado está sendo ótimo;</p>
--	--

Eixo de análise: Integralidade na atenção	
Categoria	Falas representativas
Integralidade	<p>E1 - Todos temos que ter um olhar mais social independente da profissão;</p> <p>E2 - O principal foco nos grupos para o obeso é saúde mental, focamos na casa, na dinâmica familiar, a gente coloca situações, discutimos os casos, falamos das vivências, aí conseguimos despertar um cuidado diferenciado e integrado;</p> <p>E5 - Trabalhamos muito a questão dos hábitos, da organização, quais as ocupações demandam mais desses pacientes, olhamos para o dia a dia dele, como eles se cuidam;</p> <p>E5 - As Terapeutas Ocupacionais ajudam muito a olhar para a questão das ocupações desses pacientes no cotidiano, ressignificar, e o que eu posso está colocando de atividade para ajudar esse usuário;</p> <p>E5- tentamos ampliar o olhar, não é só sair com uma receita da consulta, não é só sair com uma dieta, é mais amplo que isso;</p> <p>E5 - Tentamos ressignificar a comida, falando do prazer, e buscar outras coisas que dão prazer também para própria pessoa. Primeiro olhamos a pessoa de forma integral, para posteriormente fazê-la se enxergar por completo também, nada está dissociado somos seres integrais e isso é primordial;</p> <p>E5- Eles acabam socializando, conhecendo pessoas com o mesmo problema, se sentem inseridos, começam a fazer mudanças na vida que melhoram a saúde, eles voltam, partilham as experiências que foram exitosas na vida deles;</p> <p>E 7 – Eu acompanho o paciente ao longo dos ciclos de vida, o paciente é meu, é minha responsabilidade, mesmo que ela vá para atenção secundária ou terciária, eu sempre estou acompanhado dele;</p> <p>E 7 – Primeiro deve-se fazer um trabalho de autoestima com esses pacientes para que eles se sintam parte da sociedade, para que não se sintam diferentes e assim integrá-los;</p> <p>E 8 – Falamos da importância da alimentação, que não é só dieta, mas precisa ser uma mudança de costumes que dure para vida, queremos que eles entendam a relação deles com a comida;</p> <p>E 8 – Não é só o paciente, devemos tratar a família, fazemos muitas conversas em grupo com os pais sobre alimentação, relações familiares, atividade física e saúde mental;</p>

Eixo de análise: Desafios sentidos em relação à atenção ao paciente com obesidade	
Categoria	Falas representativas
Falta de formação específica	E2 - Falta de formação específica é um desafio, nem todos temos formação para trabalhar com pacientes obesos; E 7 – Não existe hoje na rede, capacitação específica na prefeitura para o tratamento da obesidade para os profissionais da saúde, isso dificulta muito; E 9 – Como a psicóloga não está mais participando dos grupos comigo, eu paguei um curso de alimentação e psicologia, mas acho que a prefeitura que deveria nos capacitar;
Falta de reconhecimento e Desvalorização profissional	E1 - Me sinto desvalorizada, por não reconhecerem mais o trabalho do assistente social; E 7 – Os profissionais estão desmotivados e desvalorizados e isso pode um dia acabar com o SUS; E 8 – A maior dificuldade do educador físico é ser reconhecido como profissional de saúde;
Déficit de Rh	E1 - Como trabalhamos em 3 unidades, temos dificuldade para fazer grupos semanais, normalmente acabamos fazendo quinzenais ou mensais; E2 – Todos os profissionais estão com muitas coisas para fazer, todo mundo ocupado, sobrecarregado; E 6 – Atualmente são poucas fonoaudiólogas na rede para atender a população isso dificulta o acesso do paciente ao tratamento; E 7 – Há oito anos tínhamos 8 psiquiatras, hoje temos somente 2 para todo município; E 9 – Muitos funcionários pediram demissão e não houve reposição;
Excesso de Demanda	E1 – Temos uma demanda grande e um dia corrido, nem sempre conseguimos estar todos juntos trabalhando; E3 - A demanda da psicologia é muito grande, saúde mental infantil, adolescente, adulto, obesos, não damos conta; E4 - tenho a dificuldade com a agenda e com a grande demanda de pacientes; E5 - O enfermeiro participava, mas por uma questão de agenda, ele teve que sair dos grupos, priorizar as urgências, pois muitas pessoas estão sem plano de saúde, isso aumentou ainda mais a demanda; E 7 – Por exemplo, a psicóloga da unidade atende em cinco unidades de saúde diferentes, o espaçamento entre uma consulta e outra fica muito grande, ela não tem como atender tanta gente em tantas unidades; E 9 – o número de pacientes com doenças mental aumentaram tanto, que a psicólogas não conseguiam mais participar dos grupos comigo, hoje faço sozinha;
Condições de vida do paciente com obesidade: Aspectos Funcionais e fisiológicos	E2 – A maioria dos pacientes não conseguem se exercitar porque tinha dor nos joelhos ou na coluna; E 6 – O ronco acomete muito essa população, causa flacidez da musculatura, de língua, de palato, de bochecha e boca, fazendo a pessoa respirar mais pela boca, mastigando menos os alimentos, afetando também a qualidade do sono;
Condições de vida do paciente com obesidade: Aspectos Psicológicas	E5 - Difícil a gente olhar para nossas emoções, pessoas que estão expostas a muita vulnerabilidade, a muita violência, o estado negligenciando direitos, olhar para o sofrimento já dói, ninguém gosta, isso tudo é uma grande dificuldade, ainda mais para o paciente com obesidade;
Condições de vida do paciente com obesidade: Aspectos Sociais e financeiras	E1 - Muitas pessoas não têm condições de comprar carne e verduras todos os dias, por não ter dinheiro para isso; E1 - Mas as vezes nem sabemos como vivem essas pessoas, como se alimentam, como é a casa delas e como é sua condição financeira; E 6 – A acessibilidade do paciente no posto de saúde é difícil, muitos não tem condições financeiras de vir de carro, de pegar condução, e vir caminhando é muito difícil para o paciente com obesidade;

Questões comportamentais e atitudinais	E1 - Todos falam de emagrecimento, mas a pessoa tem que estar bem com ela mesma; E2 - A adesão é bem complicada, o maior desafio é fazer os encontros do tratamento serem legais e eles aderirem; E2- Muito pacientes não voltam quando cobro atividade física deles; E 3- Os pacientes falam muito de ansiedade nos grupos, das dificuldades de fazer uma rotina de se programar; E 3- Mudar o estilo de vida é muito complexo e difícil; E5- Tentar sensibilizar eles para começar atividade física é um grande desafio também, fazer isso ter sentido e inserir na vida deles é um grande desafio; E5- Alguns se sabotam, fala que é difícil seguir as orientações, ser permitir ser cuidado quando nunca foram; E 6 – As pessoas hoje comem vendo tv e mexendo no celular, não percebem como estão comendo e mastigando, e esse processo afeta diretamente a obesidade; E 7 – Tem a questão da saúde mental que é muito importante, tem a questão do suicídio que também é alta nessa população, devido à baixa autoestima; E 7 – Muitos pacientes não querem ser atendidos em grupo, preferem ser atendidos individualmente, muitos tem vergonha de falar e se abrir, por causa da autoestima; E 8 - Percebemos que boa parte desses pacientes tem uma relação de ansiedade, tiveram algum transtorno mental, e a comida acaba sendo uma rota de fuga; E 8 – A maioria dos pacientes, não gostam de atividade física, não querem se exercitar e na infância não praticavam atividade física; E 8 – Trabalhar com mudança de hábito é muito difícil, pois muitos não estão dispostos a abandonar velhos hábitos; E 8 – Muitos pacientes se ofendem quando falamos que obesidade é considerada uma doença epidêmica; E 9 – Fazia o grupo com a educadora física, e na hora que começava os exercícios a maioria dos pacientes iam embora, porque não queriam se exercitar; E 9 – Os grupos de obesidade tem uma rotatividade enorme, os pacientes vão e voltam constantemente; E 9 – Com frequência convocamos 100 pessoas, mas acabavam vindo 10 pessoas no dia; E 9 – Acredito que perder peso não é o mais difícil, mas fazer a manutenção da perda de peso; E 9 – Percebo que 80% dos pacientes que passam comigo, a questão é mais psicológica que fisiológica, muitos conflitos familiares, no trabalho e acabam refletindo na alimentação
Insuficiência de pontos de atenção em rede: Estrutura e funcionamento	E2- Em relação a bariátrica, é inseguro trabalhar dessa forma, prometer para esse paciente esse serviço, sendo que no final sabemos que ele não vai conseguir vaga para operar na rede; E4 - A dificuldade que nós temos de conseguir vaga para cirurgia bariátrica é imensa; E4 – Temos dificuldade de conseguir vaga de psiquiatra para avaliação e acompanhamento dos pacientes com obesidade; E5 - Não temos espaços para psicoterapia, a psicóloga vai participar das ações, mas não tem pernas para fazer psicoterapia na unidade, uma para mais de 30.000 pessoas; E5- Os médicos não têm feito encaminhamentos qualificados dos pacientes; E 7 – o paciente fica 1 ano na atenção básica em tratamento, depois mais um ano na atenção secundária, para no fim ir para cirurgia bariátrica, mas no fim o paciente não consegue vaga para essa cirurgia, isso frustra nossos pacientes; E 8 – Trabalhamos somente em horário comercial, e muitos pacientes trabalham e acaba não tendo acesso ao tratamento; E 9 – Algumas medicações para emagrecimento não temos na rede, isso ajudaria muito no tratamento;

Insuficiência de pontos de atenção em rede: Organização e articulação	<p>E4 - A falta de assistência que a rede nos proporciona é o maior desafio;</p> <p>E4 - Daria para melhorar muito se tivéssemos integralidade da rede, porque falta muita coisa ainda para melhorar, como acesso e estrutura física;</p> <p>E 8 - Nas escolas municipais as crianças tem apenas 2 h de atividade física por semana, isso é muito pouco;</p> <p>E 8 – Algumas escolas ficaram dependentes das nossas ações, não assumiram autonomia, saúde é uma questão da educação também;</p> <p>E 9 – Antigamente tínhamos reuniões com todas as nutricionistas da rede, isso ajudava muito na troca de saberes, hoje não temos mais;</p>
Falta/ insuficiência Espaço e recursos materiais	<p>E2- É muito difícil você não tem espaço, uma cadeira decente para o paciente sentar-se;</p> <p>E2- Ao longo dos 9 anos que estou nas unidades básicas não melhorou a estrutura, a demanda está aumentando, mas a estrutura não;</p> <p>E2- Temos apenas uma sala para dividir entre 5 profissionais para os atendimentos individuais;</p> <p>E 8 – Nosso espaço físico é insuficiente, acabamos achando lugares na comunidade para atender, mas alguns são longe para os pacientes chegarem;</p> <p>E 8 – Não temos materiais para as aulas de atividade física em grupo;</p> <p>E7 – Os equipamentos de saúde não são acessíveis para esses pacientes, as cadeiras não são adequadas, os consultórios não são adequados, dificulta que o paciente continue fazendo seu tratamento na unidade;</p>

Eixo de análise: Estratégias de enfrentamento referidas pelos profissionais	
Categoria	Falas representativas
Vínculo com paciente	<p>E4 - Eu conheço praticamente todos os pacientes, eu trabalho aqui na unidade há 15 anos, tenho um ótimo vínculo com os pacientes, isso é muito importante no tratamento;</p> <p>E4 - O vínculo que eu tenho com as pessoas é muito importante, criar o vínculo é importante para todos e para o médico também, conhecer e acompanhar esses pacientes de verdade e de perto;</p>
Atenção centrada na pessoa	<p>E1 - Não é só falar de obesidade ou baixo peso, e sim realmente envolver todo mundo para uma mudança sempre centrada no paciente;</p> <p>E1 - Dar oportunidade para o paciente falar, responder, para refletir e assimilar, faz toda diferença no tratamento;</p> <p>E4 - Procuramos ir atrás do paciente, saber por que não está indo na caminhada, porque não está indo no grupo, não só pela presença, mas saber realmente como ele está e escutá-lo;</p> <p>E4 - Busca ativa é uma estratégia de enfrentar os desafios, saber como o paciente está e saber por que não está vindo, e tentar dar um incentivo a mais para pessoa, para ajudar ela não desistir do tratamento;</p> <p>E5- Às vezes o obeso é uma pessoa invisível e quando começamos a atender e olhar para essas pessoas elas se sentem vistas e cuidadas, e isso ajuda muito;</p> <p>E 7 – Mesmo no final de semana estou em contato com os pacientes, pois moro perto do posto, fazemos caminhadas, vamos no bosque maia, dependendo do caso vou até fora do horário do trabalho visitar um paciente que precisa, estou sempre em contato com eles como pessoas, não somente como pacientes;</p>
Trabalho em equipe	<p>E1 - Tem que saber qualificar o trabalho do outro também;</p> <p>E1 – Estamos recebendo os residentes das faculdades agora, eles vieram com uma visão diferenciada, estão fazendo novas receitas, buscando alternativas, descobrindo que as vezes na casa da pessoa tem uma planta não percebida que é um super. alimento, as PANCs;</p> <p>E2 - Se motivar e motivar os outros é muito difícil, mas fazemos nosso máximo juntos em equipe;</p> <p>E3 – Apesar das dificuldades, avalio nosso trabalho em equipe como excelente, porque trabalhamos bem juntos;</p> <p>E4- Nas reuniões de matriciamento passamos os casos novos de primeira vez e retomamos casos antigos, fazendo as devolutivas, perguntamos como estão os atendimentos dos outros profissionais envolvidos, é uma ótima troca em equipe para saber como estão os pacientes;</p> <p>E4- Os agentes de saúde, são muito importantes, eles que vão na casa e que conhecem a população e trazem todas informações novas sobre os pacientes;</p> <p>E5 - O matriciamento é para os casos mais complexos, para criar saberes comuns e para que os profissionais se sintam mais empoderados para dar continuidade quando o NASF não estiver;</p> <p>E5 - A gente sempre tenta fazer os grupos juntos com NASF, fazemos um calendário e na medida do possível tentamos ficar juntos nos atendimentos;</p> <p>E 6 – A nutricionista me deu o retorno das minhas palestras em grupo, e afirmou que as pacientes gostaram muito, que estão se percebendo mais, mastigando e respirando melhor, o trabalho em equipe sempre faz a diferença;</p>

Intervenções diferenciadas: sugeridas	<p>E2 – Agora estou pensando em fazer o curso de liang gong para aplicar nos grupos de obesidade, por ser uma atividade de fácil execução será ótimo para os pacientes;</p> <p>E2 - Poderia ter um pedômetro na semana, para ver o nível de atividade física, talvez ficaria mais interessante para eles;</p> <p>E5 - Vamos começar um grupo de obesidade infantil que será inicialmente para os pais, informando sobre os cuidados com alimentação dos filhos;</p> <p>E5- Acho que devia ter psicoterapia mais frequente em outros espaço para os pacientes com obesidade oferecidos pela prefeitura;</p> <p>E 8 – Deveríamos fazer um trabalho com os profissionais de saúde da rede, pois muitos são sedentários, obesos, não se alimentam bem, como vão cuidar dos outros se não estão se cuidando? A secretaria de saúde está adoecida. A mudança de hábito também deve partir do funcionário da saúde, não temos como pedir mudança do paciente se não estamos mudando também, devemos pensar em mais programas de saúde para os funcionários também;</p> <p>E 9 – Acredito que a fitoterapia, florais e cozinhas experimentais nas UBS ajudariam muito no tratamento dos pacientes com obesidade;</p> <p>E 9 – Poderia haver mais parcerias com as universidades da cidade, para capacitações e encontros sobre obesidade e saúde.</p>
Intervenções diferenciadas: desenvolvidas	<p>E5 - As ACS tem curso de liang gong e oferecem para as pacientes com obesidade também, elas tem participado e gostado, pois são exercícios leves que eles conseguem fazer;</p> <p>E5 - Começamos com as orientações e aos poucos vamos combinando e inserindo eles nos grupos de atividade física, orientamos que depois o mesmo horário que eles viam para o grupo de obesidade para eles irem no grupo de atividade física, para aumentar o gasto calórico e começar ficar mais ativo fisicamente;</p> <p>E5 - O Matriciamento na regional ajuda nos fortalecer como equipe e traz mais conhecimento, você vê as experiências dos outros, isso motiva, esse espaço vai motivando a gente a continuar;</p> <p>E1 - Começamos a fazer matriciamento nas escolas, e esse foi um diferencial;</p> <p>E 6 – Faço exercícios para melhora a respiração e a mastigação, fortalecimento de musculatura, isso melhora a oxigenação, a qualidade do sono e diminuição do estresse, os pacientes têm percebido a diferença;</p> <p>E 7 – Temos grupos de relaxamento, meditação uma vez por semana, nesse grupo também os agentes de saúde fazem massagem nos pacientes com obesidade;</p> <p>E 7 – Temos dificuldades de vaga para consultas para os pacientes, para reduzir isso aos sábados guardo algumas vagas para os pacientes com obesidade;</p> <p>E 7 – temos um grupo no WhatsApp para conversar e dar apoio para o paciente todo dia, conversamos bastante sobre autoestima e vamos incentivando-os, escutando suas dificuldades, todos juntos se ajudando;</p> <p>E 8 – Estamos evitando ficar pesando o paciente constantemente, pois percebemos que isso gera mais ansiedade, estamos trabalhando mais com qualidade do que com quantidade;</p> <p>E 8 – A nutricionista se especializou em PANCs e está incentivando os pacientes a inserirem na sua rotina alimentar, muitas são nutritivas e ajudam perder peso, e prescreve chás calmantes para reduzir a ansiedade;</p> <p>E 8 – A psicóloga aplica auriculoterapia nos grupos de obesidade, isso tem ajudado bastante as pacientes têm relatado;</p> <p>E 8 – Estamos abordando nos grupos temas mais atuais e com uma linguagem acessível, dietas intermitentes, óleo de coco, dietas lowcarb, etc;</p> <p>E 8 – Por sorte nossa médica da família também é endocrinologista e está prescrevendo alguns medicamentos para os pacientes com obesidade e com ótimos resultados;</p>
	<p>E 9 – A educadora física prescreve vários exercícios que dá para fazer sentado, deitado e em casa, isso ajuda muito os pacientes com obesidade;</p> <p>E 9 – Faço grupos de manhã e à tarde, para dar oportunidade de mais pessoas participarem;</p> <p>E 9 – Eu peço primeiro para os pacientes com obesidade começarem no grupo de reeducação alimentar para depois irem para o grupo de obesidade, aí eles já vão com uma bagagem melhor;</p> <p>E 9 – Faço muitas dinâmicas de grupo para deixar os encontros mais atrativos e divertidos, eles interagem entre si, riem e se expressam melhor;</p> <p>E 9 – Procuo investigar também os níveis de vitamina D dos pacientes, pode estar abaixo do normal, prescrevo suplementação se necessário;</p> <p>E 9 – Duas vezes por ano faço capacitação com as agentes de saúde sobre alimentação e saúde na unidade;</p>
Intersetorialidade	<p>E1 – Vamos nas escolas com a nutricionista e com a Educadora física, justamente para falar com as crianças acima ou abaixo do peso, falamos sobre alimentação, o que fazer para diminuir o peso, e o envolvimento dos pais, para fazer um trabalho de prevenção;</p> <p>E4 - Tem um espaço comunitário aqui no bairro que também tem outras coisas como o judô e capoeira, que são gratuitos para comunidade e ajuda as pessoas que precisam fazer exercício;</p> <p>E4 - Temos uma parceria com a pastoral da criança, uma das coordenadoras de lá nos informa as crianças acima e abaixo do peso e marcamos uma visita na casa dessas famílias;</p> <p>E 7 – Temos uma parceria com o CEU aqui perto, eles nos cedem os espaços e nos informam as crianças que precisam de ajuda para emagrecer;</p> <p>E 8 – Temos parceria com algumas escolas, fazemos as visitas juntamente com a nutricionista e falamos com as professoras, pais e merendeiras sobre alimentação saudável e obesidade;</p> <p>E1 - Começamos a fazer matriciamento nas escolas, e esse foi um diferencial</p> <p>E1 - Mostrar que reeducação alimentar e obesidade não é só da saúde, é de todo mundo, de todos os setores e sociedade;</p> <p>E 8 – No ano passado visitamos algumas empresas próximas para falar de saúde com os funcionários e foi uma ótima experiência;</p> <p>E 8 – começamos fazer matriciamento nas escolas e fizemos parceria com os professores, essa comunicação tem nos ajudado a cuidar da saúde dessas famílias juntos;</p>

Eixo de análise: Avaliação das Ações	
Categoria	Falas representativas
Avaliação do trabalho de modo geral	<p>E1 - O grupo de obesidade o pessoal está melhorando, emagrecendo, mudando os hábitos, estão seguindo bem as orientações;</p> <p>E2- Alguns pacientes têm melhorado a alimentação, o peso, começado atividade física, mudando de estilo de vida;</p> <p>E2- Acho que nosso trabalho poderia ser melhor, se tivéssemos mais recursos poderíamos fazer mais;</p> <p>E2- O êxito do trabalho são os resultados, se você consegue ajudar uma pessoa, já é exitoso, pois ajudou a mudar uma vida para melhor;</p> <p>E5- Se é exitosa para uma pessoa, já é exitosa, se aquela pessoa já teve uma melhora na qualidade de vida, já está significando alguma diferença na vida dela, já é exitoso para gente;</p> <p>E 6 – Considero como exitosa, apesar das dificuldades, a gente sempre quer fazer melhor, trabalhando nas condições nas quais trabalhamos acho que fazemos um trabalho muito bom;</p> <p>E 8 – A maioria das ações foram boas, ajudaram muitas pessoas a emagrecer e mudar um pouco de vida;</p> <p>E 8 – Alguns profissionais da unidade que estavam obesos e participaram dos nossos grupos conseguiram emagrecer e mudar hábitos e até hoje seguem nossas orientações;</p> <p>E3 – Muitas pessoas mudaram da obesidade para o sobrepeso nos nossos grupos;</p> <p>E 9 – Avalio nossa atuação como satisfatória, poderíamos fazer muito mais, se tivéssemos mais suporte e apoio;</p>
Avaliação do Protocolo de obesidade	<p>E5 - . O novo protocolo do município ficou uma coisa mais organizada, escrita e documentada que antes não tinha, e que está nos ajudando muito nas nossas ações;</p> <p>E6 - O novo protocolo de obesidade está nos ajudando, outros profissionais estão com responsabilidades no cuidado, e não só com a nutricionista. Aqui no nosso NASF, a psicóloga participa, o educador físico, a nutricionista, a Terapeuta Ocupacional, a fisioterapeuta, todos;</p> <p>E5- Não é só criar o protocolo, mas espaços adequados para realizar o tratamento para o obeso e com qualidade;</p> <p>E 9-Acredito que o protocolo ajudou a organizar um pouco o processo de trabalho, mas ele precisa ser revisto e atualizado, construído junto com os profissionais da rede;</p> <p>E3- No começo não foi muito conversado a implantação do novo protocolo de obesidade, já foi obrigatória a participação da nutricionista e da psicóloga, não teve muito diálogo na sua construção;</p>

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento

Pesquisador: Maria Helena Morgani de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83518018.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.554.650

Apresentação do Projeto:

Projeto para dissertação de mestrado profissional através de questionário online e entrevista presencial

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as experiências uni, multi e interprofissionais, na atenção integral a pessoas com obesidade, desenvolvidas por profissionais da Estratégia de saúde da família e dos Núcleos de apoio do município de Guarulhos.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os profissionais participantes do estudo quanto aos aspectos demográficos, acadêmicos e profissionais; Identificar e analisar a percepção dos profissionais acerca das dificuldades do trabalho que realizam para atenção as pessoas obesas na perspectiva da integralidade; Identificar e analisar as estratégias de enfrentamento uni, multi e interprofissionais utilizadas pelos profissionais para o tratamento integral da obesidade na atenção primária em Guarulhos; Elaborar uma cartilha que reúna experiências exitosas voltadas à prevenção e tratamento de obesidade do município, que possa contribuir para o desenvolvimento ou qualificação de ações interprofissionais junto a pessoas obesas na perspectiva da integralidade no município.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.554.650

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Mínimos e referem-se ao receio quanto à exposição de ideias, eventuais desconfortos ou constrangimentos em relação ao preenchimento do questionário ou respostas às perguntas do entrevistador. Esses sentimentos podem ser atenuados ou superados por meio de esclarecimentos, orientação dos pesquisadores e garantia quanto ao sigilo e ao anonimato.

Benefícios

Acredita-se que os resultados do presente estudo possam constituir-se referenciais para o desenvolvimento ou qualificação de ações interprofissionais junto a pessoas obesas na percepção da integralidade no município de Guarulhos. A partir dos resultados do estudo, será confeccionada uma cartilha com experiências exitosas, orientações e tratamento de obesidade do município. Espera-se que esse produto possa ajudar a divulgar e conscientizar a população acerca da obesidade e como preveni-la e/ou tratá-la e, bem como possa sensibilizar e auxiliar profissionais e gestores acerca da importância da abordagem e tratamento integral para pessoas com obesidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito bem desenhada, clara, objetiva com relevância que contribuirá para aumentar a compreensão e reflexão acerca das dificuldades e das estratégias de enfrentamento referidas por profissionais em Guarulhos e, para atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anuência da Secretaria de Saúde de Guarulhos - presente

TCLE claro, objetivo e de acordo com a Resolução 466.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Alterações solicitadas no TCLE foram realizadas.

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.554.650

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1080747.pdf	07/03/2018 18:05:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPB.pdf	07/03/2018 18:04:28	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	07/03/2018 18:01:19	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/03/2018 17:43:46	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Outros	CEP.PDF	22/02/2018 15:33:43	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	22/02/2018 15:33:17	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Outros	CAAPP.pdf	21/02/2018 18:43:52	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Março de 2018

Assinado por:

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO B – Parecer da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos e Pesquisas da Secretaria de Saúde de Guarulhos

SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ESCOLA SUS GUARULHOS
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS E PESQUISAS - CAAPP

AUTORIZAÇÃO

Eu **DR^a GRACIANE DIAS FIGUEIREDO MECHEAS** abaixo assinado, responsável pela Secretaria da Saúde de Guarulhos, autorizo a realização da pesquisa intitulada “ **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE PESSOAS COM OBESIDADE DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**”, a ser conduzido nas Unidades Básicas de Saúde, UBS Ponte Alta, UBS Munhóz, UBS Itapegica, UBS São Rafael, UBS Vila Barros, UBS Paraventi, UBS Vila Fátima, UBS Flor da Montanha, UBS Primavera, UBS Belvedere, UBS Jovaia, UBS Santa Lúcia, UBS Cidade Martins, UBS Bananal, UBS Fortaleza, UBS Água azul, UBS Soberana, UBS Santos Dumont, UBS Aracília, UBS Jacy, UBS Piratininga, UBS Marcos Freire, UBS Dinamarca e UBS Alvorada , pelo pesquisador **JONAS MENDONÇA SANTANA**. Fui informado pela CAAPP que o responsável do estudo forneceu cópia do projeto de pesquisa contendo as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda que recebemos cópia e concordamos com o Parecer Consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da instituição proponente, conhecemos e cumprimos as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, e que dispomos de infraestrutura que o pesquisador identificou como necessária para realização do estudo proposto.

Guarulhos, 26 de Março de 2018.

DR^a GRACIANE DIAS FIGUEIREDO MECHEAS
Secretária Adjunta de Saúde