

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RENATA EVANGELISTA TAVARES MACHADO

**EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO RECEBIDO POR PESSOAS IDOSAS
COM OBESIDADE NO ÂMBITO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

SÃO PAULO
2020

RENATA EVANGELISTA TAVARES MACHADO

**EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO RECEBIDO POR PESSOAS IDOSAS
COM OBESIDADE NO ÂMBITO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Versão corrigida da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Machado, Renata Evangelista Tavares

Experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da Unidade Básica de Saúde / Renata Evangelista Tavares Machado. São Paulo, 2020.

95 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Idoso. 2. Obesidade. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem. 5. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

Ficha catalográfica automatizada.
Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Renata Evangelista Tavares Machado

Título: Experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da Unidade Básica de Saúde. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas idosas que convivem com a obesidade e aos profissionais que atuam com este grupo populacional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Espero que este estudo possa gerar reflexões, que permitam a oferta de cuidados em saúde qualificados, pautados nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde e no envelhecimento saudável.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me possibilitar trilhar caminhos que nem imaginava seguir e por conhecer pessoas que me ensinam a crescer todos os dias. Obrigada pela majestosa condução da minha vida!

À minha orientadora, Professora Doutora Miriam Aparecida Barbosa Merighi, pela confiança, principalmente na transição para o doutorado direto, disponibilidade, afabilidade, interesse e contribuições valiosas no desenvolvimento deste estudo.

À Professora Doutora Maria Cristina Pinto de Jesus pela confiança desde o primeiro momento em que a conheci, disponibilidade e por compartilhar conhecimentos que subsidiaram esta trajetória de crescimento e amadurecimento acadêmico.

À Professora Doutora Deise Moura de Oliveira por suas reflexões relacionadas à temática e ao referencial teórico-metodológico.

Em especial, à Doutoranda Vanessa Augusta Souza Braga pelo companheirismo nas atividades acadêmicas e apoio em momentos adversos. Você é uma pessoa iluminada!

À Professora Doutora Florence Romijn Tocantins, minha orientadora de iniciação científica. Agradeço por ter me olhado de forma diferente na graduação e pelas oportunidades de aprendizado.

À Professora Mestre Lucilene Santos Lima Vieira pela revisão textual em língua portuguesa.

Aos membros da Comissão Examinadora por aceitarem o convite e contribuírem para o enriquecimento do trabalho.

Aos Integrantes do Grupo de Pesquisa em Enfermagem em Abordagens Fenomenológicas pelas reflexões que contribuíram para a realização deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por ter oferecido apoio, além de condições técnicas e logísticas para o desenvolvimento do curso de doutorado.

Às pessoas idosas que viabilizaram a concretização deste trabalho.

À minha querida família, em especial, ao meu pai, Renato, e minha mãe, Luciana, nos quais sempre encontrei amor e estímulos, fundamentais em minha primeira infância e até hoje presentes.

Ao meu marido, Daniel Machado, pelo companheirismo, incentivo, amor e por se fazer presente nesta gratificante etapa da minha vida.

"As vivências e experiências no mundo da vida modificam-nos enquanto atores sociais, continuamente. Portanto, aquele que retorna não é mais o mesmo que partiu. Ele não é mais o mesmo nem para si mesmo e nem para os que aguardavam por seu retorno".

Renata Evangelista Tavares Machado - baseado nos constructos de Alfred Schütz

Machado RET. Experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da Unidade Básica de Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: o cuidado voltado à pessoa idosa com obesidade se configura como desafio para a Unidade Básica de Saúde, diante da dupla situação de vulnerabilidade, imposta pela idade avançada e pela obesidade. **Objetivo:** compreender as experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da Unidade Básica de Saúde. **Método:** pesquisa de abordagem fenomenológica, realizada com 16 pessoas idosas com obesidade de um município de Minas Gerais, Brasil. Para obtenção dos depoimentos, foi utilizada a entrevista fenomenológica. A organização e a análise dos depoimentos foram realizadas em conformidade com estudo teórico fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz e literatura temática. **Resultados:** a fenomenologia social de Alfred Schütz permitiu identificar na experiência vivida pela pessoa idosa com obesidade, no tocante ao cuidado recebido na Unidade Básica de Saúde, dificuldades relacionadas ao acesso geográfico, como ruas com elevado fluxo de veículos, e ao acesso organizacional, como a restrição de vagas para a consulta médica, morosidade para a marcação de exames laboratoriais e para o atendimento de enfermagem, além da insuficiência de profissionais na equipe de saúde. Evidenciou a experiência do cuidado negligenciado, com orientações generalizadas e pontuais, inconstância na avaliação antropométrica, somando-se à percepção da obesidade velada pelos profissionais nas consultas. Esses idosos trazem à memória as atividades grupais que foram interrompidas. Suas expectativas incluem a assistência contínua, com a valorização e escuta por profissionais que possuam competência técnica para intervir nas suas particularidades; com a disponibilização de profissionais e recursos adicionais para o favorecimento da perda de peso, assim como a participação em grupos educativos. **Conclusões:** salienta-se a necessidade da implementação de políticas públicas e diretrizes que possam subsidiar o cuidado dessa população nesse nível assistencial e também do incremento na capacitação dos recursos humanos e na disponibilidade de recursos estruturais, oportunizando o atendimento integral e o percurso assistencial seguro na Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Idoso. Obesidade. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Pesquisa Qualitativa.

Machado RET. Experiences of care received by obese older people in primary healthcare units [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: care targeted at obese older people is a challenge for primary healthcare units, given the situation of doubled vulnerability imposed by old age and obesity. **Objective:** understanding the experiences of care received by obese older people in primary healthcare units. **Method:** phenomenological study conducted with 16 obese older people in a city in the state of Minas Gerais, Brazil. Phenomenological interviews were used to collect the participants' statements, whose organization and analysis were based on a theoretical study grounded on the social phenomenology of Alfred Schütz and literature on the theme. **Results:** the social phenomenology of Alfred Schütz allowed to identify difficulties related to geographical access, such as streets with heavy traffic, and to organizational access, such as the restriction of vacancies for medical appointments, long wait for scheduling laboratorial tests and for nursing service, in addition to the lack of healthcare staff, in the experience of the care received by obese older people in primary healthcare units. The care experience was found to be neglected, with general and specific instructions, instability in the anthropometric assessment, added to the perception of their obesity concealed by professionals in the appointments. These older people recalled group activities that were interrupted. Their expectations include ongoing care, being appreciated and listened by professionals with technical competence to intervene in their particularities; the availability of additional resources and professionals to favor their weight loss, and participation in educational groups. **Conclusions:** it is important to highlight the need to implement public policies and guidelines that may support the care of this population group at this level of care and for an increase in the qualification of human resources and the availability of structural resources, giving them the opportunity to receive comprehensive care, through a safe care routine, in the primary healthcare network.

Keywords: Aged. Obesity. Primary Health Care. Nursing. Qualitative research.

SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 CONTEXTO DO ESTUDO	13
1.2 APROXIMAÇÕES DA PESQUISADORA COM O TEMA, PERGUNTAS E OBJETIVO DA PESQUISA	14
1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	16
2 ENCONTRO COM A LITERATURA	19
2.1 A OBESIDADE EM IDOSOS	19
2.2 O CUIDADO À PESSOA IDOSA COM OBESIDADE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
3.1 A OPÇÃO PELA PESQUISA DE ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA	28
3.2 INTERFACE ENTRE O OBJETO DE ESTUDO E OS PRESSUPOSTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS DA FENOMENOLOGIA SOCIAL	29
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES.....	34
4.3 DESCRIÇÃO DA COLETA DOS DEPOIMENTOS	35
4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	37
5 RESULTADOS	39
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	39
5.2 CATEGORIAS	41
5.3 TÍPICO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA	50
6 DISCUSSÃO.....	52
7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	68
8 CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES	89
ANEXOS.....	92

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO DO ESTUDO

O envelhecimento populacional é um desafio global. Os idosos correspondem a 9% da população mundial, com previsão de duplicar essa proporção até 2050 (United Nations, 2019). As experiências de envelhecer são heterogêneas nos diferentes países e foram conquistadas a partir de iniciativas voltadas principalmente para a redução da mortalidade infantil, materna e proveniente de doenças infecciosas (United Nations, 2019). No Brasil, a população idosa foi o grupo etário que mais cresceu. O percentual desse grupo era de 15,4% em 2018, com maiores índices nas Regiões Sudeste e Sul do país, com 17,1% e 16,9% respectivamente (IBGE, 2018a).

Paralelamente ao envelhecimento populacional, está o aumento da prevalência da obesidade em pessoas idosas. Nos Estados Unidos da América (EUA), a prevalência da obesidade em idosos era de 28% em 2018 (United Health Foundation, 2018) e, no Brasil, era de 18,9% (Brasil, 2018). A maior parte dos idosos brasileiros com obesidade é do sexo feminino e reside na zona urbana do país (Pereira, Spyrides, Andrade, 2016).

A presença da obesidade, associada às transformações decorrentes da senescência, contribui para a ocorrência de complicações metabólicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares, limitações para a realização de atividades da vida diária, incapacidades funcionais (Sousa et al., 2018). Estas podem desencadear ou intensificar a depressão, a imagem corporal negativa, o isolamento social, limitando o envelhecimento saudável (Himes, Reynolds, 2012).

Salienta-se que, quando existe a limitação funcional na pessoa idosa, incluindo aqueles indivíduos com obesidade, a família mostra-se como principal fonte de assistência. Modificam-se as relações familiares para a oferta do cuidado contínuo. Geralmente os cuidadores deparam-se com a falta de apoio dos demais integrantes da família, sendo mais expostos ao estresse e à sobrecarga (Reis, Trad, 2015). Esses elementos ratificam a necessidade de elaboração e (re)organização de estratégias voltadas para o cuidado dessa população, mantendo a capacidade funcional por maior tempo possível, para elevar a qualidade de vida e minimizar a dependência familiar.

Ademais, os idosos com obesidade podem sentir uma piora na saúde geral (Fernandez-Barres et al., 2017), com maior probabilidade de hospitalização, o que pode levar a resultados

desfavoráveis, como prejuízos funcionais, agravamento de síndromes geriátricas, que contribuem para desfechos de institucionalização e até óbito (Malenfant, Batsis, 2019).

O enfrentamento da obesidade vem sendo debatido na agenda pública internacional nas três últimas décadas e, no contexto brasileiro, nos últimos 15 anos (Dias et al., 2017). Evidencia-se, contudo, uma incipiência na abordagem da pessoa idosa com obesidade, tanto em políticas públicas voltadas para o envelhecimento, como naquelas direcionadas para a alimentação e nutrição. Evidencia-se também a carência de diretrizes para nortear os atendimentos dirigidos especificamente a esse público, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa escassez de diretrizes pode culminar em um cuidado fragmentado, pouco resolutivo e com risco elevado de iatrogenias.

Frente à repercussão da obesidade no envelhecimento, mostra-se importante que os serviços de saúde, sobretudo a APS, forneçam um cuidado alinhado às necessidades da população idosa, bem como às suas experiências e expectativas. Tais aspectos poderão contribuir para a consolidação do cuidado longitudinal e intersetorial a esse público, favorecendo o envelhecimento saudável.

1.2 APROXIMAÇÕES DA PESQUISADORA COM O TEMA, PERGUNTAS E OBJETIVO DA PESQUISA

O interesse em desenvolver investigações sobre a atenção à saúde do idoso foi despertado no curso de graduação em Enfermagem. Onde enquanto discente e bolsista de iniciação científica, tive a oportunidade de participar de pesquisas voltadas para a pessoa idosa no contexto da APS, tendo como referência o cuidado integral.

A motivação em contribuir com a atenção à saúde do idoso nesse nível assistencial ampliava-se constantemente, à medida que novos questionamentos emergiam. Para agregar saberes que pudessem subsidiar a minha prática profissional com essa população, empenhei-me em cursar a Especialização em Enfermagem Gerontológica e a Residência em Enfermagem em Saúde Coletiva, que tiveram como cenário Unidades Básicas de Saúde (UBSs) localizadas em cidades no Estado do Rio de Janeiro.

Posteriormente, como servidora pública, em um município de Minas Gerais, desenvolvendo ações gerenciais e assistenciais no âmbito da APS, na zona urbana e zona rural,

pude analisar “in loco” a atenção à saúde do idoso, em diferentes contextos geográficos, culturais e econômicos.

Nessa trajetória profissional, deparei-me com a atenção à saúde do idoso centrada no modelo biologicista. Este pautado no acompanhamento medicamentoso e laboratorial das doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, e no tratamento de condições crônicas agudizadas. Essa experiência fez-me perceber que a equipe de saúde que atua na APS e a gestão municipal necessitam avançar na atenção à saúde da pessoa idosa com vistas ao cuidado integral, valorizando a abordagem multidimensional.

Permeada por reflexões contrárias ao modelo biologicista e compreendendo que ele não atende às necessidades complexas da população idosa, desenvolvi, no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, um estudo de revisão integrativa e um projeto de pesquisa com o tema “Envelhecimento saudável na perspectiva do idoso”. Com essa proposta delimitada, fui recomendada para o curso de doutorado direto.

No curso de doutorado, ainda com o direcionamento voltado para o envelhecimento, em reuniões do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagem Fenomenológica, foram compartilhadas várias experiências de projetos de pesquisa relacionadas à obesidade, que é considerada uma condição crônica cada vez mais prevalente na população idosa e desafiadora para a gestão e assistência em saúde. Isso suscitou o interesse em compreender o fenômeno da obesidade nesse público, sem perder de vista os constantes questionamentos em torno da atenção integral.

Minhas reflexões relacionadas aos cuidados da pessoa idosa com obesidade apontam para a valorização do diálogo e da intersubjetividade inscrita na relação entre o profissional de saúde e o usuário, consolidando a importância de focalizar as experiências e expectativas do receptor do cuidado para subsidiar o atendimento à saúde. Diante do exposto, as seguintes questões nortearam a pesquisa: Como a pessoa idosa com obesidade é assistida no âmbito da Unidade Básica de Saúde? Que expectativas essa pessoa tem em relação à assistência?

Com base na importância desse conhecimento para o planejamento de ações, foi desenvolvida a presente investigação, que teve como objeto: as experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade na Unidade Básica de Saúde. E como objetivo: compreender as experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da Unidade Básica de Saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu, em 2007, um documento intitulado: “Cuidado em saúde centrado na pessoa”, no qual valoriza a experiência dos indivíduos, famílias e comunidades assistidos nos serviços de saúde. Recomenda que os sistemas de saúde sejam construídos de acordo com o interesse da população, de modo que seja ampliada a capacidade de resposta aos cuidados de saúde pelos profissionais e organizações (WHO, 2007). Essa recomendação para o cuidado é amplamente difundida para fomentar a qualidade da assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde (Santana et al., 2018).

Na APS, é presente o compromisso de promover o cuidado centrado na pessoa, com a valorização da experiência dos indivíduos, famílias e comunidades na construção da assistência integral, conforme recomendado na Conferência Global sobre APS, em 2018 (Giovanella et al., 2019). De modo semelhante, no contexto brasileiro, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) traz em suas diretrizes o cuidado centrado na pessoa (Brasil, 2017).

Salienta-se a importância da valorização do cuidado centrado na pessoa na APS, para que seja ampliada a participação dos usuários nas ações de cuidado, favoreça-se a corresponsabilização, a segurança do paciente, o vínculo e a confiança. Além de incrementar a qualidade das ações e dos serviços de saúde.

Na literatura científica, observa-se uma lacuna no conhecimento sobre pessoas idosas com obesidade na perspectiva do cuidado centrado na pessoa e na valorização das dimensões subjetivas inscritas no processo de cuidar (Jackson, Holter, Beeken, 2019). Nessa direção, este estudo se configura como uma ferramenta para o planejamento da assistência, avançando com recursos adicionais para o atendimento em saúde desses usuários.

Esta investigação poderá contribuir para ampliar a visibilidade do conhecimento científico acerca da atenção à saúde à pessoa idosa com obesidade no âmbito da APS, assim como para a promoção de pesquisas que abordem as necessidades atuais e futuras desse grupo da população. Encontra-se alinhada com a Estratégia e o Plano de Ação Global da OMS sobre envelhecimento e saúde (2020-2030) (WHO, 2020) e com o Plano de Ação Global contra as doenças crônicas não transmissíveis (2013-2020) em relação ao compromisso firmado para reduzir a prevalência da obesidade (WHO, 2013).

Poderá contribuir também com a educação permanente das equipes que atuam nas UBSs voltada à pessoa idosa com obesidade, com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e com

a formação do enfermeiro (Brasil, 2006a). Além disso, poderá oferecer subsídios concretos para o enfermeiro e equipe interdisciplinar desempenharem ações efetivas na UBS e na Rede de Atenção à Saúde (RAS), voltadas ao idoso com obesidade e, ainda, possibilitar novas pesquisas na área de saúde.

2 ENCONTRO
COM A LITERATURA

2 ENCONTRO COM A LITERATURA

2.1 A OBESIDADE EM IDOSOS

A obesidade pode ser definida como um agravo multifatorial, gerado por um balanço energético positivo, que favorece o acúmulo de gordura corporal (Brasil, 2014). O diagnóstico desse agravo pode ser realizado por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que é efetuado a partir da divisão do valor do peso corporal em quilogramas pelo valor da altura (em metros) ao quadrado.

A classificação do estado nutricional pode ser descrita da seguinte forma: baixo peso ($<18,5\text{kg/m}^2$), eutrófico (entre $18,5\text{kg/m}^2$ e $24,9\text{kg/m}^2$), sobrepeso (entre 25kg/m^2 e $29,9\text{kg/m}^2$), obesidade I (entre 30kg/m^2 e $34,9\text{kg/m}^2$), obesidade II (35kg/m^2 e $39,9\text{kg/m}^2$) e obesidade III ($\geq 40\text{kg/m}^2$) (WHO, 1995; Souza et al., 2013).

A maior prevalência da obesidade em idosos ocorre na população do sexo feminino (Silveira et al., 2017), na faixa etária entre 60 e 69 anos e decresce significativamente após os 75 anos (Asp et al., 2017; Silveira et al., 2016). Esse acontecimento pode ser explicado pelo viés de sobrevivência, ou seja, devido à menor expectativa de vida entre idosos obesos, dificilmente atingirão idades elevadas, como 80 anos ou mais (Silveira et al., 2016).

Outra possível explicação para a menor prevalência da obesidade em indivíduos com 80 anos ou mais se deve às transformações desencadeadas pelo processo de envelhecimento. Essas transformações englobam redução da capacidade olfativa e visual, dificuldades na mastigação, diminuição da motilidade intestinal, entre outras alterações fisiológicas, patológicas ou psicológicas que afetam o estado nutricional desse indivíduo (Pereira, Spyrides, Andrade, 2016).

As transformações causadas pelo envelhecimento podem interferir no cálculo do IMC, devido à redução da estatura por compressão de discos vertebrais, que levam à cifose torácica progressiva; mudanças ocasionadas pela perda de massa muscular e aumento da gordura corporal, que podem contribuir para a ocorrência de vieses na classificação/diagnóstico da obesidade, superestimando o peso corporal (Cetin, Nasr, 2014).

Assim, considerar o IMC para classificação do estado nutricional da população idosa requer o entendimento de que, se este for elevado, é um fator de risco para resultados adversos

à saúde, podendo ter efeitos negativos no envelhecimento e na expectativa de vida (Cetin, Nasr, 2014; Weijjs, Wolfe, 2016).

Com esse entendimento, a obesidade interfere diretamente nas dimensões físicas, psicológicas e sociais da pessoa idosa que apresenta essa condição crônica. Na dimensão física, destaca-se a tendência ao sedentarismo, que culmina na redução de massa muscular, interferindo na diminuição do tecido responsivo à insulina, promovendo a síndrome metabólica e o aumento de gordura corporal. Existe também a alteração da distribuição da gordura corporal, com a redução da localizada no tecido subcutâneo, e a elevação do acúmulo no abdome, nos órgãos e entre os tecidos musculares (Chen et al., 2017).

É evidente nesse público o risco elevado de comprometimento da função física, podendo apresentar incontinência urinária (Moreno-Vecino et al., 2015), fraqueza muscular, mobilidade reduzida e maiores taxas de quedas, com conseqüente elevação da vulnerabilidade a lesões e a incapacidades (Kalish, 2016; Castaneda-Gameros, Redwood, Thompson, 2017). As quedas podem influenciar a perda potencial de independência, o isolamento social e causar prejuízos na qualidade de vida (Himes, Reynolds, 2012).

A obesidade pode ser um fator de risco ou proteção para a conseqüência de uma queda. Pesquisa realizada nos EUA apontou que os idosos com obesidade têm maior risco de desenvolver incapacidade para realização de atividades de vida diária após uma queda. Em contrapartida, aqueles com IMC ≥ 40 kg/m² têm risco reduzido de desenvolver lesões decorrentes de quedas, o que pode ser explicado pelo excesso de tecido adiposo nas áreas mais vulneráveis a fraturas (Himes, Reynolds, 2012).

A obesidade em pessoas idosas pode influenciar a ocorrência de distúrbios cardiovasculares como a hipertensão arterial sistêmica (Ukawa et al., 2015) e a fibrilação atrial, por conseqüência do espessamento do miocárdio, elevando o risco de disfunção diastólica e conseqüente dilatação atrial (Trevisan et al., 2017).

A conseqüência mais evidente da obesidade na dimensão psicológica do idoso é a depressão. Existem duas possíveis correlações: a primeira é que a depressão pode contribuir para a menor frequência de atividade física e, com o transcorrer do tempo, pode levar à obesidade; a segunda é que a depressão pode estar associada ao consumo exacerbado de carboidratos devido ao estresse crônico (Ahmadi et al., 2015).

As pessoas que convivem com a obesidade na idade avançada percebem essa condição crônica como fealdade, infortúnio, tortura e rejeição social, bem como expressam sentimento

de culpa, vergonha, humilhação e baixa autoestima (Isla Pera et al., 2016). De modo distinto, idosos mais velhos (80 anos ou mais) podem apresentar maior satisfação com a sua imagem corporal do que os menos idosos. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de os idosos mais velhos darem mais ênfase à sua capacidade funcional do que à sua aparência (Menezes et al., 2014).

A insatisfação com a imagem corporal e os prejuízos na mobilidade podem resultar em maior reclusão, limitar as relações sociais e despertar sentimentos de vergonha e humilhação (Isla Pera et al., 2016). A dimensão social precisa ser valorizada, pois se configura como um fator de risco ou proteção à saúde.

O ambiente também é um dos fatores que pode facilitar ou impedir comportamentos de saúde na população idosa, principalmente aqueles que apresentam barreiras arquitetônicas que dificultam a sua acessibilidade ou índices elevados de violência urbana (King et al., 2015). Estes ambientes podem desencorajá-la a praticar atividade física ou atividades para as quais necessitem sair do domicílio.

Estudo realizado na Holanda apontou que a menor probabilidade de excesso de peso ou obesidade relacionou-se aos idosos que tinham acesso a instalações com acessibilidade, qualidade e disponibilidade de espaço verde, coesão social, sensação geral de segurança (Putrik et al., 2015). De modo semelhante, um estudo realizado no Brasil revelou que o ambiente construído parece exercer alguma influência na prevalência de obesidade em idosos. Como proposta, foi assinalada a necessidade de promover políticas que auxiliem na promoção de melhores condições socioeconômicas e de infraestrutura, para possibilitarem a manutenção de hábitos saudáveis nas localidades onde essas pessoas vivem (Araújo et al., 2018).

Por se tratar de um fenômeno contemporâneo, no âmbito das principais políticas públicas internacionais e nacionais voltadas às pessoas idosas, a obesidade é pouco discutida. Dessa forma, apresentam-se a seguir algumas das políticas de maior notoriedade no campo da gerontologia.

Em 1978, por meio da Resolução nº 33/52, a Assembleia Geral das Nações Unidas convocou a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em 1982, em Viena. Na ocasião, foi lançado o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (United Nations, 1982), considerado documento-base para as políticas públicas voltadas para a pessoa idosa. Nesse documento, foi apresentado o tópico saúde e nutrição, demarcando a condição de desnutrição relacionada a pobreza, isolamento, distribuição inadequada de alimentos, hábitos

alimentares inadequados, precarização da assistência aos problemas odontológicos (United Nations, 1982).

Em 2002, a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foi realizada em Madrid. Na oportunidade, elaborou-se uma Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid. O Plano de Ação salientou que a desnutrição e a má nutrição podem trazer prejuízos à saúde do idoso, estabelecendo algumas medidas para a promoção da saúde, como a nutrição adequada, atividade física e cessação do tabagismo, sem fazer referência à obesidade (United Nations, 2002).

Em 2005, a OMS publicou o documento “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”, com a finalidade de complementar o Plano de Ação Internacional de Envelhecimento de Madrid (WHO, 2005). Essa publicação abordou a temática obesidade como fator de risco para doenças crônicas e como consequência do sedentarismo. Dez anos depois, a OMS apontou no “Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde” a obesidade de forma semelhante à descrita no Relatório de 2005. No contexto brasileiro, a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999 (Brasil, 1999) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006 (Brasil, 2006a) versaram sobre a nutrição da pessoa idosa, mas não demarcaram a temática obesidade.

Pautado nas principais políticas públicas e estudos da área de Geriatria e Gerontologia, em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica nº 19, intitulado “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, com o propósito de contribuir com subsídios técnicos para o desenvolvimento de ações voltadas à saúde do idoso no âmbito da APS – principal meio de acesso aos serviços de saúde. Esse documento situou algumas particularidades da obesidade no envelhecimento e destacou a importância de os profissionais fundamentarem a sua prática também nas recomendações descritas no Caderno de Atenção Básica de Obesidade e no Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2006b).

2.2 O CUIDADO À PESSOA IDOSA COM OBESIDADE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Habitualmente os serviços de APS configuram-se como principal acesso das pessoas idosas com obesidade aos sistemas de saúde de diferentes países. Esses serviços têm como compromisso assistir toda população de forma inclusiva, eficaz e eficiente, a fim de melhorar a saúde física, mental e o bem-estar social (Galea, Kruk, 2019; WHO, 2018).

No Brasil, a APS tem como estratégia prioritária para sua expansão a Estratégia Saúde da Família (ESF), que é desenvolvida em estabelecimentos de saúde denominados de UBS (Brasil, 2017). Esses serviços têm como característica a adscrição da população no território de abrangência da UBS, de modo que sejam facilitadas a construção de vínculos e a responsabilização entre as equipes multiprofissionais e os usuários, garantindo a longitudinalidade do cuidado.

A APS desempenha a função de coordenar o cuidado, ordenar as ações e serviços disponibilizados, assumindo lugar estratégico no centro de comunicação da RAS, sendo desenvolvida principalmente nas UBSs (Brasil, 2017). Desse modo, a pessoa idosa com obesidade, ao ser abordada nessas unidades ou por meio de busca ativa na visita domiciliar, deve ser ouvida, para então se elaborarem ações em saúde, possibilitando o acesso universal, o acolhimento, a vinculação e a corresponsabilização pelas suas necessidades de saúde.

Nesse nível de atenção, a assistência deve ser integral, equânime, livre de qualquer exclusão, estigmatização ou discriminação. A integralidade na atenção ao idoso com obesidade precisa ser garantida na sua concepção plena, ou seja, relacionada ao cuidado e à singularidade do indivíduo. No cuidado, deve-se considerar o acesso a ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e agravos, reabilitação, redução de danos e ainda garantir a assistência em diferentes pontos de atenção à saúde. A singularidade na atenção ao idoso com obesidade é englobar as múltiplas dimensões do indivíduo, pautar-se nas suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais (Brasil, 2017).

É previsto em políticas públicas o acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde por intermédio da RAS, que se define como um conjunto de serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Além disso, esta Rede propicia a atenção contínua e integral a determinada população, de forma que viabiliza o itinerário terapêutico necessário ao cuidado à saúde, incluindo a pessoa idosa com obesidade (Santos, 2017; Brasil, 2015).

A equipe de saúde que atua na UBS deve realizar o atendimento dos indivíduos mediante o acolhimento, a organização do escopo de ações ofertadas, a execução do processo de trabalho em consonância com suas demandas e necessidades, por meio de protocolos, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS (Brasil, 2017).

O momento do acolhimento é propício para iniciar a coordenação do cuidado. Nesse momento começam a serem traçadas as possibilidades assistenciais para que, em consultas

posteriores, com a articulação da equipe multiprofissional e da RAS, seja realizada a avaliação multidimensional da pessoa idosa. Essa avaliação é construída coletivamente e considera aspectos biológicos, cognitivos, capacidade para realização de atividades diárias, rede de apoio social, entre outros aspectos que estão presentes e interferem na vida da pessoa idosa (Veras, Oliveira, 2018).

Ressalta-se a importância do diagnóstico da situação alimentar e nutricional, que envolve a identificação e definição do estado nutricional, a partir da análise de indicadores antropométricos, clínicos, bioquímicos, consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos (Brasil, 2011; 2014).

Para a concretização da avaliação do estado nutricional do idoso no âmbito da UBS, é fundamental que o profissional de saúde esteja sensibilizado e imbuído de conhecimentos técnicos relativos ao envelhecimento e aos principais agravos nutricionais e alimentares nessa fase da vida (Brasil, 2014). Além disso, deve ter disponível equipamentos antropométricos, como a balança de plataforma (preferencialmente com capacidade superior a 200kg), estadiômetro vertical ou fita métrica inelástica, calculadora, planilha ou disco para a identificação do IMC, além da caderneta de saúde do idoso, bem como um fluxo definido para realização de exames laboratoriais (Brasil, 2014).

Deve-se avaliar a capacidade de decisão na compra dos alimentos e de preparo; observar se houve perda do paladar, dificuldades para mastigação e deglutição dos alimentos, ou ainda, olfativas, oftalmológicas, que podem influenciar na seleção dos alimentos, resultando na alteração de peso corporal. O conjunto de dados referentes à avaliação do estado nutricional deve ser compartilhado com o idoso, a família ou cuidador, registrado na caderneta do idoso e no prontuário. Em seguida, devem ser providenciados os encaminhamentos, de acordo com a avaliação realizada (Brasil, 2014).

No acompanhamento do idoso com obesidade, recomenda-se prioritariamente a realização de intervenções não farmacológicas, como orientações sobre alimentação saudável e atividade física moderada. As restrições calóricas, visando à perda de peso intencional, devem ser analisadas respeitando a singularidade de cada indivíduo, com avaliação dos possíveis riscos e benefícios (Brasil, 2014).

Para o tratamento da obesidade no idoso, entre outras demandas, há municípios que contam com o apoio de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), que possui o caráter multiprofissional e interdisciplinar. Esse núcleo é composto de

categorias de profissionais complementares às equipes de saúde das UBSs, a fim de oferecer suporte clínico, sanitário e pedagógico (Brasil, 2020).

Para incentivar o estilo de vida saudável, o Caderno de Atenção Básica nº 38 recomenda a abordagem cognitivo-comportamental, com a valorização dos espaços da comunidade que facilitam o enfrentamento da obesidade. Incentiva o trabalho com grupos de caminhada, dança, alongamento, ioga, relaxamento e outras práticas corporais (Brasil, 2014).

Salienta-se que existem recomendações internacionais para a atenção à obesidade na população adulta. A publicação “Diretrizes Europeias Práticas e Centradas no Paciente para o Tratamento da Obesidade Adulta na Atenção Primária” realça a importância desse nível de atenção como porta de entrada para o sistema de saúde, no apoio ao gerenciamento do peso, expõe os tópicos frequentemente negligenciados, como a comunicação. Propõe a mudança de estilo de vida, educação em saúde e prevenção da estigmatização (Schutz et al., 2019).

Essa publicação destaca que o cuidado à pessoa com obesidade deve contemplar três momentos: comunicação, avaliação e tratamento. No momento “comunicação”, recomenda-se realizar a coleta de dados abrangente, utilizar a entrevista motivacional e evitar a estigmatização, além do acolhimento com empatia, sem julgamentos e apoio do profissional para a construção de metas modestas e realistas (Schutz et al., 2019).

No momento “avaliação”, recomenda-se exame físico, exames laboratoriais, tal qual situado no Caderno de Atenção Básica nº 38. No “tratamento”, recomenda-se a mudança de estilo de vida e terapia comportamental, com suporte multiprofissional, com no mínimo: médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico e psicólogo. As mudanças no estilo de vida estão relacionadas a alimentação saudável e prática de atividade física. Os aspectos psicológicos merecem ser trabalhados com apoio de psiquiatra, psicólogo ou especialista com terapia cognitivo-comportamental (Schutz et al., 2019).

No momento “tratamento”, também foi destacada a farmacoterapia e a cirurgia bariátrica, com orientações sobre o procedimento e cuidados pós-cirúrgicos. Para o acompanhamento pós-cirúrgico, foi recomendada a capacitação da equipe multiprofissional (Schutz et al., 2019).

Um guia publicado nos EUA, elaborado para os profissionais que atuam nos diferentes níveis de atenção à saúde (NIH, 2000), apresenta aspectos semelhantes aos das Diretrizes Europeias e do Caderno de Atenção Básica nº 38, no que diz respeito a identificação, avaliação e tratamento do sobrepeso e obesidade. O guia norte-americano trouxe recomendações

específicas para a pessoa idosa com obesidade, assim como o Caderno de Atenção Básica nº 38, orientando sobre o estímulo a atividade física, alimentação saudável e avaliação individual para terapêuticas voltadas para a redução do peso (Brasil, 2014; NIH, 2000).

Outro guia norte-americano, intitulado “Guia baseado em evidências para o tratamento da obesidade na APS”, apresenta orientações direcionadas para médicos da atenção primária que atuam com a população adulta com obesidade, mas que podem ser trabalhadas em equipe multidisciplinar. Entre elas, a que mais se destaca nessa publicação é o aconselhamento baseado nos cinco “As” *Assess* (Avaliar), *Advise* (Aconselhar), *Agree* (Concordar), *Assist* (Assistir) e *Arrange* (Organizar). Esta auxilia os profissionais a trabalharem questões de ordem psicossocial, propicia aconselhamento intensivo, com delimitação de metas; vincula essas pessoas à comunidade (Fitzpatrick et al., 2016).

O aconselhamento baseado nos cinco “As” não é amplamente utilizado nos EUA pelos profissionais por demandar mais tempo durante as consultas, mas é recomendado pela *The United States Preventive Services Task Force*, que é um grupo independente de especialistas (médicos e epidemiologistas) em cuidados primários, que analisa sistematicamente a eficácia de evidências e desenvolve recomendações para os serviços (Fitzpatrick et al., 2016).

3 REFERENCIAL
TEÓRICO-METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 A OPÇÃO PELA PESQUISA DE ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

A pesquisa qualitativa possibilita que o pesquisador acesse os “significados” na medida em que estuda a experiência, fenômenos, sentimentos, ideias que moldam as vivências humanas (Ingham-Broomfield, 2015; Ribeiro, Souza, Costa, 2016). Possibilita o conhecimento sobre contextos, ações, necessidades e expectativas. É um método científico que permite a compreensão de temáticas complexas, por meio da apreensão da realidade concreta. São incontestáveis as contribuições que a pesquisa qualitativa agrega ao conhecimento científico (Valencia, Noreña, 2014).

Esse tipo de investigação abrange várias perspectivas teóricas, entre elas a fenomenologia (Cristancho et al., 2018), proposta por Edmund Husserl (1859-1938), matemático e filósofo, que explorava de modo detalhado a forma de obter o conhecimento objetivo ligada a fontes essencialmente subjetivas (Tassone, 2017), o que foi um meio de crítica à razão. Assim desenvolveu investigações na área da matemática, articulando-a com a filosofia empírica, para entender como alguns processos mentais eram necessários para formar o conceito numérico (Melo, 2016).

A fenomenologia, segundo Husserl, pode ser concebida como uma descrição de fenômenos da experiência humana, situando o modo como eles se colocam independentemente dos diferentes contextos sociais, culturais, históricos, econômicos, entre outros. Os fenômenos se referem ao que se tem consciência, aos objetos e eventos que cercam os seres humanos e à consciência de suas experiências (Tassone, 2017). Com esse entendimento, Husserl acreditava que, para que algo tivesse significado, seria necessário que o ser humano tivesse consciência dele (Melo, 2016). Assim, algo tem valor significativo – e chega à consciência - se existe conhecimento prévio, contato, experiência ou reflexões sobre ele. Desse modo, a fenomenologia valoriza a experiência para tentar alcançar a essência do conhecimento.

Neste estudo, utilizou-se a fenomenologia sociológica de Alfred Schütz (1899-1959), que realizou a síntese entre a fenomenologia de Husserl e a sociologia de Marx Weber, criando uma construção teórica própria, autossuficiente, que levou a um longo processo de seleção e adaptação de constructos relevantes de ambas as teorias (Schütz, 2012).

A fenomenologia sociológica tem por princípio o significado da ação de atores no mundo social. O “significado” é oriundo da obra de Husserl, e Schütz se apropria dele para compreender o cotidiano (Schütz, 2012). Já o “significado da ação” se origina da obra de Weber, que aprofunda esse significado no mundo social (Jesus et al., 2013).

A fenomenologia sociológica não se limita ao campo das ciências sociais. Pesquisadores da área da saúde, com destaque para os de Enfermagem, utilizam-na com o propósito de compreender os fenômenos sob a ótica social (Fuente, Arcos, 2016). Dessa maneira, optou-se por utilizar como referencial teórico-metodológico a fenomenologia sociológica de Alfred Schütz, com vistas a compreender as experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da Unidade Básica de Saúde.

3.2 INTERFACE ENTRE O OBJETO DE ESTUDO E OS PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA FENOMENOLOGIA SOCIAL

A fenomenologia sociológica de Alfred Schütz apresenta um conjunto de pressupostos que fundamentam a teoria da ação social na perspectiva desse pensador. Para a presente investigação, utilizaram-se aqueles relacionados ao objeto do estudo: mundo da vida, atitude natural, ação social, intersubjetividade, acervo de conhecimentos, situação biográfica, relação face a face, reciprocidade de perspectivas, “motivos porque”, “motivos para” e típico da ação.

A pessoa idosa com obesidade pode ser reconhecida como ser singular, considerando suas vivências e, simultaneamente, como ser social no cotidiano da vida. Ela nasceu em um mundo que está constantemente se modificando; que é físico, onde são localizados geograficamente pessoas e objetos, e também sociocultural, sua estrutura é resultado de um processo histórico que é distinto em cada cultura e sociedade. Esse mundo é denominado **mundo da vida** (Schütz, 2012).

O mundo da vida é o cenário no qual a pessoa idosa com obesidade desenvolve ações e relações sociais. Ela é capaz de intervir naturalmente nesse mundo, influenciando e sendo influenciada, modificando-se continuamente. Schütz nomeia essa maneira de se colocar no mundo da vida como **atitude natural** (Jesus et al., 2013). Pode-se compreender também como atitude natural o modo como ela cuida de si, sem interesse teórico e com caráter prático.

Segundo a fenomenologia social de Alfred Schütz, a **ação social** é uma conduta humana consciente, projetada pelo ator, voluntária, intencional. Esta agrega aspectos que são intrínsecos

à **intersubjetividade** e se fundamenta na **situação biográfica** e no **acervo de conhecimentos** (Jesus et al., 2013).

A **intersubjetividade** é uma categoria que, em geral, refere-se “ao que é comum aos indivíduos” - especialmente no âmbito cognitivo (Schütz, 2012, p. 346). Desse modo, as pessoas idosas com obesidade conseguem estabelecer relações sociais, compreendendo e sendo compreendidas por meio delas, configurando um sentido social.

O **acervo de conhecimentos** constitui-se por meio dos progenitores, pelo conhecimento adquirido por intermédio de educadores, experiências concretas, que servem como um esquema interpretativo de suas vivências passadas, presentes e também determina a sua antecipação das coisas que estão por vir. Esse acervo de conhecimentos é transformado continuamente, não apenas em seu tamanho, mas também em sua estrutura, na medida em que o ator social vive novas experiências no mundo da vida (Schütz, 2012; Jesus et al., 2013). A **situação biográfica** representa a posição cultural e ideológica da pessoa, que se situa no mundo da vida (Jesus et al., 2013; Fuente, Arcos, 2016).

Considerando esses pressupostos, pode-se compreender que, quando a pessoa idosa com obesidade é assistida pelo enfermeiro e equipe de saúde no âmbito da UBS, recebendo orientações cooperativas e horizontais, por intermédio de uma relação intersubjetiva, elas são agregadas ao seu acervo de conhecimentos. Simultaneamente, como se trata de uma relação social, o profissional também agregará saberes no seu acervo de conhecimentos. Esse câmbio de conhecimentos será possível se um estiver imbuído da experiência do outro, conscientes um do outro, compartilhando o mesmo tempo e espaço, configurando-se a relação **face a face** (Jesus et al., 2013).

O profissional, ao estabelecer a relação face a face e intersubjetiva com a pessoa idosa com obesidade, agrega ao seu acervo de conhecimentos os aspectos subjetivos provenientes da experiência do idoso. Estes serão ferramentas oportunas para a avaliação mais abrangente, incrementando as ações do plano de cuidados, diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das experiências cotidianas.

A pessoa idosa com obesidade, por sua vez, poderá agregar ao seu acervo de conhecimentos os saberes oriundos dos profissionais que a auxiliarão na mudança de estilo de vida e na adesão às terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Além disso, entende-se que, quando esse acervo é permeado por saberes relativos ao cuidado em saúde, de acordo com

a sua situação biográfica, o idoso poderá ampliar a sua autonomia, tendo a confiança necessária para gerir e tomar decisões no mundo da vida de forma mais efetiva.

Os profissionais de saúde da UBS e as pessoas idosas com obesidade, apesar de possuírem acervos de conhecimentos e situação biográfica distintas, por compartilharem de uma intencionalidade que lhes é comum (lidar com a obesidade), podem estabelecer uma relação de perspectivas recíprocas quanto ao cuidado do referido agravo à saúde. Para Schütz, a **reciprocidade de perspectivas** estabelecida nas relações sociais possibilita aos atores a apreensão de objetos potencialmente comuns para fins práticos independentemente de sua situação biográfica e projetos individuais (Schütz, 2012).

No mundo da vida, são desenvolvidas as ações sociais, que apresentam motivações (para e porque), fundamentadas nas experiências prévias, histórias de vida e na sedimentação de circunstâncias pessoais (Schütz, 2012). Nesse sentido, no âmbito das consultas de enfermagem ou de outros profissionais da equipe de saúde, ao buscarem conhecer as experiências pretéritas e presentes da pessoa idosa com obesidade, está sendo captado o que Schütz denomina de **motivos porque**.

O “motivo porque” da experiência humana pode ser entendido como irrevogável e irremediável, pois foi ou está sendo concretizado (Schütz, 2012). Portanto, ao voltar-se para o passado, o idoso tem a oportunidade de tornar-se um observador de seus próprios atos e apreender os motivos que o levaram a realizar determinadas ações no mundo da vida. Em contrapartida, quando a pessoa idosa com obesidade volta sua intencionalidade em direção ao outro e atribui um conjunto de motivos em vista dos quais quer agir (expectativas), revela-se o que Schütz denomina de **motivos para**.

O conjunto dos “motivos porque” e “motivos para” forma a **tipologia da ação no mundo da vida** que se constitui a partir da organização teórica composta por características típicas e singulares que permitem a representação da ação de um determinado grupo social (Schütz, 2012). A tipologia da experiência vivida é considerada uma construção teórica, desde que seja respeitado o rigor metodológico da fenomenologia sociológica de Alfred Schütz (Jesus et al., 2013).

Essa construção precisa atender aos postulados fundamentais do método científico que, acrescido ao postulado da interpretação subjetiva, fundamentam o método da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz (Schütz, 2012). Para tal, foi necessário que o pesquisador se distanciasse do ator social (participantes da pesquisa) para observá-lo e elaborar um esquema

conceitual, tendo por fundamento a objetivação da matriz subjetiva de sentido, agrupando as informações acerca do mundo do senso comum (Jesus et al., 2013, p. 738).

Nessa perspectiva, por meio da identificação dos aspectos comuns das experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da UBS, pode-se chegar ao **típico da experiência vivida** deste grupo social. A compreensão do referido fenômeno possibilita que o pesquisador acesse os contextos significativos dessas experiências, contextos que outrora estavam encobertos, vinculados à atitude natural, sem passar pelo fluxo da consciência. Uma vez que, se esse desvelamento de significados no mundo da vida é realizado, poder-se-á contribuir para o cuidado integral e qualificado desse grupo social no contexto da UBS.

4 TRAJETÓRIA
METODOLÓGICA DO ESTUDO

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo, fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz.

4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES

O estudo foi realizado na cidade de Juiz de Fora, situada no Estado de Minas Gerais, com 563.769 habitantes, sendo 70.288 (12,4%) com 60 anos de idade ou mais. A esperança de vida ao nascer é de 72,03 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0.778, é o nono maior do Estado de Minas Gerais e o 148º de todo o Brasil (IBGE, 2018b).

A cidade de Juiz de Fora apresenta índices elevados de condições crônicas (Juiz de Fora, 2014), o que revela a importância do acompanhamento dos dados antropométricos da população. O município conta com o recurso de prontuário eletrônico nas UBSs no qual constam as informações dos usuários, como o IMC, nas avaliações realizadas pelos profissionais, facilitando a identificação das necessidades e a continuidade do cuidado.

As informações registradas no prontuário eletrônico referentes à antropometria migram para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Nesse sistema, a população é classificada como baixo peso, eutrófica ou sobrepeso. Dentro do grupo classificado como sobrepeso são incluídas também pessoas com obesidade. Dessa forma, em 2019, Juiz de Fora contava com 59,5% de idosos com sobrepeso ou obesidade, sendo a prevalência de idosos com essa condição nutricional no Estado de Minas Gerais de 46,4% e no Brasil de 51,3% (Brasil, 2019).

A APS do município cenário do estudo possui 63 UBSs, que apresentam o modelo misto de atenção à saúde, onde atuam equipes da ESF e do modelo tradicional (Juiz de Fora, 2014). A cobertura da APS é de 74,2% e da ESF 57,4% (SES-MG, 2019). Foram adotadas como cenário as UBSs que funcionavam sob a lógica da ESF, por possuírem território bem definido, equipe multiprofissional que está mais próxima da vida dos usuários, o que favorece o maior vínculo.

As UBSs oferecem atendimentos de demanda programada e não programada, sendo recomendado até 24 consultas médicas e de enfermagem por dia, com atendimento a diferentes condições crônicas seguindo manuais e protocolos nacionais. Ainda, segundo o Catálogo de Normas da APS de Juiz de Fora, são ofertadas as seguintes atividades voltadas para as pessoas idosas: consultas de acompanhamento com encaminhamentos para os serviços de referência, se necessário; garantia da vacinação do idoso, conforme recomendações nacionais; e realização de grupos educativos para idosos com risco habitual (Prefeitura de Juiz de Fora, 2016).

Participaram do estudo idosos (acima de 60 anos de idade), que atendiam aos critérios de inclusão: ter obesidade grau I (entre 30kg/m² e 34,9kg/m²), II (35kg/m² e 39,9kg/m²) ou III (≥ 40 kg/m²), residir em território de abrangência de UBS com ESF. Vale ressaltar que foi utilizada a referência da OMS para classificação do IMC (Souza et al., 2013). Não houve exclusão de nenhum participante entrevistado.

4.3 DESCRIÇÃO DA COLETA DOS DEPOIMENTOS

O acesso aos idosos foi realizado posteriormente à autorização do Departamento de Programas e Ações da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (Anexo 1) do município. De posse dessa autorização, foram selecionadas intencionalmente quatro UBSs que já possuem, em sua rotina, o desenvolvimento de pesquisas e que funcionam sob a lógica da ESF. Esta se configurou como elemento facilitador para a identificação dos idosos possivelmente elegíveis para participação na entrevista, considerando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) no território.

Na sequência, efetuou-se contato com os enfermeiros responsáveis pelas unidades de saúde. Após esse contato, foi concedida permissão para consultar os ACSs sobre a presença de usuários cadastrados com 60 anos ou mais e que apresentavam obesidade. Assim sendo, a aproximação com os idosos foi realizada com indicação e companhia desses profissionais até o domicílio dos potenciais participantes e, com o aceite destes, foram agendados data, horário e local da realização da entrevista. Constituiu-se a amostra por conveniência, a partir de um número variável de idosos entrevistados por unidade de saúde, uma vez que se buscou por aqueles que vivenciavam o fenômeno em questão, independentemente da região de moradia.

A coleta de depoimentos foi realizada entre os meses de junho e setembro de 2019. Utilizou-se como instrumento a entrevista fenomenológica cujo contato face a face entre o pesquisador e o entrevistado possibilita a emergência dos dados e o fenômeno é apreendido a partir da interação, do diálogo e da troca entre eles (Jesus et al., 2013). Para nortear a entrevista, foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice A) com as seguintes questões: conte-me sobre a assistência que recebe na unidade de saúde do bairro onde mora, considerando o fato de ser idoso(a) e conviver com a obesidade; que assistência você deseja receber na unidade de saúde para satisfazer as suas necessidades, considerando a sua idade e a obesidade? Além dessas questões, foram acrescentados, no roteiro de coleta de dados, os dados antropométricos, pessoais e socioeconômicos.

Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora esclareceu aos idosos os objetivos da pesquisa, aspectos éticos envolvidos e necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Foi realizada a constatação do IMC da pessoa idosa por meio da aferição de peso e altura, com a utilização de balança digital portátil e fita métrica. Solicitou-se a permissão dos entrevistados para o uso de gravador de áudio, a fim de possibilitar o registro, na íntegra, de seus depoimentos, bem como sua posterior transcrição e análise. O tempo de realização das entrevistas foi de aproximadamente 40 minutos.

Não houve recusa ou desistência em participar da pesquisa. O quantitativo de participantes não foi estabelecido *a priori*. Realizaram-se 16 entrevistas, e todos os depoimentos obtidos foram incluídos no estudo, considerando-se a riqueza de significados. A coleta de dados encerrou-se quando o conteúdo significativo dos dados foi alcançado e não surgiram novos temas, mostrando que o objetivo do estudo foi atingido e as questões que nortearam a pesquisa foram respondidas (Minayo, 2017).

Todas as entrevistas ocorreram no domicílio dos idosos, em um espaço reservado restrito à pesquisadora e ao participante, a fim de proporcionar privacidade e segurança à verbalização de suas experiências. O áudio gravado foi arquivado em local de acesso apenas da pesquisadora.

4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização e a análise dos resultados foram fundamentadas em pressupostos descritos em estudo teórico embasado na fenomenologia social de Alfred Schütz (Jesus et al.,

2013). Primeiramente, cada depoimento transcrito foi lido e relido de maneira minuciosa, distanciando-se da teoria, para valorizar os sentidos explicitados pelos depoentes. Após, prosseguiu-se com a análise compreensiva e organização dos depoimentos, cujo conteúdo foi agrupado por semelhança de sentidos, oportunizando a construção de categorias temáticas. As experiências passadas e presentes das pessoas idosas com obesidade em relação ao cuidado recebido no âmbito da UBS resultaram na construção de categorias referentes aos “motivos porque”, enquanto as expectativas tangíveis a essa assistência confluíram para a formação da categoria que expressa os “motivos para”. Por fim, os resultados foram interpretados a partir da fenomenologia social e do referencial teórico relacionado ao tema estudado.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente investigação atendeu aos preceitos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Dessa forma, o participante foi comunicado quanto ao caráter voluntário da participação, inexistência de custo e de remuneração pela participação, duração da entrevista e autorização para a gravação, arquivamento dos depoimentos pela pesquisadora, utilização para fins científicos e descarte desse material depois de cinco anos.

Foi garantido o sigilo quanto à identidade do participante durante a etapa de desenvolvimento e posteriormente com a divulgação dos resultados. Para garantir o anonimato, os depoimentos foram identificados pela letra “E” (entrevista), seguida de numeração arábica correspondente à ordem das entrevistas. Foi garantida também a possibilidade de solicitar informações sobre o andamento da pesquisa, bem como de interromper a participação no estudo, sem que isso lhe acarrete prejuízo algum.

O presente estudo foi submetido à apreciação ética do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil, sob o Parecer nº 3.167.072, CAAE 06552819.3.0000.5392, aprovado em 25 de fevereiro de 2019 (Anexo 2).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

A maior parte das pessoas idosas era do sexo feminino, residia com pelo menos um familiar e apresentava obesidade grau III, com variação de idade entre 60 e 88 anos, casada, com nível de escolaridade baixo, sendo mais evidentes o analfabetismo e o ensino fundamental incompleto. Predominantemente eram aposentados com um salário e renda familiar de dois salários mínimos.

A seguir, são apresentadas as principais características das 16 pessoas idosas com obesidade que compuseram o grupo social estudado:

- Entrevista 1** – Sexo feminino, 75 anos, IMC 40,5kg/m², viúva, pensionista, analfabeta, renda individual 1 salário-mínimo (SM) e familiar 2 SMs, reside com duas filhas e um sobrinho.
- Entrevista 2** – Sexo feminino, 66 anos, IMC 52kg/m², solteira, aposentada, ensino fundamental completo, renda individual 1 SM, reside sozinha.
- Entrevista 3** – Sexo masculino, 67 anos, IMC 46,6kg/m², casado, aposentado, ensino fundamental completo, renda individual 1 SM e familiar 2 SMs, reside com esposa.
- Entrevista 4** – Sexo feminino, 69 anos, IMC 42,5kg/m², casada, aposentada, ensino fundamental completo, renda individual 1 SM e familiar 2 SMs, reside com marido e filho.
- Entrevista 5** – Sexo feminino, 67 anos, IMC 34,2kg/m², solteira, aposentada, ensino fundamental completo, renda individual 1 SM e familiar 6 SMs, reside com tio, quatro irmãos, cinco sobrinhos-netos.
- Entrevista 6** – Sexo feminino, 71 anos, IMC 52kg/m², viúva, costureira e aposentada, ensino fundamental incompleto, renda individual 2 SMs, reside sozinha.
- Entrevista 7** – Sexo feminino, 78 anos, IMC 46,8kg/m², casada, aposentada, analfabeta, renda individual 1 SM e familiar 2 SMs, reside com marido.

- Entrevista 8** – Sexo feminino, 64 anos, IMC 48,9kg/m², casada, aposentada, analfabeta, renda individual 1 SM e familiar 5 SMs, reside com marido, genro, filha e neto.
- Entrevista 9** – Sexo feminino, 66 anos, IMC 40,9kg/m², casada, aposentada, ensino superior completo, renda individual 1 SM e familiar 3 SMs, reside com marido e filha.
- Entrevista 10** – Sexo feminino, 60 anos, IMC 48,3kg/m², viúva, pensionista, ensino fundamental completo, renda individual 1 SM e familiar 3 SMs, reside com dois filhos e um neto.
- Entrevista 11** – Sexo feminino, 83 anos, IMC 36,8kg/m², casada, aposentada, ensino fundamental incompleto, renda individual 1 SM e familiar 2 SMs, reside com marido.
- Entrevista 12** – Sexo feminino, 66 anos, IMC 43,1kg/m², viúva, aposentada, ensino fundamental incompleto, renda individual 2 SMs e familiar 3 SMs, reside com uma filha, dois netos e um bisneto.
- Entrevista 13** – Sexo feminino, 88 anos, IMC 35,7kg/m², viúva, aposentada, ensino fundamental completo, renda individual 1 SM e familiar 2 SMs, reside com um filho.
- Entrevista 14** – Sexo feminino, 80 anos, IMC 31,6kg/m², viúva, aposentada, ensino fundamental incompleto, renda individual 1 SM e familiar 2 SMs, reside com um filho, uma filha, um genro e uma neta.
- Entrevista 15** – Sexo masculino, 74 anos, IMC 31,6kg/m², casado, porteiro e aposentado, ensino fundamental incompleto, renda individual 2 SMs e familiar 3 SMs, reside com esposa, um filho e uma neta.
- Entrevista 16** – Sexo masculino, 62 anos, IMC 37,7kg/m², divorciado, auxiliar de laboratório (afastamento do trabalho por motivo de doença), ensino médio completo, renda individual 1,5 SM, reside sozinho.

5.2 CATEGORIAS

Da análise dos depoimentos resultou o conjunto de categorias que emergiram das experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da UBS. As três primeiras categorias referem-se ao contexto da experiência (motivos porque): “Dificuldades relacionadas ao acesso à saúde na UBS experienciadas pelas pessoas idosas com obesidade”, “O cuidado negligenciado à pessoa idosa com obesidade na UBS” e “Atividades grupais como um modo de assistir pessoas idosas com obesidade na UBS: um passado presente”. A categoria “Assistência longitudinal qualificada e centrada nas necessidades da pessoa idosa com obesidade” traduz as expectativas (motivos para) dos idosos com obesidade em relação ao cuidado recebido na UBS.

Categoria 1: Dificuldades relacionadas ao acesso à saúde na UBS experienciadas pelas pessoas idosas com obesidade

As pessoas idosas com obesidade referiram ter dificuldade para acessar a UBS devido ao elevado fluxo de veículos nas ruas:

[...] eu tenho medo de atravessar aquela rua na frente do posto. Às vezes, a minha perna falha. [...] Aquela rua é muito perigosa para atravessar. Às vezes, eu pego o ônibus aqui e desço na frente do posto para não atravessar a rua. É mais fácil para mim. [...] por isso quase não vou ao posto. Só vou mesmo quando estou me sentindo mal e não aguentando de dor... aí eu vou. **(E1)**

Então chego lá [na UBS] e peço pelo amor de Deus para não me mandarem voltar para casa porque eu tenho muita dificuldade para chegar até lá. [...] é mais fácil para eu ir ao centro do que ir ao posto. Eu consigo ir a pé, mas tem um trecho da linha do trem e duas pistas de carro para eu atravessar para chegar lá. Então, se eu tiver que consultar no posto, eu pego um ônibus e vou ao centro, depois pego outro ônibus de volta para sair na porta do posto. **(E2)**

De acordo com os entrevistados existem dificuldades no agendamento e no atendimento médico, além da morosidade para marcação de exames laboratoriais e para o atendimento de enfermagem:

A única coisa que eu peço é para não me deixarem voltar sem ser atendida [...]. dessa última vez que eu fui [à UBS] por conta da glicose alta, eu sei que não era urgente e talvez teria que voltar outro dia, porque tinha pessoas com dor que precisavam de atendimento, passando mal. Mas, para mim, é muito sacrifício para marcar consulta. **(E2)**

[...] fico pensando que tenho que sair daqui de manhã e chegar lá muito cedo. [...] tem muita burocracia de fila, de horário, de número limitado de fichas para atendimento médico. **(E3)**

Eu troco as receitas dos remédios para hipertensão e diabetes de seis em seis meses no posto de saúde, mas é só trocar receita, a consulta é muito difícil. [...] A médica veio aqui em casa quando eu operei o joelho... É uma dificuldade para agendar um atendimento do posto [...]. **(E4)**

Antigamente era muito mais difícil conseguir atendimento lá no posto porque você tinha que praticamente dormir na fila. Hoje não precisa. Demora a conseguir, mas consegue. **(E5)**

De manhã eu pago um vizinho e ele fica na fila para marcar consulta no posto para mim. É até o marido da vizinha que me ajuda aqui. O povo de casa não gosta de acordar cedo, e tem que ir para lá 5 horas até 5 e meia da manhã. **(E6)**

[...] se você vai no posto e pede para uma enfermeira aferir a sua pressão, elas esquecem você sentada lá na cadeira. Como estou mais acostumada com elas, não fico muito tempo sentada. Mas tem gente que fica lá sentado esperando toda vida. É muito demorado o atendimento. [...] Se você for marcar o exame de sangue, tem que esperar o dia que tem vaga. Tem uma enfermeira lá que é antiga no posto e eu pergunto para ela se vai demorar muito o exame. Aí ela olha na lista e dá um jeito para mim, de conseguir. **(E8)**

Toda vez que preciso de consulta, eu ligo para minha cunhada, que é agente de saúde. Se tiver jeito, ela me encaixa, porque é difícil marcar o atendimento. **(E10)**

Não consigo fazer os exames de sangue pelo posto porque demora três meses [...]. **(E12)**

Minha filha trabalha na área da saúde e tudo é ela quem resolve para mim. Ela vai ao posto, cobra os médicos, porque demora para marcar consulta. Ela me ajuda em tudo, em muita coisa mesmo [...]. Quando eu preciso fazer um exame de sangue, eu vou, às vezes, pelo plano e, às vezes, pelo SUS. Depende da urgência e da necessidade, porque fazer pelo SUS muitas vezes demora. **(E13)**

Agora com essa situação do posto só marcar cinco vagas e separar cinco para atender no dia, devem ter uns quatro meses que eu não consigo consulta. [...] Ter poucas vagas é muito ruim porque, quando eu chego lá, já preencheram todas as vagas e não consigo atendimento [...]. **(E14)**

Algumas coisas são difíceis de conseguir no posto de saúde, porque demoram muito. Como, por exemplo, as consultas e os exames de sangue. **(E15)**

O geriatra do posto de saúde é nota dez, mas ele ainda não abriu vaga. Já é a terceira semana que eu venho aqui e ele não abriu a agenda dele [...]. **(E16)**

Os participantes referiram a insuficiência de profissionais integrantes da equipe de saúde na UBS:

O atendimento no posto é muito difícil, tem muitas dificuldades porque você vai lá e um dia não está atendendo, outro dia falta médico, outro dia falta a enfermeira. **(E3)**

Às vezes, eu não consigo atendimento no posto porque não tem médico, não tem isso, não tem aquilo. (E8)

Como a dose que eu tomava do Marevan não estava atingindo a meta do RNI, por conta própria, aumentei a dosagem. Agora vou fazer o exame para ver se deu certo [...]. Mexi na medicação por falta de médico. (E16)

Categoria 2: O cuidado negligenciado à pessoa idosa com obesidade na UBS

As pessoas idosas com obesidade apontam recomendações generalizadas e pontuais para a perda de peso, mudança dos hábitos alimentares e realização de atividade física. Revelam a inconstância na avaliação antropométrica:

A médica do posto na consulta, às vezes, fala que eu preciso mudar os meus hábitos alimentares, como comer salada e outras coisas. De vez em quando, ela me dava um aperto. É uma orientação mais geral e superficial. [...] No posto, nunca fizeram um encaminhamento ou acompanhamento para eu perder o peso. [...] eles veem a pressão, mas o peso não. De vez em quando, só que vê o peso [...]. Eu vou no posto para o controle da pressão alta, para renovar a receita. (E3)

Ele [o médico] vê que eu não consigo andar direito. Ele me fala que preciso perder peso. Toda vez que vou ao posto, me pesam e medem a altura, furam o dedo para ver a glicemia. Eles me orientam [...]. O médico do posto pediu para eu fazer hidroginástica para perder peso e acabar com a dor nos joelhos. (E6)

Nunca viram o meu peso ali no posto sem eu pedir. Se pedir para pesarem, eles pesam, mas, se você não pedir, não tem esse controle do peso. O médico do posto já me falou que o que me atrapalha é o excesso de peso, que estou muito gorda e isso piora muito a minha situação. Mas ninguém nunca fez uma orientação para eu seguir para perder peso. E também se fizerem essa orientação para mim, é muito difícil seguir porque eu teria que pagar para fazer uma atividade física e eu não tenho condição financeira para isso, não dá para mim. (E7)

Toda vez que eu vou consultar no posto, que é agendado, me pesam e medem. Mas o médico que está ali nunca me orientou sobre o peso. A médica cubana falava que eu tinha que perder peso, não tomar refrigerante, me falava do que fazia engordar, mas não fazem um acompanhamento do peso. [...] A enfermeira do posto nunca me falou nada sobre o peso, sobre alimentação. [...] dá para você contar nos dedos as pessoas que te ajudam. (E8)

Estou fazendo o acompanhamento com o psiquiatra do posto de saúde. Vou à unidade para a consulta com o psiquiatra e para verificar a pressão. [...] Quando eu consulto no posto, eles aferem minha pressão, mas nunca pesam e medem. Eles me orientam assim: se você está acima do peso, tem que emagrecer. Eu respondo: “Tá certo”. Vou fazer o quê? Já fiz várias dietas, não adianta nada. Eles nunca passaram uma dieta ou me passaram uma meta [...]. (E10)

O médico do posto fala que eu tenho que perder peso, mas não me fala como... eu já não como muito, procuro me alimentar com coisas mais leves. [...] No posto de saúde, me pesam, aferem a pressão e a glicose. (E11)

A doutora do posto sempre me falou para perder peso por conta da pressão alta, foi ela que começou a me dar remédio de pressão. [...] Ela me orientou muito, muito mesmo. Falou o que tinha que comer, me pesou e mediu. [...] mas acompanhamento para perder peso não teve [...]. **(E13)**

Toda vez que eu vou ao médico do posto de saúde, eles me falam para perder peso. [...] Eu acho que só falar para emagrecer não adianta, tem que me falar alguma coisa para eu acabar com a barriga. Orientar um exercício que eu possa fazer, porque não adianta falar para eu ir pegar peso, porque não vou aguentar. Se mandar fazer abdominal, como vou fazer? Para levantar preciso de apoio, um lugar ou alguém para me ajudar a levantar. Tem que ser uma orientação de como fazer, o que fazer. [...] fui a uma médica que falou do peso também, todos falam para eu perder essa barriga. Mas perder como? Já faz muito tempo que eu tenho essa barriga, não é de hoje. **(E15)**

Aqui no posto, as pessoas chegam com muita dor e é da emergência que eles cuidam, das outras coisas não, não cuidam do peso. [...] Quando fui atendido pela nutricionista no posto, ela me orientou consumir 1.700 calorias por dia, mas não me perguntou o que eu como. Ela achou que eu estava consumindo umas 3.000 calorias por dia. Então disse a ela que essa redução seria complicada para mim, porque, antes, eu comprava várias comidas saudáveis e hoje não tenho condições (financeiras) de comprar o que ela estava falando para mim. [...] E outra coisa é que eu tenho o intestino preso [...]. precisa de uma orientação mais individualizada. **(E16)**

Alguns idosos expressaram que a sua condição de pessoa com obesidade é velada pelos profissionais nas consultas na UBS:

O médico que me acompanha é do posto de saúde. Ele nunca toca no assunto do peso, porque ele não me pesa. O posto não me ofereceu nada para emagrecer. **(E1)**

Hoje não tem nenhuma atividade para perder peso no posto. [...] Durante as consultas no posto, nunca me falaram sobre o meu peso. [...] nenhum médico do posto se incomodou com a minha obesidade. **(E2)**

Nas consultas da médica do posto, ela não toca no assunto do peso. Na visita dela, também não. Ela veio aqui quando eu operei o joelho. Há muito tempo atrás, eles pesavam e verificavam minha pressão no posto de saúde. Hoje não. **(E4)**

Eu resolvi ir ao posto para verificar como estava a minha pressão. Quando eu cheguei lá, a minha pressão estava alta. E essa semana toda que eu estou indo lá verificar e está ficando alta. Eu agradeço à ACS que veio aqui e me chamou para ir ao posto. Lá ninguém tocou no assunto do peso. Agora vou ao meu médico particular [...]. **(E9)**

No posto, eu costumo ir à consulta médica, mas tem bastante tempo que eu não vou. [...] Ali no posto, nunca me orientaram sobre o peso. Já me pesaram e mediram lá, mas não orientaram sobre o peso. **(E12)**

Categoria 3: Atividades grupais como um modo de assistir pessoas idosas com obesidade na UBS: um passado presente

Ao serem questionadas sobre como é a assistência recebida na UBS, as pessoas idosas com obesidade trazem à memória as atividades grupais voltadas para perda de peso e hábitos saudáveis de vida, ofertadas anteriormente na UBS e, no presente, interrompidas. Eram realizadas mediante estratégia de palestra/aula, conduzidas por profissionais da equipe:

O que o posto fazia era um grupo para perda de peso. Na época que eu participei desse grupo, estava tomando remédio para emagrecer. Acho que eu dava ânimo para as pessoas, mas esse grupo acabou, não teve mais. [...] O grupo que tinha no posto era feito pela enfermeira. Tinha palestras, ela conversava. Se você perdesse peso, você ganhava um prêmio. E era bom para conhecer pessoas. Muita gente emagreceu ali. [...] Esse grupo durou para mim seis meses. [...] Eu acho que esse grupo era muito bom. A enfermeira falava sobre o uso do açúcar, que nós poderíamos desenvolver diabetes, tinha um lanche com comidas dietéticas. **(E2)**

Já teve uma vez um grupo no posto que orientava sobre o peso, mas não participei. [...] Teve um médico que levava as pessoas para o parque de exposições, explicava sobre hipertensão, muita coisa que aprendi foi por conta desse médico. Agora não tem mais essas atividades. **(E4)**

Eu sei que já teve um grupo de caminhada no posto, mas eu não cheguei a entrar não. Quando eu resolvi entrar, já tinha acabado. Às vezes, quando eu estou bem, eu faço caminhada por conta própria. **(E5)**

Agora eles estão querendo voltar com o grupo. Se tiver, eu vou porque eu gosto dos grupos. [...] E, nos grupos educativos, eu ia muito. O grupo era para hipertensos e tinha o médico, o enfermeiro e outras meninas que ajudavam também. [...] Tinha dia que eles falavam o que podia comer. Era uma vez por mês. [...] Tinha o grupo da agente de saúde também, o “Envelhecer Saudável”. Nesse grupo, vão outros profissionais convidados e explicavam sobre tudo. Explicavam tudo, é igual uma aula. Falam também sobre alimentação. **(E8)**

Quando eu fui ao grupo no posto, foi bom, mas hoje em dia não tem mais. Uma das profissionais de lá colocou um vídeo sobre alimentação. Falou que refrigerante faz mal, que muito sal faz mal. Foi como se fosse uma aula que elas deram para a gente. Foi bom, mas a gente já sabe como é [...]. Explicaram várias coisas sobre alimentação. Eu gostei. E tem muitas pessoas que às vezes não sabem. **(E9)**

Tinha um grupo de idosos no posto. Era muito bom, eu sempre chegava em casa com alguma orientação da médica. Davam palestras, orientavam a gente, às vezes, tinham umas festinhas com alimento saudável. Ensinavam a fazer bolo, davam receitas saudáveis. Era muito bom, mas acabou. Infelizmente as coisas nem sempre tem uma continuidade. **(E14)**

Categoria 4: Assistência longitudinal qualificada e centrada nas necessidades da pessoa idosa com obesidade

Os participantes demarcaram o desejo de serem valorizados e ouvidos pelos profissionais da UBS, a partir de práticas acolhedoras:

Esperava ser atendida legal, me falar o que eu tenho que fazer para perder peso, me atender melhor para eu perder peso. **(E1)**

Eu acho que o atendimento dos profissionais deveria ser com carinho, acho que todo ser humano merece em um momento de fragilidade. **(E3)**

Queria que o atendimento do [médico] clínico para a perda de peso fosse igual ao atendimento do psiquiatra... que me ouvisse, perguntasse as coisas, me deixasse à vontade. Não me sentir burra. O sentimento da pessoa que tem depressão é de não conversar. Fico com medo de alguém me achar burra, ignorante. Esse médico foi tão humano, porque falou do meu problema de forma geral. Me fez refletir bastante sobre muita coisa. Saí do posto me sentindo muito bem. **(E10)**

Eu espero que eles me atendam bem, me ouçam. Espero que os profissionais sejam atenciosos, não reparem se sou pobre ou rica, atendam igualmente a todos. **(E11)**

O profissional deveria atender a gente com carinho. Porque a gente que tem o problema do peso já é meio preocupada [...]. Fico chateada de depender tanto das pessoas por causa da minha condição [...]. **(E12)**

Eu esperava que o médico fosse atencioso, tratasse com carinho, porque a velhice é uma coisa muito chata. Na velhice, a gente é muito carente. Às vezes, uma palavra fere e tem gente [profissional] que não vê isso nos lugares em que está trabalhando [...] lembrar que ele pode ser um velho um dia. **(E13)**

Ele [profissional de saúde] deveria pelo menos olhar, conversar, verificar a pressão, fazer todos os exames para depois escrever. [...] Acho que tinha que ter respeito. **(E15)**

Entre as expectativas, os idosos com obesidade expressam ainda que os profissionais da UBS deveriam atendê-los de modo qualificado, com competência técnica para intervir nas suas particularidades:

Tinha que ter no posto uma pessoa especializada para orientar em relação ao peso porque não sou só eu, tem mais pessoas precisando. [...] não posso tomar esses remédios para emagrecer. Então o profissional tinha que ver uma outra forma. Tinha que ser um profissional que tivesse condição de fazer essa orientação, que soubesse o que tem que fazer para emagrecer [...]. **(E8)**

Eu esperava que o governo olhasse para isso porque os médicos não têm condições de atender com mais tempo. [...] Esse médico que eu trato vai para fora fazer cursos. Ele está sempre nos Estados Unidos para se aperfeiçoar mais. Os médicos daqui não podem, não tem condição de fazer isso. E o governo não dá apoio em nada. Aí fica naquela mesmice de sempre. O governo deveria dar mais

oportunidades para os profissionais aprenderem mais e colocarem em prática [...].
(E9)

Ainda nessa direção, salientam a importância de outros profissionais e recursos na UBS para ampliar o acesso às ações que favoreçam a perda de peso:

Queria no posto profissionais de educação física para fazer uma caminhada toda segunda, quarta e sexta [...], para fazer o exercício, fazer amizades, ter prazer de ir [...]. (E3)

Se tivesse o exercício ali no posto, seria muito mais fácil. [...] O que eu mais queria mesmo era fazer um exercício na piscina, que me ajudaria muito, mas eu não posso pagar por isso. [...] Aqui não tem. Eu queria poder fazer esses tratamentos. (E7)

Poderia ter uma academia. Uma academia ajuda muito, muito. É claro que tem que ter força de vontade porque não adianta nada ter a academia e não ir ou ir uma vez ou outra. É preciso ter aquele compromisso de reservar uma hora ou uma hora e quarenta minutos para fazer o exercício acompanhado por um professor. (E15)

Os idosos com obesidade destacam os grupos educativos entre as ações que esperam ser ofertadas na UBS:

O que eu espero do posto não é só para mim, mas para todos na minha condição. Eu acho que deveria ter esse grupo para obesos novamente. [...] eu acho que foi muito importante para mim e para outras pessoas também [...] se tivesse o grupo hoje eu iria com certeza. (E2)

Deveria fazer uma reunião, um grupo de obesos e ir orientando e acompanhando [...] na perda de peso. (E8)

No posto de saúde, tinha que ter um acompanhamento para diminuir o peso. Já ouvi falar que tinha no posto um grupo “vigilante do peso”, parecido com alcoólicos anônimos. Com aquela empolgação, onde tem uma meta para alcançar e, quando alcança, ganha algo simbólico [...]. Ali no posto, tinha que ter alguma coisa para os idosos aprenderem a fazer trabalhos com pinturas...[...]. Até porque é para a gente não sentir: “Ah, hoje é dia das gordas”. Isso passa uma situação ruim. Isso me afasta. Discrimina. Eu não iria por essa razão. Eu já sofro porque sou gorda, ainda alguém diz que vai ter grupo de gordas. (E10)

Eu tinha vontade de fazer uma atividade não só para melhorar a perna, mas para a minha cabeça também. Eu acho que ia melhorar muito. [...] Às vezes, fazer um crochê no grupo e preencher um pouco a minha cabeça, porque as coisas que passam na cabeça influenciam muito a ganhar peso. [...] Eu queria que no posto tivesse uma atividade que eu pudesse fazer para melhorar a minha cabeça porque aí eu sairia de casa, conheceria mais pessoas, me comunicaria mais e assim emagreceria. [...] só acho que podia ter uma atividade, tipo artesanato, para ajudar as pessoas a ocuparem a cabeça e isso ajuda no peso. (E12)

O posto devia ter atividades, grupos para ajudar as pessoas a perderem peso [...]. Eu acho que ter qualquer grupo no posto é importante para ajudar quem precisa perder peso [...]. Além da atividade, é um encontro que você tem com as outras pessoas, para conversar. Isso ajuda muito. (E13)

Deviam ter uns encontros em grupo lá no posto para os profissionais conversarem com a gente, para orientar o que se pode fazer em relação ao peso. [...] E ter uns grupos também para os idosos seria uma boa. Uns grupinhos de 15 em 15 dias ou uma vez por semana para orientar a gente sobre o que fazer para perder peso. Acho que orientar é o melhor. [...] Eu acho que deveria voltar a ter esse grupo [...]. **(E14)**

O serviço tinha que dar a oportunidade de fazer uma consulta coletiva, um grupo para tentar resolver esse problema do peso. Umas quatro, cinco pessoas no mesmo dia, com a mesma idade. Um grupo de ajuda efetivo porque não adianta ser um grupo de peso e cada um por si. [...] acho que ter grupos é interessante se houver uma efetividade do serviço, precisa haver comando. Se eu faltar, por exemplo, as pessoas vão perguntar por que eu não fui. Ter uma união, motivação [...]. Para ter um grupo tem que ter algum gatilho. Tem que ter vontade. É preciso ativar qualquer atividade nas pessoas [...]. e ter o apoio dos profissionais porque, se for só um fazendo, vai ter uma hora que ele não vai dar conta. Um médico tem um número de pessoas para atender, o enfermeiro também tem uma área para cobrir [...]. Tem que ter uma organização, senão não adianta. **(E16)**

A descontinuidade dos serviços ofertados experienciada pelos depoentes os estimula a desejar um acompanhamento contínuo como importante aliado para a perda de peso no âmbito da UBS:

Tinha que ter esse acompanhamento para explicar tudo direitinho. [...] teria que ter uma facilidade maior na marcação das consultas [...] ter um apoio, um acompanhamento maior para perder peso [...]. **(E3)**

Espero que o posto de saúde me acompanhe todo mês, verifique a pressão, explique as coisas sobre doenças, medisse meu peso. Seria ótimo ter um acompanhamento. Espero perder peso, por isso estou tomando o remédio por conta própria. **(E4)**

Devia ter no posto um controle ou todo mês ou de três em três meses [...]. Eu queria ter um acompanhamento do peso mais de perto [...] para saber se está indo tudo bem ou se não está. Porque você faz as coisas, corta o que eles falam para você não comer ou beber, mas não dá para saber se está resolvendo porque não tem um seguimento. **(E5)**

O atendimento deveria ser continuado, ter o mesmo médico, para ajudar na perda de peso. **(E13)**

O conjunto de categorias que emergiram dos depoimentos pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias que emergiram dos depoimentos. São Paulo, 2020

CATEGORIAS CONCRETAS QUE EMERGIRAM DOS DEPOIMENTOS
“Motivos Porque”
<p>Categoria 1: Dificuldades relacionadas ao acesso à saúde na UBS experienciadas pelas pessoas idosas com obesidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruas com elevado fluxo de veículos; • Dificuldades no agendamento e no atendimento médico; • Morosidade para marcação de exames laboratoriais; • Morosidade para o atendimento de enfermagem; • Insuficiência de profissionais integrantes da equipe de saúde. <p>Categoria 2: O cuidado negligenciado à pessoa idosa com obesidade na UBS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendações generalizadas e pontuais (perda de peso, mudança dos hábitos alimentares e realização de atividade física); • Inconstância na avaliação antropométrica; • Obesidade como uma condição velada pelos profissionais nas consultas. <p>Categoria 3: Atividades grupais como um modo de assistir pessoas idosas com obesidade na UBS: um passado presente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividades grupais voltadas para perda de peso e hábitos saudáveis de vida, ofertadas anteriormente na UBS e, no presente, interrompidas; • Atividades realizadas mediante estratégia de palestra/aula; • Atividades conduzidas por profissionais da equipe.
“Motivos Para”
<p>Categoria 4: Assistência longitudinal qualificada e centrada nas necessidades da pessoa idosa com obesidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espera a valorização e a escuta pelos profissionais da UBS, a partir de práticas acolhedoras; • Deseja ser atendida com competência técnica para intervir nas suas particularidades; • Espera outros profissionais e recursos na UBS para ampliar o acesso às ações que favoreçam a perda de peso; • Deseja participar de grupos educativos na UBS; • Deseja o acompanhamento contínuo como um importante aliado para perda de peso.

Fonte: a autora

5.3 TÍPICO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA

O conjunto de categorias que emergiram do estudo permite evidenciar o tipo vivido que congrega experiências e expectativas comuns ao grupo social estudado. Dessa forma, a experiência da pessoa idosa com obesidade em relação ao cuidado recebido na Unidade Básica de Saúde mostrou as dificuldades relacionadas ao acesso geográfico, como ruas com elevado fluxo de veículos, e ao acesso organizacional, como restrição de vagas no agendamento e no atendimento médico; a morosidade para a marcação de exames laboratoriais e para o atendimento de enfermagem; a insuficiência de profissionais na equipe de saúde; o cuidado negligenciado por parte da equipe, com orientações generalizadas e pontuais em relação à perda de peso, à mudança de hábitos alimentares e à realização de atividade física e a inconstância na avaliação antropométrica, somando-se à percepção da obesidade velada pelos profissionais nas consultas. Diante desse contexto vivenciado, esse grupo social traz à memória as atividades grupais realizadas no passado voltadas para a perda de peso e hábitos saudáveis, conduzidas por profissionais da equipe mediante estratégia de palestra/aula, que atualmente foram interrompidas.

Suas expectativas incluem a assistência permeada pela valorização e escuta, a partir de práticas acolhedoras, grupos educativos e o acompanhamento contínuo no âmbito da Unidade Básica de Saúde com profissionais e recursos adicionais para a ampliação do acesso às ações que favoreçam a perda de peso, profissionais que possuam competência técnica para intervir nas suas particularidades.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A análise e a organização dos depoimentos dos participantes, a partir da ótica da fenomenologia social de Alfred Schütz, oportunizaram desvelar o significado do cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da UBS. Esse significado, dado na relação intersubjetiva presente no mundo da vida desse grupo social, é dotado de intencionalidade e é explicitado por meio dos “motivos porque” e “motivos para” da ação social (Schütz, 2012).

Nessa perspectiva, as falas desvelaram os “motivos porque” frente ao cuidado recebido por esses idosos que, no mundo da vida, enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso à saúde na UBS, percebem que sua condição de obesidade é negligenciada pelos profissionais e trazem à memória as atividades grupais anteriormente oferecidas nesse contexto assistencial.

Para a atenção às diferentes demandas apresentadas, as pessoas idosas com obesidade buscam a assistência à saúde nas UBSs, localizadas nos seus bairros. No entanto, algumas delas referiram que as ruas com elevado fluxo de veículos dificultam o acesso à unidade de saúde, configurando-se como obstáculos no acesso geográfico, tendo em vista que se situam entre o domicílio e a UBS (Pedraza et al., 2018).

Para superar essa barreira à acessibilidade, torna-se necessária a presença de passeio segregado, em nível diferente da via pública, destinado à circulação exclusiva de pedestres, principalmente aqueles que possuem limitações físicas, como as pessoas idosas com obesidade (Souza, Stephan, 2019). A proposta de passeio segregado é uma alternativa para ampliar o acesso geográfico desse público à unidade de saúde, o que demandaria a articulação intersetorial entre o setor saúde e o planejamento urbano. De acordo com estudo americano, a ampliação do acesso geográfico aos serviços de atenção primária proporciona a redução de hospitalizações de idosos com condições crônicas sensíveis ao atendimento ambulatorial (Daly, Mellor, Millones, 2018).

No Brasil, o acesso geográfico ao serviço de saúde mostra-se variável, dependendo da região analisada, devido à diversidade econômica, territorial e cultural nas cinco macrorregiões. As regiões Sul e Nordeste do país mostraram avaliação satisfatória (Rêgo et al., 2018) e a região Norte mostrou-se com maiores prejuízos nesse tipo de acessibilidade (Albuquerque et al., 2014).

Destarte, para além de mudanças relacionadas ao planejamento urbano, são necessárias alternativas para que a pessoa idosa com obesidade possa ter acesso aos serviços oferecidos

pela UBS. Uma delas é contar com a rede de apoio informal (Guedes et al., 2017). Destaca-se que o profissional de saúde da UBS deve conhecer a realidade vivenciada pelo idoso, de modo a planejar a assistência considerando as possibilidades e fragilidades enfrentadas, além de atuar no fortalecimento desses vínculos.

A visita domiciliar realizada de modo sistematizado e contínuo pode constituir-se em alternativa para minimizar a dificuldade no acesso ao serviço de saúde e ao mesmo tempo promover a aproximação entre a equipe de saúde e a pessoa idosa com obesidade. Ressalta-se a utilização desse dispositivo de cuidado pelos ACSs, que têm como atribuição a realização de visitas domiciliares para o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias que residem no território sob sua responsabilidade, tendo atenção especial com aqueles que apresentam maiores necessidades de cuidado, como as pessoas idosas com obesidade (Morosini, Fonseca, Lima, 2018).

Também os outros profissionais da equipe da UBS devem utilizar as visitas para o acompanhamento de usuários com condições crônicas, visando proporcionar o acompanhamento clínico, a educação em saúde, o planejamento do cuidado com envolvimento do contexto familiar, realização de procedimento, entre outras ações (Schenker, Costa, 2019).

A visita domiciliar é uma importante ferramenta para o cuidado da pessoa idosa com obesidade, porque, além de facilitar o acesso ao serviço, representa um espaço oportuno para a construção do vínculo, da relação intersubjetiva. Para Schütz, nas relações intersubjetivas inscritas nas experiências cotidianas do mundo da vida os atores sociais estão conscientes um do outro e voltados mutuamente, compartilhando o mesmo tempo e espaço (Schütz, 2012).

A partir do estabelecimento dessa relação permeada de reciprocidade, o profissional de saúde obtém ferramentas que oportunizam o conhecimento das condições de vida, fundamentado na atitude natural e hábitos que o auxiliam na identificação de necessidades de saúde. O conjunto de informações levantadas na visita domiciliar pode subsidiar a elaboração do plano de cuidados, fundamentado no câmbio de conhecimentos entre os diferentes atores sociais envolvidos. Nessa perspectiva, o vínculo entre profissional, idoso e a família deste pode oportunizar o estabelecimento de intervenções em saúde que considerem as necessidades e expectativas singulares de todos os envolvidos.

Além dos obstáculos relacionados ao acesso geográfico, as pessoas idosas com obesidade vivenciam dificuldades no acesso organizacional à UBS, tais como: restrição no agendamento e no atendimento médico; morosidade para marcação de exames laboratoriais e

para o atendimento de enfermagem e a percepção de insuficiência de profissionais integrantes da equipe de saúde da UBS.

Em relação à dificuldade no agendamento e no atendimento médico, estudo realizado em diferentes regiões do território brasileiro mostrou que a incerteza e a demora das consultas na APS geram sentimento de angústia, especialmente naqueles que acreditam que sua condição de saúde está piorando (Protasio et al., 2017).

Essa adversidade relacionada ao déficit de atendimento médico pode ser explicada pela distribuição desigual desses profissionais no território brasileiro. Estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina em 2018 apontou a existência de 2,18 médicos por mil habitantes no Brasil. Já em Vitória, Espírito Santo, existiam 12 médicos por mil habitantes e, em regiões interioranas do Norte e Nordeste, foi constatado cerca de 1,16 e 1,41 por mil habitantes, respectivamente (CFM, 2018). Esse quantitativo reduzido de médicos pode implicar a insuficiência de profissionais para integrarem a equipe de saúde no contexto da APS, principalmente nas periferias das grandes cidades, o que fragiliza esse nível de atenção e, conseqüentemente, prejudica a articulação da RAS.

O déficit de médicos não é uma problemática recente, o que gerou insatisfações entre gestores e na população, culminando em manifestações de movimentos sociais, prefeitos, vereadores e sociedade civil (Silva, Cecílio, 2019). Como resposta a essa situação, foi lançado em julho de 2013 o Programa Mais Médicos, por meio da Medida Provisória nº 621, transformada na Lei nº 12.871, em outubro de 2013 (Silva, Cecílio, 2019).

O programa possibilitou que médicos brasileiros e estrangeiros, principalmente cubanos, aprovados em edital público, atuassem em UBSs que estavam situadas em regiões prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Para receber esses profissionais, os municípios interessados precisavam ter população em extrema pobreza igual ou superior a 20%, com Índice de Desenvolvimento Humano baixo ou muito baixo, integrar regiões prioritárias, regiões de alta vulnerabilidade, municípios populosos com baixa arrecadação (Silva, Cecílio, 2019).

Estudos desenvolvidos com usuários assistidos por profissionais do Programa Mais Médicos destacaram a ampliação do acesso às consultas, além de percepções positivas acerca do atendimento prestado (Silva et al., 2016; Padre, Martins Filho, Rodrigues, 2019). Foi realçada também a qualidade das intervenções desses profissionais voltadas para a saúde da pessoa idosa assistida no contexto da APS (Fassa et al., 2019). Entretanto, alguns desafios foram identificados durante o desenvolvimento do programa e, nesse sentido, em 2019, a Medida

Provisória nº 890, de 1º de agosto, instituiu uma nova proposta com vistas à superação dessas adversidades: o Programa Médicos pelo Brasil (Melo Neto, Barreto, 2019).

As dificuldades no agendamento de consultas médicas também podem ser decorrentes do modo como os serviços de saúde organizam-se para a realização dessas marcações, cuja ênfase é dada para a demanda programada em detrimento da demanda espontânea (atendimentos não programados), culminando em tempo de espera superior a 30 dias.

Na tentativa de superar o modelo de agendamento tradicional, existem modelos alternativos, entre eles, o acesso avançado, o semanal e o quinzenal. Pesquisas realizadas em UBSs situadas em Florianópolis e Ribeirão Preto, Brasil, apontaram que o modelo de acesso avançado proporcionou maior número de atendimentos médicos à população, redução do absenteísmo, aumento dos encaminhamentos às especialidades. Constataram que o modelo semanal apresentou resultado superior ao quinzenal, e este, por sua vez, apresentou resultado superior ao tradicional (Vidal et al., 2019; Pires Filho et al., 2019). Entende-se que, independentemente do modo como os serviços de saúde organizam o agendamento das pessoas idosas com obesidade, o acesso deve ser universal. Destaca-se, ainda, a importância do desenvolvimento de investigações para avaliar se a maior oferta de consultas médicas para o atendimento de demanda espontânea pode afetar a qualidade da assistência em saúde.

As pessoas idosas com obesidade mencionaram a existência de morosidade para a marcação de exames laboratoriais na UBS. Esse problema também foi levantado em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, Brasil, com pessoas com doenças crônicas. Nesse estudo, os resultados de exames laboratoriais demoravam tanto que perdiam sua validade clínica, sendo necessária nova solicitação (Santos, Romano, Montenegro, 2019). Essa situação pode implicar custos adicionais para o sistema de saúde, descontinuidade do cuidado, risco de não adesão ao tratamento e piora do quadro clínico.

A realização de exames laboratoriais integra a avaliação da pessoa idosa com obesidade e é um dos subsídios para a construção compartilhada do plano de cuidados. Desse modo, as Secretarias Municipais de Saúde devem garantir o acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário e resolutivo à população.

Os participantes destacaram também a demora para o atendimento de enfermagem, o que pode ser explicado pelo fato de esses profissionais apresentarem elevada carga de trabalho, como o excesso de demanda programada e espontânea, déficits na estrutura física da unidade, jornada de trabalho excessiva, sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas

e falta de profissionais na equipe de saúde (Pires et al., 2016). Esses desafios que permeiam o processo de trabalho do enfermeiro impactam a realização de atividades no campo da alimentação e nutrição, conforme encontrado em pesquisa realizada em 20 UBSs situadas na Paraíba, Brasil (Pedraza, Menezes, Costa, 2016). Isso porque, muitas vezes, os enfermeiros das UBSs necessitam atender às demandas preconizadas pela gestão dos serviços, em detrimento de atividades condizentes com as necessidades da população do território adstrito (Braga et al., 2020).

Ademais, as pessoas idosas referiram a insuficiência de profissionais integrantes da equipe de saúde na UBS. A incompletude da equipe é um fator dificultador para o cuidado integral da pessoa idosa com excesso de peso, principalmente por coexistirem duas condições que acentuam a vulnerabilidade desses usuários: a obesidade e a idade avançada. O enfrentamento da obesidade se torna uma tarefa complexa por se tratar de uma doença multifatorial, somada às especificidades do cuidado gerontológico, demandando, portanto, um trabalho multiprofissional.

A equipe de saúde completa poderá proporcionar a avaliação multidimensional da pessoa idosa e o atendimento às suas demandas, e, se necessário, realizar o encaminhamento aos diferentes níveis assistenciais da RAS, por meio da coordenação do cuidado. Assim, ao desenvolver ações interdisciplinares efetivas, a equipe multiprofissional pode ser considerada um fator decisivo para a melhora da qualidade de vida e para o atendimento integral desses idosos.

Em suma, as dificuldades experienciadas pelas pessoas idosas com obesidade relacionadas ao acesso físico e organizacional na UBS mostram-se como entraves para a construção do cuidado integral e adicionalmente põe em xeque a APS como porta de entrada aberta e preferencial da RAS.

A análise dos depoimentos das pessoas idosas com obesidade revelou negligência no cuidado realizado na UBS, pois, quando acessam esse serviço, recebem recomendações generalizadas e pontuais para a perda de peso, mudança dos hábitos alimentares e realização de atividade física.

As abordagens generalizadas e pontuais dificilmente contribuem para a mudança de comportamento e podem culminar em sentimentos de insatisfação, principalmente se são restritas ao cunho biológico e sem o estímulo à participação crítica (Santos, Acioli et al., 2016). Pesquisa realizada em Barcelona, Espanha, salientou que as recomendações generalizadas e

repetitivas, voltadas para a perda de peso, por meio de falas proibitivas no tocante à alimentação, não se mostraram suficientes para estimular a mudança dos hábitos de vida de pessoas idosas com obesidade (Isla Pera et al., 2016).

Encontrou-se em estudo realizado na Inglaterra com 15 idosos com obesidade cujas experiências com as recomendações dos profissionais voltadas para a perda de peso foram variáveis entre os participantes. Muitos deles consideravam que o envolvimento dos profissionais de saúde no cuidado com a obesidade era importante, porém ressaltaram a falta de orientações sobre o peso, e aqueles que eram aconselhados avaliaram as recomendações recebidas como generalizadas, pouco úteis e dissociadas de suas metas (Jackson, Holter, Beeken, 2019).

As recomendações generalizadas podem culminar na atribuição da responsabilidade do controle da obesidade como sendo exclusiva do idoso, deixando de existir a corresponsabilização do cuidado entre o profissional e o usuário. Essa forma de abordagem não atende às necessidades desse grupo populacional, por não considerar as especificidades individuais daqueles que envelhecem com excesso de peso.

Evidenciou-se em pesquisa realizada com 28 adultos com obesidade em Alberta, Canadá, a falta de planos de cuidados personalizados para o gerenciamento da obesidade no contexto da APS. Os participantes gostariam que os profissionais de saúde abordassem o excesso de peso de forma individualizada e abrangente, considerando as circunstâncias de vida que afetam a sua capacidade de controlar o peso. Mencionaram ainda que muitas vezes recebiam orientações generalizadas e baseadas na premissa “comer menos e mover-se mais”, o que para muitos foi considerado inútil e ineficaz (Torti et al., 2017).

Os depoentes verbalizaram inconstância na aferição das medidas antropométricas. Pesquisa realizada em 14 UBSs do Estado de São Paulo, Brasil, evidenciou atuação significativa da enfermagem no acompanhamento das medidas antropométricas dos usuários, incluindo os idosos. Esse estudo ressaltou que a subestimação ou negligência dos dados antropométricos da população podem gerar uma subnotificação da obesidade no território, além da privação de atendimento àquelas pessoas com necessidade de acompanhamento do peso (Ferreira et al., 2017).

Para superar essa inconstância, reconhece-se que é necessária a sensibilização do profissional, além da disponibilidade de recursos materiais (balança de plataforma, preferencialmente com capacidade superior a 200kg, estadiômetro vertical ou fita métrica

inelástica, calculadora, planilha ou disco para a identificação do IMC) (Braga et al., 2020), além da caderneta de saúde do idoso.

Quando a unidade de saúde dispõe desses recursos materiais e da sensibilização dos profissionais, o diagnóstico da obesidade pode ser efetivado. Para que as ações voltadas para as pessoas idosas com obesidade sejam realizadas com qualidade, é necessário que os profissionais de saúde se voltem para o idoso, considerando seu acervo de conhecimentos, suas experiências relacionadas à alimentação, sua atitude natural diante de seus hábitos de vida e associem o conjunto das informações obtidas aos dados clínicos e laboratoriais.

Paralelamente, alguns dos depoentes sinalizaram a obesidade como uma condição velada pelos profissionais nas consultas. Essa percepção é curiosa, pois os profissionais direcionam a atenção para condições que requerem investigação clínica e laboratorial, como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, e negligenciam a condição crônica que é visualmente perceptível – a obesidade.

Pessoas obesas participantes de um estudo no Canadá mencionaram que os médicos de família nunca discutiram a questão do peso durante os atendimentos e que esses profissionais pareciam ignorar essa condição ou não apresentavam preocupação com os efeitos que o excesso de peso causava na vida dos usuários com obesidade. Os participantes atribuíram esse descaso especialmente ao fato de que não possuíam nenhuma doença crônica e que seus médicos expressavam que o controle do peso estava fora de suas atribuições na APS e que os mesmos deveriam ser encaminhados para outros profissionais (Torti et al., 2017).

Pesquisa com 14 médicos de família e 218 pessoas com sobrepeso e obesidade na Escócia encontrou que as questões relativas ao peso não eram discutidas rotineiramente durante as consultas. Quando ocorriam, os profissionais de saúde abordavam quase que exclusivamente o peso como uma questão biomédica, enquanto os pacientes mencionavam o excesso de peso dentro do contexto de outros problemas de saúde, relatando os impactos que isso causava em suas vidas (McHale, Cecil, Laidlaw, 2019).

A condição velada pode ser reflexo da ausência de diretrizes, de linhas de cuidados previamente definidas para a assistência desse público no contexto da APS. Quando não se tem bem consolidada a abordagem da obesidade nessa etapa da vida, apresenta-se maior chance de não serem desenvolvidas as ações necessárias para o cuidado.

A falta de diretrizes para a condução da obesidade na APS também foi identificada em investigação realizada na Escócia. Nesta, os profissionais que atuam na APS relataram não

saber claramente qual o papel que deveriam desempenhar frente à obesidade, especialmente na prevenção desse agravo. Alguns deles acreditavam que a condição de obesidade era responsabilidade desse nível assistencial apenas quando estava acompanhada de comorbidades ou se fosse uma solicitação clara do usuário do serviço (McHale, Laidlaw, Cecil, 2020).

Estudo realizado com pessoas adultas e idosas com obesidade em São Paulo, Brasil, encontrou que os profissionais da APS não valorizaram a condição de obesidade dos usuários e isso pode ter contribuído para atingirem a obesidade mórbida (Conz et al., 2020). Portanto não se pode negligenciar a condição de obesidade na idade avançada, pois isso pode acarretar ou acentuar as limitações físicas, com prejuízos na mobilidade, acentuar o risco de quedas, assim como impactos emocionais (Castaneda-Gameros, Redwood, Thompson, 2017).

Neste estudo, as pessoas idosas com obesidade trouxeram à memória as atividades grupais voltadas para perda de peso e hábitos saudáveis de vida, ofertadas anteriormente na unidade de saúde de seus bairros e, no presente, interrompidas.

O cenário da APS configura-se como oportuno para a realização de atividades grupais, por ser a principal porta de entrada da RAS e ter em seus princípios e diretrizes a orientação necessária para o cuidado da população que convive com condições crônicas, entre elas a obesidade. Nesse âmbito assistencial, todos os profissionais integrantes da equipe têm a responsabilidade de realizar atividades sob os moldes de grupo (Kessler et al., 2018).

Entende-se como grupo a reunião de pessoas interdependentes, com necessidades e objetivos similares. A população idosa apresenta elevada adesão às atividades coletivas (Nogueira, Baldissera, 2018), o que pode beneficiá-la com o incremento nas relações sociais, na cognição, nas trocas de conhecimentos, no autocuidado, na autonomia, na promoção da saúde e do estilo de vida mais saudável (Seabra et al., 2019).

Adicionalmente, para aqueles que convivem com a obesidade, essa modalidade assistencial possibilita o fortalecimento e ampliação das redes de cuidados, a troca de vivências cotidianas, a construção coletiva de estratégias de enfrentamento e de apoio, inclusive na perda de peso (McVay et al., 2018). Existem recomendações para que esses grupos tenham caráter homogêneo, composto por pessoas que vivenciam a mesma condição crônica (obesidade), para que sejam acentuadas as possibilidades de compartilhamento de experiências, sentimentos, ansiedades e medos (Soeiro et al., 2019).

Na prática cotidiana da UBS, os grupos voltados para pessoas com obesidade são escassos, pois ainda se valoriza a assistência centrada no modelo clínico individual e nos

encaminhamentos para a atenção secundária (Neves, Zangirolani, Medeiros, 2017). Destarte, estudo realizado em uma UBS situada na Paraíba, Brasil, referiu que as atividades grupais sobre alimentação e nutrição, em sua maioria, eram fragmentadas e descontínuas, emergiram por demandas específicas da gestão para o cumprimento de metas nacionais, em detrimento das necessidades da população (Vasconcelos, Magalhães, 2016).

No estudo supracitado, os principais fatores que motivaram a descontinuidade das ações coletivas foram a preponderância dos atendimentos individuais, restrição de tempo da equipe devido à elevada demanda, rotatividade de profissionais, insuficiência de conhecimentos sobre alimentação e nutrição e falta de apoio da gestão. Os profissionais e usuários responsabilizavam-se pela infraestrutura das atividades coletivas, arrecadando recursos financeiros próprios para custeá-las, gerando insatisfação por parte da equipe (Vasconcelos, Magalhães, 2016). Salienta-se que, quando as atividades são fragmentadas e descontínuas, as intervenções tendem a ser de baixo impacto, com pouca repercussão na condição de saúde da população (Castro et al., 2018).

A realização dos grupos operativos pode estar também relacionada ao perfil do profissional, pois, quando este se compromete com os princípios da APS e valoriza a concepção ampliada de saúde, possivelmente se torna um agente colaborador e promotor dessas atividades (Mendonça et al., 2017). Ademais, o desempenho das atividades coletivas neste nível de atenção está evidente nas principais políticas públicas voltadas para o idoso, obesidade e APS.

Os depoentes mencionaram que o método utilizado para operacionalização das atividades grupais era do tipo palestra/aula. Essa estratégia de abordagem centraliza o saber no profissional de saúde, anulando as particularidades de cada indivíduo. Para o controle da obesidade, configura-se necessária uma intervenção que utilize recursos participativos, dialógicos para promover o envolvimento de todos nas atividades, de modo a valorizar a troca de experiências, a participação ativa, a motivação e a autonomia da pessoa idosa (Isla Pera et al., 2016).

A utilização das abordagens participativas nos grupos educativos demanda do conhecimento profissional sobre esses métodos. Entretanto, estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, apontou que os profissionais que coordenavam atividades coletivas de educação em saúde em UBSs percebiam que os conhecimentos obtidos na graduação não eram suficientes para a realização dessa prática. Ao mesmo tempo, muitos desses não contavam com a abordagem dessa modalidade de atenção nas atividades de educação permanente (Mendonça et al., 2017).

De acordo com a Pnab, é responsabilidade de todas as esferas do governo o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais para a qualificação da gestão e dos profissionais que atuam diretamente com a população. Para os municípios que contam com a equipe do Nasf-AB, é previsto que esta auxilie na realização de atividades de educação permanente (Vendruscolo et al., 2020). Nessa atividade de aprendizagem no trabalho, deve-se estimular o desenvolvimento de habilidades interpessoais para que o profissional assumira uma postura de incentivador e apoiador (Soeiro et al., 2019), corresponsabilizando-se pelo cuidado da pessoa idosa com obesidade.

No presente estudo, os participantes pontuaram diversos profissionais da equipe de saúde como coordenadores das atividades coletivas. De forma semelhante, investigação realizada em UBSs localizadas na Paraíba, Brasil, mostrou como facilitadores dessas ações os médicos, odontólogos, auxiliares de saúde bucal, técnicos de enfermagem, ACSs e enfermeiros (Vasconcelos, Magalhães, 2016).

Entretanto, a literatura aponta o enfermeiro como o profissional integrante da equipe de saúde que mais desenvolve grupos educativos com os idosos (Seabra et al., 2019; Nogueira et al., 2019). Estudo com 12 enfermeiros de um município de Minas Gerais, Brasil, evidenciou que este profissional tem como expectativa aperfeiçoar sua atuação através da realização de grupos específicos para o controle de peso na UBS e da articulação da unidade de saúde com outros equipamentos sociais. Almeja também receber capacitação para atuar na prevenção e no controle da obesidade (Braga et al., 2020).

Neste estudo, salienta-se que, nas falas dos depoentes, emergiu o sentimento de saudade das atividades coletivas que antes eram realizadas na UBS e deixaram de existir. A partir das lentes da fenomenologia social, compreende-se que as pessoas idosas que participaram dos referidos grupos tinham o sentimento de pertencimento, de compartilhamento dos mesmos interesses. Possuíam um significado subjetivo em comum, determinado pela concepção natural do mundo compartilhado. Portanto, esse grupo social se sentia à vontade para interagir com semelhantes na mesma situação e com os profissionais que conduziam as atividades. A qualidade da relação construída entre o idoso com obesidade e os profissionais de saúde da UBS, mediada pela intersubjetividade, pode colaborar para maior adesão aos encontros, eficácia das intervenções e sentimento de integração ao grupo.

A experiência dos idosos com obesidade frente ao cuidado recebido no âmbito da UBS os levou a elaborar expectativas quanto a essa assistência. Nesse sentido, as dificuldades de acesso às unidades de saúde, o cuidado negligenciado e a interrupção das atividades grupais os

estimularam a desejar (motivos-para) a assistência longitudinal qualificada e centrada nas suas necessidades.

Os depoentes demarcaram o desejo de ser valorizados e ouvidos pelos profissionais da UBS, a partir de práticas acolhedoras. Essas práticas estão intimamente ligadas à humanização da assistência e apresentam como fundamento a comunicação. No processo comunicacional com o idoso, o profissional deve evitar direcionar os questionamentos ou orientações primeiramente para o acompanhante, salvo em situações específicas; assim como deve chamar a pessoa idosa pelo seu nome, evitar locais com pouca iluminação e muitos ruídos, que podem dificultar a compreensão, e levar em consideração as possíveis alterações desencadeadas pela senescência e/ou senilidade (Almeida, Ciosak, 2013).

No contexto dos cuidados geriátricos, o estabelecimento de empatia durante o processo comunicacional pode impactar diretamente a qualidade da assistência. Esta possibilita ao profissional de saúde a compreensão de aspectos subjetivos dos idosos e pode resultar em melhor compreensão, adesão e satisfação frente ao cuidado recebido (Turabian, 2020).

A comunicação eficaz mostra-se como uma importante aliada da atenção à saúde. Estudo desenvolvido na Bahia, Brasil, com adultos e idosos que realizavam o tratamento para obesidade, identificou que a comunicação com o viés impositivo criava uma barreira que poderia desencadear o abandono do tratamento. Os participantes esperavam ser ouvidos, orientados e ter autonomia para expressar as suas opiniões acerca das terapêuticas propostas (Palmeira, Garrido, Resumo, 2016).

As pessoas idosas com obesidade mencionaram desejar ser atendidas por profissionais de saúde com competência técnica para intervir nas suas particularidades. Esta expectativa pode ter sido projetada a partir da experiência de receber orientações generalizadas relativas ao peso.

A falta de capacitação para atuar junto à pessoa com obesidade pode desencadear nos profissionais o sentimento de frustração, sensação de impotência e despreparo frente ao manejo desse agravo (Burlandy et al., 2020). Médicos e enfermeiros da APS na Inglaterra relataram que não sabiam como tratar da temática do peso com os usuários com obesidade e, quando a abordavam, utilizavam orientações não padronizadas e influenciadas por crenças pessoais. Alguns desses profissionais consideravam inadequado falar da questão do peso durante as consultas, tinham dúvidas em relação à necessidade de um tratamento para a obesidade e apontaram a falta de conhecimentos e habilidades em relação ao gerenciamento da obesidade como uma barreira para a assistência (Blackburn et al., 2015).

De forma semelhante, médicos, enfermeiros e nutricionistas que atuavam na APS em Portugal apresentaram conhecimentos técnicos insuficientes relacionados à abordagem do peso. Esses profissionais enxergavam as pessoas com obesidade como doentes, fortemente desmotivadas à perda de peso e a mudanças de hábitos, que culpabilizam fatores externos como os responsáveis pelo insucesso no tratamento e que esperam a perda de peso sem sacrifícios (Teixeira, Pais-Ribeiro, Maia, 2015).

Essas fragilidades relacionadas à insuficiência de conhecimentos para atuar com a pessoa com obesidade remetem à necessidade de construção de competências profissionais e, no contexto da APS, os programas de educação permanente mostram-se como ferramentas eficazes. A educação permanente utiliza as dificuldades que surgem no contexto laboral como tópicos que devem ser abordados em equipe, com trocas de saberes e na busca de conhecimentos necessários para superação das adversidades enfrentadas no cotidiano do serviço. Destaca-se a responsabilidade da gestão municipal na garantia do fornecimento dessas atividades dentro da carga horária das equipes de saúde (Ferreira et al., 2019).

Entretanto, gestores municipais de saúde participantes de uma pesquisa realizada no Estado do Paraná, Brasil, reportaram a existência da insuficiência de tempo para as atividades dessa natureza no âmbito da gestão e das equipes de saúde das UBSs (Becker, Loch, Reis, 2017). Esse fato pode refletir em tomadas de decisão, de ambas as partes, sem o devido planejamento e sem considerar as melhores evidências disponíveis, dificultando a proposição ou o desenvolvimento de ações com vistas a integralidade da assistência a pessoas com obesidade.

Ainda quanto às expectativas das pessoas idosas com obesidade, os entrevistados salientaram a relevância de outros profissionais e de recursos na UBS para ampliar o acesso às ações que favoreçam a perda de peso. Em virtude de a obesidade ser uma doença multifatorial, seu enfrentamento demanda uma atuação multiprofissional, que tem sido associada a melhoria da qualidade de vida, autonomia funcional e uso reduzido dos serviços de saúde para cuidados agudos de idosos com condições crônicas (Gill, Bartels, Batsis, 2015). Essa perspectiva envolve o aprofundamento dos saberes e das práticas no campo da saúde com ênfase para a comunicação efetiva e o cuidado centrado no paciente, considerando suas preferências e seus objetivos.

No contexto da APS brasileira, como recurso adicional às equipes de saúde das UBSs, os gestores municipais podem contar com o apoio do Nasf-AB (Correia, Goulart, Furtado, 2017). No âmbito da obesidade, os profissionais do Nasf-AB podem contribuir no sentido de

ampliar e qualificar a análise sobre a situação alimentar e nutricional da população, apoiando a implementação de ações nesse campo. Podem ainda oferecer suporte individualizado e/ou grupal, tanto no âmbito psicológico quanto na orientação de atividade física, considerando as singularidades de cada pessoa.

Estudo realizado com profissionais e gestores da APS e das Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição dos 92 municípios do Rio de Janeiro apontou que o Nasf-AB cumpre um importante papel nesse contexto, sendo amplamente destacado pelos profissionais como estratégia que potencializa a atenção integral à saúde da pessoa com obesidade (Burlandy et al., 2020). Ressalta-se que, atualmente, com o novo financiamento de custeio da APS no Brasil, o arranjo e a composição das equipes multiprofissionais ficam a cargo do gestor municipal, de acordo com as necessidades e características locais (Brasil, 2020), o que pode fragilizar o espectro de atuação da APS à pessoa idosa com obesidade.

Os participantes deste estudo esperam que sejam retomados os grupos educativos anteriormente oferecidos na UBS. Sob olhar da fenomenologia social, quando essas atividades deixaram de ser desenvolvidas pelas equipes de saúde, as experiências vivenciadas naqueles encontros também foram interrompidas e substituídas por recordações. Essas recordações preservam apenas aquilo que o grupo significava no momento em que a participação foi findada, o que antes era um processo em curso passou a ser algo estático.

As experiências positivas em relação às atividades grupais de educação em saúde ressaltam a potência dessas ações, com alcance de aspectos biopsicossociais inscritos na obesidade da população idosa. Investigação com profissionais de saúde da APS, gestores e idosos no Rio de Janeiro, Brasil, ressaltou que os grupos educativos representavam dispositivos de convivência, oportunizando benefícios para a saúde física e mental da população idosa. Ao possibilitar as trocas de experiências, minimiza-se o isolamento ao qual muitos idosos estão submetidos, fortalecendo os laços comunitários. Além disso, as ações coletivas corroboram para a promoção do autocuidado e de hábitos saudáveis de vida, fundamentais para o controle das doenças crônicas (Shenker, Costa, 2019).

Merece destaque que, além das atividades em grupo tradicionais referidas pelos entrevistados, que são aquelas coordenadas pelos profissionais de saúde que atuam na UBS, existe a estratégia apontada pelo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, em que os próprios idosos assumem esse papel de facilitadores. Trata-se de uma experiência exitosa em grupo, que se chama “Programa de Autogestão de Doenças Crônicas”, em que os pares compartilham métodos para controlar as emoções negativas e discutem tópicos como

medicamentos, dieta, fadiga e como interagir produtivamente com os profissionais de saúde. O propósito desse grupo não é fornecer informações restritas a doenças e tem mostrado bons resultados no autocuidado, na dor crônica e nos níveis de atividade física (WHO, 2015).

As pessoas idosas entrevistadas desejavam receber um acompanhamento contínuo, identificado como importante aliado à perda de peso. Essa expectativa deve-se à descontinuidade dos serviços ofertados, experienciada pelos depoentes. Reforça-se o papel da APS no acompanhamento das pessoas idosas com condições crônicas no contexto da RAS, pois estas apresentam necessidades de saúde cambiantes, principalmente devido ao avançar do curso de vida.

Para pessoas com obesidade participantes de uma pesquisa no Canadá, o acompanhamento contínuo com os profissionais de saúde da APS melhoraria sua experiência em relação ao gerenciamento do peso, aumentaria sua responsabilidade e a do profissional para o cumprimento das metas e auxiliaria na resolução de dificuldades que poderiam surgir durante o processo. Outro motivo para o desejo pelo cuidado em longo prazo era o fato de que muitos dos usuários relataram sentirem-se sobrecarregados com o volume de informações fornecidas em apenas uma consulta (Torti et al., 2017).

Embora os participantes tenham expressado o desejo do acompanhamento contínuo na UBS como aliado para a perda de peso, nem sempre será possível a concretização dessa expectativa. Para alguns idosos, a perda de peso pode trazer mais prejuízos do que o excesso de peso corporal, sendo necessário o estabelecimento de projetos terapêuticos singulares, realizados de modo multiprofissional e centrados na pessoa. Ressalta-se a relevância do projeto terapêutico singular como o fio orientador para o percurso assistencial seguro e em consonância com as reais necessidades das pessoas idosas.

As características das condições crônicas, marcadas pela necessidade do cuidado contínuo com a saúde, reforçam a imprescindibilidade de um acompanhamento longitudinal com o idoso de modo a prevenir complicações e aumentar o envolvimento da pessoa no autocuidado. Esse acompanhamento deve levar em conta a natureza multifatorial e a complexidade dos agravos crônicos nessa fase da vida, que só podem ser bem conduzidos a partir de uma ótica de integralidade do cuidado (Veras, Oliveira, 2018).

A utilização do referencial teórico-metodológico da fenomenologia social possibilitou desvelar os aspectos inerentes às experiências passadas e presentes de pessoas idosas com obesidade em relação ao cuidado recebido no âmbito UBS, assim como suas expectativas. Os

elementos constitutivos dessa experiência fornecem subsídios para a reflexão e discussão por profissionais e gestores da APS, no sentido de qualificar a atenção à saúde a esse grupo social.

7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO
PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A partir da identificação do típico da experiência vivida pela pessoa idosa com obesidade, no tocante ao cuidado recebido na Unidade Básica de Saúde, alguns aspectos emergidos merecem destaque, podendo contribuir para a prática profissional daqueles que atuam com esse público nesse contexto assistencial.

As pessoas idosas com obesidade referiram ter dificuldade para o acesso à UBS devido ao elevado fluxo de veículos nas ruas. Essa dificuldade também está relacionada a prejuízos na mobilidade, para tanto se reconhece a importância de a equipe de saúde realizar a avaliação multidimensional para subsidiar o planejamento e a implementação de estratégias de cuidado voltadas para os idosos com obesidade e seus familiares. Tais estratégias têm o potencial de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, revertendo ou regredindo o processo de agravamento funcional em curso.

Reconhece-se também a importância das visitas domiciliares para a população que apresenta a mobilidade reduzida, uma vez que a dificuldade na locomoção, acrescida às barreiras geográficas, pode limitar o acesso dos idosos à assistência à saúde. Também a gestão municipal e a equipe de saúde precisam estar atentas para a presença de dificuldades no acesso geográfico à UBS, realizando articulações intersetoriais para superá-las. É válido encorajar a população idosa nesse processo, estimulando o seu envolvimento em Conselhos de Saúde e outras formas de participação cidadã, de modo a buscar melhorias no referido acesso.

Os participantes relataram dificuldades no agendamento e no atendimento médico, além de morosidade para marcação de exames laboratoriais e para o atendimento de enfermagem. Com relação às dificuldades no agendamento e no atendimento médico, propõe-se a análise dos modelos de agendamentos nas UBSs e a opção por aquele que melhor se adapte à necessidade local. Ademais, recomenda-se que os gestores se atentem para o número de pessoas adscritas às equipes das UBSs, para que não ultrapasse o recomendado pela Pnab. Sugere-se que, paralelamente, estabeleçam um menor quantitativo de pessoas por equipe para os territórios com maior vulnerabilidade social. Em relação aos exames laboratoriais, as Secretarias Municipais de Saúde devem garantir o acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário e resolutivo, indispensável para o cuidado da pessoa idosa com obesidade.

A insuficiência de profissionais integrantes da equipe de saúde na UBS também foi relatada pelos participantes e indica a necessidade da gestão municipal de garantir a

disponibilização de recursos humanos, conforme previsto em políticas públicas. Essa exigência se mostra mais evidente devido à complexidade da obesidade na idade avançada, sendo um grupo com elevada vulnerabilidade, o que exige o compartilhamento do cuidado e discussão dos casos.

As pessoas idosas com obesidade apontaram o recebimento de orientações generalizadas e pontuais para a perda de peso, mudança dos hábitos alimentares e realização de atividade física, além de inconstância na avaliação antropométrica. Considera-se relevante que os profissionais da equipe de saúde realizem a ausculta qualificada dos idosos de modo a elaborar projetos terapêuticos singulares, que levem em conta suas particularidades, superando a atuação meramente prescritiva.

Destaca-se que tanto os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional na UBS quanto as informações obtidas mediante a contrarreferência aos outros níveis assistenciais devem ser registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente de modo a agrupar os dados necessários para planejamento, investigação clínica e tomada de decisões. Ademais, os registros auxiliam na continuidade do cuidado da pessoa idosa na UBS, favorecendo o desenvolvimento de uma assistência integral e holística.

A avaliação antropométrica é indispensável para o conhecimento do perfil alimentar e nutricional da população, pode colaborar para a identificação de indivíduos que se encontram em risco para o desenvolvimento de agravos à saúde e que mais necessitam de intervenções para o controle do peso. Porém, apesar de a recomendação da avaliação antropométrica contemplar os diferentes grupos do ciclo vital, existe na prática assistencial a predominância desse registro para a população pediátrica e as gestantes. A restrição dessa atividade a uma pequena parcela populacional dificulta o planejamento de ações das equipes de saúde no seu território de abrangência. Considera-se, portanto, relevante a reorganização das práticas no âmbito da UBS de modo a consolidar a avaliação antropométrica como parte dos atendimentos à toda comunidade.

Identificou-se que alguns dos depoentes expressaram que a obesidade é uma condição velada pelos profissionais da UBS nas consultas. A equipe de saúde que atua na UBS não pode negligenciar a condição de obesidade na idade avançada, devido à possibilidade de acarretar ou acentuar limitações físicas e prejuízos na mobilidade, elevar o risco de quedas, assim como de limitações emocionais (Castaneda-Gameros, Redwood, Thompson, 2017). A invisibilidade da obesidade pode ser reflexo da ausência de diretrizes voltadas para o cuidado dessa condição crônica na APS, o que dificulta a identificação pelos profissionais de qual papel devem

desempenhar no manejo da obesidade nessa fase da vida. Aponta-se a necessidade de sistematização das ações voltadas para esse público por meio de protocolos e diretrizes que norteiem o fluxo na RAS.

As pessoas idosas com obesidade referiram que existiam atividades grupais na UBS voltadas para perda de peso e para o estímulo de hábitos saudáveis de vida, que eram desenvolvidas mediante a estratégia de palestra/aula, mas, atualmente, foram interrompidas. Dessa maneira, recomenda-se que esta modalidade de atividade integre a carteira de serviços da unidade de saúde, seja realizada na própria estrutura física da unidade ou em espaços comunitários, de forma interdisciplinar, horizontal, a fim de incentivar a participação do idoso como protagonista do seu cuidado. Para isso, é necessário o esforço conjunto entre a gestão municipal e a equipe de saúde.

Como expectativa, os idosos com obesidade almejam a valorização e a escuta atenta por parte dos profissionais de saúde. Propõe-se que seja demonstrado o interesse pelo cuidado do usuário, por meio do respeito, da cordialidade, empatia, ética, para a construção do vínculo terapêutico. A ausência dessas habilidades interpessoais pode comprometer a qualidade do atendimento e resultar na interrupção do acompanhamento em saúde.

Acrescida às habilidades interpessoais, é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de manejar a obesidade no contexto da APS. Essa demanda condiz com o desejo dos participantes de ser atendidos por profissionais com competência técnica para intervir nas especificidades de cada caso. As mudanças no perfil demográfico e de morbimortalidade da população resultaram no aumento da complexidade das necessidades das pessoas com doenças crônicas. Nesse sentido, torna-se indispensável a reformulação da formação dos profissionais e daqueles já atuantes, de modo que sejam capazes de desenvolver estratégias de cuidado alinhadas à prática assistencial.

Cita-se, nessa perspectiva, a importância do fornecimento de capacitação pela gestão e que as equipes tenham acesso e sejam instruídas quanto às evidências de melhores práticas voltadas para a assistência das pessoas idosas com obesidade, instrumentalizando-as para a elaboração de planos de cuidados que considerem as singularidades de cada idoso. Para que o cuidado seja personalizado, é fundamental que os profissionais tenham a habilidade de se apropriar dos aspectos constitutivos do cotidiano dos usuários, considerando o contexto individual, familiar e comunitário. Os entrevistados referem também o desejo de que sejam disponibilizados outros profissionais e recursos na UBS para o favorecimento da perda de peso, especialmente com a oferta de atividades físicas orientadas.

O fornecimento de práticas corporais no território pode contribuir para a promoção de hábitos saudáveis de vida junto à comunidade e pode ser viabilizado através das academias da saúde. Essa ação, dotada de infraestrutura e de profissionais qualificados, complementa o cuidado integral e fortalece as atividades em articulação com a UBS, o Nasf-AB e a vigilância em saúde. Devem ser valorizadas as iniciativas públicas com vistas a ampliar o acesso das pessoas para que se tornem mais ativas à medida que envelhecem.

As questões alimentares e nutricionais devem ser conduzidas também a partir da ótica da promoção da saúde, extrapolando a responsabilidade única das equipes de saúde e das próprias pessoas com obesidade. Essa prática, que visa à superação do modelo biomédico da assistência, leva em consideração a visão ampliada do processo saúde-doença.

Assim, considerando que o serviço de saúde não dá conta sozinho de suprir as necessidades da população, é fundamental a mobilização social e governamental para a promoção de modos de viver mais saudáveis, em todas as fases do ciclo da vida, favorecendo o envelhecimento saudável. O investimento na promoção de hábitos de vida saudável tem o potencial de gerar diversos impactos positivos na saúde dos idosos, não apenas na condição de peso, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde e para a qualidade de vida dessas pessoas.

Os participantes relataram experiências positivas de participação nos grupos educativos fornecidos na UBS, estes esperam ter a oportunidade de se envolver futuramente nessas atividades. As atividades coletivas são potentes ferramentas da APS para a obtenção de benefícios biológicos e relacionais, uma vez que propiciam a troca de experiências e saberes entre os idosos e seus pares e destes com os profissionais de saúde. Essas práticas devem ser orientadas pela educação em saúde e baseadas no estímulo e apoio às pessoas idosas com obesidade de modo que mantenham, ao máximo, autônomas e protagonistas nas ações em prol de sua saúde.

Os idosos com obesidade citam o acompanhamento contínuo como importante aliado para a perda de peso. Nesse sentido, sugere-se que o acompanhamento longitudinal desse público seja imbuído de avaliação constante das ações propostas, minimizando os riscos de iatrogenia, tendo em vista que a condição de obesidade nessa etapa da vida requer ações singulares, visando principalmente à manutenção da independência e da capacidade para o autocuidado.

A experiência de cuidados recebidos na UBS mostra fragilidades na atenção à saúde de pessoas idosas com obesidade, principalmente por não considerarem as particularidades inscritas nessa fase da vida. Emerge, por conseguinte, a necessidade de políticas públicas e diretrizes que possam subsidiar o cuidado da população que apresenta essa condição crônica, assim como o incremento na capacitação dos recursos humanos e na disponibilidade de recursos estruturais, oportunizando o atendimento integral e o percurso assistencial seguro na RAS.

Para que a APS efetive o seu papel de coordenadora do cuidado na RAS, participando do acompanhamento contínuo da pessoa idosa com obesidade, observa-se a necessidade de incremento no manejo clínico desse agravo no referido nível assistencial. Para tal, torna-se imprescindível o fortalecimento das UBSs, com a disponibilidade de recursos humanos e estruturais, capazes de responder às necessidades dos usuários que buscam esse serviço de saúde, oportunizando articulações com os demais pontos da rede para promoção da integração de ações com as demais políticas públicas.

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

A fenomenologia social de Alfred Schütz permitiu revelar que a experiência presente e passada do cuidado recebido pela pessoa idosa com obesidade no âmbito da UBS é marcada por dificuldades no acesso geográfico, como o elevado fluxo de veículos nas ruas, e no acesso organizacional, como dificuldades no agendamento e no atendimento médico; morosidade para a marcação de exames laboratoriais e para o atendimento de enfermagem e insuficiência de profissionais na equipe de saúde.

A experiência desse público em relação à assistência na UBS evidencia o cuidado negligenciado, uma vez que a obesidade é velada pelos profissionais de saúde e, quando são realizadas iniciativas voltadas a esse grupo, estas acontecem por meio de recomendações generalizadas e pontuais para perda de peso, mudança de hábitos alimentares e realização de atividade física. Além disso, a experiência dessas pessoas remete à inconsistência na avaliação antropométrica e à descontinuidade de atividades grupais voltadas para perda de peso e hábitos saudáveis de vida, ofertadas anteriormente na UBS e, no presente, interrompidas.

O estudo desvelou também as expectativas do grupo pesquisado que estão relacionadas com o desejo de ser valorizado e ouvido por profissionais que possuam competência técnica para intervir nas suas particularidades. Os idosos com obesidade referem o anseio de que sejam disponibilizados outros profissionais e recursos na UBS, desejam participar de grupos educativos e receber acompanhamento contínuo, como aliado à perda de peso.

As limitações presentes neste trabalho se relacionam ao método qualitativo, pois seus resultados constituem evidências específicas do grupo social estudado, pertencente a uma realidade que pode se diferenciar de outra, o que impede a generalização dos resultados. Logo, outras possibilidades investigativas precisam ser consideradas e implementadas.

Espera-se, a partir desses resultados, subsidiar a prática da equipe de saúde, incluindo a enfermagem que atua com as pessoas idosas com obesidade na UBS, e promover discussões sobre essa temática no âmbito da formação e educação permanente dos profissionais. Além disso, a realização de novas pesquisas relacionadas ao tema poderá acrescentar outros aspectos que agregarão valor à Saúde Coletiva e à Enfermagem Gerontológica.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Ahmadi SM, Keshavarzi S, Mostafavi SA, Bagheri Lankarani K. Depression and obesity/overweight association in elderly women: a community-based case-control study. *Acta Med Iran* [Internet]. 2015 Nov [cited 2020 Sept 03];53(11):686-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26786989>

Albuquerque MSV, Maciel LT, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Oct [cited 2020 Sept 07];38(spe):182-194. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>

Almeida RT, Ciosak S. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 15];21(4):[07 telas]. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf

Araújo CAH, Giehl MWC, Danielewicz AL, Araujo PG, d'Orsi E, Boing AF. Built environment, contextual income, and obesity in older adults: evidence from a population-based study. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sept 04];34(5): <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00060217.pdf>

Asp M, Simonsson B, Larm P, Molarius A. Physical mobility, physical activity, and obesity among elderly: findings from a large population-based Swedish survey. *Public Health* [Internet]. 2017 Jun [cited 2020 Sept 03];147:84-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28404503>

Becker LA, Loch MR, Reis RS. Barreiras percebidas por diretores de saúde para tomada de decisão baseada em evidências. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2017 [cited 2020 Sept 07];41:e147. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660854/>

Blackburn M, Stathi A, Keogh E, Eccleston C. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [cited 2020 Sept 07];5(8):1-10. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/8/e008546>

Braga VAS, Jesus MCP, Conz CA, Silva MH, Tavares RE, Merighi MAB. Actions of nurses toward obesity in primary health care units. *Rev. bras. Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2020 Sept 07];73(2):e20180404. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180404.pdf

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. CONASS. Brasília; 2015 Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006b Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, nº 38. Brasília; 2014. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006a Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso [Internet]. Brasília; 1999. Available from: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2017. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil [Internet] Brasília; 2020. Available from: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>

Brasil. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); 2019. Available from: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>

Brasil. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília; 2018. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf

Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, Souza SR et al . Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de

Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited 2020 Sept 07];36(3):e00093419. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n3/1678-4464-csp-36-03-e00093419.pdf>

Castaneda-Gameros D, Redwood S, Thompson JL. Low nutrient intake and frailty among overweight and obese migrant women from ethnically diverse backgrounds ages 60 years and older: a mixed-methods study. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2017 Jan [cited 2020 Sept 02];49(1):3-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27720601>

Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Sept 07]; 21(2):155-163. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rbgb/v21n2/pt_1809-9823-rbgb-21-02-00155.pdf

Cetin DC, Nasr G. Obesity in the elderly: more complicated than you think. Cleve Clin J Med [Internet]. 2014 Jan [cited 2020 Sept 02];81(1):51-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24391107>

Chen HT, Chung YC, Chen YJ, Ho SY, Wu HJ. Effects of different types of exercise on body composition, muscle strength, and igf-1 in the elderly with sarcopenic obesity. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Sept 03];65(4):827-832. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28205203>

Conselho Federal de Medicina (CFM). Demografia Médica no Brasil 2018. Conselho Federal de Medicina (CFM); 2018. Available from: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/3>

Conz CA, Jesus MCP, Kortchmar E, Braga VAS, Oliveira DM, Merighi MAB. The health care experience of individuals with morbid obesity assisted in public healthcare services. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2020 [cited 2020 Sept 07]; 54:e03559. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v54/1980-220X-reeusp-54-e03559.pdf>

Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Saúde Debate [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 13];41:345-59. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0345.pdf>

Cristancho SM, Goldszmidt M, Lingard L, Watling C. Qualitative research essentials for medical education. Singapore Med J [Internet]. 2018 Jul [cited 2020 Sept 06]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30009321>

Daly MR, Mellor JM, Millones M. Do Avoidable Hospitalization Rates among Older Adults Differ by Geographic Access to Primary Care Physicians? Health Serv Res [Internet] 2018 [cited 2020 Sept 07];53 Suppl 1:3245-264 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28660679>

Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesity and public policies: the Brazilian government's definitions and strategies. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2020 Sept

02];33(7):1-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/en_1678-4464-csp-33-07-e00006016.pdf

Fassa MEG, et al. Atenção a pessoas idosas: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 06]; 23(Suppl 1):e170795. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v23s1/pt_1807-5762-icse-23-s1-e170795.pdf

Fernandez-Barres S, Garcia-Barco M, Basora J, Martinez T, Pedret R, Arija V. The efficacy of a nutrition education intervention to prevent risk of malnutrition for dependent elderly patients receiving Home Care: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sept 22];70:131-41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28273591/>

Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 15];43(120):223-39. Available from: https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/en_0103-1104-sdeb-43-120-0223.pdf

Ferreira MCS, Negri F, Galesi LF, Detregiachi CRP, Oliveira MRM. Monitoramento nutricional em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Rasbran* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sept 06];8(1):37-45. Available from: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/download/227/156>

Fitzpatrick SL, Wischenka D, Appelhans BM, Pbert L, Wang M, Wilson DK, Pagoto SL, Society of Behavioral Medicine. An evidence-based guide for obesity treatment in primary care. *Am J Med* [Internet]. 2016 Jan [cited 2020 Sept 06];129(1):115.e1-7 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26239092>

Galea S, Kruk ME. Forty years after Alma-Ata: at the intersection of primary care and population health. *Milbank Q* [Internet]. 2019 Jun [cited 2020 Sept 02];97(2):383-86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30900302>

Gill LE, Bartels SJ, Batsis JA. Weight management in older adults. *Curr Obes Rep* [Internet] 2015 [cited 2020 Sept 07];4(3):379-88. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387759/>

Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 03];35(3):e00012219. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/en_1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf

Guedes MBO, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 13];27(4):185-1204. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01185.pdf>

Himes CL, Reynolds SL. Effect of obesity on falls, injury, and disability. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2012 Jan [cited 2020 Sept 03];60(1):124-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22150343>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Rio de Janeiro; 2018a. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo.pdf

Ingham-Broomfield R. A nurses' guide to Qualitative Research. *Aust J Adv Nurs*, South Melbourne [Internet]. 2015 [cited 2020 Sept 06];32(3):34-40. Available from: <http://www.ajan.com.au/Vol32/Issue3/4Broomfield.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados populacionais e do Índice de Desenvolvimento Humano. Rio de Janeiro; 2018b Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/pesquisa/37/30255?localidade1=0&tipo=ranking>

Isla Pera P, Ferrer MC, Nuñez Juarez M, Nuñez Juarez E, Maciá Soler L, López Matheu C, Rigol Cuadra A, Pérez MH, Marre D. Obesity, knee osteoarthritis, and polypathology: factors favoring weight loss in older people. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2016 May [cited 2020 Sept 03];10:957-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27313449>

Jackson SE, Holter L, Beeken RJ. 'Just because I'm old it doesn't mean I have to be fat': a qualitative study exploring older adults' views and experiences of weight management. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 14];9:e025680. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/2/e025680.full.pdf>

Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 June [cited 2020 Sept 07]; 47(3):736-741. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf

Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde, Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde: Projeto de Implantação [Internet]. Juiz de Fora; 2014 [cited 2020 Sept 07]. Available from: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf

Kalish VB. Obesity in Older Adults. *Prim Care* [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Sept 03];43(1):137-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26896206>

Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomase E, Siqueira FCV, Silveira DS et al. Health education and promotion actions among teams of the National Primary Care Access and Quality Improvement Program, Rio Grande do Sul state, Brazil. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 14];27(2):e2017389. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e2017389.pdf>

King AC, Salvo D, Banda JA, Ahn DK, Gill TM, Miller M, et al. An observational study identifying obese subgroups among older adults at increased risk of mobility disability: do perceptions of the neighborhood environment matter? *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Sept 03];18;12:157. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26684894>

Malenfant JH, Batsis JA. Obesity in the geriatric population: a global health perspective. *Journal of Global Health Reports* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 16];3:e2019045. Available from: <https://www.joghr.org/article/11984-obesity-in-the-geriatric-population-a-global-health-perspective>

McHale CT, Cecil JE, Laidlaw AH. An analysis of directly observed weight communication processes between primary care practitioners and overweight patients. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 15];102(12):2214-2222. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399119302666?via%3Dihub>

McHale CT, Laidlaw AH, Cecil JE. Primary care patient and practitioner views of weight and weight-related discussion: a mixed-methods study. *BMJ Open* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 14];10:e034023. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/3/e034023.full.pdf>

McVay MA, Yancy WS Jr, Bennett GG, Jung SH, Voils CI. Perceived barriers and facilitators of initiation of behavioral weight loss interventions among adults with obesity: a qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sept 07];18(1):854. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29996812/>

Melo M. Fenomenologias de Edmund Husserl e Alfred Schütz em contribuição à metodologia sociológica. [Internet] 2016 [cited 2020 Sept 06];10(1). Available from: https://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/view/2233/pdf_1

Melo Neto AJ, Barreto DS. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 07];14(41):2162. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2346>

Mendonça FTNF, Santos AS, Buso ALZ, Malaquias BSS. Educação em saúde com idosos: pesquisa-ação com profissionais da atenção primária. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 Sept 07];70(4):792-799. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0792.pdf

Menezes TN, Brito KQD, Oliveira ECT, Pedraza DF. Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Aug [cited 2020 Sept 03]; 19(8): 3451-3460. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03451.pdf>

Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *RPQ* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sept 07];5(7):1-12. Available from:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf

Moreno-Vecino B, Arija-Blázquez A, Pedrero-Chamizo R, Alcázar J, Gómez-Cabello A, Pérez-López FR, et al. Associations between obesity, physical fitness, and urinary incontinence in non-institutionalized postmenopausal women: The elderly EXERNET multi-center study. *Maturitas* [Internet]. 2015 Oct [cited 2020 Sept 03];82(2):208-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26261038>

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 14];42(116):11-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>

Neves JA, Zangirolani LTO, Medeiros MAT. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 Sept 07]; 30(4):511-524. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v30n4/1415-5273-rn-30-04-00511.pdf>

NIH. National Institutes of Health The Practical Guide: Identification Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda, NIH; 2000 Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf

Nogueira IS, Acioli S, Carreira L, Baldissera VDA. Atenção ao idoso: práticas de educação permanente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 07];53: e03512. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/1980-220X-reeusp-53-e03512.pdf>

Nogueira IS, Baldissera VDA. Continuing Health Education in elderly care: difficulties and facilitators of the Family Health Support Center. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sept 07]; 22(2): e20180028. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/1414-8145-ean-22-02-e20180028.pdf>

Padre PMM, Martins Filho IE, Rodrigues VP. Programa Mais Médicos sob o olhar dos usuários: uma pesquisa avaliativa. *Physis* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 07];29(2): e290207. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n2/0103-7331-physis-29-02-e290207.pdf>

Palmeira CS, Garrido LMM, Resumo PS. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento da obesidade. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2016 Abr [cited 2020 Sept 07]; 22(1):11-22.

Pedraza DF, Menezes TN, Costa GMC. Food and nutrition actions in the family health strategy: structure and work process. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 14];24(4):e15848. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15848/23420>

Pedraza DF, Nobre AMD, Albuquerque FJB, Menezes TN. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sept 07];23(3):923-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0923.pdf>

Pereira IFS, Spyrides MHC, Andrade LMB. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2020 Sept 06];32(5):e00178814. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00178814.pdf>

Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2020 Sept 07];24:e2682. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf

Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, Moscovici L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 Sept 07];43(121):605-613. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0605.pdf>

Prefeitura de Juiz de Fora. Catálogo de Normas da Atenção Primária à Saúde. Juiz de Fora; 2016. Available from: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/normas_apsjf_2016.pdf

Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sept 03];33(2):e00184715. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00184715.pdf>

Putrik P, van Amelsvoort L, De Vries NK, Mujakovic S, Kunst AE, van Oers H, et al. Neighborhood environment is associated with overweight and obesity, particularly in older residents: results from cross-sectional study in dutch municipality. *J Urban Health* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Sept 03];92(6):1038–1051. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4675740/>

Rêgo AS, Haddad MCFL, Salci MA, Radovanovic CAT. Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sept 07];39:e20180037. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e20180037.pdf>

Reis LA, Trad LAB. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Psicol. teor. prat.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Sept 03];17(3):28-41. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v17n3/03.pdf>

Ribeiro J, Souza DN, Costa AP. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2020 Sept 03];21(8):2324 Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046744001>

Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: a conceptual framework. *Health Expect* [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Sept 03]; 21(2):429-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29151269>

Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 Sept 07];69(6):1124-1131. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1124.pdf>

Santos L. Healthcare regions and their care networks: an organizational-systemic model for SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Sept 06];22(4):1281-1289. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1281.pdf>

Santos ROM, Romano VF, Montenegro EE. Análise do percurso terapêutico de doentes crônicos na Saúde da Família. *R. Enferm. UFJF* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 06];5(1):1-16. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/13967/19961>

Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 Sept 07]; 24(4):1369-1380. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n4/1413-8123-csc-24-04-1369.pdf>

Schütz A. *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Petrópolis: Vozes; 2012.

Schutz DD, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, Widmer D, Yumuk V, Schutz Y. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 06];12(1):40-66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30673677>

Seabra CAM, Xavier SPL, Sampaio YPCC, Oliveira MF, Quirino GS, Machado MFAS. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: uma revisão integrativa. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 07]; 22(4): e190022. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n4/pt_1809-9823-rbgg-22-04-e190022.pdf

Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Dados relacionados ao município de Juiz de Fora; 2019. Available from: <http://www.saude.mg.gov.br/servidor/sala-de-situacao-municipal>

Shenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Cien Saude Colet* [Internet] 2019 [cited 2020 Sept 07];24(4):1369-380. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n4/1413-8123-csc-24-04-1369.pdf>

Silva QTA, Cecílio LCO. A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). *Saúde debate* [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 Sept 07];43(121):559-75. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43n121/559-575/pt>

Silva TRB, Silva JV, Pontes AGV, Cunha ATR. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2020 Sept 07];21(9):2861-869. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2861.pdf>

Silveira EA, Ferreira CCDC, Pagotto V, Santos ASEAC, Velasquez-Melendez G. Total and central obesity in elderly associated with a marker of undernutrition in early life - sitting height-to-stature ratio: a nutritional paradox. *Am J Hum Biol* [Internet]. 2017 May [cited 2020 Sept 03];29(3). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ajhb.22977>

Silveira EA, Vieira LL, Jardim TV, Souza JD. Obesity and its Association with Food Consumption, Diabetes Mellitus, and Acute Myocardial Infarction in the Elderly. *Arq Bras Cardiol* [Internet] 2016 Dec [cited 2020 Sept 03];107(6):509-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n6/0066-782X-abc-107-06-0509.pdf>

Soeiro, RL, Valente GSC, Cortez EA, Mesquita LM, Xavier SCM, Lobo BMIS. Educação em Saúde em Grupo no Tratamento de Obesos Grau III: um Desafio para os Profissionais de Saúde. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 07];43(1):681-691. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n1s1/1981-5271-rbem-43-1-s1-0681.pdf>

Sousa AAD, Martins AMEBL, Silveira MF, Coutinho WLM, Freitas DA, Vasconcelos EL, et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sept 03];43(1):14-24 Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/883996/abcs-health-pdf.pdf>

Souza R, Fraga JS, Gottschall CBA, Busnello FM, Rabito EI. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Rev. bras. geriatr. Gerontol* [Internet]. 2013 Mar [cited 2020 Sept 03];16(1):81-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a09v16n1.pdf>

Souza SF, Stephan IIC. Acessibilidade e mobilidade urbana: improvisos na aplicação por gestores municipais. *Artefactum*. [Internet] 2019 [cited 2020 Sept 07];9(1):1-13. Available from: <http://artefactum.rafrom.com.br/index.php/artefactum/article/view/1792/823>

Tassone BG. The relevance of Husserl's phenomenological exploration of interiority to contemporary epistemology. *Palgrave Communications* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sept 02];3:1-11. Available from: <https://www.nature.com/articles/palcomms201766>

Teixeira F, Pais-Ribeiro José L., Maia A. Uns desistem, outros insistem: semelhanças e diferenças no discurso de profissionais de saúde face à obesidade. *Rev. Port. Sau. Pub.* [Internet]. 2015 Dez [cited 2020 Sept 07]; 33(2):137-147. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252015000200003&lng=pt.

Torti J, Luig T, Borowitz M, Johnson JA, Sharma AM. The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management. *BMC Family Practice*

[Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 14];18:19. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0596-2>

Trevisan C, et al. Anthropometric parameters and the incidence of atrial fibrillation in older people: the PRO.V.A study. *Clin Cardiol* [Internet]. 2017 Jul [cited 2020 Sept 02];40(7):461-468. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28191907>

Turabian JL. Psychological phenomena in the doctor: elderly patient relationship. *Arch Psychiatr Ment Health* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 14];4:19-23. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/4056/c5e1539c02376068d93f4afc5b5ef4f1709f.pdf>

Ukawa S, Tamakoshi A, Wakai K, Ando M, Kawamura T. Body mass index is associated with hypertension in Japanese young elderly individuals: findings of the new integrated suburban seniority investigation. *Intern Med* [Internet]. 2015 [cited 2020 Sept 02];54(24):3121-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26666597>

United Health Foundation. *America's Health Rankings. Senior Report 2018 - A call to action for individuals and their communities.* Minneapolis; 2018.

United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects 2019: highlights.* New York; 2019 Available from: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf

United Nations. *The Madrid International Plan of Action on Ageing and the Political Declaration. Second World Assembly on Ageing in April 2002.* New York; 2002. Available from: http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf

United Nations. *The Vienna International Plan of Action on Aging was adopted by the World Assembly on Aging held in Vienna, Austria from 26 July to 6 August 1982.* Available from: <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>

Valencia MMA, Noreña DLG. La investigación cualitativa: un acto creativo por la enfermería. *Av. Enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2020 Sept 04];33(2):280-91. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a12.pdf>

Vasconcelos ACCP, Magalhães R. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Sept 07];20(56):99-110. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220150156.pdf>

Vendruscolo C, Trindade LL, Metelski FK, Vandresen L, Pires DEP, Tesser CD, Martins MMFPS. Contributions from continuous education to family health extended centers. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 14];24(3):e20190273. Available from: https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n3/en_1414-8145-ean-24-3-e20190273.pdf

Veras RP, Oliveira MR. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 Jun [cited 2020 Sept 04];23(6):1929-36 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1929.pdf>

Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sept 07]; 53:38. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_0034-8910-rsp-53-38.pdf

Weijjs PJM, Wolfe RR. Exploration of the protein requirement during weight loss in obese older adults. *Clin Nutr* [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 Sept 03];35(2):394-398. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25788405>

WHO. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília; 2005. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

WHO. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva; 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=7CC5BA17E07DF9A1A160120D7A5807F2?sequence=1

WHO. World Health Organization. Global Conference on Primary Health Care: Declaration of Astana. Geneva; 2018 Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

WHO. World Health Organization. People-centred health care: a policy framework. Geneva; 2007. Available from: https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5420/9789290613176_eng.pdf

WHO. World Health Organization. Ten Priorities. Towards a decade of healthy ageing. Geneva; 2020. Available from: <https://www.who.int/ageing/WHO-ALC-10-priorities.pdf>

WHO. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization. Geneva; 1995 Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>

WHO. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet] Geneva: WHO; 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

APÊNDICES

APÊNDICES**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

DADOS PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS	
	Código: E__
1) Peso:_____ Altura:_____ IMC:_____	
2) Idade:	
3) Sexo:	
4) Estado civil:	
5) Ocupação: Aposentado: Sim () Não ()	
6) Escolaridade:	
7) Renda (individual e familiar):	
8) Quais/quantas pessoas residem com o(a) participante:	
QUESTÕES DA ENTREVISTA	
9) Conte-me sobre a assistência que recebe na unidade de saúde do bairro onde mora, considerando o fato de ser idoso(a) e conviver com a obesidade.	
10) Que assistência você deseja receber na unidade de saúde para satisfazer as suas necessidades, considerando a sua idade e a obesidade?	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada **“Experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da Unidade Básica de Saúde”** desenvolvida pela Enfermeira Renata Evangelista Tavares.

Os resultados desta pesquisa poderão ajudar os profissionais de saúde a planejar ações mais específicas para o cuidado com pessoas idosas acometidas pela obesidade. A pesquisa tem como objetivo compreender as experiências de cuidado recebido por pessoas idosas com obesidade no âmbito da Unidade Básica de Saúde. Sua participação é voluntária e, caso concorde em participar do estudo, farei uma entrevista individual em local de sua escolha (residência, unidade básica de saúde) com duração de cerca de 40 minutos. Se você autorizar, seu depoimento será gravado em áudio para posterior transcrição e análise dos dados. O material gravado será arquivado por mim e os depoimentos serão utilizados apenas para fins científicos.

A pesquisa apresenta como risco a possibilidade de você ser identificado(a) pelo nome e voz, além do constrangimento ao responder às questões da investigação. Para minimizar essa situação, você receberá um número segundo a ordem de participação (código), o que garantirá o sigilo sobre sua identificação. Assumo o compromisso de manter sigilo quanto à sua identidade durante todas as etapas da pesquisa. No caso de apresentar algum constrangimento ou desconforto emocional durante a entrevista, você poderá escolher não responder a quaisquer perguntas que o(a) façam sentir-se incomodado e fazer uma pausa ou se recusar a continuar a ceder o depoimento.

Sua entrevista ajudará a pesquisadora a compreender o cuidado recebido nas unidades básicas de saúde pelas pessoas idosas que apresentam obesidade, mas não trará, necessariamente, benefícios diretos para você. Entretanto, fazendo parte deste estudo, você contribuirá para o alcance dos resultados esperados da pesquisa, a saber: subsidiar a assistência voltada para pessoas com obesidade.

Esta pesquisa não possui financiamento. Não haverá custo e nem remuneração pela sua participação. Haverá indenização para eventuais danos decorrentes da pesquisa comprovados legalmente. Como a entrevista será realizada em seu domicílio ou local de sua escolha, não haverá despesa com transporte para você ceder o depoimento.

A qualquer momento, você poderá pedir informações sobre o andamento da pesquisa, bem como interromper a sua participação no estudo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. O presente termo será rubricado e assinado pelo participante e pela pesquisadora em duas vias. Uma ficará com você e a outra ficará arquivada comigo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora principal da investigação para esclarecimento de dúvidas. A pesquisadora principal é a Sra. Renata Evangelista Tavares, que pode ser encontrada no endereço: Rua Opemá, s/n – João Groppo – Piraúba/MG – CEP: 36.170-000, ou telefone: (32)99909-6457 e e-mail renata_tavares@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – São Paulo/SP CEP – 05403-000 - Telefone (11) 30618858, e-mail: cepee@usp.br

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do(a) participante/representante legal

Juiz de Fora ____ de ____ de ____

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Declaração

Eu, João Daniel Neto, Gerente do Departamento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada "**Necessidades e Expectativas da Pessoa Idosa com Obesidade: um Estudo Compreensivo**" a ser conduzida sob a responsabilidade da Pesquisadora Renata Evangelista Tavares e pela Professora Orientadora Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi no município de Juiz de Fora e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Solicita-se, assim que concluídos, o Relatório de Pesquisa e as Bases de Dados da referida pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

Juiz de Fora, 29 de janeiro de 2019.

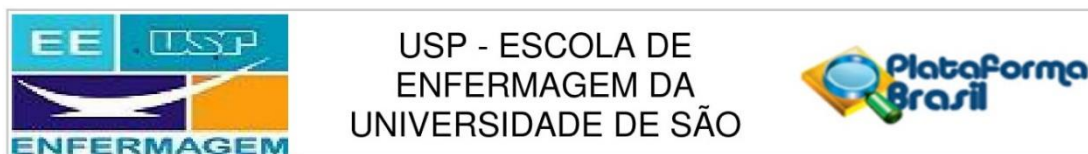
João Daniel Neto

João Daniel Neto
Gerente do Departamento
de Programas e Ações da APS
LPA/PS/SSAPS/SS/PJF

Gerente do Departamento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde

Recebido em: <u>29 / 01 / 2019</u>	
Nome: <u>Vanusa Augusta Souza Braga</u>	CPF: <u>099.000.406-60</u>
Instituição: <u>Universidade de São Paulo</u>	
E-mail: <u>vanusabraga@usp.br</u>	Telefone: <u>32 98858-7330</u>
Assinatura: <u>Braga</u>	

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DA PESSOA IDOSA COM OBESIDADE: UM ESTUDO COMPREENSIVO

Pesquisador: Renata Evangelista Tavares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06552819.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.167.072

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa sobre obesidade em idosos e a autopercepção destes idosos sobre este agravo e os efeitos na velhice e nas atividades de vida diária dos mesmos.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as necessidades e expectativas da pessoa idosa com obesidade

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta como risco a possibilidade do participante ser identificado(a) pelo nome e voz, além do constrangimento ao responderem às questões da investigação. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, cada um receberá um número, segundo a ordem de participação (código), o que garantirá o sigilo sobre sua identidade e sobre as informações referentes à participação nas atividades da pesquisa. No caso de o participante apresentar algum constrangimento ou desconforto emocional durante a entrevista, ele poderá escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado e fazer uma pausa ou se recusar a continuar a ceder o depoimento.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.167.072

A pesquisa não necessariamente trará benefícios diretos para os participantes. Entretanto, os resultados encontrados poderão subsidiar a assistência voltada para pessoas com obesidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto muito bem elaborado e descrito com todas as etapas de um projeto. Metodologia bem caracterizada assim como a revisão de literatura e a forma de executar o projeto.

Ocorrerá em uma cidade de Minas Gerais bem caracterizada e com as devidas autorizações da Secretaria de Saúde local.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE bem apresentado e descrito

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está muito bem construído e redigido e apresenta todos os cuidados éticos necessários para a elaboração da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1284762.pdf	29/01/2019 13:45:01		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura.pdf	29/01/2019 13:43:14	Renata Evangelista Tavares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Renata_Comite_de_Etica.docx	28/01/2019 22:28:34	Renata Evangelista Tavares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/01/2019 09:25:32	Renata Evangelista Tavares	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada.pdf	23/01/2019 09:24:46	Renata Evangelista Tavares	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.167.072

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Fevereiro de 2019

Assinado por:

Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br