



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM



CLAUDETE APARECIDA CONZ

**A BUSCA PELA CIRURGIA BARIÁTRICA: ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO VIVIDO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE**

**THE SEARCH FOR BARIATRIC SURGERY: THERAPEUTIC
ITINERARY EXPERIENCED IN THE PUBLIC HEALTH SERVICE**

Versão Corrigida

SÃO PAULO

2018



CLAUDETE APARECIDA CONZ



**A BUSCA PELA CIRURGIA BARIÁTRICA: ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO VIVIDO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE**

**THE SEARCH FOR BARIATRIC SURGERY: THERAPEUTIC
ITINERARY EXPERIENCED IN THE PUBLIC HEALTH SERVICE**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor 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

2018

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

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

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

Conz, Claudete Aparecida

A busca pela cirurgia bariátrica: itinerário terapêutico vivido no serviço público de saúde / Claudete Aparecida Conz. São Paulo, 2018.

149 p.

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

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

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Obesidade. 2. Assistência à saúde. 3. Pesquisa interdisciplinar. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Claudete Aparecida Conz

Título: A Busca pela Cirurgia Bariátrica: Itinerário Terapêutico Vivido no Serviço Público de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor 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: _____



* “As figuras que ilustram esta pesquisa, foram retiradas da Internet, de *sites* com livre acesso de circulação.”

<http://notaterapia.com.br/2016/04/19/as-50-melhores-obras-de-fernando-botero-e-seus-principais-temas/>
<http://aumagic.blogspot.com/2013/03/fernando-botero-pintura-e-escultura.html>

Dedicatória

Ao Deus eterno, invisível, mas real, meu Criador e Senhor, que esteve ao meu lado em todos os momentos, acalentando-me, capacitando-me, fortalecendo-me e encorajando-me a vencer mais este desafio, sendo em tudo um amigo mais que um irmão.

O que realmente importa não são as pedras encontradas no caminho, mas sim o que se conseguiu construir com elas no final da jornada.

(Autor: Pesquisadora)

Este estudo é também dedicado às pessoas que fizeram e fazem parte da minha vida e são importantes pilares na construção do “sou”.

À minha família tão preciosa, meu pilar que sempre me permite voltar às minhas raízes.

Aos meus pais, por me darem o dom mais precioso – a vida.

Thaís e Gabriel, por me ensinarem a amar de uma forma sem igual.

Minha irmã Adriana, por ter me ajudado a ser uma pessoa melhor, uma amiga dedicada e
única.

Aos meus tios, tias e primos, por fazerem parte da minha história. À minha tia Vilma por ser
tão especial na minha vida.

A todos, o meu muito obrigada.

Meus agradecimentos mais sinceros

À Professora Doutora Miriam Aparecida Barbosa Merighi, pela sua paciência, compreensão, generosidade, dedicação, acolhimento e oportunidade de crescimento. Por ter acreditado em mim, e me ensinado desde os primeiros passos até aqui, passos estes tão importantes e necessários, sem os quais eu jamais teria conseguido alcançar meu objetivo. A ela, que me permitiu construir e concluir este sonho com o meu saber e vivência, minha eterna gratidão.

Agradecimentos Especiais

À Prof.^a Dr.^a Maria Cristina de Jesus Pinto, por tão valiosa colaboração e paciência na correção e construção desta pesquisa em todas as suas etapas. Obrigada por partilhar seus conhecimentos.

À Prof.^a Dr.^a Deíse Mora de Oliveira, pelas reflexões que contribuíram para o aprimoramento deste estudo.

À Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa, pela oportunidade de participar da disciplina e aquisição do conhecimento. Pela contribuição no exame de qualificação e na banca.

Ao Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, pelas reflexões apontadas.

A todos os membros da banca, por aceitarem o convite de contribuir valiosamente para este trabalho.

Agradecimentos Singulares

Aos meus mestres com carinho, pelos ensinamentos e construção do meu saber, em especial às professoras: Vanda Maria, que me ensinou as primeiras letras do alfabeto; Ana Maria Vieira, que me incentivou desde criança, pois aos onze anos me fez ler “Memórias Póstumas de Brás Cubas” de Machado de Assis, e, a partir de então, mesmo sem entender, me apaixonei pela Literatura.

Às Prof.^{as} Dr.^a Lúcia Cristofolini, Dr.^a Irmã Cléa Maria Simões, Dr.^a Sônia Aurora Grossi e Dr.^a Elisabeth de Oliveira Soares, vocês foram os pilares do meu conhecimento e exemplo profissional. À Dr.^a Vera Lúcia Mira, obrigada não só pelo aprendizado, mas também pela amizade.

À Eliska Sedlak e Arlete Florio, meus exemplos de enfermeira, líderes e profissionais. Obrigada por me ajudarem a tornar quem hoje sou como profissional e pessoa.

Agradecimentos aos que fazem parte do meu itinerário

Agradeço a Deus por ser tão abençoada e ter amigos verdadeiros em toda minha trajetória.

Aos meus amigos de uma vida inteira, como não há possibilidade de citar a todos, pois são muitos. Cito alguns para que todos os demais sintam-se neles representados:

Àqueles que são desde a minha infância e adolescência sintam-se representados na Luizinha, Maria Regina, Carlos, Rute e Neiva.

Aos que me acompanham desde a graduação: Vanusa, Guinho, Lia, Aninha, Nildécir, José Renato e Beto.

Aos de trabalho na terapia intensiva: Sildes, Gislene, De Las, Tândia, Marisa, Shirley, André, Verlaine, Junio e Bispo.

Aos que compartilharam comigo o magistério na Graduação e Pós-Graduação: Jaqueline, Guiomar, Thais, Bruno e principalmente Rafael, por ser o amigo de todos os momentos e o motivador fundamental na minha decisão de entrar no doutorado.

Aos doutores Anísio Pedrosa e Francisco por terem sido tão amigos em momentos difíceis da minha vida. Ao doutor Luciano Casale pela amizade de muitos anos.

Aos meus alunos, são tantos que não tenho espaço para mencionar a todos, mas deixo meu agradecimento mais sincero, pois com vocês mais aprendi do que ensinei, não só na enfermagem, como também a ser uma pessoa melhor na vida. Cristiane Duran, Karen, Marcela, Adriana, Alécia, Antônio, Edmilson, Cristina, Josi, Luciana, Marcos e Larissa. Meu Deus, são muitos, por isso quero que todos sintam-se homenageados.

À minha amiga Estela, companheira desta trajetória. Obrigada, por participar e tornar este caminhar menos solitário.

Às minhas amigas Norma, Luciane e Mariza, por terem sido essenciais na aquisição do meu conhecimento sobre Saúde Coletiva.

Obrigada por fazerem parte da minha história. A vida fica mais fácil e infinitamente melhor com vocês.

Agradecimentos

À enfermeira Carmem, chefe do Serviço de Enfermagem da Unidade de Obesidade e Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, por tornar possível a coleta de dados na Instituição. Ao Dr.º Marco Aurélio Santo, Diretor da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital das Clínicas, pela autorização da pesquisa.

Ao Doutor Daniel Riccioppo e à Dr.ª África Isabel de la Cruz Perez, pelas preciosas contribuições, correções e apontamentos.

Aos pacientes que aceitaram participar desta pesquisa. Sem vocês nada seria possível. A vossa história é a composição e o fundamento deste escrito.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com abordagens fenomenológicas, pelas contribuições e acolhimento.

À equipe de atendimento da biblioteca: Fábio, Vanderlei, principalmente, Juliana e Paulo, pela atenção em todos os momentos e por não se cansarem de me ajudar em muitos momentos difíceis. Vocês foram mais do que profissionais, foram verdadeiras amigas.

À Nadir por sua importante colaboração na correção das referências.

À secretaria da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em especial à Marcia, pela disponibilidade e compreensão.

Aos profissionais Edivaldo J. Ferreira e Gildete de Souza, por me ajudarem a desvendar os mistérios da Plataforma Brasil.

À professora Joana, pela minuciosa revisão da língua portuguesa e oportunidade de aprendizado.

Ao Marcello Pimentel, pela amizade de tantos anos, e também pela ajuda e disponibilidade na formatação deste trabalho.

Aos seguranças da Escola de Enfermagem, pela paciência e colaboração em muitos momentos.

A todos que, embora não estejam citados, muito contribuíram para a concretização deste sonho.

Epígrafes

“A esperança demorada enfraquece o coração, mas o desejo chegado é árvore de vida.”

Prov. 13:12.

Deus fez o mundo do nada. E em seis dias terminou; dois terços de água em cima, o mar na terra plantou; e o céu bordado de estrelas, suspenso no ar deixou. O arco-íris pintou no céu como um diadema; o sol nascer cor de ouro e morrer da cor de gema; e no crepúsculo da tarde deixou escrito um poema. Com a sua mão suprema deu velocidade ao vento; deu as aves asas soltas pra bailar no firmamento; porque o mestre é o único de perfeição cem por cento. Sem o seu consentimento nada se move na terra; sua previsão não falha, o seu projeto não erra; a máquina não enferruja e nem o seu eixo emperra. Seja no céu ou na terra, Deus é puro e escorreito; Deu a lua quatro faces e nenhuma dá defeito; toda semana ela muda, mas não muda ao seu efeito. O universo perfeito pintou de todas as cores; fez da terra um lençol verde e ornamentou de flores; com animais e florestas e entregou aos pastores. A chuva que cai do manto pinga a pinga é peneirada; o rio de água doce, o mar de água salgada; que a natureza obedece a quem fez tudo do nada. Com a sua mão potente é comandante da nave; a bordo do cosmo faz girar o globo suave; e dos desígnios e mistérios Ele é o dono da chave. Quem tira do olho a trave conhece dos defeitos seus; e sabe que Deus é dono até da fé dos ateus; que até quem não tem fé sabe que o dono do mundo é Deus.

(Poema de Gerson Amaro - Deus)

Conz CA. A busca pela Cirurgia Bariátrica: itinerário terapêutico vivido no Serviço Público de Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: A obesidade é um problema de saúde pública, por isso requer que o sistema se organize para atender as pessoas que vivenciam esta situação. Ao buscar pela Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde, a pessoa se depara com diversas escolhas que constituem a malha de itinaerações do vivido. **Objetivo:** Compreender o itinerário terapêutico vivido no Serviço Público de Saúde pela pessoa com obesidade em busca da Cirurgia Bariátrica. **Método:** Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, realizada em um Hospital Público de São Paulo. Participaram deste estudo 17 pessoas com obesidade que buscaram pela Cirurgia Bariátrica no Sistema Único de Saúde, internados na clínica médico-cirúrgica, com data agendada para o procedimento. A condução das entrevistas deu-se pelas questões norteadoras: Como foi a sua procura em busca da Cirurgia Bariátrica? Quais caminhos percorreu? Como foi vivenciar esses caminhos? Durante o tempo em busca do tratamento, como foi o atendimento recebido? Como espera continuar sendo atendido? Qual é a sua expectativa para depois da cirurgia? **Resultados:** O típico da ação vivida no itinerário terapêutico percorrido pela pessoa com obesidade, em busca da Cirurgia Bariátrica, mostrou-se como aquela que procurou e trilhou diversos caminhos nos serviços públicos de saúde; vivenciou a morosidade do tempo de espera na fila aguardando pela cirurgia, o que contribuiu tanto para o amadurecimento e reflexão sobre a situação vivida quanto para a manutenção e/ou aumento de peso, desencadeando problemas biopsicossociais e limitações no seu cotidiano; conviveu com a ansiedade, a dor, a incerteza do futuro e até mesmo com o medo da morte; sentiu-se descuidada durante o itinerário percorrido devido à lacuna existente entre o atendimento recebido e o preconizado pelas políticas, programas e diretrizes; considerou a ajuda dos profissionais de saúde imprescindível para que conseguisse percorrer o caminho e chegar até a aprovação para a Cirurgia Bariátrica; espera melhor estrutura nas redes de atendimento, práticas de cuidado realizadas por equipe multidisciplinar capacitada e diminuição da lacuna entre o atendimento ofertado pelo Serviço Público e a situação vivida no itinerário terapêutico. Para além da Cirurgia Bariátrica almeja a possibilidade de retomar a realização de atividades simples e rotineiras, ser inserida na sociedade e poder empreender na carreira profissional. **Conclusão:** Ao percorrer o caminho em busca da Cirurgia Bariátrica, a pessoa com obesidade experimenta dificuldades e barreiras, que a leva a buscar e utilizar recursos que nem sempre estão disponíveis no Sistema de Saúde, mas fazem parte do itinerário percorrido. O acesso e o acolhimento das necessidades e expectativas de cuidado das pessoas com obesidade podem favorecer o aprimoramento e o incremento da qualidade dos Serviços de Saúde oferecidos. Salienta-se a necessidade de a equipe multidisciplinar compreender as especificidades da pessoa com obesidade, de modo a estabelecer e compartilhar um plano de cuidados fundamentado nos aspectos sociais e individuais e da comunidade, valorizando as circunstâncias e contextos que possam interferir no itinerário terapêutico. Capacitar a pessoa para lidar com esta doença crônica de modo responsável exige que as intervenções sejam direcionadas para a compreensão da subjetividade, com propostas voltadas para os aspectos biopsicossociais.

Palavras-Chaves: Enfermagem; Obesidade; Itinerário Terapêutico; Assistência à Saúde; Equipe Multidisciplinar; Pesquisa Qualitativa.

Conz CA. The Search for Bariatric Surgery: therapeutic itinerary experienced in the Public Health Service [thesis]. São Paulo: School of Nursing. University of São Paulo, 2018.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a public health problem that requires the system to organize itself so as to assist people experiencing this situation. When reaching out for bariatric surgery through the public health system, people come to face several choices that make up the set of paths taken. **Objective:** To understand the therapeutic itinerary taken in the Public Health Service by the person with obesity in search of Bariatric Surgery. **Method:** This qualitative study, using a phenomenological approach, was conducted in a public hospital in São Paulo. Study participants were 17 obese people who were candidates for a bariatric surgery through the Brazilian unified health system, and who were hospitalized in the medical-surgical clinic of the studied hospital, with a date scheduled for the procedure. Interviews were conducted following the guiding questions: How was your search for Bariatric Surgery? Which paths did you take? What was it like to experience these paths? During the time you searched for treatment, what was the service you received like? How do you expect to be served from now on? What are your expectations after the surgery? **Results:** The usual experience lived in the therapeutic path taken by obese people who search for a bariatric surgery was that of a person who searched and took several paths in public health services; experienced a slow waiting list for the surgery, which contributed significantly for them to become more mature and reflect on the situation experienced as regards the weight maintenance and/or gain, triggering biopsychosocial problems and limitations in their daily living; experienced anxiety, pain, uncertainty regarding the future and even fear of death; felt neglected during the path taken due to the gaps existing between the service received and that recommended in policies, programs, and guidelines; considered the help of health professionals essential to be able to take the necessary path to get to the approval of a bariatric surgery; hopes for a better structure in service networks, care practices performed by a qualified multiprofessional team and the reduction of gaps between the service offered by the public system and the situation experienced in the therapeutic path. After the bariatric surgery, these individuals expect the possibility to resume performing simple and routine activities, be inserted in society and be able to undertake in a professional career. **Conclusion:** When walking the path in search of Bariatric Surgery, the person with obesity experience difficulties and barriers, which lead them to search and use resources that are not always available in the Health System, but which are part of the path taken. Access and embracement of the care needs and expectations of obese people can favor an improvement and an increase in the quality of the Health Services offered. It is worth noting the need for the multiprofessional team to understand the specificities the person with obesity, so as to establish and share a care plan grounded on community, social and individual aspects, valuing the circumstances and contexts that may interfere in the therapeutic path. Interventions must be directed towards the understanding of subjectivity, with proposals considering biopsychosocial aspects, in order to qualify people to deal with this chronic disease with responsibility.

Keywords: Nursing; Obesity; Therapeutic Path; Delivery of Health Care; Patient Care Team; Qualitative Research.

Conz CA. La búsqueda por Cirugía Bariátrica: percurso terapico vivido en el Servicio Publico de Salud. [tese]. San Pablo: Escuela de Enfermajen. Universidad de San Pablo; 2018

RESUMEN

Introducción: La obesidad es un problema de salud pública que exige que el sistema se organice para atender a quienes experimentan dicha condición. Buscando la Cirugía Bariátrica en el Servicio Público de Salud, la persona se encuentra ante diversas elecciones que constituyen la red del itinerario transitado. **Objetivo:** Comprender el itinerario terapéutico transitado en el Servicio Público de Salud por la persona obesa en búsqueda de una Cirugía Bariátrica. **Método:** Investigación cualitativa de abordaje fenomenológico, realizada en Hospital Público de São Paulo. Participaron 17 personas con obesidad que solicitaban una Cirugía Bariátrica por el Sistema Único de Salud, internadas en Servicio de Cirugía Clínica, con fecha para el procedimiento. Entrevistas organizadas en torno a las preguntas orientadoras: ¿Cómo fue su proceso de búsqueda para una Cirugía Bariátrica? ¿Qué caminos transitó? ¿Qué tal resultó recorrer esos caminos? Durante la búsqueda del tratamiento, ¿cómo fue la atención recibida? ¿Cómo cree que continuará siendo atendido? ¿Cuál es su expectativa después de la cirugía? **Resultados:** Lo típico del itinerario terapéutico transitado por la persona con obesidad que solicita una Cirugía Bariátrica mostró a alguien que buscó y rebuscó por diversos caminos en los servicios públicos de salud; padeció tiempos de espera en las filas aguardando su cirugía, habiendo contribuido ello tanto para madurar y reflexionar sobre la situación como para mantener y/o aumentar su peso, desencadenando problemas biopsicosociales y limitaciones cotidianas; convivió con la ansiedad, el dolor, la incertidumbre sobre el futuro, hasta con el miedo a la muerte; se sintió descuidada durante el trayecto recorrido debido a la diferencia manifiesta existente entre la atención recibida y lo recomendado por las políticas, programas y directrices; consideró imprescindible la ayuda de los profesionales de salud para conseguir transitar el camino y obtener la aprobación de su Cirugía Bariátrica; espera una mejor estructura de las redes de atención, prácticas de cuidado realizadas por equipos multidisciplinarios capacitados y disminución de la divergencia entre la atención brindada por el Servicio Público y la situación vivida en el itinerario terapéutico. Además de la Cirugía Bariátrica, desea la posibilidad de volver a realizar actividades simples y rutinarias, reinsertarse en la sociedad y reemprender la carrera profesional. **Conclusión:** Al recorrer el camino a por la Cirugía Bariátrica, la persona con obesidad enfrenta dificultades y barreras que la hacen buscar y utilizar recursos no siempre disponibles en el Sistema de Salud, pero que forman parte del itinerario recorrido. El acceso y el acogimiento de las necesidades y expectativas de cuidado de estas personas pueden facilitar el mejoramiento y el incremento de calidad de los Servicios de Salud ofrecidos. Corresponde destacar la necesidad de que el equipo multidisciplinario comprenda las particularidades de la persona con obesidad, a fin de establecer y compartir un plan de atención fundamentado en aspectos sociales, individuales y comunitarios, valorizando circunstancias y contextos que pudieren interferir en el itinerario terapéutico. Capacitar a la persona para enfrentarse a este padecimiento crónico de manera responsable exige que las intervenciones obedezcan a comprender la subjetividad, con propuestas orientadas a los aspectos biopsicosociales.

Palabras Clave: Enfermería; Obesidad; Itinerario Terapéutico; Prestación de Atención de Salud; Equipo Multidisciplinario; Investigación Cualitativa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de atenção para prevenção, tratamento e acompanhamento da obesidade nos níveis de complexidade do SUS.	39
Figura 2 - Referencial Teórico de Alfred Schütz	46
Figura 3 - Conceitos de Alfred Shütz Utilizados no Estudo	51
Figura 4 - Percurso Metodológico	60
Figura 5 - Motivacionais do Vivido	90
Figura 6 - Síntese do Desvelamento do Fenômeno do Estudo.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Obesidade
CB	Cirurgia Bariátrica
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia Saúde da Família
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
NEPEFE	Universidade Federal de Goiás
NHLBI	Guideline do National Heart, Lung, and Blood Institute
OMS	Organização Mundial da Saúde
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 Aproximação do Pesquisador com a Temática do Estudo.....	20
1.2 Objetivo e Justificativa	22
2 REVISITANDO A LITERATURA.....	26
2.1 Obesidade: Panorama Geral.....	26
2.2 Itinerário Terapêutico da Pessoa com Obesidade	30
2.3 Estratégias e Ações no Atendimento à Pessoa com Obesidade.....	34
3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	43
3.1 Pesquisa Qualitativa com Abordagem Fenomenológica	43
3.2 Referencial Teórico e a Interface com a Temática do Estudo	47
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
4.1 Cenário e Participantes da Pesquisa	53
4.2 Coleta dos Depoimentos	56
4.3 Organização e Análise dos Dados	57
4.4 Aspectos Éticos.....	58
5 RESULTADO.....	62
5.1 Síntese da Situação Biográfica dos Participantes	62
5.2 Constituição das Categorias Motivacionais do Vivido.....	66
5.4 Tipo Vivido.....	88
6 DISCUSSÃO.....	92
7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR, ENSINO E PESQUISA	116
8 CONCLUSÃO.....	122
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES.....	138
ANEXOS	141



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO DO PESQUISADOR COM A TEMÁTICA DO ESTUDO

Desde o Curso de Mestrado, faço parte do Grupo de Pesquisa Qualitativa com abordagem Fenomenológica na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Durante o curso de doutorado, tive a oportunidade de participar da apresentação de Projetos de Pesquisa sobre a temática obesidade, assim fui conhecendo os fenômenos dessa complexa doença crônica não transmissível. No decorrer das apresentações dos estudos, este tema foi me envolvendo, porém sem uma definição precisa sobre o que estudar com profundidade.

Naquele tempo, muitas foram minhas reflexões sobre o assunto. Inicialmente, pensei em buscar a percepção das enfermeiras no atendimento aos pacientes na Atenção Primária à Saúde (APS). Como sempre atuei em Unidade de Terapia Intensiva com crianças e adultos, minha prática profissional está distante desta proposta, levando-me a buscar conhecimentos que me servissem de base para desenvolver o estudo. Dessa forma, fiz contato com enfermeiras da rede pública – Unidade Básica de Saúde (UBS); ambulatório de especialidades; subcoordenadoria e coordenadoria do Serviço Público da Prefeitura e hospital de referência para Cirurgia Bariátrica (CB).

Concomitantemente, para melhor subsidiar meu entendimento, matriculei-me em disciplinas do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, às quais abordavam a promoção da saúde, não com foco na doença, como é a minha vivência, mas sim com o olhar para a saúde coletiva e do indivíduo.

O contato com as enfermeiras me permitiu aproximar dos campos de atuação, a fim de que eu conhecesse a dinâmica do Serviço Público de Saúde quanto ao atendimento à pessoa com obesidade. Por diversas vezes, questioneei como essas pessoas são acolhidas, acompanhadas e apoiadas quando vivenciam o processo de engordar e optam por algum tipo de tratamento para emagrecer. Percebi que, na Atenção Primária, a visão é geral, com maior abordagem em outras doenças associadas, como hipertensão, Diabetes *Mellitus* e Doenças Cardiovasculares. E também que o emagrecimento somente é focado em duas situações: se a própria pessoa relata querer emagrecer ou se há alguma comorbidade importante associada à obesidade, neste caso, as intervenções se dão por meio de indicação médica.

Nos dois casos, ou seja, quando há manifestação da vontade do usuário em iniciar tratamento para emagrecer, ou quando há indicação do médico, o paciente é encaminhado para acompanhamento com outros profissionais, como enfermeira, nutricionista e psicólogo (quando há na unidade).

Não havendo sucesso no tratamento proposto, ele é encaminhado para o ambulatório de especialidades para consulta com endocrinologista, que, se julgar necessário, irá solicitar alguns exames laboratoriais e encaminhá-lo para um dos hospitais de referência. À partir deste momento será avaliada a necessidade de indicação para Cirurgia Bariátrica, e posterior inscrição na fila para acompanhamento, bem como a necessidade ou não de internação no hospital de retaguarda, até o agendamento do procedimento, que por vezes, leva anos.

Tais pacientes, depois de operados, permanecem sendo acompanhados pela equipe cirúrgica, isso porque não há comunicação entre os diversos níveis de atendimento, nem referência especializada para as unidades de origem, ou da região da qual fazem parte. Os profissionais das unidades básicas de saúde somente ficam sabendo que algum usuário fez a Cirurgia Bariátrica se ele estiver dentro da área de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e receber a visita de um agente comunitário; ou se procurar a unidade por demanda espontânea e referir ter realizado o procedimento.

Depois de eu ter compreendido como se dá o fluxo prescrito a ser seguido por quem deseja emagrecer, as ações disponíveis para o tratamento da pessoa com obesidade e, por fim, como eu estava vivenciando o excesso de peso e enfrentando dificuldades para emagrecer, despertou em mim o interesse em compreender como é o itinerário terapêutico desses usuários. Diante disso, aproximei-me das publicações acerca dos programas do Ministério da Saúde (MS), a fim de observar a implementação das ações descritas na prática; assim, foi-se delineando a temática deste estudo. Optei por começar minha busca, no sentido de entender como e qual é o caminho percorrido pelas pessoas com obesidade que desejam realizar a Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde, pelo hospital de referência para a CB e fazer o caminho contrário, para então compreender como os pacientes com obesidade têm acesso ao tratamento e como vivenciam o caminho percorrido nesta procura.

Ao perscrutar as diversas abordagens enfocadas na literatura sobre a experiência de pessoas com obesidade que buscam pela cirurgia para redução de peso no Serviço Público, algumas indagações foram surgindo, as quais permearam este estudo: Como a pessoa com obesidade percebe o itinerário percorrido em busca do tratamento cirúrgico? Que possibilidades

de atendimento encontram no Serviço Público de Saúde? Qual o significado do tempo decorrido desde a procura pelo atendimento até o agendamento da Cirurgia Bariátrica? Quais sentimentos emergem nessa pessoa ao percorrer o caminho em busca da cirurgia? Como a pessoa com obesidade percebe o atendimento recebido durante o itinerário terapêutico vivido? Quais são suas expectativas de cuidado e o que esperam depois da Cirurgia?

1.2 OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

A reflexão referente aos achados literários e as indagações sobre como a pessoa com obesidade vivencia o caminho realizado, na busca pelo tratamento no Serviço Público de Saúde, culminou no objetivo desta pesquisa: Compreender o itinerário terapêutico vivido no Serviço Público de Saúde pela pessoa com obesidade em busca da Cirurgia Bariátrica.

A história do Sistema de Saúde mostra como se deu o desenvolvimento do processo de cuidar, no qual o modelo tradicional tinha como foco a doença e, a partir dos fatores de risco, traçava-se o tratamento. Este pensamento positivista tem a sua importância e não deve ser descartado nem diminuída a sua relevância para as estratégias de assistência. Todavia, com a evolução dos conceitos de saúde-doença, faz-se necessária a construção de um novo pensar e novas formas de cuidar, articuladas com o que já está posto, porém com foco na pessoa doente, no contexto histórico e no mundo vida em que se encontra (Loureiro, Miranda, 2010; Czeresnia, Freitas, 2012;).

As ações e caminhos, traçados pelo Ministério da Saúde, a serem percorridos pelos que escolhem e optam por buscar pelo tratamento da obesidade, denotam o fluxo de um cuidado prescrito a ser seguido. Todavia, o fluxo dessas ações nem sempre estão articuladas com as necessidades de cuidado real do indivíduo, com as redes socioculturais que compõem a sua vivência, com o contexto em que está inserido, que o motivou a construir e escolher seu próprio itinerário, independentemente das agências de saúde e dos recursos disponíveis.

A obesidade é um problema de saúde pública, por isso exige que o sistema se organize para atender às pessoas que vivenciam essa situação, pois, o processo de engordar se dá por diversos fatores, por isso precisa ser considerado de forma multidimensional, com ações que potencializem todos os aspectos envolvidos na busca pelo tratamento da doença. As pessoas que

se encontram em tal situação merecem ser olhadas com respeito, e as estratégias implementadas para o cuidado devem permitir que exerçam suas escolhas, não lhes impondo normas e fluxos previamente elegíveis.

A mola propulsora na construção do objeto deste estudo, “Itinerário terapêutico vivido por pessoas com obesidade na busca pela Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde”, deu-se devido à fragmentação da organização dos Sistemas de Saúde, com enfoque na doença e não na pessoa doente, orientada mais para condições agudas do que para as doenças crônicas, em especial, as não transmissíveis. Considerou-se também os apontamentos feitos por vários autores, como Mendes (2012); Czeresnia, Freitas (2012); Barros (2015a), sobre o desajuste na comunicação entre os profissionais nos múltiplos níveis de cuidado nos diversos setores, o desencontro das informações, a falta de coesão nas tomadas de decisão na rede de atendimento, o descompasso entre a rapidez dos avanços referentes a transição geográfica, epidemiológica, a inovação tecnológica e a lenta capacidade de adaptação do sistema de atenção à saúde em relação a essas mudanças.

Ao se deslocarem pelo Sistema de Saúde, os usuários estruturam seu próprio sistema quando tomam decisões e com elas constroem uma história, que não é conectada por pontos específicos, nem tampouco prescrita em um mundo de redes, mas constituída de ações que são desenvolvidas ao longo da vida, à medida que estabelece relação intersubjetiva com os que fazem parte do seu mundo de experiências (Bonet, 2014).

O processo de escolha e de mudança de comportamento, na busca por solução dos problemas de saúde, culmina nas ações que alicerçam os fundamentos propostos pelo itinerário terapêutico, pois são constituídos por aspectos cognitivos e interativos que envolvem todos os movimentos desencadeados na preservação ou recuperação da saúde (Alves, 2015).

Tais ações e saberes são influenciados por construções e interpretações subjetivas, individuais e coletivas, que nem sempre se enquadram com modelos preconizados, integrados e coerentes. Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que levam a pessoa a encontrar diferentes formas de construir uma determinada trajetória para resolver seus problemas em saúde, sem, muitas vezes, perceber a conexão do caminho escolhido. Tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói-se uma determinada trajetória (Bonet, 2014; Alves, 2015; Zillmer, Silva, 2016).

Dessa forma, este estudo justifica-se na medida em que poderá fornecer evidência não só ao desenvolvimento de políticas eficazes, mas também para a garantia da avaliação quanto à disseminação de abordagens e ações comprovadamente eficazes. Ações que possibilitem à pessoa com obesidade tornar-se protagonista do seu cuidado, melhorar a implantação, implementação, acompanhamento e controle abrangente, bem como adequação dos manuais propostos pelo Ministério da Saúde com a realidade vivenciada pelas pessoas com obesidade na trajetória percorrida no Serviço Público de Saúde em busca da cirurgia bariátrica. Essas evidências contribuirão para diminuir a lacuna existente entre o que é vivido e o atendimento recebido.



REVISITANDO A LITERATURA

2 REVISITANDO A LITERATURA

2.1 OBESIDADE: PANORAMA GERAL

O Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde relataram que as principais causas das mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas nos últimos 50 anos referem-se ao envelhecimento populacional, à rápida urbanização e à globalização de estilos de vida pouco saudáveis. Isso leva ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) em porcentagens maiores que as doenças infecciosas, configurando importantes fatores de risco para mortalidade e morbidade. Dentre as DCNTs, a obesidade é uma das que apresenta maior índice de prevalência e incidência no mundo (Brasil, 2013; NHLBI, 2013; Stevens, 2014;).

O *McKinsey Global Institute* conceitua obesidade como sendo: “um problema complexo, sistêmico multicausal, enraizado na natureza sedentária da vida moderna pós-industrial, alimentos mais amplamente disponíveis e mais acessíveis, uma mudança na natureza e mistura de dietas e estímulos psicológicos” (McKinsey Global Institute, 2014, p.120).

Uma ampla pesquisa internacional, realizada em 186 países, demonstrou que o número de obesos no mundo cresceu seis vezes nas últimas quatro décadas, passando de 105 milhões de pessoas acima do peso em 1975 para 641 milhões em 2014. A pesquisa ressalta ainda que a proporção de homens com obesidade subiu de 3,2 para 10,8% e que a parcela de mulheres na mesma condição saltou de 6,4 para 14,9%. Os resultados permitiram fazer uma projeção e salientar que, se as pessoas continuarem a engordar no ritmo atual, cerca de um quinto da população mundial estará acima do peso saudável em menos de dez anos. Em 2025, a prevalência da obesidade global atingirá 18% em homens e ultrapassará 21% em mulheres, e a obesidade grave irá superar 6% em homens e 9% em mulheres (Majid, 2016).

Os resultados de outro estudo realizado com 195 países, sobre a obesidade no mundo, mostram que a DCNT atinge regiões que historicamente tiveram escassez de alimentos, como a África. Dentre os países analisados, no período de 1980 a 2015, as taxas de pessoas obesas dobraram em pelo menos 73 deles, incluindo a Turquia, a Venezuela e Butão. Na maioria dos demais países houve aumento contínuo de pessoas com obesidade (Afshin et al., 2017).

Esses índices mostram-se agravados também em uma investigação que avaliou a repercussão da obesidade no mundo. Os autores obtiveram como resultado que esta DCNT mata

mais que o baixo peso, e que em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos estavam obesos. Destes, mais de 650 milhões possuíam Índice de Massa Corpórea (IMC) classificado como obeso mórbido. Outro dado que merece ser ressaltado é que 39% dos adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, apresentaram sobrepeso e 13% já estavam com grau maior de excesso de peso (World Health Organization - WHO, 2017).

Correlacionando a obesidade em diversos países, mais de um em cada quatro adultos é obeso na Austrália, no Canadá, no Chile, na África do Sul e no Reino Unido (Organization for Economic Co-operation and Development - OECD, 2017). Na China, o percentual de obesos é de 15% da população, já na Europa e no Japão chegam a 20% (Freitas, 2016). Nos Estados Unidos, os dados são mais alarmantes. Neste País a obesidade é classificada como uma epidemia, com aumento contínuo de seus índices. Isto porque, em cinco estados, as taxas ultrapassaram 35%; em 25 estados excederam a 30%; e 25% em 46 deles, o que configura um importante problema de saúde pública. A estimativa geral é de que cerca de 72,5 milhões de adultos, ou seja, um terço dos americanos têm excesso de peso, e o México caminha na mesma direção (Center for Disease Control and Prevention - CDC, 2017).

Na União Europeia, a Inglaterra é a que tem maior número de pessoas com excesso de peso. Mais de um quarto dos adultos (26% de homens e mulheres com 16 anos ou mais) foi classificado como obeso, com Índice de Massa Corporal de 30 kg/m² ou mais. Entretanto, quando as estimativas se referem à obesidade severa, ou seja, super ou supersuper obesos, os Estados Unidos da América (EUA) lideram os índices indicados tanto para homens (27,8%), quanto para mulheres (18,3%) (National Health Service, 2013; WHO, 2014a; Majid, 2016).

O Relatório Mundial sobre as doenças não transmissíveis, publicado pela World Health Organization (WHO), mostrou que a prevalência de sobrepeso e obesidade é maior na Região das Américas, na qual 61% da população, em ambos os sexos, está acima do peso ou obesa, e 27% apresentam obesidade grau III ou mais. Na Região da Ásia do Sudeste, o índice alcança 22% com excesso de peso em ambos os sexos, e cinco por cento de obesos mórbidos (WHO, 2014b).

Ratificam estes achados a pesquisa realizada em 2014, no Brasil, pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, a qual demonstra que 52,5% dos brasileiros estão acima do peso e 17,9% são obesos. Em 2006, o índice de pessoas com sobrepeso era de 43%. A prevalência do excesso de peso foi maior entre os homens. Quando comparado com alguns países, o Brasil está em terceiro lugar, com 52,5%, seguido da China e Índia com 25,4 e

11% respectivamente; no entanto, a África do Sul (65,45) e a Rússia (59,85) estão em primeiro e segundo lugares. Em relação aos países da América Latina, o Brasil alcança o quinto lugar, com 17,9%, seguido do Chile (25,1), Paraguai (22,8), Argentina (20,5) e Uruguai (19,9), todos em porcentagem (Brasil, 2015a).

Enfatizando este *ranking*, e consolidando os resultados já obtidos, outras recentes pesquisas nacionais mostram que o País vivencia uma transição da desnutrição para a obesidade, isso porque, o índice de excesso de peso cresceu 26,3% em dez anos, passando de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016. Outro fato relevante é que o número de obesos aumenta com a idade, ou seja, é mais prevalente na faixa etária entre 35 e 64 anos, duplica a partir dos 25, e apresenta maior incidência em indivíduos com menor escolaridade. Em relação ao sexo, o resultado mostrou que há equiparação entre homens e mulheres (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2017; Brasil, 2018).

Para a mensuração do grau de obesidade, o IMC é um dos principais métodos utilizado na avaliação sobre as condições de peso de um indivíduo. Entre as suas principais vantagens, destaca-se a facilidade de aplicação, visto que é calculado de forma bastante simples, dividindo-se o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em metros) (WHO, 2012; ABESO, 2015).

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016) menciona que a OMS estabelece alguns pontos de corte para classificação da obesidade por meio do IMC. Valores entre 30 e 34,9 kg/m² são considerados obesidade I; 35 a 39,9 kg/m², obesidade II e acima de 40, obesidade mórbida ou grau III (Godoy-Matos, 2009). Já a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica (*American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* - ASMBS) adota uma subclassificação para obesidade mórbida, na qual o IMC entre 50 e 59,9 kg/m² é considerado superobesidade e IMC >60 kg/m² pode ser chamado de super-superobesidade (ASMBS, 2015).

A obesidade não somente está dentro do rol das DCNTs, como também está associada ao aumento da mortalidade e à ocorrência de diversas comorbidades, como Diabetes Mellitus, dor musculoesquelética, Hipertensão Arterial Sistêmica, apneia obstrutiva do sono, doença cardíaca, acidente vascular cerebral e câncer (WHO, 2012). Os dados sobre o aumento da incidência dessas doenças são alarmantes, e as consequências que ganham maior destaque referem-se ao tratamento longo, baixa qualidade de vida e absenteísmo (Obesity, 2016).

Os Centros de Controle e Prevenção de Obesidade (*Center for Disease Control and Prevention* - CDC) salientam que os indivíduos com um IMC superior a 30 têm um risco aumentado de 50 a 100 por cento de morte prematura em comparação com os que têm peso considerado saudável, bem como um aumento do risco de desenvolvimento de mais de 40 doenças e condições relacionadas com a obesidade, incluindo diabetes tipo 2, doença cardíaca e câncer (Ogden et al., 2013; CDC, 2016, 2017).

O risco de morte em indivíduos com IMC acima de 30 também é apontado pelo CDC e foi reforçado em uma pesquisa realizada pelo Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde da Universidade de Washington, publicada no *The New England Journal of Medicine*. Os autores chamam a atenção para o fato de que o excesso de peso foi uma das causas de morte em quatro milhões de pessoas em 2015, associado a outras doenças; 40% dessas mortes se deram entre pessoas com excesso de peso, mas não suficientemente pesadas para serem classificadas como obesas (Afshin et al., 2017).

Na América Latina, os resultados são semelhantes. Estima-se que existam aproximadamente quatro milhões de pessoas com aumento excessivo de peso, ou seja, dois a cada três chilenos estão com excesso de peso, constituindo a segunda maior causa de anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidade, e a sexta principal causa de morte em nível nacional (Lecaros et al., 2015).

No Brasil, no que diz respeito à mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, os dados não têm sido diferentes. Os relatórios mostram que, em 2010, representavam 73,9% das causas de óbito, e, quando relacionadas com a obesidade, as estatísticas revelam que tais patologias vêm aumentando de forma contínua. Mais da metade da população está acima do peso ou obesa, sendo 58% das mulheres e 52% dos homens, deste total, 18,9% são obesos graves com distúrbios associados como hipertensão, dislipidemia, apneia do sono e doenças ortopédicas. Essas comorbidades contribuíram para a desaceleração na queda das taxas de mortalidade por DCNT e elevação do número de pessoas que procuraram pela Cirurgia Bariátrica (Whitlock et al., 2009; IBGE, 2013; WHO, 2014b).

O olhar para a pessoa com obesidade precisa ser ampliado. Uma das variáveis que merece atenção é a classificação, porque a igual ou maior que o grau III é a mais preocupante, principalmente por causa da extensa repercussão que provoca na pessoa, e muitos dos que procuram por atendimento estão nesta faixa, principalmente em países subdesenvolvidos (Ng et al., 2014).

A classificação da obesidade em grau I, II, III ou mais, comumente aceita entre os estudiosos sobre o assunto, bem como a associação com outras DCNTs, as comorbidades relacionadas, os fatores que contribuem para o ganho de peso e os tratamentos disponíveis são imprescindíveis para se estabelecer métodos e planos de cuidados. Muitas estratégias já estão sendo definidas e implantadas por organizações nacionais e internacionais, públicas e privadas, contudo, há uma lacuna entre as ações propostas e as necessidades do indivíduo, suas singularidades, como se sente quando busca atendimento nos Serviços Públicos de Saúde, não só as facilidades como as dificuldades encontradas no percurso e o que espera dos serviços e dos profissionais que o atende, que merecem ser estudadas.

2.2 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA PESSOA COM OBESIDADE

O vocábulo itinerário terapêutico, na maioria das vezes, conduz o leigo a associá-lo ao percurso realizado pelo indivíduo à procura de tratamento na rede pública, entretanto, é utilizado também no setor privado, nas agências suplementares de saúde. Isso pode ser comprovado no estudo realizado por uma rede de centros colaboradores em saúde suplementar, com o objetivo de mapear a experiência dos beneficiários/usuários de serviços da rede conveniada na região sul do Brasil e de identificar os percursos trilhados face à experiência de saúde-doença-cuidados. O relatório de conclusão mostra que o fato de alguns procedimentos mais complexos estarem subordinados a regras especiais e requererem pagamento complementar impactou a possibilidade de escolha dos usuários, conseqüentemente, alterou o percurso na busca pelo tratamento, levando os clientes a procurarem o Serviço Público de Saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2007).

Na antropologia, a análise do itinerário terapêutico iniciou com os estudos direcionados para a identificação de condutas de indivíduos, ou grupos sociais no uso de Serviços de Saúde. O objetivo fundamental desses estudos era descobrir e caracterizar os fatores socioculturais que determinavam a satisfação das pessoas que procuravam o Serviço de Saúde sob duas óticas; a primeira orientada por princípios que seguiam o funcionamento do Sistema de Saúde (contexto social); a segunda orientada pelas forças sociais, realizadas pelas pessoas que vivenciavam determinada situação e, a partir delas, pudessem escolher ou não formas de tratamento e aderir (ou não) a elas (Bonet, 2014; Alves, 2015).

A junção da lógica interna e da força dos atores constitui, de certa forma, a decisão pela procura de uma modalidade de tratamento terapêutico e a caracterização dos percalços pelos quais os indivíduos e grupos sociais chegaram a uma determinada terapêutica. As novas pesquisas utilizando esta metodologia procuram identificar os campos de possibilidades de tratamento disponíveis no universo dos atores e os problemas envolvidos no acesso a um dado sistema terapêutico (Alves, 2015).

Todavia, o termo itinerário terapêutico já está sendo rediscutido por teóricos renomados no assunto, que propõem a ampliação deste conceito para “itinerários em busca do cuidado” para que seja possível captar os fluxos reais realizados em busca do atendimento (Bonet, 2014).

Essa proposta se deu devido às práticas de cuidado envolverem dimensões que, ao serem associadas aos itinerários, devem preconizar o movimento de transversalidade em diversas áreas, não apenas no sentido biomédico, como também nas ações realizadas pelos usuários, com mobilização de todos os que estão envolvidos, dentro e fora do sistema preconizado. Dessa forma, as itinerários e as malhas de cuidado permitirão que os fluxos, as linhas e as multiplicidades de caminhos trilhados sejam redesenhados por quem vivencia determinada situação e de algum modo se relacionam uns com os outros (Bonet, 2014).

A construção dos diferentes percursos em busca de cuidados, em distintos contextos sociais, perpassa por duas condutas distintas e não necessariamente interconectadas que são: o conhecimento do itinerário terapêutico e o subsídio que este conhecimento proporciona. Tais condutas devem nortear as ações e linhas de cuidados, que não sejam meros fluxos assistenciais e técnicos, mas que estejam intimamente relacionados com as concepções sobre saúde, doença e o bem viver, para que possam permear as práticas e a construção dos projetos terapêuticos do cuidado (Silva, Sancho, Figueiredo, 2016).

Assim sendo, cabe salientar que a articulação entre itinerário terapêutico e linhas de cuidado não podem dar-se pela via técnica ou instrumental, mas sim à medida que as dimensões discursivas, ético-políticas forem ativamente incorporadas tanto na interpretação dos itinerários, quanto no modo como são apreendidos pelos atores sociais – indivíduos, usuários, profissionais de saúde e gestores (Silva, Sancho, Figueiredo, 2016).

Os pressupostos do itinerário terapêutico possibilitam à pessoa que experiencia as questões de saúde e doença compreender que esta construção ocorre de modo particular, e se modela por meio do contexto em que vive, abrangendo os aspectos econômicos, sociais e

culturais que lhe permite se organizar tanto na vida biológica, quanto na coletiva. Essa organização é resultante de um espaço de ação e interação própria e com o outro, de modo intersubjetivo, que influencia tanto na concepção de suas escolhas, quanto no atendimento das necessidades de cuidado (Silva Junior, Gonçalves, Demétrio, 2013; Roberti Junior, Benetti, Zanella, 2016).

A análise sobre o itinerário permite evidenciar que as redes de conhecimento se ligam entre si e vão modificando umas às outras, porque buscam as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades em um mundo pré-construído e pré-organizado, no qual os indivíduos nascem e desenvolvem seus trajetos biográficos (Bonet, 2014; Zillmer, Silva, 2016).

Os estudos permitem apreender que os itinerários se baseiam nas escolhas do indivíduo diante dos caminhos de tratamento percorrido, considerando o modo como veem e interpretam o mundo, sobretudo em relação ao funcionamento dos Serviços de Saúde e sobre o atendimento prestado e recebido (Lima, Baptist, Varga, 2017).

Correlacionando a obesidade com o itinerário terapêutico, a literatura é enfática ao mencionar o crescimento e a problemática que envolve o excesso de peso, pois são considerados multicausais, por isso, ao se estudar esta temática deve-se levar em consideração a influência familiar, os aspectos genéticos, metabólicos, comportamentais e o meio ambiente, além da associação com outras patologias. Tais considerações demonstram a necessidade de gerenciar adequadamente a questão da obesidade com abordagem que seja ao mesmo tempo coletiva, integralizada e individualizada por parte dos profissionais, com ações livres de estigmas ou preconceitos, respeitando as diferentes escolhas realizadas por cada ator deste cenário (Agnihotri et al., 2016; Wang et al., 2017).

Durante o caminho percorrido para emagrecer, a pessoa com excesso de peso, em especial a que apresenta IMC que indica obesidade ou superobesidade, depara-se com várias situações no cotidiano que lhe causam sofrimento. Muitas vezes, encontra-se vulnerável diante do preconceito da sociedade, da imposição da mídia pelo corpo magro, além das questões sociais e culturais e do alto custo que deve ser despendido ao longo do tratamento (Barros, 2015a, 2015b; Buboltz, Silveira, Neves, 2015).

Alguns profissionais da saúde veem o obeso como um indivíduo sedentário e sem disciplina, não como uma pessoa doente. A consequência dessa percepção distorcida é o

atendimento inadequado e ineficaz. Entre as barreiras enfrentadas na busca pelo tratamento no Serviço Público, destacam-se as institucionais (que são as deficiências estruturais, físicas e humanas na atenção básica), as econômicas (representadas pela falta de recurso e investimento do governo) Barros (2015a), e geográficas (caracterizada pela distância dos Serviços de Saúde, fazendo com que tenham que se deslocar ou até mesmo residir em outra cidade (Zillmer, Silva, 2016).

O estudo realizado por Chagas e Neves (2015) concluiu que a baixa qualidade de vida causada pela dificuldade de mobilidade física e a associação com outras doenças crônicas foram os principais motivos que levaram os pacientes com obesidade a procurarem pelo tratamento. A falta de estrutura e as dificuldades encontradas nas Unidades Básicas de Saúde e em outros serviços, bem como os aspectos físicos, sociais e saúde mental, também foram apontadas como sendo alguns dos fatores que impactam a qualidade de vida do paciente com obesidade extrema e contribuem para aumentar a vulnerabilidade deste grupo social.

Durante o percurso realizado na prestação de assistência pela pessoa com obesidade, os entraves encontrados relacionam-se com superlotação dos ambulatórios, dos serviços de emergências e setores de imagem; falta de instalações adequadas; sistemas de referências ineficientes; falta de equipes adequadas; desconhecimento da doença; preconceito com a condição de obeso e ineficaz gestão de prioridades (Barros, 2015a, 2015b).

Ainda, em relação aos entraves, não há comunicação entre os profissionais que estão na atenção primária e os dos demais setores, o que prejudica o compartilhamento intersetorial das informações nos diferentes níveis, que, na maioria das vezes, nem é realizado (Cuesta-Nova et al., 2015).

O resultado desta fragmentação e incompatibilidade do cuidado é o descredenciamento de centros de tratamento público e menor índice de procedimento e acompanhamento cirúrgico, contribuindo para uma longa fila de espera pela cirurgia e ampliação dos setores privados na prestação desse atendimento (Barros, 2015a, 2015b).

2.3 ESTRATÉGIAS E AÇÕES NO ATENDIMENTO À PESSOA COM OBESIDADE

Cabe lembrar que, entre as DCNTs, a obesidade tem sido destacada por ter alcançado proporção cada vez mais crescente, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Os riscos associados a esta doença crônica dificultam os programas de cuidado em todos os setores. Por isso, devido aos múltiplos fatores que contribuem para o desencadeamento do ganho excessivo de peso, urge a necessidade de intervenções políticas e estratégias de saúde que responsabilizem e mobilizem todos os envolvidos (Ellulu et al., 2014; Jones, Sundwall, 2016).

A ação conjunta do Estado, nas esferas federal, estadual e local, das agências governamentais e não governamentais, da sociedade, dos profissionais da saúde, da família e do indivíduo, pode promover a quebra de vários paradigmas por meio da reeducação em saúde (Ellulu et al., 2014; Jones, Sundwall, 2016).

Devido ao fato de as doenças crônicas, em especial a obesidade, apresentarem alterações ao longo do tempo e poderem ser incapacitantes, estas requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (Brasil, 2011a; Brasil, 2013). Essas tecnologias deverão permear todo o caminho percorrido pela pessoa com obesidade, na busca pela cirurgia para redução de peso.

Tais intervenções foram aprovadas na Assembleia Geral das Nações Unidas, com a proposta de que o combate à obesidade seja o principal ponto das agendas dos chefes de Estado. O Brasil é um dos países que assinou esse compromisso e vem criando políticas e programas como o “plano de ações e estratégias para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis”, com a finalidade de promover a saúde aos seus cidadãos (Castro, 2011; Brasil, 2011a).

Dentre as diretrizes preconizadas para o combate à obesidade, vale ressaltar as propostas descritas pela WHO, na qual recomenda algumas ações conjuntas em que as políticas de intervenção e prevenção devem ser prioritárias, locais e envolver as partes interessadas (WHO, 2014c).

Além desse envolvimento, as políticas multissetoriais devem incentivar a produção, comercialização e consumo de comidas saudáveis e a redução da inatividade física; realizar campanhas de educação e *marketing* social; restringir e fiscalizar a comercialização de alimentos ricos em açúcar, sal e gordura; criar ambientes saudáveis nas escolas, nas organizações, nas universidades, igrejas, comunidades e bairros, e também fiscalizar e controlar a efetividade das medidas adotadas para então propor novos planejamentos (WHO, 2014c).

Essas ações conjuntas podem tanto auxiliar no combate à obesidade e promoção da saúde, como no suporte para aqueles que necessitam de Cirurgia Bariátrica e estão na fila aguardando o agendamento do procedimento, pois à medida que o tempo vai passando as comorbidades vão aumentando.

Atentos aos riscos e agravos associados à obesidade e com o bem-estar dos cidadãos, foram realizados, nos Estados Unidos, vários estudos com o objetivo de identificar os fatores que contribuem para o ganho de peso, os desafios enfrentados e as ações realizadas para reduzir este índice, bem como o tratamento adequado a cada indivíduo. Com base nos resultados obtidos, elaboraram-se várias estratégias que englobam as habilidades e comportamentos da pessoa e os recursos disponíveis para auxiliá-las (NHLBI, 2013).

Os autores complementam que o rol de ações compreende abordagem ampla sobre a mudança do estilo de vida, dietas alternativas saudáveis, prescrição de medicamentos e encaminhamento à cirurgia para redução de peso após criteriosa e adequada seleção, com avaliação do IMC e Medida da Circunferência Abdominal para o cálculo de risco para doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão. Todas as intervenções citadas devem ser realizadas por equipe multidisciplinar especializada e precisam contemplar a genética, o ambiente, a cultura sobre o corpo, a fisiologia e o funcionamento metabólico no momento da elaboração e proposta do tratamento mais adequado. Ressalta-se que as singularidades individuais devem ser respeitadas (NHLBI, 2013).

No Brasil, merece destaque a criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (Brasil, 2012b), que tem como desafio traçar diretrizes para a organização do cuidado integral ao indivíduo – com promoção da alimentação saudável e adequada no cotidiano dos Serviços de Saúde – e editar macropolíticas que potencializem uma vida mais saudável. Cabe ainda a ela revisar os Cadernos de Atenção Básica, com propostas de ações conjuntas, que visem à mudança no comportamento da sociedade, do indivíduo e dos profissionais da saúde que, no momento da consulta, deverão interagir com o paciente, buscar conhecer a realidade

em que está inserido, para então traçar sua conduta no sentido de estimular a promoção de dieta balanceada e aumento da atividade física (Brasil, 2014a).

Vivenciando o percurso em busca da cirurgia para redução de peso, as pessoas com obesidade se percebem frágeis e cada vez mais limitadas, necessitando de uma rede maior de assistência que minimize as barreiras encontradas na procura pelo serviço público. Nesse sentido, dois estudos de Revisão Sistemática, realizados em locais distintos, mas com objetivos semelhantes de identificar as barreiras e os facilitadores da implementação do Modelo de Atenção Crônica, no nível primário de atendimento, concluíram que, entre os obstáculos encontrados, chama atenção a cultura organizacional centrada na doença, as características estruturais sem acessibilidade, as redes e comunicação ineficazes, falta de apoio dos gestores e despreparo dos profissionais. O aspecto facilitador encontrado foi a realização de reuniões com participação e colaboração de diversas especialidades no sentido de buscarem juntas as estratégias para o processo de mudança (Kadu, Stolee, 2015; Davy et al., 2015).

As pesquisas sobre essa temática evocaram a necessidade de ações como: estabelecimento de uma rede de comunicação forte entre prestadores de cuidado; compartilhamento das informações de modo informatizado; respeito às crenças e culturas regionais Kadu e Stolee (2015); utilização das ferramentas disponíveis para realizar avaliação clínica e encaminhar para especialistas, quando necessário Davy et al. (2015); e promoção da ação multidisciplinar centrada no paciente (Pomey et al., 2015).

Os autores ressaltam também que é necessário o reconhecimento, compromisso e interação por parte dos governos em todas as esferas na implementação de medidas públicas efetivas e financiamento do Sistema de Saúde com transparência, promoção do *advocacy* – reconhecimento do problema e a capacitação individual e social para a causa da saúde e mediação entre os diversos setores (intersetorialidade) (Kadu, Stolee, 2015; Davy et al., 2015). A ação deve abranger cinco campos prioritários: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do Sistema de Saúde. Enfim, envolver todos na construção e execução de um novo modelo de saúde (Pomey et al., 2015).

Ratifica os achados acima, os relatos de Rech et al. (2016) ao concluírem em seu estudo que as políticas públicas voltadas para a obesidade precisam ampliar o campo de visão em relação à complexidade que envolve este tema, com proposta de ações e estratégias que abordem também outros problemas relacionados ao peso e alimentação, como a atividade física,

a imagem corporal, a influência da mídia e a autoestima, com programas intersetoriais com envolvimento da saúde, educação e cultura, além de outras.

Lobstein e Jackson-Leach (2016) complementaram ao descreverem que se não houver um serviço de triagem local, com ações regionais, é provável que as metas estipuladas para diminuir a obesidade não sejam alcançadas, o que demanda por parte dos fornecedores de Serviços de Saúde um planejamento mais significativo em relação não só à obesidade, mas também à complexidade que a envolve.

Cabe mencionar ainda que a busca pelo emagrecimento pela pessoa com obesidade é influenciada por vários fatores, e o planejamento e implementação de ações resolutivas são essenciais para que o objetivo seja ou não alcançado. Esses fatores foram descritos por Lobstein e Jackson-Leach (2016) como sendo: conscientização do governo e dos gestores sobre a escala potencial e crescente que envolve esta problemática; estimativa fidedigna quanto ao número de pessoas obesas na área de abrangência; intervenções profissionais consideráveis no sentido de melhorar a saúde e disponibilização de recursos.

Esses dados estão em consonância com uma investigação, realizada no Reino Unido, com o objetivo de avaliar o resultado da atuação do governo no combate à obesidade. Os autores concluíram que para o alcance das metas estabelecidas faz-se necessário uma ação robusta, decisiva e multissetorial no sentido de fiscalizar, controlar e punir as indústrias e o comércio que não cumprirem as leis que dizem respeito à produção, comercialização e a publicidade de alimento que podem contribuir com o aumento de peso (Horton et al., 2016).

Discorrendo ainda sobre ações conjuntas no combate à obesidade, a OECD e a WHO salientam que urge a ampliação de políticas de comunicação destinadas a capacitar as pessoas a fazerem escolhas mais saudáveis. Esta capacitação pode ser realizada utilizando alguns mecanismos como rotulagem de alimentos, campanhas de mídia em massa para aumentar a conscientização pública, uso de redes sociais e novas tecnologias para promoção da saúde (WHO, 2016a; OECD, 2017).

Além da capacitação dos usuários, torna-se também imprescindível a regulamentação reforçada sobre a comercialização de produtos potencialmente insalubres, como os açucarados, combinado com a tributação, associado a intervenções em escolas e em ambientes de atenção primária com políticas regulatórias e fiscais mais amplas (WHO, 2016a; OECD, 2017).

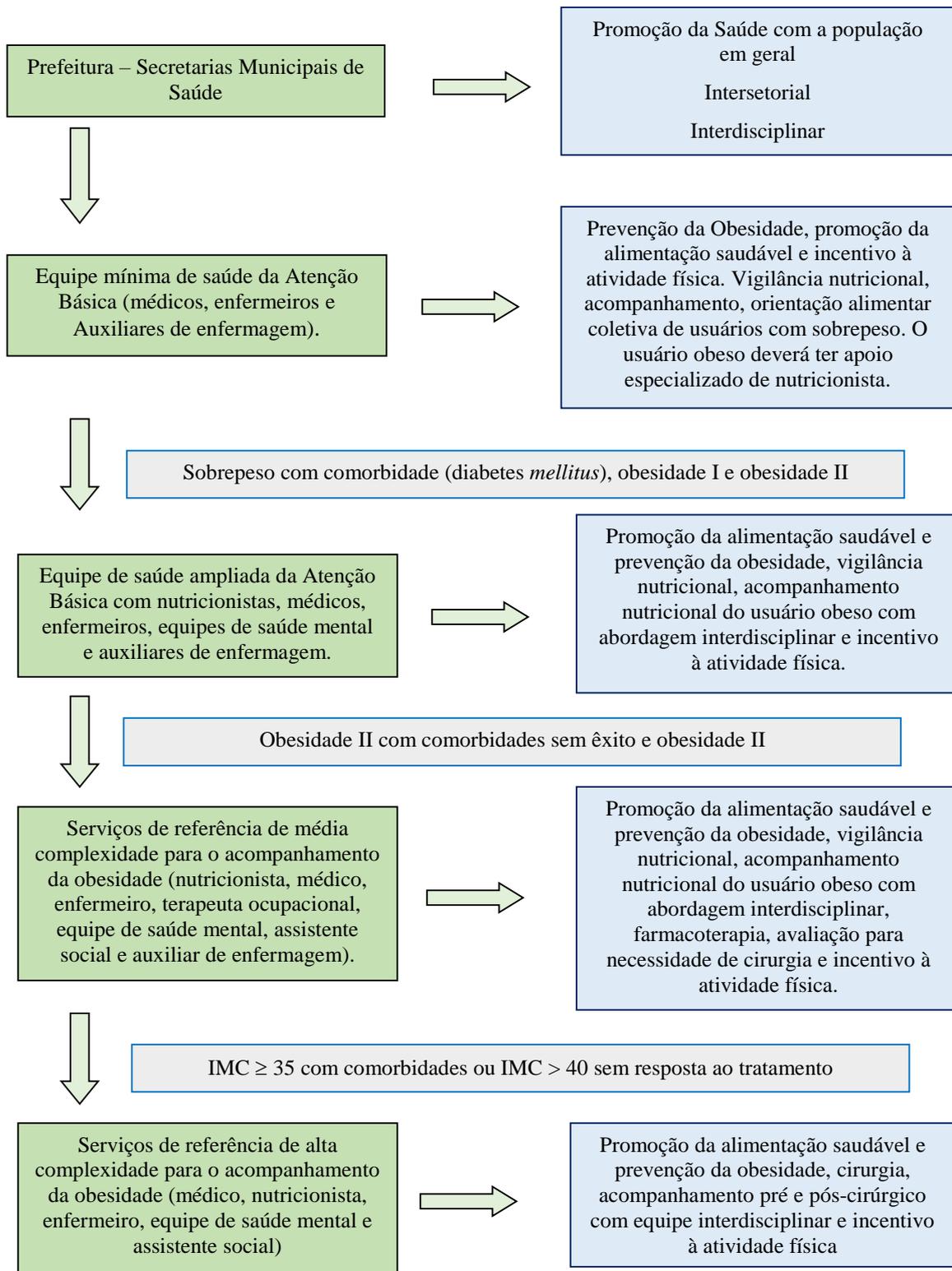
Nesse mesmo sentido, com o objetivo de garantir à população o acesso universal à saúde de modo equitativo e com qualidade no combate a obesidade, a Organização Pan-Americana de Saúde, juntamente com a OMS, publicou um relatório contendo estratégias a serem adotadas que merecem ser destacadas. Dentre elas, cita-se o fortalecimento da governança com políticas e ações destinadas a promover dietas saudáveis; formação de parcerias estratégicas, mobilização de recursos e comunicação usando tecnologia inovadora e iniciativas conjuntas específicas; acompanhamento e avaliação da estratégia de cooperação e monitoramento contínuo dos resultados (WHO/PAHO, 2016b).

Dentre as medidas propostas e descritas acima, o Brasil assumiu a responsabilidade de implantar algumas metas para reduzir a obesidade até o ano de 2019. Metas estas relatadas na pesquisa realizada pela Vigitel: deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de políticas intersetoriais de saúde e segurança alimentar e nutricional; reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial em pelo menos 30% na população adulta e aumentar em no mínimo 17,8% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente (Brasil, 2018).

Algumas dessas ações já estão sendo realizadas pelo Ministério da Saúde e são reconhecidas mundialmente, tais como: a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014 (Brasil 2014b); a publicação do Guia de Alimentos Regionais Brasileiros (Brasil, 2015b); estabelecimento de prioridades na promoção da Saúde com 39.859 equipes de saúde da família atendendo a 5.412 municípios do País, além de 4 mil equipes multiprofissionais, sendo 83% com nutricionistas, além de outros (Brasil, 2018).

Buscando padronizar o fluxo a ser seguido pelo paciente obeso que procura por tratamento, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, estabeleceu a trajetória e as ações a serem seguidas, como mostra a Figura 1:

Figura 1 - Fluxo de atenção para prevenção, tratamento e acompanhamento da obesidade nos níveis de complexidade do SUS.



Fonte: Brasil, 2006.

O tratamento para a obesidade envolve vários métodos, aqui apresentados, que devem ser incentivados e colocados em prática, no entanto, cabe ressaltar que alguns deles, ou seja, os menos invasivos, nem sempre atingem resultados satisfatórios. Além disso, os pacientes com IMC alto, acima de 40 kgm², na maioria das vezes necessitam de intervenções mais agressivas, como o uso de medicamentos e cirurgia. O ideal é que haja mecanismos eficazes no combate ao excesso de peso com uso de tecnologias leves, e as ações mais complexas sejam utilizadas somente quando indicadas e com precaução (Wannmacher, 2016; Rodríguez, Campbell, 2016).

Vários estudos enfatizam que quando as estratégias estruturadas forem insuficientes ou não as mais adequadas no controle de peso, a cirurgia para redução de peso deve ser considerada como sendo mais uma opção no tratamento da pessoa com obesidade, todavia, este procedimento deve ser bem avaliado e o paciente preparado previamente (WHO, 2014b; McGraw, Wool, 2015; Wharton et al., 2016;).

Ao pensar em cirurgia no Serviço Público de Saúde, Agnihotri et al. (2016) mencionam que as condições de saúde podem ser divididas entre as que exigem e as que não exigem o procedimento, pautadas no diagnóstico; no aporte físico, mental e psicológico do paciente; no preparo e disponibilidade dos cirurgiões e das instituições; bem como uma análise mais aprofundada do cenário global. Esta análise deve levar em consideração o empreendimento e o investimento a serem dispendidos na infraestrutura tanto humana quanto física e material.

Em relação à Cirurgia Bariátrica, o *Guideline do National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI, 2013) afirma que esse procedimento para redução de peso está sendo cada vez mais indicado e aceito, tanto entre os profissionais da saúde como na população em geral. No entanto, salienta que esta opção deve ser feita com cautela, e a indicação e escolha da técnica a ser adotada devem ser realizadas com base no perfil individual do paciente, nos fatores de risco, nas condições ambientais e na possibilidade de acompanhamento multidisciplinar antes e depois da cirurgia, a fim de proporcionar benefícios eficazes e seguros em curto, médio e longo prazo.

Por ser um procedimento de alta complexidade, e que requer um cuidado especial em todas as fases, ou seja, pré, intra e pós-operatório é imprescindível que seja oferecido um atendimento avançado tanto tecnológico, quanto profissional. Sendo assim, a ABESO (2016) preconiza que a assistência deve ser prestada por equipe interdisciplinar especializada com experiência em obesidade e Cirurgia Bariátrica, composta por endocrinologista, cirurgião bariátrico, nutricionista ou nutrólogo, psiquiatra ou psicólogo, anestesista, enfermeiro,

assistente social e eventualmente outros. Ressalta também que deve ser realizada em centros devidamente qualificados com equipamentos adequados.

As ações conjuntas e compartilhadas entre pacientes e profissionais da rede de cuidados, com apoio intersetorial, ao se estenderem para além da prática e chegarem até a comunidade irão potencializar os efeitos positivos da assistência prestada. Cada um atuará na sua área de competência e todos estabelecerão o melhor tratamento para cada caso (Kelley, Sbrocco, Sbrocco, 2016; Bernstein, Manning, Julian, 2016; Oliveira et al., 2016).

Assim sendo, o atendimento ao paciente com obesidade deve abarcar a singularidade do indivíduo em toda sua concretude e complexidade dentro do contexto em que está inserido, pois a compreensão das suas experiências e expectativas, durante o percurso, pode evidenciar elementos para propor e implementar estratégias e ações a fim de diminuir a lacuna existente entre o vivido e o atendimento recebido.



REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 PESQUISA QUALITATIVA COM ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

A pesquisa qualitativa é ideal para descrever fenômenos complexos do mundo real, não desvelados pelos dados quantitativos; busca a compreensão do significado dado pelo indivíduo às suas ações na prática cotidiana. O que se quer apreender é a experiência, a vivência, o senso comum e a ação que, ao se interligarem, completam-se, e esta completude leva ao movimento da compreensão, interpretação (Martínez-Salgado, 2012; Minayo, 2017;).

Essa abordagem metodológica permite o aprofundamento e a compreensão necessária para a descrição detalhada dos fenômenos estudados, pois, com base na desconstrução e reconstrução dos dados obtidos, torna-se possível a mobilização e a transferibilidade do conhecimento, permitindo assim a generalização analítica. Trata-se de rever a particularização contextualizada que permite almejar maiores níveis de compreensão dos significados, à medida que os fenômenos, as manifestações, as ocorrências, os fatos, os eventos, as ideias, os sentimentos e os assuntos moldam as vivências humanas (Ribeiro, Souza, Costa, 2016).

Os significados que sobrevêm da pesquisa qualitativa passam a ser partilhados culturalmente e assumem-se como estruturadores de um determinado grupo social. Esse método abrange as vivências das pessoas no processo saúde-doença, foca nas vivências pessoais e naquilo que as faz recorrer aos cuidados profissionais (Contreras-de-la-Fuente, Castillo-Arcos, 2016; Ribeiro, Souza, Costa, 2016).

Entre as várias vertentes da pesquisa qualitativa, neste estudo, optou-se pela fenomenologia, pois esta abordagem trata da essência humana, que dá sentido à intencionalidade da ação à qual atribui significado comum em uma dada experiência (Cairns, 2015).

Edmund Husserl, matemático e filósofo alemão, em 1880, rompeu com a orientação positivista da ciência e da filosofia da época e estabeleceu a escola da fenomenologia, com ensinamentos que não se limitavam ao empirismo. Estes se baseavam na crença de que a experiência é a fonte de todo o conhecimento pelo qual um fenômeno pode vir a ser conhecido na sua essência, quando se busca conhecer a existência do “ser” na sua realidade (Lobo, Bastos, Vargas, 2015).

Husserl, ao descrever a fenomenologia, pretende voltar “às coisas mesmas” que têm como finalidade buscar a essência das coisas. Para esse filósofo, o método fenomenológico permite interrogar determinada coisa no sentido de realizar a crítica do ato de conhecer. As pressuposições da investigação fenomenológica não são conceitos presumíveis, arbitrários ou plausíveis, mas sim dados teóricos e atos espontâneos que o pesquisador observa e somente aceita quando os vivencia da maneira como são ofertados e podem ser direcionados para o objeto estudado (Rodrigues, 2014; Cairns, 2015).

A fenomenologia restabelece a ideia de humanidade, ou melhor, restaura as certezas e as verdades que a compreensão humana não conseguira elaborar, por meio do positivismo, pois procura na experiência humana e na reflexão filosófica e científica a compreensão do fenômeno vivido. Assim sendo, a experiência fenomenológica é, precisamente, o que o indivíduo vivencia no mundo compartilhado, na qual o fenômeno aparece como uma estrutura, isto é, como uma multiplicidade significativamente percebida por meio das relações estabelecidas uns com os outros (Universidade Federal de Goiás - NEPEFE, 2016).

Gil e Yamauchi (2012) acrescentaram que a fenomenologia trata de uma abordagem reflexiva do mundo vivido, da influência do mundo social na existência e da realidade do indivíduo. Os temas são estudados a partir da vivência no contexto em que está inserido, seja no social, no psicológico ou no antropológico.

O ser humano fundamenta sua vivência e seu conhecimento quando reflete sobre suas experiências pessoais, compreende-as e por elas é compreendido no mundo social, experiências estas que são únicas e dependentes da sua personalidade, do contexto e da sua atuação social na sua história. Desse modo, os conhecimentos adquiridos são denominados de senso comum e irão orientar o ser humano nas ações e situações de sua vida, e a ação humana é a prática das escolhas feitas para construir suas próprias vidas, valores, crenças e cultura, a partir do meio social e das condições que lhe são dadas (Minayo, 2012).

O indivíduo tem a capacidade de pensar e se organizar diante das várias informações que recebe ao longo de sua vida e com estes saberes constrói uma nova estrutura de ser em outros níveis de conhecimento e, dessa forma, vai se firmando na sociedade. Sendo assim, a reflexão crítica dos pressupostos vivenciados no cotidiano conduz a uma redefinição objetiva e subjetiva para solução dos problemas e transformações mais significativas no que diz respeito a si próprio e às suas crenças e valores (Loureiro, Miranda, 2010).

Por conseguinte, para subsidiar este estudo, dentre os referenciais da fenomenologia, optou-se pelo referencial da fenomenologia social. Tal escolha se deu por aceitar que o caminho percorrido pela pessoa, com obesidade em busca da cirurgia, não se limita a intencionalidade e a motivação individual, foi construído intersubjetivamente e orientado por um acervo de experiências culturalmente produzido por um grupo social, no mundo vida no qual está inserido.

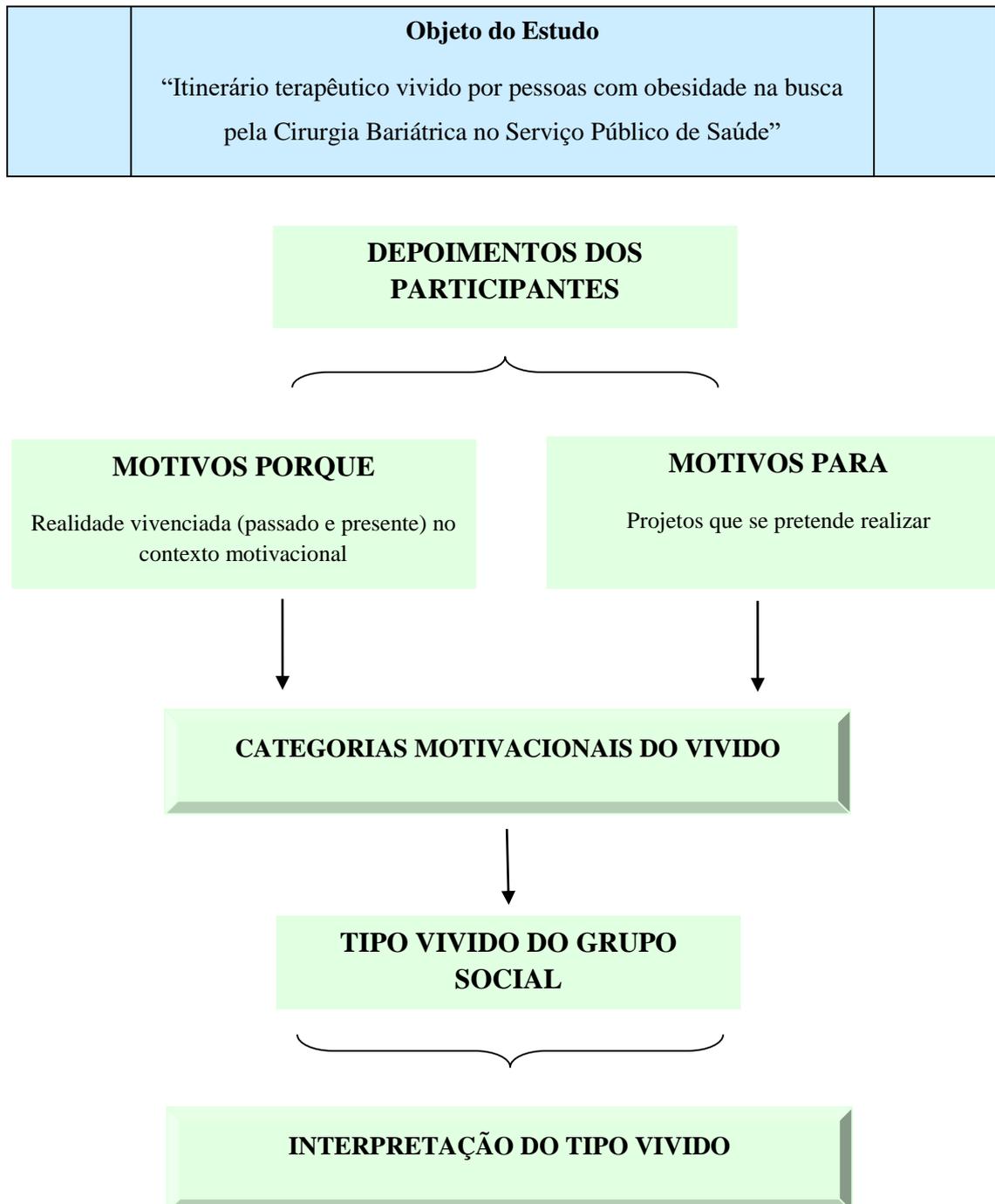
A Fenomenologia Social tem Alfred Schütz como seu representante mais significativo; sociólogo, criador da teoria da ação social e do método para a abordagem da realidade social sob a perspectiva da sociologia fenomenológica.

A fenomenologia sociológica não visa estudar o comportamento individual, mas sim apreender os pontos comuns desse comportamento, ou seja, aquilo que se constitui como uma característica típica de um grupo que vivencia determinada situação. Os pressupostos da fenomenologia social: mundo social, bagagem de conhecimentos, situação biográfica, intersubjetividade, intencionalidade recíproca, atitude natural, motivação humana para a ação (motivos para e motivos porque) e tipificação subsidiaram os resultados e discussão deste estudo (Schütz, 2012a, 2015).

Compreender a complexidade que envolve todo o sistema de atendimento da pessoa com obesidade, especialmente a partir da percepção de quem a vivencia, contribuirá para que as estratégias, os programas, os planos de cuidado, as intervenções, o preparo e a integração da equipe multidisciplinar sejam voltados para as necessidades e expectativas dessas pessoas. As ações devem ser pautadas no cenário em que as pessoas estão inseridas, na bagagem de experiências que trazem ao longo da vida, na intenção que têm de mudar a realidade e na expectativa de construir e consolidar a busca pela cirurgia.

Será apresentado a seguir de forma esquematizada o Referencial Teórico de Alfred Schütz.

Figura 2 - Referencial Teórico de Alfred Schütz



3.2 REFERENCIAL TEÓRICO E A INTERFACE COM A TEMÁTICA DO ESTUDO

Alfred Schütz, de nacionalidade austríaca, formou-se em direito e ciências sociais, apropriando-se dos fundamentos da Sociologia da Compreensão de Max Weber e dos pressupostos da teoria fenomenológica de Edmund Husserl para instituir sua própria teoria da ação social. Da fenomenologia, adotou especialmente os conceitos *lebenswelt* (mundo da vida) e originária para a compreensão do significado da ação, considerando que as ações humanas são intencionais. Como pensador, seus escritos abrangem concepções que têm como base o “ser humano consciente que vive e age em um mundo”, denominado este de mundo social (Wagner, 1979).

A análise consciência sociológica dos constructos, constituídos por meio das experiências das pessoas em um determinado cenário (Mundo Social), é postulada por meio das relações sociais, que podem ser diretas (Relação Face a Face) ou indiretas (Relações com Contemporâneos Distantes).

De acordo com a fenomenologia social de Alfred Schütz, para a compreensão da experiência subjetiva, busca-se a vivência do cotidiano, experienciada no senso comum. Essas são expressas com base nas relações intersubjetivas que permitem às pessoas identificarem e serem identificadas no mundo da vida, dentro de um determinado grupo social (Schütz, 2012a).

O Mundo Social caracteriza-se como um mundo dado, já existente antes do nascimento. A partir do momento em que nele habitam, os seres humanos passam a agir em uma atitude de correspondência a este mundo que lhes é apresentado (Atitude Natural). O homem ao mesmo tempo modifica e é modificado considerando os atos e ações estabelecidas nas relações de uns com os outros e que são essenciais para a constituição dos diversos domínios da vida, permitindo a compreensão recíproca (Schütz, Luchman, 2009; Schütz, 2012a).

A Relação Face a Face acontece quando as pessoas têm consciência um do outro e compartilham a mesma comunidade temporal. Nesse tipo de relação social, o homem está ao alcance da experiência direta com os outros com os quais mantém intercâmbio em um ambiente comunicativo e mútuo (Schütz, 2012a). A relação com as pessoas com quem coexistem no mundo social (contemporâneos distantes) não permite apreensão de forma direta e imediata de

suas vivências. Desse modo, faz-se inferências sobre a base de suas evidências típicas (Schütz, Luchman, 2009).

Os conceitos apreendidos das relações sociais podem servir como um esquema interpretativo para as ações dos contemporâneos, definidos por padrões objetivos comuns a certos grupos (Tipificações). Condutas cotidianas, atitudes, crenças, conhecimentos, reflexões e compartilhamentos adquiridos ao longo da vida, em um determinado espaço, compõem o Acervo de Conhecimentos, que posiciona a pessoa em uma determinada Situação Biográfica. O Acervo de Conhecimentos e a Situação Biográfica possibilitam a compreensão do outro e promove a interação social, constituindo, assim, o significado subjetivo de um determinado grupo social (Schütz, 2012b).

A realidade concebida no mundo social é modificada pelas interações entre indivíduos que agem uns para com os outros, de modo consciente, em um determinado contexto biográfico (Schütz, 2012a). A Situação Biográfica não é caracterizada somente pelo ambiente físico e sociocultural definido pelo indivíduo, mas também por qualquer momento de sua vida diária na qual ele ocupa uma posição tanto em termos do espaço físico, quanto moral e ideológica. Esta revela uma história sedimentada a partir de todas as experiências prévias, organizadas de modo a disponibilizar o Acervo de Conhecimentos adquiridos por meio dos pais, mestres, amigos e pessoas significativas (Schütz, 2012a).

Durante o itinerário percorrido em busca da Cirurgia Bariátrica, as pessoas com obesidade coabitam um mesmo espaço geográfico, a mesma situação, e dessa forma podem agir de acordo com seu mundo social. Isso permite a troca de experiência, a compreensão e interpretação mútua e o modo como percebem o que é significativo para elas. Nesse sentido, no mundo social, as pessoas com obesidade são influenciadas e influenciam umas às outras, principalmente quanto à busca por diferentes estratégias de emagrecimento no Serviço Público de Saúde. Neste, essas pessoas podem encontrar obstáculos com potencial para influenciar no seguimento do tratamento, dentre eles a relação com os profissionais e as barreiras estrutural e administrativa.

Para Alfred Schütz, a Ação é o cerne da vida social, pois é a partir dela que o homem, imbuído de uma intencionalidade e de um propósito, é motivado para a transformação de si e da sua realidade social. No presente estudo, a ação que interessa investigar é o itinerário da pessoa com obesidade em busca pela Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde.

O espaço intersubjetivo, por meio do qual as condutas são reguladas no mundo social formam a base da ação social (Schütz, 2012a, 2012b). Tal ação pode ser conceituada como sendo a conduta humana projetada pelo indivíduo de maneira autoconsciente, conforme o sentido que tem para quem a pratica. A Ação nunca está desvinculada de outra e do Mundo Social. É interpessoal, surge da vivência da pessoa e envolve as dimensões da intencionalidade, portanto é intelectual, volitiva, voluntária, supondo o caminho da liberdade de escolha (Schütz, 2012b, 2015).

A liberdade de escolha permeia todo o caminho trilhado pela pessoa que vivencia a obesidade e busca pela cirurgia para redução de peso. Diante das múltiplas possibilidades ela direciona sua escolha de modo a adequar à sua realidade e atender às suas necessidades, bem como, de modo a minimizar as dificuldades que enfrenta no cotidiano. Na vida cotidiana, o Acervo de Conhecimentos serve como esquema interpretativo das experiências passadas e presentes, embasando os projetos de vida (Jesus et al., 2013).

De acordo com a fenomenologia social de Alfred Schütz, em toda situação biográfica específica, muitos elementos do Mundo Social são inalterados, entretanto alguns são modificados pela ação de quem vivencia esta situação (Schütz, Luckman, 2009). No caso das experiências de pessoas com obesidade, no percurso em busca da Cirurgia Bariátrica, as ações de enfrentamento vão configurando-se e reconfigurando-se, formam um leque de opções que passam a fazer parte de suas escolhas.

Os projetos e sistemas de escolhas humanas são diferentes, mas essas diferenças são irrelevantes, pois as pessoas têm que fazer uma seleção e interpretação dos objetos que são comuns a todos na vida prática (Schütz, 2012a).

São nessas possibilidades de escolhas, dentro de um campo preconcebido e pré-organizado (Serviço Público de Saúde), que as pessoas com obesidade desenvolvem seus trajetos biográficos no itinerário terapêutico em busca da Cirurgia Bariátrica. O acesso aos Serviços de Saúde, nem sempre correspondem às necessidades dessa pessoa, o que pode implicar negativamente no itinerário terapêutico na busca pela cirurgia para redução de peso. Projetos fazem parte da ação que envolvem experiências a serem vividas no futuro (Motivos Para) e as pertencentes ao passado e ao presente (Motivos Porque) (Schütz, Luckman, 2009).

O “Motivo Para” significa o estado de coisas, o fim que a ação deveria promover, sendo chamado de “motivo com a finalidade de” e se refere ao futuro (categoria subjetiva). O “Motivo

Porque” refere-se às experiências passadas que fundamentam o projeto de ação em uma determinada realidade (categoria objetiva). (Schütz, 2012a).

Desse modo, os “Motivos Para” implicam no que se quer ganhar, objetivos que se procura alcançar; e os “motivos porque” são aqueles consolidados com base nos antecedentes, no acervo de conhecimento, no ambiente e na predisposição psíquica do indivíduo para agir (Schütz, 2015).

O conjunto de Motivos “Porque” e “Para” assume fundamental importância na compreensão da ação social, uma vez que traduz o fluxo intencional de uma dada Ação do homem no Mundo Social (Schütz, Luckmann, 2009).

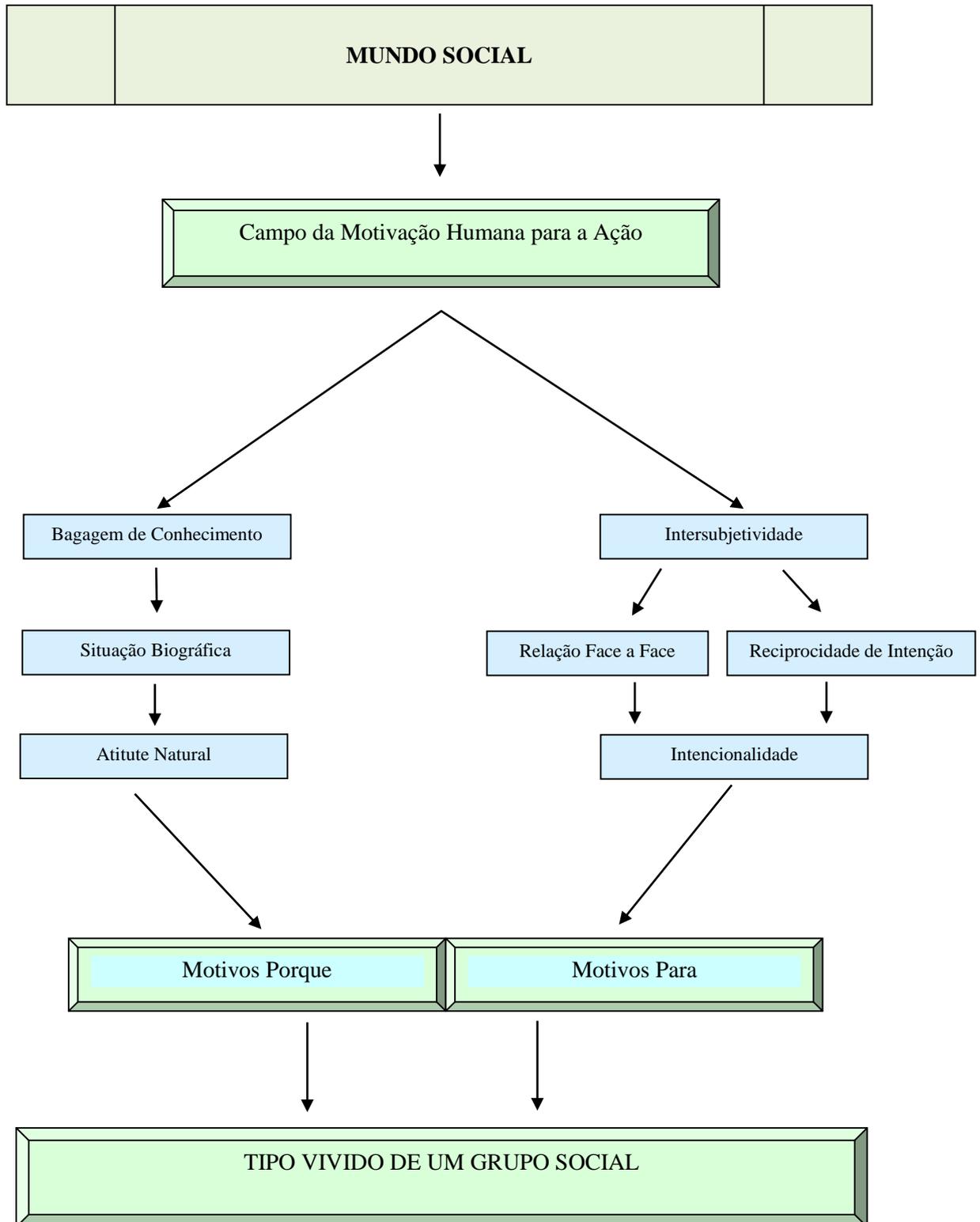
Considerando que o homem está inserido em um mundo intersubjetivo, toda interpretação de sua experiência deve ser realizada a partir do ponto de vista subjetivo. No entanto, as questões subjetivas precisam ser objetivadas por meio de categorias do vivido. Para tal, faz-se necessário que o pesquisador construa um esquema conceitual que permita agrupar as informações obtidas do Mundo Social – a Tipificação (Schütz, 2012a).

A tipologia compreensiva de Alfred Schütz se dá por meio da organização teórica da experiência de pessoas que compõem um dado grupo social. Essa organização expressa as características e comportamentos típicos, considerando a realidade em que o grupo social está inserido (Schütz, 2012a). Tal tipificação refere-se a um tipo pessoal que vive em um Mundo Social real e que realiza um ato típico. A pessoa de tipo ideal, a qual nunca é idêntica a uma pessoa ou grupo, proporciona a compreensão do homem nas suas relações sociais (Schütz, 2012a).

A partir desses pressupostos chegou-se ao Típico da Ação Vivida no itinerário terapêutico percorrido pela pessoa com obesidade em busca da Cirurgia Bariátrica.

O presente estudo foi fundamentado nos conceitos de Alfred Schütz descritos abaixo na figura 3.

Figura 3 - Conceitos de Alfred Schütz Utilizados no Estudo





PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CENÁRIO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

A investigação foi realizada com participantes inscritos na Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Trata-se de um Hospital Público, de ensino, da cidade de São Paulo, de porte extra, que ocupa uma área total de 352 mil metros quadrados com cerca de 2.500 leitos distribuídos entre os seus seis institutos especializados: dois hospitais auxiliares, uma divisão de reabilitação e um hospital associado, que juntos formam o complexo HC.

A Instituição é uma autarquia especial do Governo do Estado, considerada como um dos maiores complexos hospitalares da América Latina e pioneiro no tratamento das mais variadas doenças existentes no Brasil. Atende pessoas de todas as regiões do Estado de São Paulo e de outros Estados. Possui um Centro de Tratamento de Obesos, credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência para procedimentos complexos de Cirurgia Bariátrica.

Para o tratamento da obesidade, a Instituição conta com um ambulatório de assistência multidisciplinar e um setor de internação com atendimento aos cuidados intermediários e semi-intensivos no pré e pós-cirúrgico. Possui também um hospital de retaguarda, onde os pacientes com obesidade grave (IMC acima de 60) permanecem internados antes da cirurgia por aproximadamente seis meses. Esses pacientes são acompanhados por equipe multidisciplinar com a finalidade de redução de peso ponderal, visando ao menor risco no procedimento cirúrgico. Durante a internação, o paciente é submetido à reeducação alimentar e à avaliação dos aspectos psicológicos e, quando apto, é agendada a realização da cirurgia.

Na clínica médica e cirúrgica, os pacientes que estão com cirurgia agendada ficam internados em média por sete a dez dias antes da data do ato operatório. Nesse período são acompanhados por profissionais da equipe de saúde, como médicos cirurgiões, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, com a finalidade de prepará-los, não só para a cirurgia em si, mas também para que percam peso e se adaptem a uma dieta de 600 calorias dia, com hábitos regulares de alimentação e exercício físico.

Tem disponível sete quartos e 16 leitos no total, sendo quatro para uso de cuidados semi-intensivos, que no momento estão desativados por falta de recursos humanos. Portanto, 12 leitos estão disponíveis para internação. Destes, dois são destinados a pacientes em isolamento e um deles com cama para suportar o super-super obeso, ou seja, até 300 quilos, os demais quartos possuem duas camas e um banheiro, cada um. Sendo assim, 10 leitos são disponibilizados para internação.

Fizeram parte deste estudo pessoas com obesidade, independentemente da classificação pelo IMC (grau II, III ou mais) inscritas no hospital de referência, local deste estudo; maiores de 18 anos e que tivessem buscado pelo tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), inicialmente em qualquer nível de atenção – primário, secundário, terciário ou quaternário –, e internados na clínica médico-cirúrgica, aguardando a realização do procedimento, com data da cirurgia marcada. Não foram incluídas pessoas com obesidade grau I, pois um dos critérios de indicação para Cirurgia Bariátrica é a pessoa atingir grau II com comorbidades, grau III ou mais (Brasil, 2014a).

Como o itinerário envolve os diferentes caminhos trilhados pelos participantes e as diversas escolhas disponíveis nesta trajetória, excluiu-se: pessoas com obesidade que não estavam a procura da Cirurgia Bariátrica; aqueles que estavam na fila aguardando pela cirurgia sem perspectiva de agendamento e os que já tinham sido operados.

A inclusão de pacientes que buscaram a Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde deu-se, porque os caminhos trilhados na rede pública são diferentes do caminho percorrido em instituições privadas, pois estas têm outras peculiaridades, que não foram consideradas para este estudo. Nas instituições públicas, as demandas são maiores e as disponibilidades de recursos menores, o que acarreta uma série de dificuldades a serem enfrentadas pelos que buscam por este atendimento. Dificuldades estas descritas como sendo, na maioria das vezes, diferentes das do setor privado, como tempo de espera na fila por aproximadamente cinco anos e consequentes complicações como incidências e aumento das comorbidades, bem como abandono do tratamento por falta de disponibilidade de vagas e atendimento multiprofissional, e óbito devido ao agravamento de doenças associadas à obesidade (Rego et al., 2017).

Um estudo brasileiro, ao comparar a assistência entre o Serviço Público e o privado, concluiu que neste último, quando o paciente preenche os critérios de elegibilidade, o acesso é muito mais rápido e que os números de cirurgias realizadas pelos planos de saúde suplementar

superam os números de procedimentos em vários países desenvolvidos (Kelles, Machado, Barreto, 2014).

A opção pela idade de no mínimo 18 anos baseou-se na Resolução 2.131/15, expedida pelo Ministério da Saúde em consonância com o Conselho Federal de Medicina, que impõe vários critérios de avaliação para indicação da Cirurgia Bariátrica, como exame para verificar a consolidação das epífises de crescimento, consulta com especialista (pediatra) e escores diferentes para estimar a taxa metabólica basal, não somente o IMC (Conselho Federal de Medicina, 2016).

A opção pela seleção de pacientes na fase pré-operatória (imediate e mediata) deu-se por eles terem percorrido o itinerário terapêutico em busca do tratamento que culminou no agendamento cirúrgico, pois ainda que diversos tenham sido os caminhos trilhados nessa busca, todos fizeram a escolha pela cirurgia. Para melhor avaliação dos significados dessa experiência foi necessário incluir pessoas com obesidade que estivessem vivenciando o processo cirúrgico nas fases pré-operatória o mais próximo possível da cirurgia.

A fase pré-operatória é descrita como parte do período perioperatório formado por pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. O pré-operatório é dividido em mediato e imediato. O mediato compreende desde o momento em que o paciente recebe a notícia de que será submetido ao tratamento cirúrgico (momento este que, neste estudo, se dá com a internação na clínica médico-cirúrgica para o preparo da Cirurgia Bariátrica), até as 24 horas que antecedem o procedimento. Já o imediato compreende as 24 horas imediatamente anteriores à cirurgia (Carvalho, Bianchi, 2016).

Os participantes foram selecionados por estarem vivenciando um itinerário terapêutico em busca da Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde e, a partir das vivências e percepções sobre como experienciaram a obesidade, fizeram suas escolhas, independentemente dos recursos e dos serviços disponíveis.

4.2 COLETA DOS DEPOIMENTOS

Na etapa inicial da coleta de dados o pesquisador deve se abster de preconceito sobre o fenômeno estudado, deixando em suspensão qualquer hipótese que antecipe a realidade a ser investigada, a esta fase denomina-se epoché (Gil, Yamauchi, 2012).

Antes de iniciar as entrevistas estabeleceu-se uma relação de interação com os participantes, a fim de, por meio da linguagem expressada por eles, interpretar e refletir sobre o significado das expressões faladas e não faladas no momento da coleta de dados. Para tanto, foi realizada uma aproximação inicial, com esclarecimentos sobre a pesquisa e, posteriormente, o convite para dela participar.

Após o aceite foi agendado o dia e horário de melhor conveniência para cada um, e efetuada a coleta dos dados. Essa fase compreendeu o período de janeiro a abril de 2017.

Os participantes foram informados quanto aos aspectos éticos envolvidos e a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). As entrevistas foram gravadas individualmente em áudio, após permissão para tal, sem interferência do pesquisador que, quando necessário, apenas norteou as descrições para o foco central do estudo.

A entrevista fenomenológica é iniciada por uma pergunta norteadora, que possibilita ao entrevistado um encontro com o fenômeno que está sendo vivenciando; pois por meio do depoimento, a pessoa consegue expressar aquilo que está na sua consciência. Esta modalidade de coleta de dados tem peculiaridades que devem ser distinguidas pelo pesquisador, como a abstenção de juízos morais e preconceitos, para que possa se constituir como base de análise fenomenológica (Guerrero-Castañeda, Menezes, Ojeda-Vargasa, 2017).

As entrevistas para coleta dos depoimentos foram realizadas em uma sala reservada, privativa, disponibilizada previamente pela enfermeira chefe da unidade, dentro da clínica médico-cirúrgica, local em que os pacientes estavam internados antes da cirurgia. Foram norteadas pelas seguintes questões: Como foi a sua procura em busca da Cirurgia Bariátrica? Quais caminhos percorreu? Como foi vivenciar esses caminhos? Durante o tempo em busca do tratamento, como foi o atendimento recebido? Como espera continuar sendo atendido? Qual é a sua expectativa para depois da cirurgia?

Foram realizadas 17 entrevistas e todas incluídas neste estudo. A coleta dos dados encerrou-se quando a pesquisadora percebeu que o objetivo do estudo foi atingido e as indagações da pesquisa respondidas. O desenho metodológico de um estudo representa um processo ativo de reflexão que torna difícil estabelecer epistemologicamente um momento de corte da coleta dos dados. Por isso, a construção de um estudo qualitativo precisa envolver, na sua construção, uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sim sobre a abrangência, levando em consideração os atores investigados e as perguntas da pesquisa (Minayo, 2017).

O tempo de duração das entrevistas foi de 30 a 50 minutos. Foram respeitadas a reflexão e expressão de cada um em relação à trajetória percorrida em busca do emagrecimento, ainda que para tal tivessem que relatar a própria história experienciada com a obesidade.

Ressalta-se que, tanto a coleta dos dados, quanto as transcrições e análise foram feitas pela própria pesquisadora, com o propósito de captar os sentimentos, as percepções e as experiências com a maior riqueza de detalhes possível considerando quem vivenciou o fenômeno estudado.

A ação da transcrição textual das entrevistas constitui o meio pelo qual as percepções, reformulações e reconfigurações são introduzidas, construídas, desenvolvidas e transformadas em referenciais e significados que podem ser compreendidos e analisados com base em quem experiencia o fenômeno estudado (Souza, 2016).

Para complementação dos dados, foram incluídas questões que permitiram a realização de uma breve caracterização e o apontamento da situação biográfica dos participantes (Apêndice 2).

4.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a apreensão dos significados oriundos das perguntas feitas aos protagonistas do cenário estudado, o pesquisador selecionou o conjunto de unidades que forneceu informações detalhadas sobre a investigação, na busca pela compreensão do fenômeno.

Para a organização, categorização e análise dos significados dos depoimentos das pessoas com obesidade, sobre a sua trajetória na busca de tratamento até a Cirurgia Bariátrica, no setor público, adotou-se os passos propostos por pesquisadores da Fenomenologia Social (Jesus et al., 2013), ancorados nos conceitos de Schütz e Luckmann (2009), descritos a seguir.

A fim de apreender o significado intrínseco em cada depoimento, após o término das entrevistas e das transcrições na íntegra, iniciaram-se as leituras de cada uma delas. A imersão na leitura rigorosa dos conteúdos permitiu que fossem extraídas as categorias motivacionais do vivido. Foram selecionados os trechos que apresentaram aspectos comuns de significado e, depois, tais aspectos foram agrupados conforme a convergência de sentidos (“Motivos Porque” e “Motivos Para”).

O conjunto dos “Motivos Porque” e “Motivos Para” constituem a tipologia do vivido, que compreende a experiência refletida de pessoas/grupos, originada de motivos típicos, que têm fins típicos, com um sentido social típico. As categorias que compõem o tipo vivido foram discutidas tendo como fio condutor a Fenomenologia Social de Alfred Schütz, Itinerário Terapêutico e outros referenciais relacionados à temática.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa, por envolver seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e do Comitê da Unidade Coparticipante, e aprovados sob os números 1.915.867 e 1.956.427 (anexos 1 e 2), respectivamente. A coleta de dados foi iniciada após emissão de parecer e liberação dos Comitês.

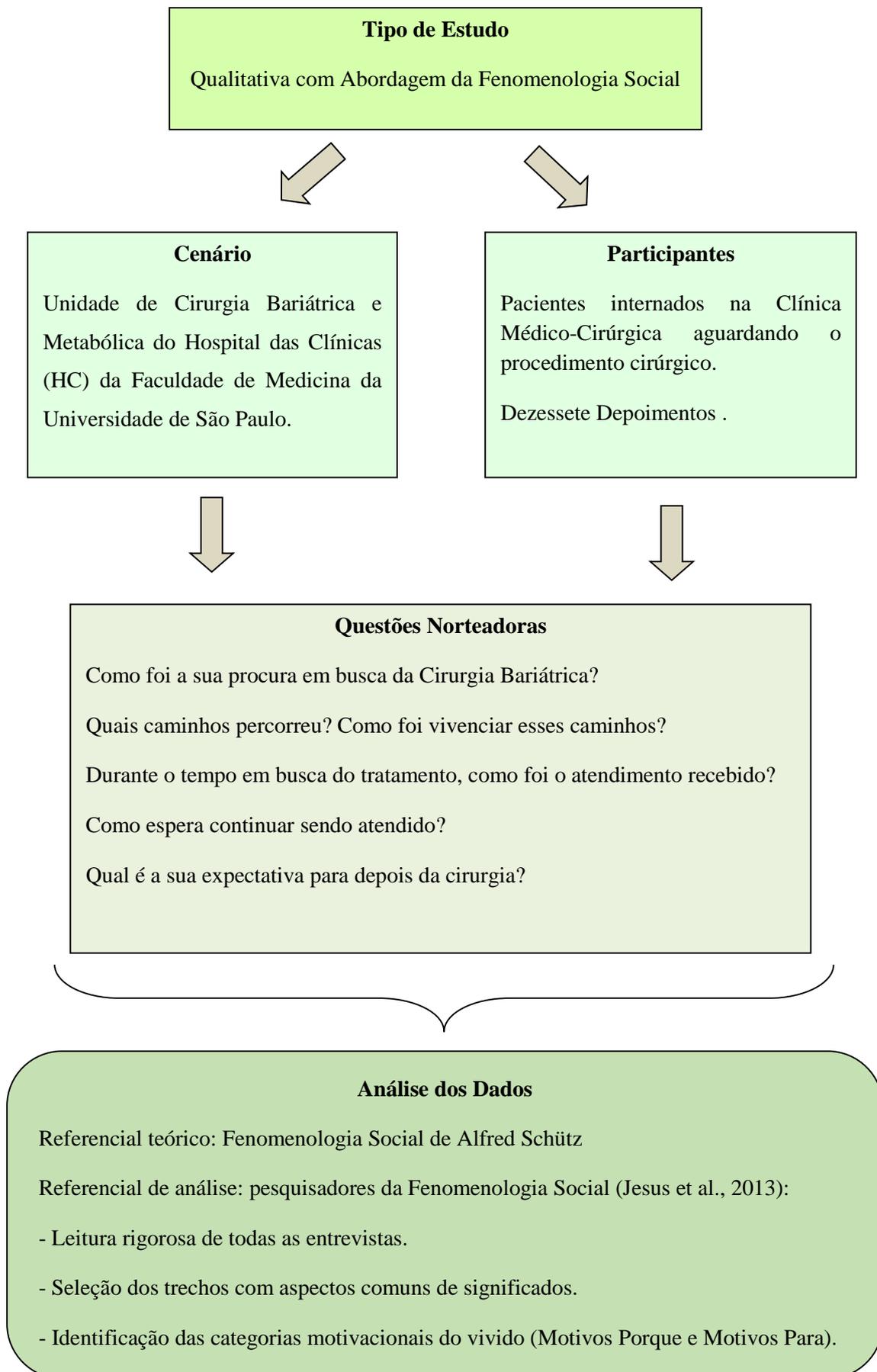
Após o aceite para ser entrevistado e a permissão para gravar em áudio o depoimento, os participantes foram esclarecidos, antes da realização das entrevistas propriamente dita, sobre o objetivo do estudo; anonimato; sigilo das informações em relação à gravação; utilização dos depoimentos somente para fins científicos; caráter voluntário e o direito de desistirem a qualquer momento. Depois de confirmarem a participação no estudo, receberam as duas vias do TCLE para que pudessem assiná-las e desse modo formalizar a anuência das gravações (Brasil, 2012a).

Foi também explicado que todo gasto despendido na pesquisa seria por conta do pesquisador, de modo a assegurar-lhes ausência de prejuízo financeiro; que a pesquisa envolvia riscos mínimos como desconforto emocional e, caso o pesquisador julgasse necessário uma avaliação psicológica, seriam encaminhados ao profissional específico que os acompanhava no próprio serviço (Brasil, 2012a).

Salienta-se que para garantir o anonimato dos participantes, foram identificados pela letra P, inicial da palavra “Participante”, seguida de numeração arábica correspondente a ordem das entrevistas (P1 a P17).

A Figura 4 refere-se à trajetória do estudo.

Figura 4 - Percurso Metodológico





RESULTADO

5 RESULTADO

5.1 SÍNTESE DA SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Este estudo foi composto por 4 homens e 13 mulheres, com idade entre 18 e 70 anos, com grau de instrução desde o 1.º grau completo até curso superior. A variação mínima e máxima do IMC foi de 36,2 a 80,89 kg/m² e o tempo de espera variou de 15 dias a nove anos.

Antes de apresentar a análise dos resultados do estudo, considera-se relevante mostrar, de forma breve, algumas das características de cada um dos 17 participantes do estudo, bem como algumas situações vividas durante o período em que percorreram o itinerário terapêutico em busca do emagrecimento:

Participante 1 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica três dias antes da cirurgia. Ficou internada por oito dias antes do procedimento.

Mulher, 71 anos, balconista/aposentada, solteira, 2.º incompleto. Aos 20 anos começou a ganhar peso sem conseguir emagrecer. Em 2009 se inscreveu em um dos serviços anexo do HC para tratamento cardíaco, e por estar engordando cada vez mais, em 2011 a encaminharam para o grupo de Cirurgia Bariátrica, inserindo-se na fila. Na época chegou ao peso de 130,00 quilos, 1,60cm e IMC de 50,78 kg/m². Tempo de espera na fila foi de seis anos.

Participante 2 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica três dias antes da data marcada para a cirurgia. Ficou internado por oito dias antes do procedimento.

Homem, 39 anos, feirante, casado, 2.º incompleto. Começou a engordar aos 24 anos. Se inscreveu na equipe de Cirurgia Bariátrica em 2013. Por ser diabético lhe propuseram fazer a cirurgia pelo protocolo de cirurgia metabólica, aceitou e foi internado. Chegou ao peso máximo de 127,00 quilos, altura 1,68cm e IMC de 45,03 kg/m². Na data da entrevista pesava 114,00 quilos. Tempo de espera na fila foi de quatro anos.

Participante 3 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica, uma semana antes da data da entrevista, ficou internada por 10 dias antes do procedimento.

Mulher, 52 anos, auxiliar de nutrição, solteira, 2.º incompleto. Começou a engordar desde os 13 anos e o peso acentuou após uma gestação, entre 39 e 40 anos. O peso máximo atingido foi 157 quilos com altura de 1,56cm (IMC 64,60 kg/m²). O tempo de espera na fila foi de nove anos. Na data da entrevista estava com o peso de 141,850 quilos e IMC de 58,37 kg/m².

Participante 4 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica, uma semana antes da cirurgia. Ficou internada por 10 dias antes do procedimento.

Mulher, 21 anos, auxiliar de produção, casada, 2.º completo. Aos oito anos pesava 80,00 quilos e por isso sua mãe a levou no posto de saúde próximo à sua casa e passou a ser acompanhada por profissionais da saúde. Aos 15 chegou a pesar 150,00 quilos, IMC de 53,19 kg/m², momento em que realizou a primeira Cirurgia Bariátrica. Perdeu 80,00 quilos, com 16 anos engravidou e voltou a engordar. Em 2012 foi recrutada por um dos serviços anexo do HC para ser reavaliada. Aos 21 foi reavaliada pela equipe de cirurgia bariátrica do HC e como estava pesando 140,00 quilos, altura de 1,68cm e com IMC de 49,64 kg/m² decidiram por realizar outra cirurgia. O tempo de espera na fila no primeiro procedimento foi de quatro anos. Já no segundo foi de três meses, após ter sido aceita pela equipe de Cirurgia Bariátrica.

Participante 5 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica uma semana antes da cirurgia, onde ficou internado por aproximadamente 10 dias antes do procedimento.

Homem, 47 anos, casado, técnico de enfermagem, curso superior incompleto. Desde criança se destacava das demais por ser mais alto e estar acima do peso. Na adolescência emagreceu, mas logo após começou a ganhar peso, mantendo-se entre 90 a 92 quilos. Quando adulto engordou 45 quilos em dois anos, chegando a pesar 125,00 quilos, altura 1,75cm e IMC de 40,84 kg/m². Permaneceu inscrito na fila e fazendo acompanhamento por seis anos. No dia da entrevista estava pesando 113,00 quilos, com IMC de 36,92 kg/m².

Participante 6 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica, três dias antes do procedimento, onde ficou internado uma semana antes do procedimento.

Mulher, 65 anos, aposentada, solteira, 1.º completo. Começou a engordar aos 33 anos. Antes pesava em torno de 50 a 60 quilos. Na época se inscreveu também em outro hospital público, mas perdeu uma consulta e por isso foi retirado da fila. Chegou ao peso máximo de 123,00 quilos, com 1,60cm e IMC 48,04 kg/m². Irá para a cirurgia com 118,095 quilos e IMC de 46,13 kg/m². Aguardou na fila por quatro anos.

Participante 7 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica, três dias antes do procedimento. Ficou internada por uma semana antes da cirurgia.

Mulher, 50 anos, trabalha em casa, casada, 2.º incompleto. Começou a engordar aos 20 anos após gravidez de gêmeos, mas conseguiu emagrecer um pouco após o nascimento dos filhos. Depois da morte de um deles, aos 18 anos, começou a engordar e não emagreceu mais. Ficou na fila por cinco anos. Chegou aos 110 quilos, altura 1,65cm e IMC de 40,44 kg/m².

Participante 8 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica dois dias antes da cirurgia. Ficou internada por uma semana antes do procedimento.

Mulher, 38 anos, trabalha como monitora de adolescentes, casada, superior completo. Aos 15 anos começou a engordar e sem conseguir emagrecer. Procurou o Serviço em 2010, ficou na fila por seis anos. Atingiu o ápice de peso de 139,00 quilos e IMC de 44,40 kg/m².

Participante 9 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica um dia antes da cirurgia. Ficou internada por uma semana antes do procedimento.

Homem, 35 anos, casado, vendedor, superior completo. Convive com a obesidade desde criança, sempre oscilando entre emagrecer e engordar. Por volta dos 15 e 16 anos chegou a pesar 130,00 quilos, e aos 25 fez dieta, conseguindo chegar ao peso de 80 quilos. Com o passar do tempo, devido à alimentação não saudável voltou a engordar, chegando ao peso máximo de 180,00 quilos, altura 1,77cm (IMC de 58,25 kg/m²). Aguardou na fila por cinco anos – 2012 a 2017. Irá para cirurgia pesando 164,700 quilos, com IMC de 53,30 kg/m².

Participante 10 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica. Ficou internada por aproximadamente 10 dias antes da cirurgia.

Mulher, 40 anos, do lar, solteira, 2.º incompleto. Começou a engordar aos 23 anos após a terceira gestação. Aguardou na fila por sete anos. Chegou a pesar 157,00 quilos, com IMC de 56,61 kg/m².

Participante 11 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica, um dia antes da cirurgia. Ficou internada por 10 dias antes do procedimento.

Mulher, 18 anos, solteira, vendedora, 2.º completo. Desde o nascimento foi considerada um recém-nascido grande. Com seis meses de idade começou a engordar ainda mais e aos 18 anos já pesava 164,00 quilos, 1,65cm de altura e IMC de 55,59 kg/m². Permaneceu na fila por quatro anos. No dia da entrevista estava pesando 154,600 quilos e com IMC de 52,40 kg/m².

Participante 12 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica um dia antes da cirurgia. Ficou internada por uma semana antes do procedimento.

Mulher, 64 anos, vendedora, divorciada, 2.º incompleto. Aos 25 anos, após a segunda gestação (gemelar) começou a engordar e não conseguia emagrecer. Realizou duas inscrições para a Cirurgia Bariátrica; o período de espera na fila na primeira inscrição foi de 12 anos, porque por algumas vezes abandonou o seguimento das consultas. Voltou a procurar o Serviço e na segunda inscrição o tempo de espera foi de três meses. O maior peso atingido foi de 151,00 quilos, altura 1,61cm e IMC de 58,30 kg/m². Irá para cirurgia pesando 143,00 quilos.

Participante 13 - Entrevista realizada na clínica-médico cirúrgica um dia antes da cirurgia. Ficou internada para o preparo cirúrgico, por 10 dias.

Mulher, 29 anos, vendedora, solteira, 2.º completo. Aos 18 anos começou a ganhar peso de forma contínua e chegou a pesar 180,00 quilos. Aos 20 anos atingiu o ápice do peso (199,00 quilos; altura 1,57cm e IMC de 80,89 kg/m²). Naquela época decidiu emagrecer. Procurou por nutricionista particular e mudou os hábitos alimentares, começando a fazer exercício físico. Com o acompanhamento emagreceu 72 quilos, chegando a pesar 127,00 quilos. Em virtude de problemas financeiros não pôde dar continuidade ao tratamento e voltou a engordar. Permaneceu na fila por quatro anos e irá para cirurgia com 151,950 quilos.

Participante 14 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica um dia antes da cirurgia. Ficou internado para o preparo cirúrgico por uma semana.

Homem, 68 anos, comerciante, casado, 2.º completo. Convive com a obesidade sem conseguir emagrecer desde os 50 anos. Aos 50 anos foi convidado para fazer parte do grupo de obesidade e recusou. Quando resolveu operar, procurou o Serviço por influência de sua esposa, que realiza tratamento na Instituição. Fez a inscrição e passou em consulta, sendo chamado para a cirurgia em 15 dias. Nessa trajetória chegou a pesar 139.400 quilos, altura 1,70cm e IMC 48,35 kg/m² e irá para a cirurgia com 135,00 quilos e IMC de 46,71 kg/m².

Participante 15 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica um dia antes da cirurgia. Ficou internada por 10 dias antes do procedimento.

Mulher, 43 anos, união estável, operadora de *telemarketing*, superior incompleto. Percebeu-se obesa desde criança. Começou a engordar mais aos 24 anos, depois da primeira gestação e o ganho de peso agravou-se após a morte do irmão. Ficou sabendo da equipe de Cirurgia Bariátrica e decidiu procurar o serviço e se inscrever na fila, em que permaneceu por sete anos. Nesse período atingiu o ápice de peso 160,00 quilos, altura 1,70cm e IMC de 55,36 kg/m².

Participante 16 - Entrevista na clínica médico-cirúrgica um dia antes da cirurgia. Ficou internada para o preparo cirúrgico por 45 dias.

Mulher, 36 anos, solteira, pedagoga; atualmente trabalha como babá, superior incompleto. Há 11 anos, começou a ganhar peso, após ter passado por problemas familiares e depressão. Naquela época, engordou 30 quilos em dois meses, não conseguindo mais emagrecer. Foi engordando lentamente até atingir 172,00 quilos. Na ocasião da inscrição pesava 130,00 quilos, e a cada ano, ao passar nas consultas, estava com maior peso. Na penúltima consulta estava

pesando 142,00, e na última, seis meses após, já estava com 172,00 quilos, altura 1,65cm e IMC de 63,23 kg/m². O tempo de espera na fila foi de sete anos.

Participante 17 - Entrevista realizada na clínica médico-cirúrgica um dia antes da cirurgia. Ficou internada por três dias antes do procedimento.

Mulher, 40 anos, casada, auxiliar de escritório, 2.º completo. Foi uma criança obesa, mas na adolescência emagreceu espontaneamente. Aos 19 anos engravidou e voltou a engordar, chegando a pesar 109,00 quilos, um IMC de 42,57 kg/m². No dia da entrevista estava pesando 101,00 quilos, 1,60cm de altura e um IMC de 39,45 kg/m². Tempo de espera de sete anos.

A seguir serão apresentados os depoimentos dos participantes em categorias; as quais, permitiram que as falas fossem expressas por meio das vivências e expectativas de cada uma das pessoas com obesidade que buscaram a Cirurgia Bariátrica.

5.2 CONSTITUIÇÃO DAS CATEGORIAS MOTIVACIONAIS DO VIVIDO

A partir dos pressupostos da fenomenologia social, foram identificadas recorrências e convergências de unidades de sentidos que revelaram uma visão de mundo comum, permitindo a compreensão e elaboração das categorias motivacionais do vivido oriundas do mundo da vida das pessoas com obesidade em busca da cirurgia.

A condução das entrevistas deu-se por questões norteadoras pré-definidas, que permitiram, após análise, a construção das categorias. Os questionamentos foram intencionais, e os depoimentos obtidos na sua essência. Os “Motivos Porque” foram construídos por indagações contextuais do mundo vida, por meio das perguntas: Como foi a sua procura pela Cirurgia Bariátrica? Quais caminhos percorreu? Como foi vivenciar esses caminhos? Durante o tempo em busca do tratamento, como foi o atendimento recebido?

Após tais questionamentos, foi possível desvelar a primeira categoria: “o caminho percorrido na procura pela Cirurgia Bariátrica”. A interrogação sobre o significado da espera pela cirurgia e como foi vivenciar esses caminhos levou à construção da segunda categoria: “experiências vivenciadas no período de espera pela Cirurgia Bariátrica”. Já o questionamento

sobre como percebeu o atendimento recebido permitiu o desvelar da terceira categoria: “a assistência à saúde recebida no itinerário terapêutico percorrido”.

Evidenciou-se que a experiência do itinerário terapêutico foi tecida por meio das possibilidades de atendimento, tempo de espera, sentimentos e percepções no processo de busca no atendimento recebido.

Categoria 1 - O caminho percorrido na procura pela Cirurgia Bariátrica

O desejo de emagrecer conduz a pessoa com obesidade a procurar e trilhar diversos caminhos em busca da Cirurgia Bariátrica. Dentre os depoimentos obtidos somente um refere ter seguido o fluxo preconizado pelo SUS:

[...] eu pedi para minha irmã marcar uma consulta na UBS com o clínico geral e, foi quando me deu encaminhamento para o ambulatório médico de especialidades (AME). Lá no AME fui direcionada para o endocrinologista direto, e quando ele me atendeu calculou meu IMC e disse que a única coisa que resolveria era a Cirurgia Bariátrica e me deu uma lista dos hospitais. [...] dentre os hospitais que me apontou, eu escolhi o HC [...] vim, em 2010, fiz a ficha no guichê, me atenderam e marcaram o médico para dali três meses, passados os três meses fui avaliada e entrei na fila, a partir daí comecei a passar em consulta anualmente. P16

O percurso realizado pela pessoa com obesidade até a cirurgia nem sempre segue o fluxo preconizado pelo SUS, ainda que tenha sido referenciado pela Atenção Primária. É o que pode ser percebido na fala a seguir:

[...] eu decidi fazer a cirurgia em 2013, falei com minha mãe que não estava mais aguentando o sobrepeso, ela marcou com o médico da UBS, que já cuidava de mim desde pequena, que me encaminhou direto para o Hospital das Clínicas, porque minha obesidade já era mórbida. [...] cheguei aqui, fiz minha inscrição, passei pelos médicos, nutricionista, psicóloga e psiquiatra, por todo grupo da obesidade. Pensaram em me passar para o grupo infantil, mas devido ao meu peso para a minha pouca idade já me colocaram direto na fila de obesidade dos adultos. Eu fiquei quatro anos na fila. P11

A falta de articulação entre os diversos níveis de atendimento e resolutividade na Atenção Primária contribuem para que sejam buscados caminhos diferentes, alguns por

indicação de outras especialidades dentro do próprio serviço do Hospital das Clínicas (HC), como pode ser observado nos relatos a seguir:

[...] procurei ajuda nas UBSs e não adiantou de nada. Na UBS passei pelo cardiologista e ele me encaminhou para a nutricionista, eu fazia dieta, mas engordava de novo. [...] nesse tempo eu passei por médicos particulares, tomei remédio e nada resolveu. [...] em um dos serviços anexo do HC disseram que meu índice de massa corpórea estava alto e, então, me encaminharam para cá, para a clínica de obesidade e Cirurgia Bariátrica. P1

Lá no posto eu passei por toda uma equipe muito boa. [...] quando na UBS não tinham mais o que fazer comigo me encaminharam para um hospital maior e com mais recursos, só que lá também não havia profissionais especializados para obesidade na minha idade. Eu comecei a me tratar em um dos serviços anexo do HC e logo me encaminharam para cá [...] aos 15 anos fiz a primeira bariátrica e estava com 150 quilos. [...] só que engravidei, voltei a engordar e abandonei totalmente o tratamento. Quando o serviço anexo me chamou para uma reavaliação eu estava muito obesa novamente, comecei a me tratar até ficar maior de idade e ser encaminhada para a equipe da obesidade do HC, que indicou nova cirurgia. P4

[...] há muito tempo, quando comecei a engordar, procurei um posto de saúde, mas não fizeram nada para me ajudar a emagrecer, só me disseram que eu estava gordinho e que tinha que fazer dieta, cheguei inclusive a passar com endócrino, fiz a pré entrevista com a enfermeira, mas não tinha um acompanhamento para obesos [...]. Tentava dieta e exercício físico, mas sempre acabava engordando novamente. P5

[...] consegui uma consulta com o médico do posto de saúde da minha cidade. O médico disse: nossa, como você engordou, você não gostaria de fazer algum tratamento para obesidade? Me encaminhou para ser atendida em Campinas, mas não consegui porque temos que emagrecer primeiro para depois fazer a cirurgia, e eu não conseguia emagrecer o tanto que eles queriam. Como eu fazia acompanhamento aqui, com a reumato, pedi para consultar com os médicos da obesidade e eles me encaminharam. P8

[...] minha mãe fazia acompanhamento aqui e comentou sobre mim [...] nesta época não tinha esta coisa de mandar do posto de saúde para cá. [...] eu estava com 92 quilos e, após tomar medicação e dançar pelo menos uma vez por semana,

emagreci 10, só que engordei novamente porque engravidei e fui para 109 quilos com 1,60 cm. Após o parto eu continuei tomando medicação para inibir o apetite, mas não resolvia, foi quando a endócrino me encaminhou para a obesidade e Cirurgia Bariátrica. P17

Os entrevistados mencionaram que outras instituições hospitalares também fazem a referência para o serviço de obesidade e Cirurgia Bariátrica:

Há cinco anos eu tive um acidente vascular cerebral [...] depois disso o médico indicou fazer a Cirurgia Bariátrica e me deu o encaminhamento. [...] vim até aqui, me inscrevi, entrei na fila [...] depois da inscrição os médicos marcam na agenda a data da próxima consulta, que é anual. Na última consulta ele me explicou sobre a cirurgia e disse que me chamariam para internar, então me ligaram e eu internei para operar. P9

[...] passei pela nutricionista da UBS que me ensinou a mudar os hábitos alimentares, mas não resolveu. [...] antes de vir aqui eu passei pelo endocrinologista no posto de saúde e lá me encaminharam para fazer a cirurgia em um hospital privado, pela fila da prefeitura, mas não deu certo. Fiz inscrição em um hospital público, fiquei nove anos esperando e nada, só que quando pedi para sair de lá me deram o encaminhamento para procurar outro hospital [...] me inscrevi em outra instituição pública e aqui. Naquela instituição pública não me aceitaram, porque não atendiam pessoas fora da região deles, então vim sozinha aqui, perguntei onde deveria me inscrever para a bariátrica. P10

Os depoimentos revelaram que um dos caminhos utilizados para se inscreverem no serviço de Cirurgia Bariátrica se dá por indicação de amigos, conhecidos ou familiares que fazem tratamento no HC:

[...] sempre fiz dietas, tomei fórmula, consultava médicos particulares, perdia peso, mas depois ganhava, porque parava com as medicações. [...] quando me diziam: tal médico é bom, eu ia nele, receitava fórmula; eu tomava e emagrecia, mas ficava nervosa e irritada e parava, então voltava a engordar. Uma colega me disse que aqui estavam fazendo avaliação para a cirurgia, eu vim, passei pelo médico, ele me avaliou, me inscrevi e fiquei na fila por nove anos. Nesse tempo todo eu passei por vários médicos e psicólogo. P3

[...] eu tenho uma amiga que faz tratamento aqui nas clínicas há mais de 40 anos. Ela conversou com o médico dela a meu respeito [...] eu vim e comecei a tratar o reumatismo. Depois de um tempo ele me encaminhou para o psiquiatra, que viu que eu estava acima do peso e me encaminhou para cá, para o atendimento da Cirurgia Bariátrica. P6

[...] tudo começou pelo meu marido, ele operou aqui também e um dia o médico que o atendia perguntou se eu queria me inscrever na fila para cirurgia. [...] eu não conseguia emagrecer, fiz tratamento aqui nas clínicas, tomei remédio por dois meses, tentei academia, passei por nutricionista e emagrecia dois a três quilos e engordava de novo, então me inscrevi, fiz a entrevista e fiquei por uns cinco anos. P7

Quando eu tinha 50 anos fui convidado para fazer parte do grupo de obesidade aqui e recusei, passei com nutricionista, participei de algumas palestras como convidado do meu sobrinho, que é filho de um cirurgião bariátrico e trabalha como psicólogo nessa área, mas não quis fazer a cirurgia. Com o passar do tempo, como minha esposa faz tratamento aqui, eu sempre vindo com ela, resolvi que queria operar [...] então fiz minha inscrição [...] passei em consulta com o médico e entrei na fila, 15 dias depois fui chamado. P14

Alguns dos participantes referiram que o acesso à equipe de obesidade e Cirurgia Bariátrica se deu por meio de intervenções de funcionários do HC:

Hoje estou com 39 anos. Desde os 24 que comecei a engordar, procurei por ajuda de nutricionistas particulares, fiz academia, tentei tomar remédios que o médico do convênio me receitou para reduzir a ansiedade e a fome, mas sempre voltava a engordar. Entrei aqui por intermédio de uma freguesa que é funcionária daqui [...] como eu estava pré-diabético me transferiram para o ambulatório da Cirurgia Bariátrica. [...] vou fazer a cirurgia como paciente do protocolo de diabetes, que é mais rápido. P2

[...] eu comecei a ir aos postos de saúde [...] o endócrino me dava remédio para emagrecer, mas não conseguia manter. [...] minha mãe me levou a uma clínica particular, dessas que fazem aplicação de carboxi. A médica me colocou em uma reeducação alimentar [...] cheguei a perder 72 quilos, de 199 fui para 127 kg. O problema é que eu não consegui manter. As condições financeiras começaram a apertar, não pude mais voltar na médica. No lugar onde minha mãe morava tem uma universidade, que tem uma clínica, que atende a população, e por meio da enfermeira de lá foi que eu conheci o Hospital das Clínicas [...] esta enfermeira me trouxe para cá e me apresentou o médico chefe da cirurgia que me colocou na fila, em 2014 [...] fiquei esperando uns três anos. P13

O fato de ser funcionário da instituição também foi apontado como um dos meios utilizados para a inscrição na fila para a Cirurgia Bariátrica:

Sou funcionário do HC. Há uns seis anos procurei o serviço de obesidade daqui, porque tem uma fila para funcionários na cirurgia [...] conversei com o professor titular do serviço de Cirurgia Bariátrica, fiz todo o processo, e estou aqui para operar. P5

A influência de pessoas públicas também foi citada como um dos mecanismos do qual o depoente se valeu para conseguir entrar no serviço de obesidade e Cirurgia Bariátrica:

Em 2002 a minha sobrinha trabalhava com o Governador, ela escreveu uma carta para o secretário de Estado que ligou aqui, assegurando uma vaga para mim. Só que na época eu não pude ser operada devido a depressão. [...] em 2015 meu sobrinho trabalhava em uma unidade estadual e arrumou para eu ir ao ambulatório de especialidades (AME). Eles me encaminharam para um hospital que não me aceitou por não estarem fazendo a Cirurgia Bariátrica, então vim aqui de novo e fui à ouvidoria, que me encaminhou para o ambulatório, onde fizeram meu protocolo e me chamaram em torno de um mês. P12

Devido ao fato de não ter conseguido emagrecer, nem ser encaminhado pela UBS, para o Serviço de Cirurgia Bariátrica, um depoente referiu procurar atendimento por conta própria:

Eu fazia acompanhamento na UBS com a psicoterapia, com psicóloga e com a terapeuta ocupacional, e não me encaminhavam. [...] também cheguei a tomar remédio e não consegui emagrecer. Na época, minha irmã insistiu muito para que eu voltasse a trabalhar, e foi o que fiz, arrumei um emprego mesmo estando obesa e comecei a lutar caratê, só que continuava engordando. Então, em 2009, vim aqui procurar sozinha, depois que me inscrevi fiquei sendo acompanhada no HC e no posto. [...] pensei que seria rápido, mas não foi e a minha sorte foi o posto que continuou me dando suporte. P15

Categoria 2 – Experiências vivenciadas no período de espera pela Cirurgia Bariátrica

Dentre os itinerários percorridos em busca do emagrecimento, a cirurgia foi uma escolha comum a todos os participantes. Durante o tempo que aguardavam a Cirurgia Bariátrica, referiram utilizar fórmulas e determinados alimentos considerados emagrecedores, por indicação de amigos e pessoas próximas:

[...] nos intervalos das consultas, enquanto não me chamaram para internar, eu tomava aqueles shakes, detox, gastei muito dinheiro porque tudo o que as pessoas falavam que emagrecia eu tentava. P3

[...] neste período, tentando emagrecer, tomei sopa de tudo que me indicavam para emagrecer, também medicamentos, mas não valeu a pena porque depois eu engordava o dobro. P6

[...] as colegas de trabalho sempre querem dar um conselho para ajudar, sempre perguntam, por que você não faz uma dieta assim? E aí vai aparecendo mil e uma dietas,

sementes para tudo quanto é lado, e fulana de tal fez e deu certo, por que não vai dar para você? E indicavam isto, indicavam aquilo e eu fazia tudo que diziam e nada de emagrecer. P8

Antes de vir para cá, um amigo me perguntou se eu queria que ele me passasse uma dieta e que se seguisse conseguiria emagrecer [...] com a dieta que ele me deu de 1000 calorias eu emagreci 4 quilos por semana. [...] comecei a me adaptar a isto e me acostumei porque eu tinha um objetivo, que era o preparo para a cirurgia. P9

No processo em busca da Cirurgia Bariátrica, enquanto aguardam na fila, os participantes relataram experienciar um misto de sentimentos e percepções, sendo a angústia a mais relatada pelos entrevistados:

Ficar na fila foi angustiante, quando comecei a passar nas consultas estava com muita coragem, mas com o passar do tempo e devido a cada vez que passava no médico ele me dizer para voltar no ano seguinte, me fez ter vontade de desistir muitas vezes. P2

[...] é angustiante esperar, porque tem aquela coisa de querer emagrecer e não conseguir. [...] depois da última vez que me ligaram para fazer avaliação eu pensei que fosse a cirurgia de imediato, mas não é bem assim, ainda demora um pouco, e isto angustia. P5

Nesses sete anos, me controlando, não engordava, não emagrecia, fiquei assim estagnada. Fui para a fila com 139 quilos. [...] às vezes passava pela cabeça desistir, vou tentar outra coisa, mas quando encontrava com alguém no corredor me animava [...] são muitas sensações e emoções diferentes. Muitas vezes cheguei a ficar angustiada, triste [...]. P8

[...] a espera foi um processo tão deprimente, angustiante, esta é a palavra. Sem contar que há pessoas que nos desmotivam. P16

Em contrapartida, para alguns depoentes, esse tempo favoreceu o amadurecimento e a reflexão sobre a própria vida:

Ficar na fila para mim até que não foi ruim, porque eu tinha muito medo da cirurgia [...] ao mesmo tempo que eu queria, tinha medo, e ficava pensando, se me chamarem, o que eu farei? P7

Esse pane que eu tive do suicídio fez com que as clínicas demorassem dois anos para me chamar novamente para a cirurgia. [...] ficar todo este tempo na fila para mim foi bom porque eu amadureci. Se eu tivesse operado em seis meses já teria feito bobagem, [...] tudo está demorando, mas compreendo mais, não sei se é porque estou mais velha. P15

Um dos entrevistados relatou que ficar menos tempo na fila reduziu sentimentos negativos e provocou a sensação de resolutividade:

Eu fiquei pouco tempo na fila, eu entrei e já fizeram os exames. [...] eu vim fazer a ficha na sexta-feira e já na segunda me chamaram para internar. Esperei uns 15 dias, dei muita sorte, eu estava no lugar certo, na hora certa, definiram qual era o meu problema e já me propuseram a cirurgia. P14

Os participantes associaram o aumento de peso com a ansiedade gerada pelo tempo de espera na fila da Cirurgia Bariátrica:

[...] eu estou na fila há mais de seis anos [...] nesse tempo o que senti foi uma ansiedade muito grande [...] cada vez meu peso ia aumentando mais e era mais sofrido [...]. P1

[...] eu fiquei três meses na fila, mas a espera, mesmo que curta, é uma luta, uma ansiedade, porque não sabia se teria uma nova chance ou não, subia na balança e só via o peso aumentando ou estacionado. P4

[...] ah! é dureza, teve dias que eu esquecia, mas em outros eu ficava só orando [...] com quatro anos na fila eu cheguei a 123 quilos, a sensação é ruim, porque deixava e acordava pensando, o telefone tocava e ficava com esperança, será que é do HC? E não era, então... tome comida para dentro, por causa da ansiedade. P6

Eu fiquei cinco anos na fila, foi bem ruim, a princípio, quando eu entrei, o médico me disse que a espera estava em três anos, mas devido ao aumento da quantidade de pessoas e a falta de recursos financeiros, o tempo de espera aumentou para quatro anos, e na última consulta que passei já estava em cinco. Isto tudo contribuiu para o aumento da minha ansiedade e eu acabava descontando na comida e engordando cada vez mais. P9

[...] neste tempo de espera eu senti muito desprezo. [...] durante este tempo fui engordando e procurando em outros lugares. A espera para mim foi uma porcaria, mas agora valeu a pena, eu já estava para desistir, foi desesperador. P10

Esperar para mim foi incerteza, será que vão me chamar? [...] algumas vezes eu fiquei desanimada, pensei que tinham esquecido de mim [...]. Neste tempo eu engordei uns 20 quilos, foi muito angustiante. P11

Foi demorado [...] às vezes ficava revoltada, porque passava no médico e marcava a próxima consulta para dali um ano, e neste tempo aumentava a ansiedade e a vontade de

comer [...] isso me desmoronava, era angustiante, sem contar que neste tempo ficava oscilando, engordava e emagrecia. P13

[...] fiquei na fila por sete anos. [...] eu achava que nunca iam me chamar [...] quando vim na consulta e o médico me disse que estava chegando a minha vez, eu estava com 104 quilos, e me encaminhou para a psicóloga, neste período, ao invés de emagrecer, eu engordei cinco quilos, acho que é de ansiedade. P17

O tempo de espera aumenta a vulnerabilidade e os riscos advindos da obesidade. Esta percepção pôde ser apreendida nas falas dos entrevistados:

[...] quando eu entrei na fila eu era um pré, hoje sou diabético. P5

[...] a cada ano que permaneço na fila sem operar eu pioro mais, porque fico mais gorda e mais velha. P6

A morosidade do percurso até a cirurgia contribui para o desencadeamento de limitações percebidas no cotidiano das pessoas com obesidade:

[...] neste tempo que fiquei esperando percebi que foi limitando a minha vida [...] antes eu fazia 10 plantões seguidos e hoje não consigo fazer dois. P5

Durante este tempo na fila eu sofri, porque tudo em mim foi ficando maior, é difícil, até sapato para nós já não encontrava, eu estava calçando 41 e já não achava mais porque o pé é inchado. P10

[...] durante o tempo na fila sentia que piorava, a cada ano. Cheguei ao ponto de não conseguir fazer coisas do dia a dia, como varrer a casa, passar um pano, tomar banho sozinha e nem amarrar o cadarço do sapato sozinha. P13

O receio de adquirir outras doenças e mutilações físicas decorrentes da obesidade, como as ocorridas com pessoas próximas, foram relatadas pelos pacientes como estímulo para permanecer na fila de espera da cirurgia bariátrica:

[...] tenho vários amigos que são diabéticos e estão perdendo o pé, o dedo, o nariz por causa da diabetes, a cirurgia me dá um ânimo novo, por isso continuei na fila. P2

[...] eu tenho um tio que morreu com diabetes, outro morreu cego, outro que perdeu perna, então não quero isto para mim, e foi o que me motivou a continuar. P5

O convívio constante com a dor, a incerteza do futuro e até mesmo o medo da morte, foram alguns dos fatores motivadores para que os pacientes continuassem no caminho em busca da Cirurgia Bariátrica:

[...] desenvolvi a fibromialgia, dói até o olho, e quando engordo piora. P6

[...] comecei a ficar com muita dor nas pernas, dor no peito, e o máximo de exercício que eu fazia era andar, não podia pegar ladeira, faltava ar. [...] o meu medo é no amanhã. P7

[...] eu praticava box, andava muito de bicicleta e ultimamente não conseguia mais, eu tinha medo de ter uma parada cardíaca e respiratória por conta do cansaço. P9

[...] não sei se amanhã estarei viva, principalmente se continuar obesa e não fizer a cirurgia. P12

Os entrevistados expressaram que o tempo de espera leva a buscar na fé, força para não desistirem enquanto aguardam a Cirurgia Bariátrica:

[...] estou insegura, mas tenho fé em Deus que vou sair dessa. [...] estou com 71 anos tenho fé que depois da cirurgia vou viver muito ainda, pelo menos até os 90 como viveu minha mãe, aí já me dou por satisfeita. P1

[...] apesar de tudo eu nunca perdi a esperança, eu sempre achei que a hora que Deus preparasse chegaria meu dia. P3

[...] porque daqui para frente (depois da cirurgia) será uma mudança de vida e eu não sei se estou pronta, estou pedindo muita força para Deus para poder me preparar. P7

[...] muitas vezes pensei em desistir, mas no fundo sempre pedindo a Deus, porque era o que eu queria, mas tudo no tempo Dele, e o tempo Dele é agora. P8

Categoria 3 – A assistência à saúde recebida no itinerário terapêutico percorrido

Os participantes relataram que se sentem descuidados em relação ao atendimento recebido, evidenciando uma lacuna entre o que é ofertado e o que é vivido:

[...] quando eu passava na UBS e viam que eu estava obesa me mandavam não comer, nunca fizeram nada por mim, me diziam para fazer regime, eu fiz a vida toda e de nada adiantou. P1

[...] no Sistema de Saúde, sem ser aqui não há recurso [...] é muito difícil chegar com uma criança gordinha, levar para outro lugar público e não ter recurso nenhum. Na época que minha mãe foi procurar ajuda para mim não encontrou e nada mudou, porque eu passei pela mesma coisa com minha filha agora, passei pelos mesmos lugares, UBS e hospital e continuam sem ter recursos. [...] eu não encontrei nenhum profissional que me olhasse como gente na unidade perto da minha casa. P4

Eu nunca tive problema de saúde, quando tinha que fazer algum exame ia ao hospital que minha mãe trabalha. Lá tem pronto-socorro, então tudo eu passava lá, porque se não fosse assim seria difícil conseguir ser atendido. P9

[...] durante a espera pela cirurgia procurei por ajuda dos profissionais de saúde, mas não encontrei. [...] neste tempo todo, não tive apoio de nenhum profissional de saúde. [...] foram 12 anos. [...] naquela época eu estava entrando na terceira idade, se tivesse sido atendida poderia ter evitado as sérias complicações que tive. [...] o que eles conseguiram foi me deixar mais doente para terem mais trabalho agora [...] o tempo de espera aumenta o gasto público, porque quanto mais eu uso o serviço público, mais dinheiro eu vou usar. P12

As falas dos participantes permitiram desvelar que o cuidado em saúde, mais próximo e singular, pode influenciar no emagrecimento, e em algumas situações até ajudar a evitar a cirurgia:

[...] se eu tivesse tido essa orientação quando era criança, não estaria tão gordo, talvez não estaria fazendo Cirurgia Bariátrica. [...] se tivéssemos um Programa de Saúde da Família atuante, com profissionais preparados, que fossem visitar na casa pelo menos uma vez por semana, uma vez por mês, seria muito mais barato do que a minha internação, porque a cirurgia é cara. P5

[...] se tivesse alguém para me orientar, pessoas preparadas para me ajudar, como médicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogas, teria me ajudado muito [...] que tivessem se importado comigo, me dado uma atenção maior para eu não precisar chegar na cirurgia, eu tenho certeza que não teria precisado chegar nessa cirurgia. P7

[...] eu acho que, se lá trás, quando eu comecei a engordar, eu tivesse tido um acompanhamento com a nutricionista, com o psicólogo, desde o começo lá no posto, talvez eu não tivesse chegado ao peso que cheguei e não precisasse de cirurgia. P8

[...] se eu tivesse tido este acompanhamento há quatro anos, eu nem precisaria passar por esta cirurgia, e seria vantajoso e com menor custo, mas é esta questão de ter um acompanhamento mais de perto. P9

Eu acredito que na unidade básica, a enfermeira poderia ter me visto mais, porque pressão alta não é só o obeso que tem, mas a maioria dos obesos têm [...] faltou um profissional que me olhasse, que me orientasse, que me ajudasse, isto sim teria me ajudado e muito, e talvez nem precisasse da cirurgia, eu teria conseguido porque eu era mais nova [...] se naquela época eu soubesse de tudo que sei hoje, eu teria me cuidado, e não estaria aqui passando pelos riscos de fazer a cirurgia. P13

[...] os profissionais de saúde precisam de um olhar não somente para o obeso, mas para tudo, porque, se cuidarem antes, terão muito menos custo do cuidar depois. P14

Ao referirem sobre as estratégias utilizadas na busca pelo emagrecimento, alguns participantes mencionaram que o atendimento oferecido pelos profissionais de saúde foi imprescindível para que conseguissem percorrer o caminho e chegar até a Cirurgia Bariátrica:

[...] os profissionais que me atenderam no posto funcionaram, foram competentes, porque conseguiram arrumar um lugar para eu fazer a cirurgia. E durante este tempo, eu fazia acompanhamento com a nutricionista da UBS. P10

[...] eu comecei a tomar os medicamentos para pressão, até que um dia a médica disse que eu estava com a pressão alta por causa da obesidade, e que existia a Cirurgia Bariátrica [...] me inscreveu no grupo de obesidade do posto. Fui atendida por enfermeiro, médica de clínica geral, psicóloga, que me ajudaram muito. P13

[...] em 2012 ou 2013 eu tentei suicídio. Aí a coisa ficou bem feia para o meu lado. [...] foi a psicóloga do posto que me ajudou a descobrir porque eu estava obesa [...] eu passei com a enfermeira, ela me ajudou, senão eu chegaria nos 300 quilos, minha base toda foi no posto [...] P15

Ficar internado na clínica cirúrgica, por um período antes da cirurgia, proporcionou um sentimento de atenção efetiva e reciprocidade entre o paciente e o profissional de saúde, como pode ser percebido nos relatos a seguir:

[...] quando entrei aqui me senti um pouco mais leve, como se alguém estivesse me dando valor; porque, antes não tinha estes profissionais para cuidarem de mim, com especialidade só em bariátrica. P2

[...] a equipe médica é muita boa, a equipe de enfermagem daqui também é ótima. E é bom internar aqui na clínica um pouco antes da cirurgia para saber o que eu vou sentir, ficar uma semana aqui internado ajuda [...] comendo esta dieta de 600 calorias me dá uma ideia do que vou comer. P5

[...] se tivéssemos um acompanhamento durante todo o tempo de espera, como este que temos aqui quando internamos para operar, seria mais fácil perder peso. Fora daqui, a nutricionista até fala não come isso, não coma aquilo, mas aqui é um tratamento diferenciado. P6

O atendimento que recebi quando internei para a cirurgia foi mais do que eu esperava, todo o tempo tem alguém por perto me perguntando se está tudo bem, se eu preciso de alguma coisa. P11

O atendimento foi muito bom, mais do que eu esperava. Neste tempo que estou internado, esperando a cirurgia, os profissionais foram muito atenciosos. P14

Vou te falar, neste tempo que estou internada eu conheci enfermeiras e técnicas de enfermagem maravilhosas, elas dão apoio o tempo todo. E eu fico andando nesse corredor, fico suada, e elas continuam me motivando: - isso mesmo, você precisa perder peso para fazer a cirurgia, você não vai sair daqui sem operar, não, vamos embora andar. P16

Opostamente, alguns entrevistados mencionam que o atendimento recebido dos profissionais pode ser instrumento de fracasso e desmotivação:

[...] os endócrinos precisam saber nos atender, eu passei por uma que fiquei chateada. Eu tinha perdido só 3 quilos com a sibutramina que ela me receitou [...] eu achei que ela foi grossa comigo, porque em um mês ela queria que eu tivesse perdido cinco quilos. Ela é magra, estudou para ajudar as pessoas nos seus problemas e não tem que pensar que eu deva ser igual a ela [...]. P3

No posto nunca olharam para o fato da minha obesidade [...] ninguém me indicou onde e a quem procurar para me ajudar a emagrecer [...] na consulta eu falei para a médica que eu não vejo a hora de parar de tomar estes remédios, e ela me respondeu “tenho uma má notícia para te dar, a senhora vai tomar muito mais remédio depois da cirurgia”, então eu perguntei: - como assim? E ela me disse: ah!... depois a gente conversa. Me deixou no vácuo. P7

[...] só não vou continuar fazendo acompanhamento no Posto porque mudou tudo, o SUS está mudando tudo, eu me senti largada. [...] a mudança do SUS foi ruim, tirou os profissionais que cuidavam de mim [...] a psicóloga que entrou agora me deu alta, ela não quis conversar comigo. P15

[...] eu pensei em desistir umas três vezes, porque a espera é muito longa. [...] me faltou ajuda profissional para passar pela angústia da espera pela cirurgia. P16

Os participantes também discorreram sobre o preconceito dos profissionais de saúde em relação à pessoa com obesidade, o que causa impacto negativo em quem busca por ajuda:

[...] nós pacientes, comentávamos da falta de ética como éramos tratados em um outro hospital que fiz tratamento. Alguns médicos, não todos, diziam que estávamos gordos porque queríamos e que gordo fede, (choro), eu o achei muito rude. P8

[...] até médicos, outros profissionais de saúde têm preconceito com obesos. A ginecologista do ambulatório de especialidades gritava para mim que eu estava com o mioma por causa da obesidade, que não tinha o que fazer por mim. P10

[...] o que eu percebi é que os próprios profissionais têm preconceito com os obesos. A enfermeira foi bruta comigo. P17

Inter-relacionando a situação biográfica e os conhecimentos obtidos durante o itinerário percorrido, foi possível estabelecer ações motivacionais relevantes na constituição dos “Motivos Para”, que culminaram na quarta e quinta categorias: “o desejo por um cuidado singular, integral e qualificado” e “a Cirurgia Bariátrica como possibilidade de ressignificação da vida”, obtidas respectivamente, por meio das perguntas: como espera continuar sendo atendido? Qual é a sua expectativa para depois da cirurgia?

No itinerário terapêutico percorrido, a pessoa com obesidade estabelece planos e caminhos para emagrecer e atingir um determinado peso. Esse processo vai ao encontro dos seus sonhos, sejam eles cirurgia, internação, ajuda profissional, grupos de apoio e até mesmo implementação de programas e políticas públicas. Anseiam por uma rede de assistência, um contexto social mais favorável.

Categoria 4 - O desejo por um cuidado singular, integral e qualificado.

Melhores estruturas nas redes de atendimento e maior conscientização dos profissionais foram mencionados pelos participantes como fatores relevantes para a continuidade do atendimento às suas necessidades de saúde futuras:

[...] espero continuar fazendo acompanhamento aqui, mas depois da cirurgia, quando me derem alta vou ter que continuar na UBS, mas lá está muito difícil para conseguirmos, lá está péssimo, não há remédio, não há médicos [...] eu espero que o posto de saúde tenha estrutura física e profissionais preparados para me receber, atender com respeito e me acompanhar, coisa que nos postos de saúde e nos ambulatórios de especialidades médicas não existem, nem um pouquinho. P1

[...] que as unidades tenham estrutura física, porque quando vamos sentar é muito desconfortável, todo lugar é adaptado para o magro e não para o gordinho, não há nem balança para pesar os gordinhos. [...] podia ser até na UBS, que eles conversassem entre si [...] espero encontrar profissionais que sejam próximos a mim, que estejam ao meu lado para me aconselhar quando eu precisar, isto sim irá me ajudar e será bem melhor. P4

Os desejos da pessoa com obesidade que busca a Cirurgia Bariátrica vão ao encontro da necessidade de operacionalização da interdisciplinaridade e integração entre os diversos níveis, com referência e contra referência:

[...] poderia ter uma UBS que encaminhasse para a cirurgia, uma equipe profissional que ajudasse em todos estes momentos. P2

[...] o posto de saúde poderia ter uma cópia do meu prontuário e saber do meu caso para me dar um suporte [...] se houvesse este intercâmbio eu não precisaria me deslocar até aqui para passar em consulta, poderia haver um método de descentralização do cuidado. P5

[...] o que pode ser feito para agilizar o processo seria o posto de saúde encaminhar para os hospitais de referência, isto ajudará a diminuir o tempo tanto na marcação da consulta, quanto no agendamento da cirurgia. P6

[...] fazer convênios com hospitais particulares, porque chamam mais pessoas, isto deve ser incentivado. P10

[...] eu espero poder voltar lá para a unidade básica de perto da minha casa e ser acompanhada por eles também, espero que me encaminhem, porque se não encaminharem eu vou procurar por mim mesma, espero ser acompanhada pelos profissionais de lá, acho importante. P12

[...] alguns pontos poderiam melhorar o atendimento, por exemplo, neste intervalo que esperei na fila, poderia ter continuado a fazer o tratamento com o endócrino, ou na UBS com outros profissionais. Porque aqui não dão conta. [...] poderia haver uma articulação entre o hospital e a UBS ou o AME, durante esta espera na fila para operar. P16

Os entrevistados almejam que as práticas de atendimento sejam realizadas por equipe multidisciplinar capacitada e treinada, com conhecimento específico e envolvimento da comunidade:

[...] eu espero que uma equipe multidisciplinar me acompanhe, porque a vida daqui para frente não será tão fácil, isto sim vai fazer a diferença no sucesso da minha cirurgia. P5

[...] eu gostaria que tivesse um profissional que fosse referência para mim, que eu visse que posso confiar e seguir para tudo dar certo, podia ser até alguém lá do posto de saúde, que me acompanhasse, para me ajudar a continuar, isto faria a diferença na minha vida. P7

[...] eu acho que os postos de saúde têm que ter um preparo, têm que ter em cada região uma sala e ir encaminhando estas pessoas para um tratamento psicológico, nutricional, fazer reuniões, ter uma pessoa que ampare os pacientes, com enfermeiros, psicólogos, preparador físico [...] ter horários de atendimento diferentes para acolher as pessoas, para que não cheguem ao estágio de obesidade maior como eu cheguei. [...] podia ter um retiro, até mesmo para os especialistas se reunirem. P8

[...] seria muito bom se tivesse acompanhamento com a nutricionista associado com a psicóloga, para me ajudar não só com a cirurgia, mas com acompanhamento pelo menos nos próximos anos e se possível para o resto da vida. [...] se houvesse grupos de tratamento para pessoas obesas nos postos de saúde, todo posto de saúde poderia ter uma campanha de incentivo, ir atrás da pessoa, não esperar que procurem o posto, fazer um censo no bairro para saber quantos são obesos, porque os obesos do bairro se conhecem, promover um agrupamento e juntar estas pessoas para esclarecer dúvidas, falar sobre as dietas e exercício físico. P9

[...] depois que eu fizer a cirurgia vou sair do corpo do gordo para entrar no corpo do magro; então, com a cabeça é a mesma coisa, é sair da cabeça de gordo para entrar na cabeça de magro; então, eu preciso da ajuda de todos estes profissionais nesta transição.

P13

Qualificação profissional, melhor capacitação, treinamento e até mesmo especialização no atendimento da pessoa com obesidade são referidos como sendo imprescindíveis para o alcance do cuidado desejado:

[...] precisa ter mais profissionais qualificados nos orientando, porque a qualificação dos profissionais é muito pequena [...] profissional preparado nesta área para fazer este intercâmbio entre médico e paciente. Pode ser um enfermeiro com estudo nesta área da obesidade, capacitado para tratar de pessoas obesas enquanto não chega o dia da cirurgia. P1

[...] poderia ter muitas palestras para os obesos e ser dito o porquê é importante perder peso. [...] um pessoal que estude mais sobre obesidade, uma equipe multidisciplinar [...] vários profissionais mais capacitados, tanto tecnicamente, quanto humanamente para cuidar da pessoa obesa, que nos olhe como seres humanos sem críticas. P3

[...] depois que eu fizer a cirurgia, eu espero continuar sendo atendida por todos os profissionais que já me atenderam aqui no HC, porque foi um tratamento que eu comecei lá na UBS, vim para cá, continuei, [...] então eu espero que continue porque o tratamento é bom, os profissionais estão sempre dispostos a nos ajudar em qualquer coisa e são competentes. P11

[...] espero continuar sendo atendida por profissionais que sejam tão competentes quanto os que encontrei aqui, espero ser acompanhada, porque eu vou precisar de ajuda para saber se deu tudo certo ou não. P12

[...] quero um profissional capacitado, com olhar direcionado para a pessoa com obesidade, porque é diferente o olhar para nós, é olhar para a pessoa que está com obesidade, em especial. P16

Os entrevistados também mencionam a necessidade de continuação do atendimento qualificado após a Cirurgia Bariátrica, a fim de que não voltem a ganhar peso:

Tem que ter uma equipe treinada para nos aceitar na idade e peso que tivermos e nos aconselhar a seguir um tratamento, porque psicólogo quase nunca tem na UBS. [...] outra coisa que eu também acho é que todo gordinho precisa de um preparo antes de fazer a cirurgia [...] entramos em uma cirurgia comendo de tudo e quando saímos não comemos, depois voltamos a comer. P4

[...] eu sinto que depois da cirurgia vou precisar de acompanhamento para não voltar a engordar, porque não é só fazer a cirurgia, é ser acompanhada antes e depois por profissionais competentes. P7

[...] preciso de profissionais competentes para estar me acompanhando tipo nutricionista, para não voltar a engordar, sei que depende de mim também, mas tenho medo que os profissionais não me ajudem a altura, que desistam de mim. P10

[...] espero que o atendimento melhore um pouco mais, que o povo seja mais bem atendido, assistido e orientado. P12

[...] ter mais ação, investir na prevenção e no tratamento não só da obesidade, mas em um todo, tem que investir na saúde e não na doença. P14

Embora tenham relatado que esperam um atendimento integrado nas diversas esferas da rede de saúde, alguns dos entrevistados mencionaram que desejam continuar o acompanhamento no local onde fizeram a cirurgia e não gostariam de ser contrarreferenciados para as UBSs:

Daqui para frente, eu espero ser acompanhado pelos médicos, eu prefiro continuar sendo acompanhado aqui onde vão me operar para não voltar a engordar e ter que operar novamente. P2

[...] espero continuar sendo acompanhada aqui, principalmente por psicólogo. [...] espero continuar sendo atendida pelos profissionais, porque um gordinho sempre tem problemas de comida [...] e é o que eu espero, continuar sendo atendida aqui para o resto da minha vida. P4

[...] agora que eu estou aqui nem vou passar mais pela UBS, eu quero continuar aqui [...] porque aqui vou ter acompanhamento, até ginástica eu vou ter. Por mim o posto não pode fazer mais nada, mas há outras pessoas obesas precisando de ajuda, de muitas especialidades, de uma equipe multidisciplinar para acompanhá-las. P10

Lá na UBS eu quero voltar só se for para alguma emergência, mas caso contrário eu espero ser acompanhada aqui para me ajudarem a manter o ritmo de emagrecer para o resto da minha vida, porque é uma cirurgia e é grave [...]. P11

Os participantes também anseiam ser percebidos como uma pessoa digna de respeito, com acompanhamento diferenciado, mais próximo e singular, para que a lacuna entre o atendimento ofertado e a percepção sobre experiência vivida no itinerário terapêutico seja diminuída:

Eu espero que eles tenham um pouco mais de carinho, que fiquem mais próximos de nós, que expliquem o que está acontecendo [...] que a medicina evolua muito mais e que tenha profissionais capacitados, que trabalhem com amor e carinho, porque há muitos que são formados e acham que mandam, e nós, os pacientes pobres, temos que ficar por baixo. P12

[...] que todos vejam o obeso como ser humano e não como somos vistos, não deixamos de ser humanos por sermos gordos, temos hábitos feios de comer? Sim, temos, mas às vezes pode ser um problema particular, ou de saúde [...]. P3

Eu espero que tenha uma pessoa que me trate com igualdade, não é porque sou gorda que podem me deixar de lado, me ver como um fracasso, eu sou gorda, mas também preciso de ajuda [...] porque gordo se sente muito sozinho. P4

[...] para mim, o ideal é um acompanhamento mais de perto, porque só assim vou conseguir controlar minha ansiedade e não voltar a esta gordura desenfreada. [...] a obesidade não está só no corpo, mas também na cabeça e a cabeça para ser tratada, não é algo que vou ao médico, ele receita uma Dipirona e fica tudo bem. P9

O apoio e cuidado da família também foi apontado como sendo fundamental na continuidade do tratamento após a cirurgia:

Eu espero retornar aqui para conversar, tirar minhas dúvidas, mas o maior é em casa, minha esposa vai ter que fazer a comida certa, como deve ser feito. P14

Meu filho hoje é preparador físico, me ajuda muito nesta parte, e me fala assim: mãe quando voltar do hospital vou te ajudar com os exercícios para você não engordar mais. Este apoio, para mim é fundamental. P8

Outras expectativas manifestadas revelam o desejo de cuidado desde a infância:

[...] crianças gordas existem muitas, umas por comida, outras por problemas de saúde, então tem que existir uma equipe justamente para isso, coisa que não tem. [...] o que eu mais espero é que os profissionais de saúde sejam treinados para olharem para o obeso [...]. P4

[...] o que se pode fazer é cuidar desde a infância [...] isto não deve ser feito no âmbito hospitalar, mas no posto de saúde, quando a criança passa para tomar vacina, quando passa na consulta do pediatra ele já deve ver que está acima do peso e indicar uma nutricionista. [...] se o governo investir na juventude, quando começar a engordar, não existirá nem a bariátrica. P5

Categoria 5 - A Cirurgia Bariátrica como possibilidade de ressignificação da vida

Muitos foram os caminhos percorridos pela pessoa com obesidade em busca da cirurgia bariátrica. Ter alcançado a aprovação para a cirurgia e a possibilidade iminente de realizá-la, permite estabelecer planos e novas conquistas a serem alcançadas após o procedimento. Essa expectativa é permeada por vários desejos, dentre eles o de uma nova vida, um renascimento, especialmente no que diz respeito a emagrecer e voltar a realizar atividades rotineiras. Este momento especial permite ressignificar e superar os percalços encontrados no itinerário terapêutico percorrido:

[...] quero poder andar, passear, brincar, tudo o que eu fazia antes, uma vida social melhor, eu acho que mereço isso. [...] vou operar daqui três dias, por isso espero que corra tudo bem. P1

[...] eu espero nunca mais passar pelo processo de engordar, não quero morrer gorda. [...] espero ficar melhor em tudo, andar melhor, dançar, assim que puder já vou dançar e voltar às minhas atividades de pintura [...] quero retomar minha vida. P6

Vida nova. Quero olhar para o diferente para que não aconteça de voltar a engordar. Daqui para frente eu quero viver, fazer minha caminhada, meus exercícios físicos, sair com minha família. P8

[...] daqui para frente espero vitória mais ainda, sair daqui de cabeça erguida, voltar a trabalhar e comprar roupas. P10

[...] espero ser mais ágil, porque eu não conseguia fazer meu serviço por conta do cansaço, da dor, espero que minha vida seja melhor do que a que estou vivendo, que eu possa andar, fazer caminhada, ter uma vida normal. P12

Além de voltar a realizar coisas simples do cotidiano, os participantes também esperam serem reinseridos na sociedade:

[...] quero poder entrar no ônibus, passar na catraca e todo mundo me olhar como uma passageira normal. Poder ir à loja comprar uma calça número 44. [...] quero só ser feliz. P3

[...] quero fazer minha unha sozinha, ter independência, e roupa também, ir a uma loja, escolher o que eu quero e não o que tem para mim [...] parar de tomar estes remédios todos. P7

[...] ah! tudo que eu sonho é sentar em um restaurante, passear em qualquer lugar sem me preocupar com essa ou aquela pessoa [...] ir a uma loja, comprar novas roupas, quando puder quero comprar novas roupas. P8

[...] depois da cirurgia será uma mudança radical. [...] quero levantar e sentar em uma cadeira normalmente, poder dirigir um carro normalmente, as pessoas me olharem de modo normal, não acharem que tem criança na minha barriga [...] será como um antes e depois da cirurgia na minha vida. P14

[...]eu espero tudo para minha vida, subir em um ônibus, passar uma catraca, voltar a fazer caratê porque eu fiquei parada no tempo. Eu quero chegar nos meus 50 anos melhor ainda. Daqui para frente eu só quero viver, as mudanças vão depender dos meus objetivos. P15

[...] quero uma vida normal, poder entrar em uma loja e comprar uma calça jeans, entrar em um lugar e me sentir viva, poder sentar para comer, comer metade de um pão e me sentir satisfeita. P16

[...] espero poder vestir roupas que vejo na vitrine e gosto; não sentir mais que as pessoas têm nojo de mim quando sento no ônibus, porque estou suando; não me sentir um bicho quando sento e pego uma parte do outro no banco; espero ser aceita pela sociedade. [...] poder usar o que quero, ir aonde quero e não sentir vergonha dos outros. P17

As falas dos participantes evidenciaram que após a cirurgia vislumbram recuperar a saúde e a qualidade de vida:

Depois da cirurgia vai mudar minha saúde, vai melhorar muito, vou poder subir no caminhão novamente. Vou poder voltar a fazer exercício, jogar bola, viver e ter saúde para poder criar minha filha. [...]. P2

Minha cirurgia provavelmente será na quinta-feira, a partir daí vou perder peso, ter mais condições de andar sem sentir dor, terei mais saúde. P3

[...] para mim, a cirurgia é qualidade de vida, e no futuro não voltar a engordar, tocar a vida para frente e viver sem pressão alta, sem diabetes, sem doenças derivadas da obesidade. P5

[...] na minha vida, eu espero que melhore minha saúde, a condição de vida para eu me sentir melhor. P14

Ampliar e efetivar os laços familiares e a vida afetiva faz parte das conquistas almejadas pelos participantes após a Cirurgia Bariátrica:

[...] eu penso na filha que tenho para criar, na vida que me espera lá fora, e eu espero poder viver tudo isso. P4

[...] quero ter vida, estou com minha nora e minha filha grávidas, eu espero ter ânimo para poder cuidar dessas crianças. P7

[...] eu espero poder ter filhos, porque a obesidade atrapalhou um pouco a relação com minha esposa, voltar a praticar esporte físico. [...] espero que possa servir de exemplo para muita gente, não só pela questão da cirurgia, mas até para os que não precisam fazer a cirurgia, que consigam mudar a cabeça, seguindo uma dieta balanceada. P9

Dentre outras realizações, empreender na carreira profissional e cursar uma faculdade também estão dentro dos planos a serem alcançados depois da Cirurgia Bariátrica:

[...] depois da cirurgia eu espero ter motivação para terminar plenamente minha faculdade e aí prestar um concurso lá pelo Ceará. P5

[...] daqui para frente eu pretendo continuar me cuidando e focar na minha vida tanto profissional, quanto pessoal, eu vou fazer faculdade de psicologia e continuar com minha vida. P11

[...] eu espero poder viver, porque até aqui não vivi nada [...] vou estar mais feliz, vou estar mais disposta para fazer as coisas, para trabalhar, para concluir meus estudos, quero fazer engenharia civil. P13

[...] eu fiz ENEN quero voltar a estudar, quem sabe fazer Enfermagem. P15

[...] eu espero concluir minha faculdade, trocar de emprego, trabalhar na área que escolhi para minha vida, que é pedagogia. [...]. P16

5.4 TIPO VIVIDO

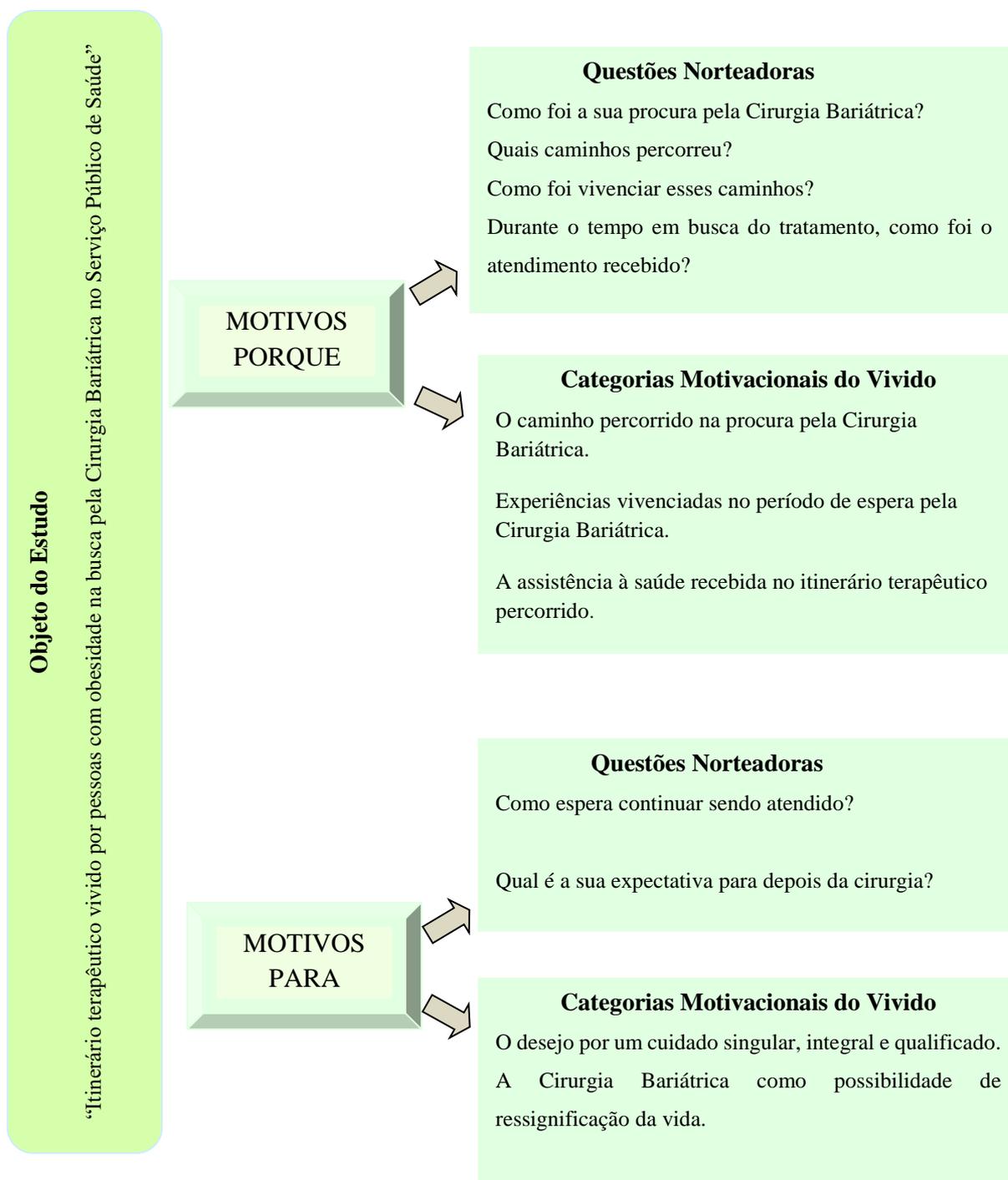
As categorias motivacionais do vivido, desveladas pelo sentido da ação subjetiva da pessoa com obesidade, que percorre o itinerário terapêutico em busca da Cirurgia Bariátrica, permitiu construir o Tipo Vivido. Este não significa apenas experiências únicas e singulares, mas sim compartilhadas por um grupo de pessoas que vivenciam a mesma situação. Embora estas experiências tenham sido individuais, elas se inter-relacionam e são conscientes em relação às experiências do outro.

De acordo com os constructos da fenomenologia social de Alfred Schütz e as categorias motivacionais emergidas dos depoimentos dos participantes deste estudo, o típico da ação vivida no itinerário terapêutico, percorrido pela pessoa com obesidade em busca da Cirurgia Bariátrica, mostrou-se como: aquela que procurou e trilhou diversos caminhos em busca da cirurgia para perder peso nos Serviços Públicos de Saúde; que vivenciou a morosidade do tempo de espera na fila, aguardando pela cirurgia, o que contribuiu tanto para o amadurecimento e reflexão sobre a situação vivida, quanto para a manutenção e/ou aumento de peso, desencadeando problemas biopsicossociais e limitações no seu cotidiano; que conviveu com a ansiedade, a dor, a incerteza do futuro e até mesmo o medo da morte; que se sentiu descuidada durante o itinerário percorrido devido à lacuna existente entre a assistência recebida e a preconizada nos Serviços de Saúde; que considerou a ajuda dos profissionais de saúde imprescindível para que conseguisse percorrer o caminho e chegar até a aprovação para a Cirurgia Bariátrica; que espera melhor estrutura nas redes de atendimento, práticas de cuidado realizadas por equipe multidisciplinar capacitada e diminuição da lacuna entre o atendimento ofertado pelo Serviço Público de Saúde e a situação vivida no itinerário terapêutico. Para além

da cirurgia para perder peso almeja a possibilidade de retomar a realização de atividades simples e rotineiras; efetivar os laços familiares e a vida afetiva; ser inserida na sociedade e poder empreender na carreira profissional.

Os resultados da pesquisa – categorias motivacionais – estão representados na Figura 5.

Figura 5 - Categorias Motivacionais do Vivido





DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Os caminhos percorridos pela pessoa com obesidade até a Cirurgia Bariátrica demonstraram que as necessidades de saúde dos participantes deste estudo fizeram com que trilhassem itinerários diversos, divergindo na maioria das vezes dos fluxos assistenciais preconizados para o atendimento à pessoa com obesidade nas Redes de Atenção à Saúde.

Diante disso, evidenciou-se que a procura pela cirurgia não se deu, na maioria dos casos, pelo encaminhamento da UBS, mas também por meio de indicação de amigos, familiares e pessoas públicas.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 2.488 de 2011, indica a UBS como sendo a principal porta de entrada com o objetivo de proporcionar maior resolutividade para a maioria dos problemas da população (Brasil, 2011b). No entanto, não foi essa a realidade vivida pelos usuários na trajetória de atendimento à pessoas com obesidade, na busca pela cirurgia para redução de peso.

A prática das ações para o combate à obesidade está muito distante do que realmente é preconizada na teoria, contribuindo para que a lacuna entre o cuidado prescrito e o cuidado vivido seja cada vez mais percebido por quem busca atendimento no Serviço Público de Saúde.

A abordagem da pessoa com excesso de peso inclui o aconselhamento sobre nutrição, atividade física, esclarecimento de dúvidas quanto à obesidade e encaminhamentos quando necessário. Tal abordagem multidisciplinar é considerada indispensável na APS pela Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2015c).

Um estudo que buscou identificar os momentos críticos em torno da integralidade no âmbito do SUS, concluiu que uma das fragilidades do Sistema de Saúde é a distância que existe entre a formulação da proposta política e a sua efetiva realização, além da descontinuidade do atendimento nas diversas esferas de saúde (Kalichman, Ayres, 2016).

Os depoimentos deste estudo deixaram evidente que a dificuldade enfrentada no encaminhamento pela UBS, bem como a morosidade do atendimento contribuíram para que trilhassem diversos caminhos até ingressarem no Serviço de Cirurgia Bariátrica.

As diferentes especialidades, dentro do cenário deste estudo, e de outras Instituições de Saúde no nível terciário, foram descritas pelos participantes como sendo algumas das fontes de indicação à equipe de obesidade e cirurgia para redução de peso. Alguns relataram que, antes de adentrarem no HC passaram por outras Instituições da Rede Pública e Privada, com médicos de áreas distintas, e esses ao perceberem que a obesidade estava acarretando outros problemas, sem possibilidade de controle, conduziram para o setor especializado.

O caminho percorrido pelos participantes do presente estudo na procura pela Cirurgia Bariátrica coaduna com os resultados de uma investigação realizada por Brustolin e Ferretti (2017). Ao identificar o itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer, os autores concluíram que as referências prescritas nos cadernos de atenção à saúde nem sempre correspondem ao que é desenhado na realidade pelos usuários, o que os leva a traçarem novos fluxos, como forma de superar as dificuldades de acesso ao Sistema de Saúde.

As falas dos entrevistados do presente estudo mostraram que a indicação da cirurgia para redução de peso foi realizada pelos médicos da equipe de obesidade, após inscrição no serviço por encaminhamento de outros especialistas. Tal acesso se deu também por indicação de pessoas próximas, que por terem alguma forma de contato com o setor de obesidade indicaram ou favoreceram a entrada dos participantes. A influência de familiares que faziam algum tipo de acompanhamento, dentro da Instituição, foi igualmente apontada como um meio de acessar o serviço especializado.

Os relatos permitiram ainda perceber que não houve interação e discussão mais aprofundada sobre a indicação da cirurgia e as especificidades desta intervenção, tanto entre os médicos que encaminharam para a equipe de obesidade, quanto com os cirurgiões e os pacientes, pois estes somente passavam em consultas anuais para breve avaliação e manutenção na fila de espera.

A falta de comunicação entre as equipes está em consonância com o atendimento recebido pelas pessoas com obesidade na Austrália, como descrito em uma investigação que permitiu aos autores identificarem que havia gerenciamento da obesidade para a indicação da melhor intervenção por parte dos grupos clínicos, os quais acabavam por indicar a cirurgia baseados em suas próprias experiências e nas dos pacientes, sendo estes os principais motivadores e iniciadores do processo de avaliação cirúrgica. A maioria das indicações deu-se sem evidências sistemáticas da necessidade de intervenção cirúrgica (Kim et al., 2015).

Pesquisa, realizada no Canadá, com o objetivo de avaliar os pontos de vista e as barreiras percebidas pelos pacientes quanto à procura pela cirurgia para redução de peso, mostrou que a maioria dos indicados para realizarem a cirurgia tinha um médico de família como referência, porém, menos de um terço recebeu orientação direcionada sobre como proceder para iniciar o processo de avaliação quanto às especificidades da cirurgia. As informações foram adquiridas pelo contato entre os próprios pacientes que já haviam realizado a cirurgia; pacientes e outros profissionais da saúde; pacientes, amigos e familiares e por meio da internet. Cabe ressaltar que uma minoria discutiu a situação vivida com o profissional que os acompanhava na atenção primária (Wharton et al., 2016).

As clínicas de atendimento, mantidas pelas Universidades, também foram relatadas como sendo uma das possibilidades de atendimento, e a relação mais próxima com alguns profissionais que, por também trabalharem no HC, facilitaram a entrada na Instituição e inscrição no grupo de obesidade e Cirurgia Bariátrica.

A procura por atendimento em clínicas universitárias também foi mencionada em um estudo que objetivou analisar o itinerário terapêutico de usuários, em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. Os pacientes relataram que a justificativa para tal opção foi o desapontamento em relação ao atendimento nos dois Sistemas de Saúde (público e privado) e falhas operacionais na Atenção Básica (Carneiro et al., 2017).

A falta de encaminhamento por parte dos profissionais da UBS e o fracasso nas tentativas de emagrecimento contribuíram para que uma das entrevistadas procurasse pela cirurgia para redução de peso por conta própria, inscrevendo-se para acompanhamento no Serviço. Essa atitude denota a necessidade de a usuária trilhar um itinerário particular, em virtude da ausência de resposta à sua necessidade de saúde no serviço de APS.

Visando identificar as potenciais barreiras ao atendimento efetivo à pessoa com obesidade, um estudo realizado por profissionais especializados no tratamento de obesos, nos Estados Unidos, concluiu que para uma gestão efetiva de controle dessa patologia é imprescindível detectar as percepções, atitudes, comportamentos e potencialidades, dos indivíduos que estão com excesso de peso, dos profissionais que os atenderam e dos gestores dos serviços (Kaplan et al., 2018).

Nesse contexto, as relações sociais são essenciais para que o projeto terapêutico possa ser consolidado como uma estratégia, ou uma possibilidade de futuro. Projetos traçados nos

planos de ação não podem ser reduzidos ao momento assistencial, porque as necessidades dos indivíduos vão muito além dos pontos de atenção à saúde, envolvendo diferentes racionalidades, recursos e dinâmicas peculiares a cada um. Essas necessidades podem embasar a construção de linhas compromissadas com a integralidade e o cuidado em uma dimensão intersubjetiva do processo de trabalho em saúde (Silva, Sancho, Figueiredo, 2016).

Na Austrália e em outros países mais avançados, para avaliar o acesso às necessidades, indicação e acompanhamento da Cirurgia Bariátrica para as pessoas com obesidade, são tomadas decisões conjuntas entre os envolvidos: equipe multidisciplinar de saúde, paciente e cidadãos com conhecimento em várias disciplinas médicas e com entendimento de políticas e recursos públicos (Scuffham et al., 2018).

Nessa realidade, são examinados os riscos e benefícios do ato cirúrgico, os determinantes sociais – como o acesso a programas de perda de peso e tratamento para outras doenças crônicas – o compromisso da pessoa em relação à mudança comportamental e o direcionamento dos gastos públicos, priorizando a cirurgia quando evidenciam que ela se faz necessária. O envolvimento da sociedade tem se tornado uma ferramenta eficaz no desenvolvimento de políticas de saúde e no direcionamento dos investimentos públicos (Scuffham et al., 2018).

Ações públicas de saúde possibilitam às pessoas com obesidade, que buscam a Cirurgia Bariátrica, serem melhor atendidas, pois a avaliação sistemática e abrangente, assim como a seriedade no rastreamento, proposta de tratamento, encaminhamento e acompanhamento podem contribuir para que a formalização das linhas de cuidado sejam pautadas na realidade de quem vivencia determinada situação. Dessa forma, os pacientes poderiam ter maior agilidade no atendimento, além de apoio profissional enquanto aguardam na fila pelo procedimento. Atitudes positivas no serviço público contribuem para enfraquecer a busca informal por atendimento não prescrito nos Manuais de Saúde, para fortalecer a assistência na rede pública e, principalmente, para evitar consequências e riscos danosos à vida e à saúde dos indivíduos durante o tempo de espera.

O mundo da vida, também denominado mundo cotidiano ou mundo social, traduz-se como um lugar existencial que se mantém em contínua transformação em função da ação do indivíduo neste mundo (Schütz, 2015).

Salienta-se que durante o itinerário percorrido em busca da cirurgia para redução de peso, os indivíduos coabitam um mesmo espaço geográfico, a mesma situação. Dessa forma, podem agir de acordo como o mundo que lhes é apresentado, o que facilita a troca de experiência, a compreensão e interpretação mútua, e o modo como percebem o que é significativo para eles. De acordo com a fenomenologia social, o contexto social e as relações intersubjetivas correspondem a um espaço ao mesmo tempo singular e coletivo que no mundo do senso comum constitui o universo de experiências que o indivíduo adquire ao longo da vida (Schütz, 2015).

Assim sendo, para refletir o cotidiano das pessoas com obesidade no percurso em busca do tratamento, deve-se levar em consideração que elas recorrem às suas experiências vividas no passado e no presente. Tais experiências são construídas e embasadas na atitude natural com que desempenham seus papéis no mundo do senso comum, e na relação intersubjetiva estabelecida junto a outras pessoas que se encontram em um mesmo espaço geográfico, em situação de estarem obesas ou não, como a família, redes de apoio, profissionais e amigos. Vivencia o construir e reconstruir continuamente a sua própria história, sedimentada em suas experiências prévias e disponíveis à mão, isto é, no seu acervo de conhecimentos (Schütz, 2012a, 2012b).

O processo de avaliação e seleção dos pacientes, candidatos à Cirurgia Bariátrica, demanda um certo tempo de preparo. Este tempo é existencial, sendo experienciado de diversas formas por cada pessoa. Isso porque os conhecimentos, as atitudes, as relações e as interações sociais são únicas, ainda que a situação seja comum a todos. O mundo intersubjetivo é concebido por experiências que são acumuladas ao longo da vida, dispostas em um determinado espaço geográfico e permeadas por relações que podem ser ou não recíprocas, mas que de alguma forma influenciam o modo de agir e reagir diante de uma determinada conjuntura (Schütz, 2012a).

O longo período de espera na fila, aguardando pela cirurgia para redução de peso, favoreceu os depoentes desta pesquisa experienciarem um misto de sentimentos negativos que, muitas vezes, levou alguns a pensarem em desistir do tratamento. A peregrinação contribuiu para o estabelecimento de relações sociais com profissionais, familiares e com outros pacientes. As consultas agendadas somente anuais, a imprecisão sobre a data provável do procedimento e a complexa burocracia atrelada à falta de informação favoreceram a percepção de emoções como medo, tensão e angústia.

Os resultados de uma investigação qualitativa, realizada com pessoas com obesidade que fazem acompanhamento ambulatorial, mostraram que a situação de estar obeso em busca do tratamento cirúrgico tem significado negativo e conseqüentemente gera sofrimento, medo, tristeza, rejeição, desconforto e diminuição da autoestima. Tais emoções impactam diretamente na vida desses indivíduos, tanto na dimensão física quanto psicossocial (Palmeira et al., 2016).

Knihs et al. (2017) comentaram que os pacientes com obesidade se sentiam frustrados diante da burocracia e das longas filas que enfrentavam para a marcação de exames e consultas com a equipe multidisciplinar. Acreditavam que o tratamento e a intervenção cirúrgica seriam rápidos e tranquilos, mas ao se depararem com a realidade perceberam que não tinham a compreensão acerca das dificuldades que enfrentariam para vencer as etapas recomendadas pelo SUS até a efetivação do procedimento. Ainda que frágeis e com risco de complicações, os pacientes com obesidade tinham que seguir o protocolo determinado, e somente conseguiram permanecer nessa peregrinação porque tiveram apoio de amigos e familiares.

A convivência com pessoas próximas, como amigos e familiares, que desenvolveram doenças advindas da obesidade e conseqüentes mutilações e incapacidades, serviu como mola propulsora para que os participantes deste estudo não desanimassem e continuassem a esperar pela Cirurgia Bariátrica. No mundo da vida, pessoas obesas trocam experiências que lhes permitem aprender e ensinar quando as intenções são recíprocas. As atitudes rotineiras, de uns para com os outros, possibilitam a proximidade e o intercâmbio de informações que vão construindo a rede de relações sociais, as quais impactam diretamente no itinerário terapêutico particular e coletivo.

As falas dos entrevistados deste estudo permitiram desvelar que a trama social da pessoa com obesidade possibilita interagir tanto com profissionais, que prescrevem medicamento e dietas, quanto com amigos e colegas de trabalho que aconselham caminhos alternativos como *shakes*, sopas e outros artifícios para emagrecer, consolidando, dessa forma, o processo de escolha dentre as inúmeras alternativas disponíveis no senso comum. Entretanto, percebem na prática que tais dietas podem acarretar conseqüências prejudiciais ao organismo e não atingem o resultado esperado ou, quando isso ocorre, voltam a engordar (Silveira, Aguiar, Costa, 2017).

Chama a atenção nos dados obtidos nesta pesquisa que o longo tempo de espera pela Cirurgia Bariátrica ajudou a refletir sobre a própria vida e amadurecer questões ligadas à cirurgia propriamente dita. Por outro lado, há que se considerar a sensação de resolutividade e satisfação, devido ao fato de não ter aguardado na fila e ter realizado o procedimento logo após

ter feito a inscrição. Os depoimentos ofereceram subsídios para se afirmar que o tempo de espera contribui significativamente para que sejam suscitados sentimentos tanto negativos quanto positivos. Ou seja, a demora é inversamente proporcional à segurança, certeza, confiança e motivação.

A investigação realizada por Silva, Souza e Couto (2017) enfatizou que a demora por atendimento e a falta de liberdade na escolha do médico de sua confiança são fatores que influenciaram negativamente a avaliação do atendimento prestado nos Serviços Públicos de Saúde. Esta evidência demonstrou que os profissionais da Atenção Primária devem criar estratégias significativas, no sentido de triar os pacientes e evitar que sejam feitos encaminhamentos desnecessários para os níveis mais complexos de intervenções, assim como o menor tempo de espera nas filas.

Corroborando os achados acima uma pesquisa com o objetivo de averiguar como os usuários obesos de um programa de educação em saúde lidam com as informações recebidas. Os dados permitiram concluir que quando orientados, acompanhados e incentivados pelos profissionais a assumirem rotineiramente um comportamento comedido em relação à alimentação e à prática de exercício físico, eles correspondem ao que lhes é proposto. Os autores enfatizam que o caminho trilhado para perder peso consiste em uma luta constante permeada por muitos percalços. Todavia o que faz com que não desistam das metas traçadas são os laços afetivos construídos entre os participantes durante os encontros no grupo de apoio e a identificação com os outros integrantes que vivenciam a mesma situação (Varnier, Gomes, 2017).

Quanto maior o grau de obesidade, maiores são as consequências e as limitações. À medida que o tempo passa, enquanto aguardam na fila, as restrições e barreiras vão aumentando, fazendo com que as atividades outrora realizadas, como caminhar e andar de bicicleta, fiquem inviáveis. O cansaço, a falta de ar e a dor foram narradas nas falas como fortes razões para que os pacientes sentissem medo de morrer em consequência de parada cardíaca. Tais percepções impactaram o percurso durante o tempo de espera pela Cirurgia Bariátrica e motivaram a persistência no caminho escolhido, independentemente das fragilidades e dificuldades encontradas.

Um estudo desenvolvido com pacientes iranianos obesos apresentou resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. A dor, fadiga, mobilidade prejudicada, dificuldade para dormir, medo das doenças associadas, autocuidado deficiente e problemas psicológicos

foram algumas das vulnerabilidades que a pessoa com obesidade enfrentou no cotidiano e que motivou a realizar a cirurgia para redução de peso (Keleidari et al., 2017).

Wee et al. (2017) complementam ao narrarem que o excesso de peso acarreta prejuízo para a saúde e uma das razões que levam o paciente a procurar pela Cirurgia Bariátrica são as limitações físicas, muito mais que as psicológicas, a baixa qualidade de vida, a propensão às comorbidades e maior risco de mortalidade.

Ainda em relação às limitações ocasionadas pela obesidade corroboram com as narrativas do presente estudo os resultados de uma pesquisa realizada pelo *National Health and Nutrition Examination Survey*, nos Estados Unidos, o qual mostrou que o excesso de peso é fator condicionante e causa limitações funcionais, como restrição de movimentos básicos nas atividades da vida diária e incapacidade para a pessoa viver de forma independente, além de contribuir para que haja menor expectativa de vida (Chang, Alley, Dowd, 2017).

Diante de tantas dificuldades e barreiras provenientes não somente da obesidade, mas também dos obstáculos que precisam ser enfrentados no complexo processo de busca pela Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde, os depoimentos evidenciaram que os pacientes encontraram na fé o apoio e a esperança para permanecerem no caminho e aguardarem o procedimento. A prática da fé utilizada como força para continuar e transformar os sentimentos negativos em confiança, otimismo, esperança e incentivo para continuar no caminho até conseguirem realizar o procedimento também foram relatados por pacientes que aguardavam por cirurgia cardíaca (Knihs et al., 2017).

Pode-se constatar que o percurso do itinerário terapêutico realizado pela pessoa com obesidade em busca da Cirurgia Bariátrica é um episódio em sua vida. Sua posição no mundo é a de uma pessoa que possui em sua trajetória uma cadeia de experiências, unicamente sua. A situação biográfica das pessoas denota que subjetivamente cada uma tem em mente seus próprios propósitos e objetivos que estão enraizados no passado e no presente da sua história de vida. Por outro lado, a intersubjetividade própria do contexto social torna esses propósitos e objetivos comuns, fazendo emergir um sentido social (Schütz, 2012a).

O período que permaneceram na fila aguardando pela cirurgia para redução de peso permitiu aos participantes vivenciar situações cotidianas que favoreceram a construção de uma rede relacional com pessoas próximas, em uma relação face a face que, de certa forma, influenciaram na experiência do itinerário terapêutico percorrido.

A composição dessa malha de interações só foi possível por meio da intersubjetividade, que é denominada por Schütz (2012a, 2012b) como sendo o meio pelo qual o indivíduo passa pela experiência e interpreta as relações que estabelece com os outros no mundo social e que de certa forma regulam as condutas e formam a base da ação social.

O longo caminho percorrido pelos participantes desta pesquisa, desde a procura por suporte profissional até a realização da Cirurgia Bariátrica, foi permeado por percepções dicotômicas no que se refere ao atendimento recebido. Ficou claro que o acolhimento não é condizente com as necessidades vividas, por isso as pessoas obesas se sentiram descuidadas, fato capaz de ser um dispositivo para o fracasso e desmotivação para continuar a busca pelo tratamento cirúrgico.

Todavia, em algumas situações, como ficar internado na clínica médico-cirúrgica se preparando para a intervenção operatória, proporcionou-lhes satisfação com o cuidado recebido, além de possibilitar a aproximação e formação de vínculo entre eles e os cuidadores. Um contingente substancial de entrevistados reforçou que a proximidade entre pessoas obesas, candidatas à cirurgia para redução de peso, e profissionais de saúde pode influenciar tanto no sucesso quanto no fracasso do tratamento.

A frustração em relação ao atendimento, recebido na procura por ajuda profissional nas UBSs, foi enfatizada nos depoimentos, reforçando a pouca operacionalidade da APS no enfrentamento da obesidade. Considerando que esse nível de atenção assume o papel de coordenadora do cuidado no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, tal evidência denota que tal coordenação está aquém do esperado (Mendes, 2012). Os usuários ganham peso e, muitas vezes, ações de vigilância em saúde não acontecem, culminando no agravamento de doenças e condições crônicas que poderiam contar com intervenções preventivas, como a obesidade (Younes, Rizzotto, Araújo, 2017).

Ainda nessa direção, evidenciou-se que as respostas e recomendações, que os participantes do estudo obtiveram desse nível de atenção, não corresponderam às suas necessidades e, conseqüentemente, não surtiram o efeito desejado - a busca pela Cirurgia Bariátrica. A demora na fila de espera, a falta de articulação entre os serviços e a não resolutividade do problema cooperaram para o aparecimento de complicações e aumento dos riscos à saúde.

As falas dos entrevistados do presente estudo, em relação à demora no atendimento e aumento dos riscos à saúde, estão em consonância com o que foi demonstrado nos resultados de uma pesquisa em que a implantação da ESF e a ação mais rigorosa e atenta, por parte dos profissionais da Atenção Primária, contribuíram para a redução dos índices de internação hospitalar e das taxas de mortalidade (Tagliari, Muraro, Ferreira, 2016).

As fragilidades do Sistema de Saúde foram descritas em um estudo que buscou descrever as práticas de cuidado das equipes da ESF sob a ótica de usuários. Os pesquisadores concluíram que o simples interesse dos profissionais pelos problemas da comunidade não garante uma relação de troca, de produção de intersubjetividade nem é suficiente para que o cuidado ultrapasse a dimensão técnica (Santos et al., 2018).

Assim sendo, respeitar as necessidades da pessoa, como condição imprescindível para o Sistema de Saúde e as suas experiências como a principal medida de resultado, são alguns dos desafios do Sistema como um todo. Para isso, são necessárias algumas mudanças, tais como o foco central ser na saúde e não na doença; centrada na pessoa e no seu bem-estar, com ampliação do olhar para a educação, habitação, trabalho, infra-estrutura social e pública (Sturmberg, 2018).

Os entrevistados deste estudo relataram que algumas estratégias poderiam ter sido realizadas para que tivessem conseguido emagrecer e talvez nem fosse preciso buscar a Cirurgia Bariátrica.

Pesquisa realizada em uma Unidade de Tratamento da Obesidade de um hospital português salientou que reuniões frequentes entre profissionais da saúde e pacientes obesos na fila da cirurgia para redução de peso, têm se mostrado eficaz no controle do peso. Todavia, o estudo aponta problemas operacionais do Sistema de Saúde que inviabilizam essa prática, fato que requer implementação de protocolos, não na intenção de tratar a obesidade, mas sim tratar a pessoa com obesidade, de acordo com a sua necessidade e posição na lista de espera. O tempo na fila de espera para o procedimento e o grau de gravidade da obesidade demandam condutas diferenciadas, que devem ser aplicadas na prática cotidiana de quem vivencia a situação de aguardar pela intervenção cirúrgica (Camolas et al., 2017).

O tratamento da obesidade deve consistir em uma abordagem integrada e multidisciplinar. Treinamento da equipe da Atenção Primária sobre os riscos que envolvem a obesidade e os tipos de tratamento que podem ser oferecidos, bem como a capacitação para

tratar os aspectos psicológicos, comportamentais e físicos dos pacientes, que estão acima do peso, são imprescindíveis para que possa executar os planos de ação junto aos usuários obesos, no que diz respeito à mudança no estilo de vida. Entretanto, somente o conhecimento não é suficiente para atender às muitas demandas dessa população. Para que o cuidado seja efetivado, é necessário recurso financeiro e estrutural, bem como dimensionamento adequado de profissionais em várias modalidades do saber (Hayes et al., 2017; Turner et al., 2018).

Auxiliar o paciente com obesidade na trajetória em busca do emagrecimento é um desafio da equipe multidisciplinar de saúde, pois tal processo requer ações pautadas no conhecimento teórico e técnico sobre a complexidade que envolve essa doença, e no cuidado subjetivo da pessoa por meio de incentivo e proposta de atendimento relacionado às suas necessidades e possibilidades (Taglietti et al., 2018).

Diante da problemática que envolve a obesidade e as estratégias de emagrecimento, faz-se necessário um olhar que seja ao mesmo tempo individual e contextualizado nos diferentes modos de vida da pessoa. A atuação profissional deve ser pautada nas especificidades e na realidade de cada um para propor mecanismos que ajude a enfrentar e superar as dificuldades inerentes ao processo dessa doença crônica. A abordagem terapêutica deve levar em consideração o resgate da autoestima, com práticas que desenvolvam o empoderamento para o autocuidado, com inclusão de prescrições que sejam passíveis de serem executadas (Palmeira et al., 2016).

Ainda que haja insuficiência de recursos, os profissionais de saúde precisam aceitar o desafio de incorporar na sua prática o olhar para a pessoa com obesidade. Desafio que não pode se limitar ao paciente com obesidade grave, porque ele necessita de cirurgia para redução de peso. Tais profissionais precisam implementar estratégias que tenham maior abrangência, como o incentivo ao paciente para que ele faça a gestão da própria saúde, por meio de orientações sobre os impactos não só do excesso de peso, mas também da cirurgia a médio e longo prazo, especificando as competências de autocuidado e mudança no estilo de vida (Camolas et al., 2017).

Os depoimentos de alguns participantes deste estudo mostraram que a implementação de ações como formação de grupos de suporte, prescrição de medicamentos quando necessário, suporte nutricional, orientação e encaminhamento, quando indicado, para a Cirurgia Bariátrica, foram essenciais para que não se sentissem tão vulneráveis e continuassem engordando enquanto aguardavam pelo procedimento cirúrgico. Afirmaram que ser atendido e

acompanhado na Atenção Básica, por equipe multidisciplinar competente, com olhar direcionado e atento para as doenças prevalentes, para as disfunções físicas e psíquicas e para o excesso de peso como um coadjuvante para os fatores de risco, foram vitais para que ressignificassem a própria vida.

A contraposição em relação à percepção do atendimento recebido também foi referida pelos participantes, ao expressarem que na internação na clínica médico-cirúrgica, para se prepararem para a Cirurgia Bariátrica, sentiram-se valorizados e motivados a seguir em frente, principalmente porque receberam atenção e cuidado de profissionais especializados, com orientação sobre dieta e exercício físico. O tratamento diferenciado colaborou para que perdessem peso em pouco tempo, o que não conseguiram quando tentaram sozinhos, enquanto aguardavam na fila. O suporte recebido contribuiu tanto para o sucesso na perda de peso, quanto para a diminuição dos riscos que estão atrelados ao procedimento, pois quanto mais obesos, mais difícil é a abordagem cirúrgica e a recuperação.

O sucesso do cuidado mais próximo e singular foi constatado nos resultados demonstrados pelos pacientes integrantes de um programa desenvolvido por equipe multidisciplinar, para auxiliar indivíduos super-super obesos não indicados à cirurgia para redução de peso, porque primeiro precisam emagrecer e se tornarem aptos para operar. A prática de atividade física apropriada, intervenção psicológica e participação nos grupos de metodologia ativa para aumento da motivação e diminuição da ansiedade, foram ações responsáveis pela conquista dos objetivos previamente delineados, como a diminuição de peso, mudança no estilo de vida e comportamento saudável. Os autores afirmaram ainda que, devido ao atendimento recebido alguns participantes relataram que gostariam de continuar no programa, mesmo após terem atingido a meta proposta (Serino et al., 2016).

A construção de um novo modelo de cuidar, com prestação de serviços integrais e equitativos é fundamental para que as estratégias estejam alicerçadas em alguns pilares, como o estabelecimento de trocas de conhecimento entre os diversos níveis; possibilidades de encaminhamento e a interseção entre os diferentes setores, com formação de equipes com diferentes saberes (Romero, 2017).

Inversamente com o que é disposto nas linhas de cuidado prescritas e formais, as falas mostraram que os pacientes pretendem procurar a UBS somente em situação emergencial. Alguns fatores cooperaram para que os pacientes não optassem por continuar o acompanhamento nas UBSs depois da cirurgia, além de impactar negativamente a trajetória em

busca da Cirurgia Bariátrica. Dentre eles salientam-se o descaso por parte dos profissionais durante o longo tempo de espera na fila e a falta de um olhar mais direcionado à pessoa com obesidade.

Tal evidência permite refletir acerca do acolhimento no âmbito da APS e desta como primeiro contato preferencial dos usuários no SUS, o que não se aplica às experiências vivenciadas e às expectativas de atendimento esperadas pelos participantes desta investigação. Isso reitera a dificuldade do exercício da coordenação do cuidado por este nível de atenção, em especial, considerando o fato de a obesidade se constituir uma doença crônica, que deve envolver um acompanhamento longitudinal, tanto antes quanto após a submissão à cirurgia bariátrica.

Uma pesquisa feita nos Estados Unidos, com equipe multidisciplinar atuante na APS, identificou os desafios dos profissionais em relação à gestão do cuidado no tocante à obesidade. A análise dos resultados evidenciou alguns obstáculos que contribuem para que não seja efetivado um plano de atendimento abrangente e contínuo à pessoa com excesso de peso. Dentre tais obstáculos destacam-se a falta de integração interprofissional, não conceitualização e reconhecimento da obesidade como uma condição de doença crônica por parte dos médicos, o que contribui para a inexistência de proatividade e comunicação no tratamento de indivíduos com aumento de peso (Hayes et al., 2017).

A relevância do atendimento prestado pelos profissionais quanto ao sucesso ou fracasso do tratamento proposto foi destacada em estudos que buscaram avaliar o conhecimento dos médicos e a prática clínica em relação à obesidade e a cirurgia para redução de peso no Canadá e na Grécia, respectivamente. As estatísticas mostraram que os participantes tiveram pouco conhecimento sobre o assunto e não se sentiam em condições de agir em relação às pessoas com excesso de peso. Quase um terço referiu não ter equipamento apropriado e recursos para cuidar de pessoas nessa situação e não tinham o hábito de conversar sobre obesidade com seus pacientes (Auspitz et al., 2016; Zacharoulis et al., 2018).

Também chama a atenção o fato de que poucos sabiam da existência de centro bariátrico na sua área de atuação e as razões para não referenciarem incluíram falta de interesse e confiança no procedimento e inexistência de acesso nas proximidades. Apesar de os participantes descreverem que tinham interesse em aprender mais sobre o assunto e as diretrizes relacionadas a ele, a maioria permaneceu relutante em conduzir o acompanhamento do pós-operatório dos pacientes operados, o que permitiu inferir que há uma lacuna de conhecimento

sobre o tratamento da obesidade que precisa ser sanada (Auspitz et al., 2016; Zacharoulis et al., 2018).

Uma das vulnerabilidades a que a pessoa com obesidade está exposta, também no tocante ao seu atendimento nos serviços de saúde, refere-se ao preconceito dos profissionais da saúde. A falta de visão e preparo faz com que alguns médicos, especialistas no assunto e de outras especialidades, não reconheçam a obesidade como sendo uma doença complexa e multifatorial. Componentes da equipe de enfermagem foram apontados pelos entrevistados como preconceituosos. Tal discriminação impactou negativamente a percepção da pessoa obesa em relação ao atendimento recebido.

A discriminação sobre a obesidade perpassa os muros do convívio familiar e atinge lugares sociais de convívio comum. Esse estigma causa impacto, inclusive na saúde e no bem-estar da pessoa, o que reforça a necessidade de mudança na atitude da sociedade de modo geral, além da promoção de ambiente saudável, com vistas ao menor dano possível aos que estão com excesso de peso (Watson, Levit, Lavac, 2018).

Comprovam os relatos descritos neste estudo uma pesquisa desenvolvida na Alemanha com o propósito de estudar as atitudes das pessoas com obesidade em relação ao reconhecimento dessa doença crônica. Os autores concluíram que a discriminação é um fenômeno frequente na vida de pessoas obesas. Essa percepção foi experienciada em diversas áreas do convívio social, inclusive na saúde, quando receberam tratamento diferenciado, injusto e discriminatório (Luck-Sikorski, Riedel-Heller, 2017).

Um estudo qualitativo, desenvolvido na Inglaterra, mostrou que os pacientes com obesidade, que procuraram os serviços especializados, sentiram que os profissionais de saúde os julgaram quando solicitaram ajuda para perder peso, e esta falta de compreensão fez com que se sentissem mais marginalizados, principalmente porque não encontraram o apoio e suporte que necessitavam, por preconceito dos cuidadores. Acreditam que se fossem mais magros teriam conseguido estabelecer uma melhor relação com os especialistas de saúde (Home et al., 2016).

Essa situação enfatiza a ambiguidade da assistência oferecida, pois os profissionais de saúde têm a noção de que devem propor estratégias e recursos eficazes no combate à obesidade; todavia, na prática cotidiana exibem comportamentos estigmatizantes que impactam negativamente no tratamento dos pacientes. Essas condutas confirmam que o ensino e os

programas de capacitação devem melhor preparar os profissionais que atuam nessa área, a fim de modelar uma assistência fundamentada na promoção de ambiente saudável e na capacitação do indivíduo para exercer o direito sobre sua saúde (Pont et al., 2017).

O acervo de conhecimentos do ser humano traduz as vivências individuais e somente podem ser compreendidos pelas ações exteriorizadas que no mundo da vida constituem a base da relação social (Schütz, 2012a). O envolvimento entre os atores sociais que direta ou indiretamente fizeram parte do itinerário terapêutico percorrido pelos participantes permeou as interações intersubjetivas e propiciou à pessoa com obesidade, que procurou pela Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde, perceber o itinerário terapêutico vivido na busca pela cirurgia.

Ganha destaque o mencionado por todos os entrevistados deste estudo sobre o que esperavam dos profissionais de saúde. Relataram que eles são essenciais para o alcance da perda de peso, mas para que esta contribuição tenha eficácia é necessário conscientização da equipe, capacitação e treinamento específico sobre a obesidade, atendimento digno e respeitoso e acompanhamento longitudinal para que não voltem a engordar.

Esse acervo de conhecimentos reflete a importância da intersubjetividade entre os usuários e os profissionais de saúde, em que as trocas são mútuas e todos se tornam corresponsáveis pelo resultado do planejamento das ações propostas. Nessa situação, os participantes, que ainda não se tornaram protagonistas do próprio cuidado, trazem, por meio dos seus acervos de conhecimentos, potenciais que podem ser traduzidos em produtores de cuidado, porém ainda não experimentados como tal. Esses somente podem ser assim percebidos em virtude da situação biográfica em que se encontram e do que trazem em suas experiências pregressas convivendo com a obesidade.

Tais percepções estão em consonância com o que foi colocado por Maximino et al. (2017) ao descreverem fatores que podem dificultar o funcionamento em rede no Serviço de Saúde, como a estrutura piramidal da organização dos fluxos de usuários, a fragmentação da conexão e circulação entre os níveis de saúde e a complexa relação entre a Atenção Básica e os Serviços Especializados. Os autores mencionaram ainda que o pensamento, errôneo, de que os profissionais mais habilitados para fazer diagnóstico e tratamento estão no setor especializado, dificulta a cooperação e produção conjunta dos saberes, pois desqualifica a capacidade da Atenção Primária em dar continuidade e compreender o cuidado que está sendo produzido, além de desresponsabilizar os profissionais do cuidado longitudinal.

Os depoimentos evidenciaram a idealização de serem melhor informados pelos profissionais de saúde em relação à complexidade que envolve a obesidade e orientados quanto à possibilidade de utilizar técnicas alternativas de emagrecimento, enquanto aguardam na fila para serem operados. Tais ações os ajudariam a repensar sobre todo o processo da realização da Cirurgia Bariátrica.

Visando ao amadurecimento e comprometimento dos pacientes obesos, candidatos à cirurgia para redução de peso, foi criado, nos Estados Unidos, um programa composto por uma equipe multidisciplinar, para avaliar e acompanhar a trajetória das pessoas inscritas para o procedimento. Os profissionais defenderam que a cirurgia é um método confiável na redução de peso, mas que sozinha não surte os efeitos desejados, sendo apenas parte das mudanças. Para os pacientes serem aprovados faz-se necessário que previamente sejam bem avaliados e recebam suporte de grupos de apoio. Dessa forma, quando a cirurgia é agendada, estão preparados para enfrentar a nova realidade a que estão expostos, tornando-se mais adaptados ao novo modo de vida (Trainer, Brewis, Wutich, 2017).

Há um consenso literário de que a Cirurgia Bariátrica deve ser indicada somente após seleção adequada dos pacientes e definição de critérios rigorosamente estabelecidos e analisados. Um dos critérios exigidos é que este procedimento deve ser realizado somente naqueles que, comprovadamente, têm dificuldade de emagrecer ou se manter no peso com outras práticas alternativas, ou outros tratamentos mais conservadores, que veem a cirurgia como uma ferramenta adicional no controle de peso e não como solução de todos os seus problemas, e que têm conhecimento de que o procedimento não os eximem de se esforçarem duramente para perder peso antes e depois do ato operatório (Moncada et al., 2016; Trainer, Brewis, Wutich, 2017).

Ao contrário dos resultados obtidos quando se tem um programa de acompanhamento da pessoa com obesidade, enquanto aguarda o agendamento da cirurgia, os relatos dos participantes do presente estudo mostraram que mais da metade vivenciou o aumento do peso, justamente porque, durante a espera, não foram assistidos nem apoiados. Esse fato contribuiu para que a ansiedade aumentasse e com ela a vontade de comer, demonstrando ainda mais a importância do preparo pré-cirúrgico como viabilizador do sucesso após a cirurgia.

Eficiente rede de atendimento à pessoa com obesidade, além de maior conscientização dos profissionais sobre a relevância desse atendimento na busca da integralidade e qualificação do cuidado constituem expectativas dos participantes da presente pesquisa.

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelos usuários na busca por atendimento na rede pública em geral, e equivalentes são as dificuldades encontradas no desenvolvimento de estratégias para solucionar os problemas, que somente serão possíveis de serem colocados em prática e atenderem às expectativas e necessidades de cuidado dos usuários, se houver ação conjunta com envolvimento e compromisso de todos, incluindo administração pública, gestores, políticos, escolas, universidades e sociedade em geral (Coronel et al., 2016).

Vale ressaltar a necessidade de investimento na atenção à pessoa com obesidade, promovendo a organização do itinerário em busca da Cirurgia Bariátrica, interligando os pontos de atenção com articulação entre os serviços, informações compartilhadas de modo informatizado por meio de profissionais qualificados para a assistência, abrangendo aspectos subjetivos e intersubjetivos que permeiam a busca pela cirurgia para redução de peso (Brasil, 2015a).

Os depoimentos apontaram que os anseios dos entrevistados podem ser traduzidos como mecanismos facilitadores que, se estabelecidos no processo de cuidar, poderão assegurar a integralidade da assistência, proporcionar segurança e rapidez no atendimento.

Estudo realizado na Austrália, que analisou os benefícios de acompanhar os pacientes obesos, candidatos ao procedimento cirúrgico, por um tempo maior antes de indicar e encaminhar para a equipe cirúrgica, demonstrou que quando há atendimento por equipe multidisciplinar, antes da cirurgia, para redução de peso, obtém-se melhores resultados (Scuffham et al., 2018).

Também os resultados do estudo realizado por Moncada et al. (2016) mostraram que candidatos à Cirurgia Bariátrica devem ser avaliados e acompanhados por equipe multidisciplinar, com experiência nesse tipo de cirurgia antes de serem selecionados para realizarem a intervenção. Ressaltam ainda que o tratamento é mais eficaz quando esses pacientes são seguidos por um longo prazo antes da cirurgia, sendo conscientizados sobre os efeitos de tal procedimento e acompanhados no pós-operatório por um tempo maior.

Quase a maioria dos participantes declarou que almejam continuar sendo acompanhados depois da cirurgia, por equipe multidisciplinar, com conhecimento especializado sobre cuidados à pessoa com obesidade e cirurgia para redução de peso, por tempo indeterminado. Um entrevistado mencionou que ter um profissional de referência, como uma enfermeira, possibilitaria formação de vínculo e confiança e seria um diferencial em sua vida.

Cabe lembrar que a Organização Pan-Americana de Saúde e a OMS propõem ampliar o papel da enfermeira na APS. Tais organizações ressaltaram os diferentes papéis que esse profissional pode desenvolver neste nível de atenção e dentre eles estão a conquista do acesso e da cobertura universal à saúde, bem como atuar na promoção, prevenção e controle adequados das doenças não transmissíveis, tornando possível atender às necessidades de acordo com a realidade da população (Silva, 2018).

O fato de ter um médico de referência faz com que seja estabelecido um elo de confiança profissional. O paciente, ao buscar a assistência médica, visa não apenas a metas e estratégias para a perda de peso, mas ainda a indicação de especialistas para dar seguimento ao tratamento (Ragsdale et al., 2017).

O envolvimento da comunidade com os agentes de saúde, a fim de mapear pessoas com obesidade na área de abrangência e o atendimento em diferentes horários, com reuniões terapêuticas, foram apontados pelos depoentes como sendo mecanismos que os ajudariam a passarem a transição de um corpo gordo para um corpo magro com maior facilidade, conseqüentemente, manterem-se no peso.

No tocante à ampliação dos horários de atendimento, um estudo qualitativo mostrou que a distância entre a UBS e a residência ou o trabalho, bem como o funcionamento apenas no período diurno (em horário comercial), são algumas das razões que inviabilizam o comparecimento às consultas e a continuidade do tratamento. Isso porque o tempo, o recurso financeiro dispensado para o deslocamento e a coincidência do horário de atendimento com o do trabalho limitam o acesso dos usuários na rede primária, e ao mesmo tempo incentiva a procura pelo serviço secundário ou terciário (Reis, Farias, Quintana, 2017).

Das falas dos interrogados, considerando suas experiências pregressas com a doença, emergiram o desejo de cuidado em relação à prevenção da obesidade desde a infância, no âmbito da família e da escola. Salientaram a importância do controle das propagandas que estimulam o consumo de alimentos que não são saudáveis e o incentivo a dietas equilibradas e nutritivas.

Corroboram com as expectativas dos participantes deste estudo, os resultados de uma pesquisa desenvolvida por Schuh et al. (2017). Os autores apontam que as ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade devem ser praticadas nas escolas, com desenvolvimento de consciência crítica para a construção e efetivação de dieta saudável, atividade física e

monitoramento do *status* nutricional na infância e adolescência. Para o alcance da diminuição do peso nessas faixas etárias é essencial que se elabore projetos e programas que levem em consideração a cultura e a realidade local, com intervenções que possibilitem o envolvimento dos alunos, dos pais, dos professores e dos profissionais de saúde treinados e especializados na área de obesidade.

A despeito dessa expectativa trazida pelos entrevistados, faz-se uma análise à luz de Alfred Schutz, na qual considera que o mundo da vida é a realidade social que pode ser modificada pelos indivíduos que, ao saírem da atitude natural (atitude de correspondência à realidade social apresentada), podem nele agir a partir de suas próprias intencionalidades e propósitos, modificando a estrutura em que foram concebidos (Schutz, 2012a). Tal reflexão cabe para os hábitos da vida, culturalmente aprendidos e possíveis de serem modificados pelo mesmo meio que os condicionou inicialmente a hábitos inadequados e não promotores de saúde.

Um estudo, utilizando o método *Umbrella Review* com o objetivo de examinar várias revisões sistemáticas sobre a eficácia das intervenções na promoção de dieta saudável em infantes, evidenciou que a escolha da alimentação pelas crianças é influenciada pelo ambiente e pelas pessoas com as quais convivem. Por isso enfocam a necessidade de tanto a família, quanto a escola promoverem estratégias educacionais que visem a mudanças comportamentais de todos os que fazem parte do cotidiano da criança. Também salientam que é imprescindível a efetivação de políticas de saúde que facilitem a implementação de ações no combate e prevenção do excesso de peso desde a infância, envolvendo educadores, pais e agentes de saúde (Matwiejczyk et al., 2018).

A fala de um entrevistado deste estudo realça a necessidade de acompanhamento do peso ponderal da criança de forma esquematizada, como é a vacinação. Os resultados de uma investigação que examinou vários fatores contributivos para a obesidade infantil mostraram que o tratamento deve ser semelhante à vacinação, ou seja, desde o nascimento, com avaliação criteriosa sobre a escala de crescimento, e propostas de estilo de vida saudável desde os primeiros estágios da vida (Bray, Kim, Wilding, 2017).

O apoio da família no preparo correto dos alimentos e incentivo para a prática de exercício físico, também, foram relatados pelos entrevistados, como sendo essencial na continuidade do tratamento. O envolvimento da família é indispensável para melhorar o resultado das ações propostas no cuidado à pessoa com obesidade. Uma pesquisa realizada na Austrália evidenciou que, para atender às necessidades cotidianas dos pacientes, que realizam

a cirurgia para redução de peso, foi preciso fazer mudanças estruturais adequadas nas residências e proporcionar material de orientação e treinamento específico dos cuidadores para poderem auxiliá-los e motivá-los a vencer as barreiras pós-cirúrgica e atingir o peso almejado (Lange et al., 2018).

Durante a trajetória realizada na busca pela Cirurgia Bariátrica, os participantes desenvolveram ações e realizaram escolhas que os levaram a atingir o objetivo final - submeter-se à cirurgia para alcançar a perda de peso desejado. Para Schütz (2012a), as atividades sociais somente são compreensíveis se ocorrerem por meio das ações espontâneas que transformam os “motivos para” realizar um projeto em um ato real: o atendimento singular, integralizado e qualificado.

Os participantes do presente estudo mostraram que ter alcançado a aprovação da cirurgia permite vislumbrar a possibilidade de realizar coisas simples e rotineiras como atividades domésticas, andar, passear, dançar, sair com a família, melhorar a vida social, trabalhar e ter maior agilidade. Retomar a própria vida e não voltar a engordar também foram verbalizadas. O ato de emagrecer os conduz a esperar por vitórias, voltar a viver e reconquistar a autoestima. A expectativa de retomarem os estudos e cursarem uma faculdade, também foi mencionada nas entrevistas.

Mesmo sendo abordadas outras condições e motivos que levaram os pacientes a procurarem por atendimento no SUS, as expectativas em relação ao que esperam para depois de conseguirem realizar uma cirurgia é semelhante aos achados deste estudo. A possibilidade do recomeço, de seguir em frente sem as limitações cotidianas, a esperança de voltar a trabalhar, ter momentos de lazer, socializar-se normalmente e a liberdade de voltar a sonhar e viver são desejos comuns aos que enfrentam as dificuldades e o longo tempo de espera em busca da solução para o problema experienciado (Knihis et al., 2017).

Dentre os desejos descritos pelos participantes incluem-se o de serem percebidos na sociedade como uma pessoa normal e não viverem situações constrangedoras, como ficarem presos na catraca do ônibus; de sentirem que incomodam as pessoas ao se sentarem ao lado delas; não encontrarem roupas adequadas ao seu tamanho; não poderem frequentar restaurantes e locais públicos por não terem assentos apropriados; não terem independência para o autocuidado; não conseguirem fazer atividade física e terem que tomar muitos medicamentos.

Voltar a desempenhar essas práticas para a pessoa com obesidade, após a cirurgia para redução de peso, significa mais do que emagrecer, é como tornar realidade o sonho de mudar a própria vida, de recomeçar, ser reconhecida e aceita na sociedade como parte dela, sentir-se viva.

O estudo de Estanislau (2015) ressalta que a pessoa que permanece acima do peso é vista como fora do padrão normal, em um contexto de desvalorização que pode influenciar nas suas expectativas de vida, além de criar uma representação de que a pessoa só será feliz se emagrecer.

Também foi perceptível nos depoimentos que os pacientes esperam melhorar a saúde, sentir menos dor e diminuir os efeitos das comorbidades causadas pela obesidade e até mesmo se curarem de algumas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*. Com a melhora nas condições de saúde acreditam que terão mais qualidade de vida.

Coaduna com os achados do presente estudo, uma investigação realizada na Inglaterra com o objetivo de compreender as experiências e expectativas de pessoas que procuram pela Cirurgia Bariátrica. Alguns dos desejos a serem alcançados depois da cirurgia foram: sentirem-se “normais” e livres de estigmas e vergonha; realizar tarefas domésticas e de higiene corporal; deixar de ser alvo de comentários de colegas; ser aceito no seio familiar sem culpas; melhorar a saúde geral; tomar menos medicamentos; fazer valer a pena continuar vivendo; erradicar ou diminuir as comorbidades; não morrer precocemente devido às doenças associadas; voltar a trabalhar; elevar a autoestima; voltar a ter convívio social e realizar viagens com amigos; comprar novas roupas. Enfim, voltar a ter uma vida “normal” (Home et al., 2016).

A Revisão Integrativa de Munhon e Migott (2017) destaca que as limitações corporais impostas pela obesidade são aspectos motivadores para a realização da cirurgia para redução de peso. O emagrecimento permite a reconstrução e redefinição dos papéis a serem desempenhados na sociedade, bem como a retomada das atividades da vida diária e a expectativa de resolver problemas, como a autoestima e a imagem corporal, além de diminuir os distúrbios associados e melhor saúde física.

Merece destaque a fala de um dos participantes ao relatar que deseja emagrecer porque a obesidade atrapalhou a relação com a esposa e a possibilidade de ter filhos. A perda de peso favorece as condições para a fertilidade, o que motiva a mudança no estilo de vida e o

desenvolvimento de mecanismos que viabilizem o emagrecimento (Tauqueer, Gomez, Stanford, 2018).

Outros entrevistados mencionaram, como expectativa, que almejam viver para criar os filhos, ver os netos crescerem, participar do cuidado deles e melhorar a relação conjugal.

Sobre a possibilidade de melhorar as relações afetivas, estudo mostrou que a Cirurgia Bariátrica produz na pessoa a sensação de poder realizar mudanças na sua vida, não só em relação ao corpo, mas principalmente nos relacionamentos com os cônjuges, família, amigos e parceiros de trabalho (Faccio, Nardin, Cipolletta, 2016).

Chama a atenção a fala de um depoente quando expressou que deseja ser exemplo para outras pessoas, para que não cheguem no estágio de obesidade que ele chegou. Outro achado foi o fato de quererem completar os estudos, ou iniciar um curso superior.

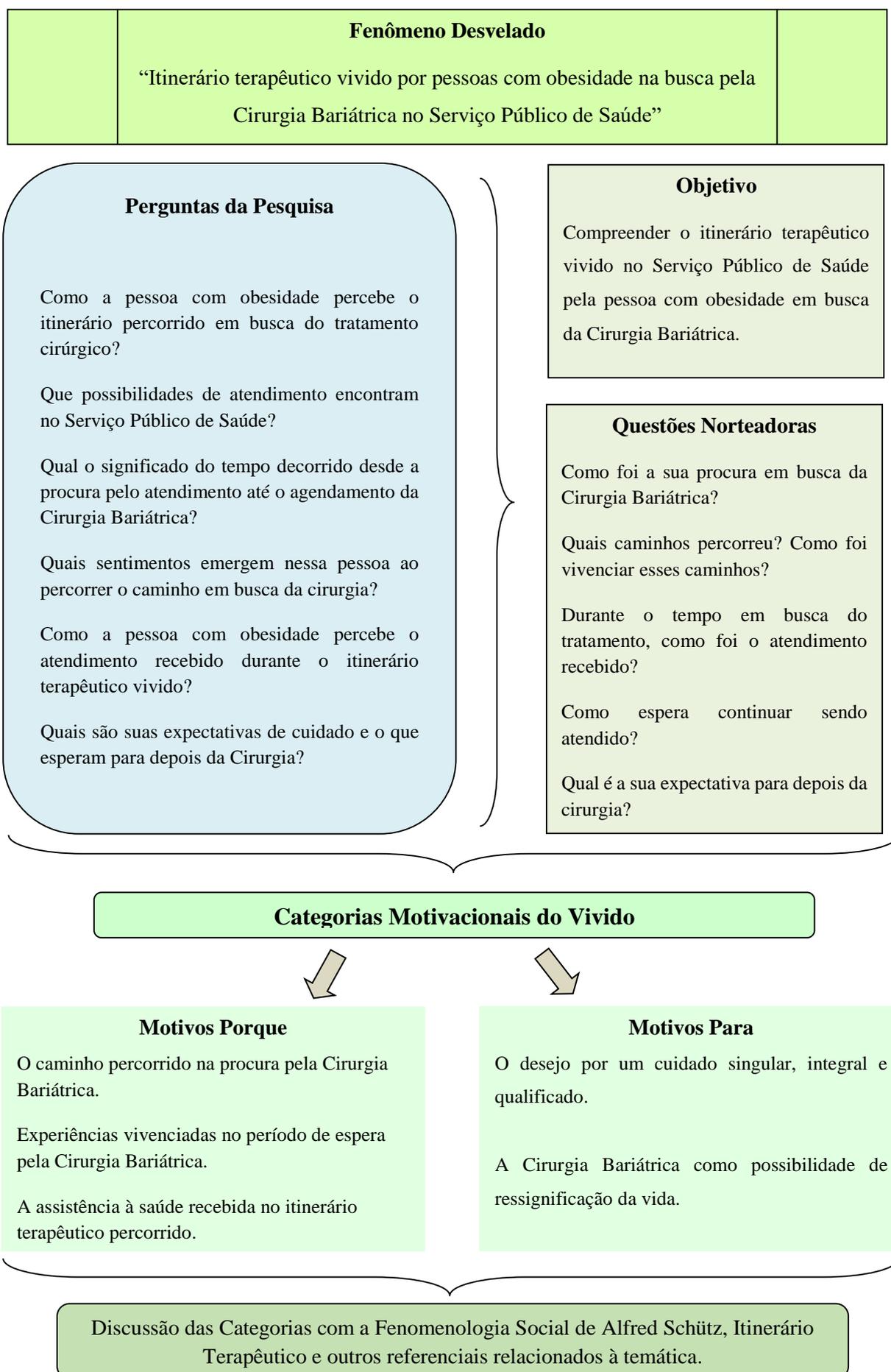
As expectativas do pós-Cirurgia Bariátrica incluem renascimento, felicidade, autoestima, autonomia e qualidade de vida. A perda de peso promove o desejo de inclusão social e realização pessoal e retomada do tempo perdido devido às limitações da obesidade (Marques, Comassetto, Faro, 2015).

As escolhas feitas pelas pessoas com obesidade no itinerário percorrido lhes permitiram reconstruir, interpretar, interagir, transformar-se e transformar as pessoas que estão a sua volta em uma dimensão intersubjetiva muito mais abrangente que o instrumental técnico de procedimentos em busca de resultados positivos da Cirurgia Bariátrica.

Para Schütz (2012a), os fins, os meios, os projetos e propósitos são apenas alguns elementos, dentre outros, que formam o sistema relacional entre os indivíduos que compartilham o mesmo espaço geográfico, no mundo do senso comum. Qualquer fim é somente um meio para outro fim; qualquer projeto está inserido em um sistema maior. Desse modo, qualquer escolha será fundamentada no que já foi experienciado e se torna sensível ao questionamento sobre a situação vivida. Isso possibilita à pessoa reconstruir novas escolhas e novos planos para a sua vida.

Finalizando o estudo, será apresentado na figura 6, síntese do caminho percorrido para desvelar o fenômeno estudado.

Figura 6 - Síntese do Desvelamento do Fenômeno do Estudo





CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A
PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR,
ENSINO E PESQUISA

7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR, ENSINO E PESQUISA

A experiência vivenciada pelas pessoas com obesidade na busca pela Cirurgia Bariátrica deve ser levada em consideração por gestores da saúde, pois fornece informações claras que ajudarão a estabelecer metas passíveis de serem alcançadas. Compreender o fenômeno “itinerário terapêutico vivido pela pessoa com obesidade na busca pela Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde” sinaliza para a necessidade de reorganização da assistência voltada para tal clientela.

Para minimizar as fragilidades encontradas no itinerário terapêutico em busca da cirurgia para redução de peso é essencial que haja interlocução entre os diversos saberes sobre o tema, com propostas de intervenções que integrem a interdisciplinaridade e promovam alternativas de tratamento que enfoquem a pessoa de modo completo, singular e coletivo. A terapêutica recomendada deve ser capaz de vencer os obstáculos e fortalecer as potencialidades existentes no Sistema de Saúde, com o propósito de construir e solidificar a comunicação intersetorial e interdisciplinar com planos de cuidado centrados na pessoa com obesidade.

A dificuldade do Serviço Público de Saúde em proporcionar resolutividade às questões que envolvem o itinerário de quem vivencia a obesidade e busca pela Cirurgia Bariátrica, demonstra que é necessário repensar um novo modo de cuidar. Não basta a conscientização de que a obesidade é um problema mundial e de difícil controle, faz-se necessário mais do que discussões teóricas. É preciso mudar a realidade com olhar direcionado para as ocorrências que fazem parte do cotidiano de quem procura pelo tratamento cirúrgico e esforço conjunto (gestores e profissionais de saúde, indivíduo e sociedade) para minimizar as barreiras enfrentadas pelas pessoas com obesidade nesta procura.

Ficou evidente neste estudo que a obesidade é uma doença crônica não transmissível que exige um cuidado complexo e acompanhamento longitudinal. Ryan e Kahan (2018) salientam que para ser assegurado a continuidade e o seguimento do tratamento proposto é imprescindível que o planejamento das ações seja realizado de modo singular e mais eficaz possível. Glasgow e Estabrooks (2018) complementam que as decisões políticas e os programas públicos de saúde somente alcançarão o resultado esperado com a máxima eficiência e efetividade se forem identificadas as carências da população e, a partir delas, estabelecer os

serviços a serem prestados. Dessa forma, o distanciamento entre o atendimento disponibilizado e o esperado será minimizado.

Há descrito nas linhas de cuidado às pessoas com obesidade diretrizes relacionadas à alimentação saudável e ao fluxo de atendimento a ser seguido no Serviço Público de Saúde (Brasil, 2014b). Entretanto, a análise do itinerário terapêutico da pessoa com obesidade na busca pela cirurgia para redução de peso evidencia para a necessidade de formulação de um guia prático a ser seguido pela equipe multidisciplinar de saúde. Esse guia pode conter o fluxograma de avaliação, direcionamento e encaminhamento, bem como orientações aos profissionais quanto à abordagem ao usuário com excesso de peso, triagem adequada, identificação do grau de obesidade e comorbidades associadas, planos de ação de acordo com as necessidades da pessoa enquanto aguardam o agendamento do procedimento. Essas orientações podem contribuir não apenas para a redução do tempo de espera, mas também para que estejam aptos a operar, com o menor risco possível, quando for marcado o procedimento.

O itinerário percorrido pelos participantes mostrou não existir fortalecimento das ações da Atenção Básica no acompanhamento das pessoas com excesso de peso. Fato que sinaliza para proposta de criação de um Núcleo de Apoio à Pessoa com Obesidade, com acesso a um sistema eletrônico que permita identificar os locais de atendimento especializado para encaminhar os pacientes quando necessário.

Os participantes enfatizaram a importância do Grupo de Apoio ser composto por equipe multidisciplinar com especialidade na temática. Para que essas ações sejam eficazes, é preciso melhorar o investimento em todos os níveis de atendimento, adequar as estruturas físicas das UBS para receber essas pessoas e tornar possível o encaminhamento para a cirurgia de redução de peso, quando a solução para o problema for esta indicação.

O reconhecimento das demandas traduzidas pela trajetória de quem vivencia a busca pela Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde auxiliará na compreensão dos diversos caminhos utilizados. Tal reconhecimento permitirá aos profissionais atuarem tanto nos aspectos prescritos nos fluxos das redes de atenção à saúde, quanto nos aspectos que ultrapassam esta estrutura, mas que também se configuram como itinerários terapêuticos.

Equipes multidisciplinares que tratam de pessoas que se submetem à cirurgia para redução de peso devem estar conscientes da interrelação entre os fatores fisiopatológicos, psicossociais e de suporte que podem afetar tanto negativa quanto positivamente o tempo de

espera do procedimento cirúrgico, assim como o pós-operatório imediato e tardio (Spittal, Frühbeck, 2018).

O desenvolvimento de ações com a finalidade de integrar e empoderar os envolvidos no itinerário terapêutico (usuários e equipe multidisciplinar) deve propiciar a reflexão sobre a melhor forma de cuidar, de modo a desenvolver competências, habilidades e capacitações individuais e coletivas relevantes e partilhadas entre os diversos setores.

A fim de promover uma assistência qualificada às pessoas com obesidade em busca da Cirurgia Bariátrica, o que se propõe é a implementação de programas de educação continuada e permanente em todos os níveis de atenção à saúde, de modo a rever sistematicamente a assistência prestada, o fluxo prescrito nas linhas de cuidado e contrastar com o fluxo realizado na realidade, e a partir de então descrever e preconizar, nos Manuais de Atenção à Saúde, caminhos passíveis de serem seguidos tanto pelos profissionais, quanto pelos usuários e que estejam em consonância com as necessidades dessas pessoas.

A viabilização dessas mudanças somente será possível se houver capacitação dos profissionais que cuidam das pessoas com obesidade em todo o processo de busca pela cirurgia para redução de peso. A equipe multidisciplinar necessita ter conhecimento abrangente sobre o ser humano, as diversas vertentes da obesidade, o Serviço Público de Saúde e a articulação do sistema como um todo, para então atuar com competência teórica, técnica e livre de preconceito, ajudando-as em todas as fases, enquanto aguardam pelo agendamento da cirurgia.

Os participantes mencionaram a relevância do acompanhamento e orientações por parte da equipe multidisciplinar com vistas ao monitoramento do peso, evitando, em alguns casos, a necessidade da cirurgia para a redução de peso. Tendo em vista os depoimentos, recomenda-se a escuta terapêutica qualificada, a implementação de grupos de apoio constituídos por pessoas candidatas à Cirurgia Bariátrica e por aquelas que já foram submetidas ao procedimento cirúrgico. O grupo poderá propiciar a troca de experiência entre os participantes, e impactar significativamente o modo como experienciam o caminho percorrido.

Os profissionais de saúde, líderes desses grupos, poderão intervir de forma simples, por meio de caminhada orientada, gincanas e oficinas de preparo e consumo de alimentos saudáveis, sem maior custo. Tais atitudes possibilitarão o oferecimento de suporte, tanto para a pessoa com obesidade que está aguardando pelo procedimento, quanto para a sua família.

Para o alcance dos objetivos traçados, é necessária atuação conjunta com atitudes que motivem os participantes dos programas de gerenciamento do peso. São fatores motivadores o ambiente estruturado, a adequação da logística dos serviços de obesidade, o compartilhamento de histórias de sucesso entre as pessoas em acampamentos de verão, o envolvimento entre os profissionais nos diversos níveis de atendimento com consultas presenciais e palestras por videoconferência, diminuição no tempo de espera entre a inscrição e o início do tratamento, orientação para a autogestão da saúde nas visitas domiciliares e maior ênfase no estilo de vida saudável e não na obesidade em si (Perez et al., 2018).

O gerenciamento do peso é uma dificuldade para a pessoa com obesidade em busca da Cirurgia Bariátrica, porque, nesse tempo de espera pelo procedimento cirúrgico, ela vivencia situações conflituosas que causam ansiedade, e, conseqüentemente a impulsiona comer e engordar. Esse fato requer ajuda da equipe multidisciplinar durante o itinerário terapêutico, para que possa se tornar protagonista do próprio cuidado.

A disponibilização de material didático explicativo sobre obesidade, Cirurgia Bariátrica e orientações gerais para o procedimento cirúrgico e controle do peso poderá ajudar a enfrentar as dificuldades imbricadas na espera, especialmente diminuindo a angústia e ansiedade.

A gestão da obesidade que envolve o processo de ganho de peso e as intercorrências enfrentadas na busca pelo emagrecimento, estão frequentemente ausentes na formação de profissionais da saúde. Esse fato limita o conhecimento e a capacitação para intervir quando estes profissionais se deparam com a questão no Serviço de Saúde, independentemente do momento em que as pessoas estão em busca da redução do peso (Kaplan et al., 2018).

Este estudo desperta para a necessidade de investimento na formação dos profissionais de saúde, desde os cursos de graduação, com enfoque no contexto e complexidade do cuidar da pessoa com obesidade que busca pela cirurgia para redução de peso no Serviço Público de Saúde. Isto porque, o modelo biomédico, centrado apenas na obesidade e na Cirurgia Bariátrica, não contempla a subjetividade inscrita no processo dessa doença crônica, nem nos determinantes sociais nela inscritos.

Também não há cursos de pós-graduação *lato sensu* com enfoque direcionado para essa temática, o que leva ao despreparo dos profissionais para atuarem na área. Sugere-se a implementação de cursos de atualização e especialização com inserção de conteúdos que abordem questões que possibilitem identificar as potencialidades e fragilidades existentes no

Serviço Público de Saúde, no que concerne ao cuidado oferecido às pessoas com obesidade e alternativas de tratamento. Esses cursos devem abordar conteúdos relacionados às ações preventivas e curativas, motivando os profissionais da área de saúde a serem agentes de mudança, com capacidade de proporcionar atendimento integral e singular à pessoa com excesso de peso (Hivert et al., 2017).

Os resultados do presente estudo trazem como contribuição para o conhecimento na área da saúde a abordagem subjetiva/intersubjetiva inscrita no itinerário terapêutico das pessoas com obesidade em busca da Cirurgia Bariátrica. Nesse sentido, este itinerário é destacado, considerando a obesidade não só como uma doença crônica não transmissível, complexa e multifatorial, mas também como uma condição experienciada por pessoas que têm o aumento excessivo de peso por diversos motivos e necessita da cirurgia para redução de peso como alternativa imprescindível para recuperar a saúde e o bem-estar.



CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

A fenomenologia social de Alfred Schutz permitiu compreender as características típicas da ação vivida pela pessoa com obesidade no itinerário terapêutico em busca da Cirurgia Bariátrica. Essa pessoa procura caminhos que levam à cirurgia para redução de peso nos Serviços Públicos de Saúde e enquanto aguarda o procedimento vivencia a ansiedade, a dor, a incerteza do futuro e até mesmo o medo da morte. Sente-se descuidada durante o itinerário percorrido devido à lacuna existente entre o atendimento recebido e o preconizado nos Serviços de Saúde. Tem o desejo de que seja diminuída a lacuna entre o atendimento ofertado pelo Serviço Público de Saúde e as necessidades da pessoa com excesso de peso na busca pela Cirurgia Bariátrica. Deseja ainda retomar as atividades cotidianas prejudicadas pela obesidade.

O acesso e o acolhimento das necessidades e expectativas de cuidado das pessoas com obesidade, explicitadas neste estudo, podem favorecer o aprimoramento e o incremento da qualidade dos Serviços de Saúde oferecidos. Faz-se necessário o desenvolvimento de ações, considerando a singularidade da pessoa que vivencia o itinerário terapêutico a procura da cirurgia para perda de peso, para que no caminhar em busca do emagrecimento os planos de cuidado prescritos não fiquem distantes de suas reais necessidades. Tais ações devem considerar que, ao alcançar a aprovação para a cirurgia, a pessoa possa ressignificar sua vida cotidiana.

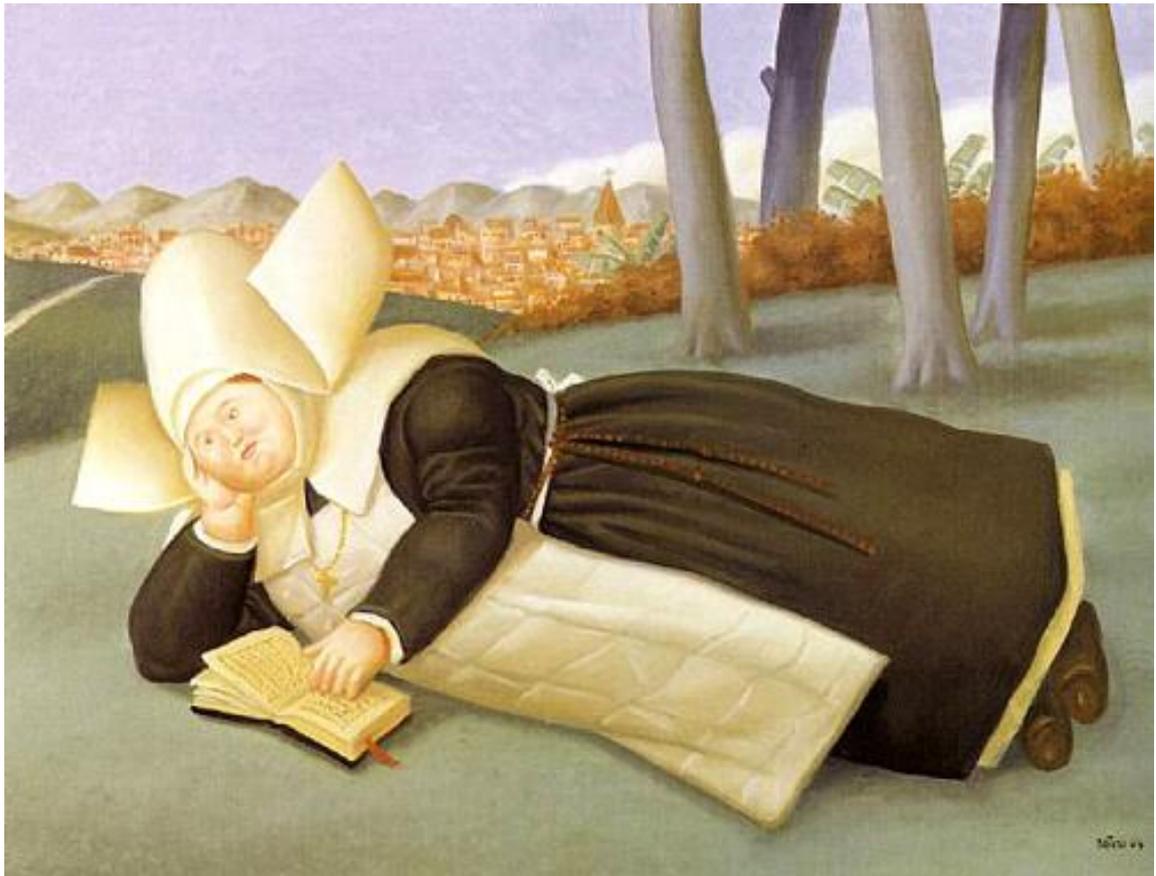
Salienta-se a necessidade de ação multidisciplinar desenvolvida por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais no sentido de buscar a compreensão do contexto social e das especificidades da pessoa com obesidade, de modo a estabelecer e compartilhar um plano de cuidado fundamentado nos aspectos individuais, sociais e culturais, valorizando as circunstâncias e contextos que possam interferir no itinerário terapêutico. Para que estas ações sejam passíveis de serem implementadas, faz-se necessária a revisão dos fluxos prescritos nos manuais com o propósito de possibilitar aos profissionais da saúde a implementação prática do atendimento, do encaminhamento e do acompanhamento da pessoa com obesidade enquanto aguarda pela cirurgia bariátrica, a fim de que haja adequação e articulação entre o que está descrito e o que é vivido.

Os profissionais da área da saúde, inclusive os enfermeiros, devem focar nas percepções e complexidade que envolvem a pessoa com obesidade, a fim de apoiá-la com

corresponsabilização no enfrentamento desta doença crônica. As intervenções precisam ser direcionadas para a compreensão da subjetividade e das questões ambientais que influenciam o aparecimento e agravamento da doença, com ações que alcancem os aspectos biopsicossociais envolvidos na gênese desse importante problema de saúde pública.

A não generalização traduz-se como uma das características da pesquisa qualitativa. Este estudo traz como limitação o fato de este grupo traduzir uma vivência singular de pessoas com obesidade, acompanhadas em um município de grande porte do Brasil. Realidades diferentes podem permitir outros achados, muito em virtude da própria estruturação da Rede de Atenção à Saúde à pessoa com excesso de peso, que pode diferir em outros municípios e regiões do País. Embora realizado com um grupo específico de pessoas com obesidade em busca da Cirurgia Bariátrica, este estudo traz contribuições para a assistência, o ensino e o conhecimento, na medida em que valoriza as relações subjetivas/intersubjetivas presentes no itinerário terapêutico dessa pessoa/grupo em busca da cirurgia para redução de peso no Serviço Público de Saúde.

Sugere-se a realização de novas pesquisas de abordagem qualitativa com a equipe multidisciplinar da área da saúde com vistas a desvelar outras facetas do fenômeno. Sugere-se ainda pesquisas utilizando metodologias quantitativas, inclusive de intervenção no Sistema de Saúde para averiguar a plausibilidade da execução do cuidado proposto.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Afshin A, Forouzanfar MH, Reisma MB, Sur P, Estep K, Lee A, et al. Health effects of overweight and obesity en 195 countries over 25 years. *N Engl J Med*. 2017;377(1):13-27. DOI: 10.1056/NEJMoa1614362

Agnihotri AK, Dawka S, Bahorun T, Aruoma OI. Public health issues: promise and peril [editorial]. *Arch Med Biomed Res*. 2016;3(1):1-8. DOI: 10.4314/ambr.v3i1.1

Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Rev Ciênc Soc Política Trabalho*. 2015;(42):29-43.

American Society for Bariatric and Metabolic Surgery (ASMBS). 32nd Annual Meeting of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Presented at Obesity Week, 2015 [Internet]. Los Angeles; Nov. 2015 [cited 2016 May 15]. Available from: <https://2015.obesityweek.com/app/uploads/2015/03/asmbs-abstract-book-ow2015.pdf>

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Seu peso está saudável? [Internet]. São Paulo: ABESO; 2015 [citado 2017 jun. 22]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/imc>

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2016 [Internet]. São Paulo: ABESO; 2016. [citado 2017 jun. 21]. Disponível em: www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf

Auspitz M, Cleghorn MC, Azin A, Sockalingam S, Quereshey FA, Okrainec A, et al. Knowledge and perception of bariatric surgery among primary care physicians: a survey of family doctors in ontario. *Obes Surg*. 2016;26(9):2022-8. DOI: 10.1007/s11695-016-2055-x

Barros F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde? [editorial] (Parte I). *Rev Col Bras Cir*. 2015a;42(2):069. DOI: 10.1590/0100-69912015002001

Barros F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? [editorial] (Parte II). *Rev Col Bras Cir*. 2015b;42(3):136-7. DOI: 10.1590/0100-69912015003001

Bernstein KM, Manning DA, Julian RM. Multidisciplinary teams and obesity role of the modern patient-centered medical home. *Prim Care*. 2016;43(1):53-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2015.08.010>

Bonet O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado: a propósito de Tim Ingold. *Sociol Antropol*. 2014;4(2):327-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2238-38752014v422>

Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília: MS; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 12).

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022 [Internet]. Brasília: MS; 2011a [citado 2017 mar. 18]. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde [Internet]. Brasília: MS; 2011b. [citado 2016 jul. 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012a [citado 2016 jul. 17]. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasília; 2012b [citado 2016 jul. 14]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/seguranca-alimentar-e-nutricional/pnan-politica-nacional-de-alimentacao-e-nutricao>

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: MS; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: MS; 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, 38).

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: MS; 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS; 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Alimentos regionais brasileiros. 2ª ed. Brasília: MS; 2015b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília: MS; 2015c [citado 2016 jul. 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilatel Brasil 2017. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: MS; 2018 [citado 2018 maio 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf

Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obs Rev.* 2017;18(7):715-23. DOI: 10.1111/obr.12551

Buboltz FL, Silveira A, Neves ET. Estratégias de famílias de crianças atendidas em Pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(4):1027-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500002040014>

Brustolin A, Ferretti F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):47-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700008>.

Cairns D, Beck M. Sobre o artigo de Beck: “a última fase da fenomenologia de Husserl”. *Rev Abordagem Gestált [Internet].* 2015 [citado 2017 maio 15];21(2):237-40. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v21n2/v21n2a12.pdf>

Camolas J, Santos O, Moreira P, Carmoa I. INDIVIDUO: results from a patient-centered lifestyle intervention for obesity surgery candidates. *Obes Res Clin Pract.* 2017;11(4):475-88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.08.003>.

Carneiro DF, Silva MMB, Pinheiro M, Palmeira IP, Matos EVM, Ferreira AMR. Itinerários terapêuticos em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(2):e17541. DOI: 10.18471/rbe.v31i2.17541

Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem do centro cirúrgico no contexto hospitalar. In: Cianciarullo T, coordenadora. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação.* São Paulo: Manole; 2016. p. 7.

Castro C. Ministros da Saúde das Américas se comprometem a criar políticas públicas para reduzir a obesidade no continente. São Paulo: ABESO; 2011.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Obesity Prevalence Maps [Internet]. Atlanta: CDC; 2016 [cited 2017 Oct 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/obesity/data/prevalence-maps.html>

Center for Disease Control and Prevention (CDC). About Adult BMI [Internet]. Atlanta: CDC; 2017 [cited 2017 Oct 22]. Available from: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/

Chagas MO, Neves SMM. Avaliação da qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida. *Estudos (Goiânia).* 2015;42(4):465-79.

- Chang VW, Alley DE, Dowd JB. Trends in the relationship between obesity and disability, 1988–2012. *Am J Epidemiol.* 2017;186(6):688-95. DOI: 10.1093/aje/kwx092
- Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.131/2015. Diário Oficial da União, 13 jan. 2016. Seção I, p. 66. Retificação publicada no Diário Oficial da União, 29 jan. 2016, Seção I, p. 287.
- Contreras-de-la-Fuente HS, Castillo-Arco Lubia-del C. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cultura Cuidados.* 2016;44:15-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.02>
- Coronel ALC, Bonamigo AW, Azambuja MS, Silva HTH. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar? *Interdisciplinary J Health Educ.* 2016;1(2):83-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.016>
- Cuesta-Nova AJ, Vallejo AS, Bautista JE, Mockus I. Acceso a la cirugía bariátrica en Colombia: la tutela como mecanismo de protección para el paciente obeso. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(1):81-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.47451>
- Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.
- Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Fam Pract.* 2015;16(102):1-12. DOI: 10.1186/s12875-015-0319-5
- Ellulu M, Abed Y, Rahmat A, Ranneh Y, Ali F. Epidemiology of obesity in developing countries: challenges and prevention. *Global Epid Obes.* 2014. DOI: 10.7243/2052-5966-2-2
- Estanislau FM. A ciência e o uso da televisão na produção de sentidos de obesidade. In: XXXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Rio de Janeiro, 4-7 set. 2015. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação; 2015.
- Faccio E, Nardin A, Cipolletta S. Becoming ex-obese: narrations about identity changes before and after the experience of the bariatric surgery. *J Clin Nurs.* 2016;25(11-12):1713-20. DOI: 10.1111/jocn.13222
- Gil AC, Yamauchi NI. Elaboração do projeto na pesquisa fenomenológica em enfermagem. *Rev Baiana Enferm.* 2012;26(3):565-73.
- Glasgow RE, Estabrooks PE. Pragmatic applications of RE-AIM for health care initiatives in community and clinical settings. *Prev Chronic Dis.* 2018;15:E02. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd15.170271>
- Guerrero-Castañeda RF, Menezes TMO, Ojeda-Vargasa MG. Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e67458. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>

Hayes S, Wolf C, Labbé S, Peterson E, Murray. Primary health care providers' roles and responsibilities: a qualitative exploration of 'who does what' in the treatment and management of persons affected by obesity. *J Commun Healthcare*. 2017;10(1):147-54. DOI: 10.1080/17538068.2016.1270874

Hivert MF, McNeil A, Lavie CJ, Arena R. Training health professionals to deliver healthy living medicine. *Progr Cardiovasc Dis*. 2017;59(5):471-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2017.02.004>

Home CV, Tod AM, Thompson AR, Allmark P, Goyder E. Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6:e009389. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009389

Horton R, James A, Das P, Kleinert S, Spencer S, Summerskill W, et al. UK Government won't step up to the plate on childhood obesity [editorial]. 2016;388(10047):841. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31476-3

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Práticas de Esportes e Atividade Física. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.

Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):736-41. DOI: 10.1590/S0080-623420130000300030

Jones JL, Sundwall D. Health care systems and national policy role of leadership in the obesity crisis. *Prim Care*. 2016;43(1):19-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2015.08.008>

Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2015;16(12):2-14. DOI: 10.1186/s12875-014-0219-0

Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(8):e00183415. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.

Kaplan LM, Golden A, Jinnett K, Kolotkin RL, Kyle TK, Look M. Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national action study. *Obesity*. 2018;26(1):61-9. DOI:10.1002/oby.22054

Keleidari B, Jamalouee SD, Mahmoudieh M, Zolfaghari B, Gharzi M. Aspects of quality of life affected in morbidly obese patients who decided to undergo bariatric surgery: a qualitative study to design a native questionnaire. *J Res Med Sci*. 2017;22:56. DOI: 10.4103/jrms.JRMS_931_16

- Kelley CP, Sbrocco G, Sbrocco T. Behavioral modification for the management of obesity. *Prim Care*. 2016;43(1):159-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2015.10.004>
- Kelles SMB, Machado CJ, Barreto SM. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde ou por operadora da saúde suplementar. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(4):261-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202014000400008>
- Kim KK, Yeong L-L, Caterson Ian D, Harris MF. Analysis of factors influencing general practitioners' decision to refer obese patients in Australia: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2015;16(45):2-8. DOI 10.1186/s12875-015-0262-5
- Knihs NS, Valmorbida AP, Lanzoni GMM, Roza BA, Ghellere A. Caminho percorrido até a cirurgia cardíaca: necessidades e expectativas no pré-operatório. *Av Enferm*. 2017;35(1):30-41. DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.60753
- Lange L, Coyle E, Todd H, Williams C. Evidence-based practice guidelines for prescribing home modifications for clients with bariatric care needs. *Aust Occup Ther J*. 2018;65(2):107-14. DOI: 10.1111/1440-1630.12443
- Lecaros JB, Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Moore C. Significados y vivencias en pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2015;53(2):77-85.
- Lima NC, Baptist TWF, Varga EP. Ensaio sobre 'cegueiras': itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):615-27. DOI: 10.1590/1807-57622016.0642.
- Lobstein T, Jackson-Leach R. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. *Pediatr Obes*. 2016;11(5):321-25. DOI:10.1111/ijpo.12185
- Lobo C, Bastos CL, Vargas CEC. On essentialism and existentialism in the husserlian platonism: a reflexion based on modal logic. *Axiomathes*. 2015;25(3):335-43.
- Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra: Almedina; 2010.
- Luck-Sikorski C, Riedel-Heller SG. Obesity as a disability: a representative survey of individuals with obesity from Germany. *Disabil Health J*. 2017;10(1):152-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.06.007>.
- Majid E. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*. 2016;387(10026):1377-96.
- Marques ES, Comassetto, Faro ACM. Experience of morbid obese individual submitted to bariatric surgery. *Rev SOBECC*. 2015;20(1):9-16. DOI: 10.5327/Z1414-4425201500010004

- Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):613-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Matwiejczyk L, Mehta K, Scott J, Tonkin E, Coveney J. Characteristics of effective interventions promoting healthy eating for pre-schoolers in childcare settings: an umbrella review. *Nutrients*. 2018;10(3):E293. DOI:10.3390/nu10030293
- Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saúde Soc*. 2017;26(2):435-47. DOI 10.1590/S0104-12902017170017.
- McGraw CA, Wool DB. Bariatric surgery: three surgical techniques, patient care, risks, and outcomes. *AORN J*. 2015;102(2):141-52. DOI: 10.1016/j.aorn.2014.11.020
- McKinsey Global Institute. Overcoming obesity: an initial economic analysis. Discussion paper. London; 2014.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.
- Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-6.
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualit*. 2017;5(7):1-12.
- Moncada R, Landecho MF, Valentí V, Frühbeck G. Tratamiento quirúrgico de la obesidad: pros y contras. *An Real Acad Farm*. 2016;82(n.spe):225-33.
- Munhon ML, Migott AMB. Alterações psicológicas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Bras Obes Nutr Emagr*. 2017;66(11):403-11.
- National Health Service (NHS). Commissioning Board. Clinical Commissioning Policy: complex and specialised obesity surgery. London; 2013.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Managing overweight and obesity in adults: systematic evidence review from the obesity expert panelv [Internet]. Bethesda; 2013 [cited 2017 Oct 22]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/managing-overweight-obesity-in-adults>
- Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9945):766-81. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8

- Obesity: we need to move beyond sugar [editorial]. *Lancet*. 2016;387(10015):199.
- Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity among adults: United States, 2011-2012. *NCHS Data Brief*. 2013;(131):1-8.
- Oliveira DM, Merighi MAB, Kortchmar E, Braga VA, Silva MH, Jesus MCP. Vivência de mulheres no pós-operatório da cirurgia bariátrica: estudo fenomenológico. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 15];15(1):1-10. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5167>
- Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Itinerários terapêuticos: relação público-privado e arranjos tecnoassistenciais na utilização de Serviços de Saúde na Região Sul do Brasil. Relatório final. Porto Alegre; 2007.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Obesity Update 2017 [Internet]. [cited 2017 Nov 15]. Available from: <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>
- Palmeira CS, Garrido LMM, Lima ML, Guimarães AC, Ladeia AMT. Percepções acerca da condição de saúde de pessoas com obesidade. *Rev Rene*. 2016;17(5):724-31. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000500019.
- Perez AJ, Kebbe M, Holt NL, Gokiart R, Chanoine JP, Legault L, et al. Parent recommendations to enhance enrollment in multidisciplinary clinical care for pediatric weight management. *J Pediatr*. 2018;192:122-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.09.025>
- Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier Marie-Claude, et al. Le “Montreal model”: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 2015;27(1):41-50.
- Pont SJ, Puh R, Cook SR, Slusse W. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20173034. DOI: <http://pediatrics.aappublications.org>
- Ragsdale C, Wright J, Shokar G, Salaiz R, Shokar NK. Hispanic patient perspectives of the physician’s role in obesity management. *J Clin Med Res*. 2017;9(2):170-75. DOI: <https://doi.org/10.14740/jocmr2868w>
- Rech DC, Borfe L, Emmanouilidis A, Garcia EL, Krug SBF. As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. *Rev Epidemiol Controle Infect* 2016;6 Supl. 2:192-202.
- Reis CGC, Farias CP, Quintana AM. O vazio de sentido: suporte da religiosidade para pacientes com câncer avançado. *Psicol Ciênc Prof*. 2017;37(1):106-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000072015>

- Ribeiro J, Souza DN, Costa AP. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(8):1-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.15612016>
- Roberti Junior JP, Benetti IC, Zanella M. Itinerário terapêutico, escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde. *Cad Bras Saúde Mental [Internet]*. 2016 [citado 2017 mar. 16];8(18):
Disponível em:
<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4424>
- Rodrigues T. Fenomenologia crítica, filosofia e literatura: uma incursão nos primeiros textos de Sartre. Porto Alegre: FI; 2014.
- Rodríguez JE, Campbell KM. Past, present, and future of pharmacologic therapy in obesity. *Prim Care*. 2016;43(1):61-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2015.08.011>
- Rego ALC, Cruz GKP, Carvalho DPSRP, Azevedo IC, Vitor AF, Ferreira Júnior MA. Tempo de espera de pacientes em fila para a realização de cirurgia bariátrica e complicações relacionadas. *Rev Enferm UFPE On line [Internet]*. 2017 [citado 2017 nov. 19]; 11 Supl. 2:1025-31. DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201719
- Romero MS. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas: aplicación en una red de atención primaria de Uruguay. *Rev Uruguaya Enferm [Internet]*. 2017 [citado 2017 nov. 19];12(2).
Disponível em:
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/viewFile/212/206>
- Ryan DH, Kahan S. Guideline recommendations for obesity management. *Med Clin North Am*. 2018;102(1):49-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.006>.
- Santos FPA, Acioli S, Machado JC, Souza MS, Rodrigues VP, Couto TA. Práticas de cuidado da equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(1):36-43. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a230589p36-43-2018>.
- Schuh DS, Goulart MR, Barbiero SM, Sica C D' Azevedo, Borges R, Moraes DW, et al. Escola Saudável é mais Feliz: design e protocolo de um ensaio clínico randomizado desenvolvido para prevenir o ganho de peso em crianças. *Arq Bras Cardiol*. 2017;108(6):501-507. DOI: 10.5935/abc.20170072.
- Schütz A, Luckmann T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.
- Schütz A. *Sobre fenomenologia e relações sociais de Alfred Schütz*. Petrópolis: Vozes; 2012a.
- Schütz A. *Estúdios sobre teoria social: escrito II*. Buenos Aires: Amorrortu; 2012b.
- Schütz A. *El problema de la realidade social: escritos I*. Buenos Aires: Amorrortu; 2015.

Scuffham PA, Krinks R, Chaulkidou K, Littlejohns P, Whitty JA, Wilson A, et al. Recommendations from Two Citizens' Juries on the surgical management of obesity. *Obes Surg*. 2018;28(6):1745-52. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11695-017-3089-4>

Serino S, Scarpina F, Keizer A, Pedroli E, Dakanalis A, Castelnuovo G, et al. A novel technique for improving bodily experience in a non-operable super-super obesity case. *Front Psychol*. 2016;7:837. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00837

Silva FAM. *Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde*. Washington: OPAS/OMS; 2018.

Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(3):843-51. DOI: 10.1590/1413-81232015213.08572015

Silva TMR, Souza SR, Couto LL. Itinerário terapêutico de adolescentes com osteossarcoma: implicações para o diagnóstico precoce. *REME Rev Min Enferm*. 2017;21:e1028. DOI: 10.5935/1415-2762.20170038

Silva Junior NS, Gonçalves G, Demétrio F. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. In: III Encontro Baiano de Estudos em Cultura [Internet]. 2013 [citado 2016 jul.28]. Disponível em: <http://www3.ufrb.edu.br/ebecult/wp-content/uploads/2012/04/>

Silveira EL, Aguiar GPS, Costa LCS. Alimentos (in)disciplinados: a beleza que (não) se põe na mesa. *Rev Caminhos Linguística Aplicada*. 2017;17(3):484-508. DOI: <http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/caminhoslinguistica>

Souza S. Língua, linguagem , discurso e processos referenciais: concepções e debates à luz da cognição. *Lingu@ Nostr@ - Rev Virtual Estudos Gramática Linguística*. 2016;4(1):167-81.

Spittal MJ, Frühbeck G. Bariatric surgery: many benefits, but emerging risks. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018;6(3):161-3. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30435-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30435-7).

Stevens S. Health and high quality care for all, now and for future generations: transforming urgent and emergency care services in England [Internet]. *NHS Confederation Annual*; 2014 [cited 2017 July 22]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/urg-emerg-care-ev-bse.pdf>

Sturmberg JP. *Health System Redesign. We need a systemic approach for the redesign of health systems*. New York: Springer; 2018.

Tagliari AB, Muraro CF, Ferreira MGG. Impacto da estratégia saúde da família nas internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2016;40(4):876-91. DOI: 10.22278/2318-2660.2016.v40.n4.a1958.

Taglietti RL, Riepe SB, Maronezi TB, Teo CRPA. Tratamento nutricional para redução de peso: aspectos subjetivos do processo. *Rev Bras Obes Nutr Emagr.* 2018;12(69):101-9.

Tauqeer Z, Gomez G, Stanford FC. Obesity in women: insights for the clinician. *J Women's Health.* 2018;27(4):444-57. DOI: 10.1089/jwh.2016.6196

Trainer S, Brewis A, Wutich A. Not 'taking the easy way out': reframing bariatric surgery from low-effort weight loss to hard work. *Anthropol Med.* 2017;24(1):96-110. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13648470.2016.1249339>

Turner M, Jannah N, Kahan S, Gallagher C, Dietz W, et al. Current knowledge of obesity treatment guidelines by healthcare professionals. *Obesity.* 2018;26(4):665-72. DOI: 10.1002/oby.22142.

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Filosofia e Educação (NEPEFE). 1º Ciclo de Palestras: fenomenologia: temas e pesquisas. I. Goiânia: UFG; 2016.

Varnier TR, Gomes IM. Entre ações e discursos: a recepção dos usuários às informações de um programa de educação em saúde da rede pública na cidade de Vitória/ES. *Rev Bras Ciênc Esporte.* 2017;39(3):219-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2017.02.006>

Wagner HR, organizador. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

Wang Y, Min J, Khur J, Li M. A systematic examination of the association between parental and child obesity across countries. *Adv Nutr.* 2017;8(3):436-48. DOI:10.3945/an.116.013235.

Watson L, Levit T, Lavac A. Obesity and stigmatization at work. *palgrave explorations in workplace stigma.* New York: Macmillan; 2018. p.11-34.

Wee CC, Hamel MB, Huskey KW, Davis RB. The value of health and weight loss among primary care patients with moderate to severe obesity: do quality of life factors have a larger influence than comorbidities? *Obes Res Clin Pract.* 2017;11(1):123-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.11.004>

Wharton S, Serodio KJ, Kuk JL, Sivapalan N, Craik A, Aarts MA. Interest, views and perceived barriers to bariatric surgery in patients with morbid obesity. *Clin Obes.* 2016;6(2):154-60. DOI: 10.1111/cob.12131

Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Prospective studies collaboration: body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet.* 2009;373(9669):1083-96. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60318-4.

World Health Organization (WHO). Global Health Observatory Data. World Health Statistics, 2012 [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2016 July 28]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/

World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014a [cited 2016 July 28]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf

World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2014b [cited 2017 Mar 21]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

World Health Organization (WHO). Global Nutrition Targets 2025: policy brief series [Internet]. Geneva: WHO; 2014c [cited 2016 July 28]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/

World Health Organization (WHO). Taxes on sugary drinks: Why do it? [Internet]. Geneva: WHO; 2016a [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260253/WHO-NMH-PND-16.5Rev.1-eng.pdf;jsessionid=B7225B16CC5DED4C21C63CBF2C5747EB?sequence=1>

World Health Organization. PAHO/WHO for Technical Cooperation 2016-2022: with the United Kingdom Overseas Territories (UKOTs) in the Caribbean [Internet]. Geneva WHO; 2016b [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/252648?show=full>

World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 Jan 16]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Younes S, Rizzotto MLF, Araújo ACF. Therapeutic itinerary of patients with obesity treated in highcomplexity services of a university hospital. *Saúde Debate*. 2018;41(1152):1046-60. DOI: 10.1590/0103-1104201711505

Zacharoulis D, Bakalis V, Zachari E, Sioka E, Tsimpida D, Magouliotis D, et al. Current knowledge and perception of bariatric surgery among Greek doctors living in Thessaly. *Asian J Endosc Surg*. 2018;11(2):138-45. DOI: 10.1111/ases.12436

Zillmer JGV, Silva DMGV. Tecendo reflexões sobre sofrimento social e doença renal crônica. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):134-42. DOI: 10.5902/2179769217487



APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Claudete Aparecida Conz, enfermeira, convido você a participar desta pesquisa, que tem como objetivo conhecer como foi para percorrer o caminho em busca da Cirurgia Bariátrica no Serviço Público de Saúde. Este estudo contribuirá para a compreensão de como as pessoas com obesidade percebem a sua trajetória na procura por tratamento. Os resultados possibilitarão a implementação de cuidados, estratégias e programas que atendam as suas necessidades, com benefícios para você e outras pessoas que se encontram na mesma situação.

Caso concorde em participar deste estudo, farei perguntas sobre sua vivência com a obesidade. A entrevista levará cerca de 60 minutos para ser respondida e será gravada para posterior transcrição e análise dos dados. O material gravado será arquivado pela pesquisadora e os resultados serão utilizados apenas para publicação em revista e eventos científicos.

Assumo o compromisso de manter sigilo quanto à sua identidade e privacidade durante a realização da entrevista e na divulgação dos resultados da pesquisa. As informações coletadas serão identificadas com um código, por exemplo, entrevista 1 será E1, entrevista 2 será E2 e assim por diante.

Os gastos envolvidos nesta pesquisa são de minha inteira responsabilidade, você não terá nenhum gasto, nem receberá qualquer valor pela sua participação. A qualquer momento, poderá pedir informações sobre o andamento da pesquisa, bem como interromper a sua participação neste estudo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo no tratamento.

Embora nenhum dano físico ou emocional seja esperado durante ou após a entrevista, se algum dano ocorrer o (a) senhor (a) terá direito a indenização. No caso de apresentar algum desconforto emocional durante a entrevista, será encaminhado ao serviço de psicologia da instituição a que está vinculado.

O presente termo será assinado em duas vias. Uma ficará com você, e a outra ficará arquivada comigo. Se precisar de informações e esclarecimentos, entre em contato no horário comercial pelo telefone: (11) 98237-5843 ou pelo endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000 - São Paulo – SP, e a qualquer horário (24 horas) pelo e-mail clauenf@uol.com.br. Poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo situado no endereço acima, cujo telefone é (11) 3061-8858 e e-mail: cep@usp.br.

Esta pesquisa atende a todas as especificações da Resolução 466/12, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos sob os números: Centro de Apoio a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Parecer 1.915.867 e USP Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Parecer: 1.956.427.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 2 - Caracterização dos Participantes

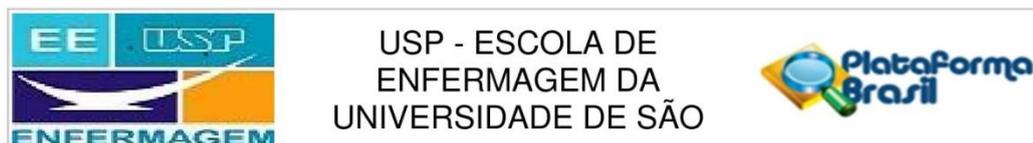
Caracterização dos Participantes							
Características Pessoais							
Nome:	Idade		Sexo		Profissão		
Estado Civil							
<input type="checkbox"/> casado	<input type="checkbox"/> solteiro	<input type="checkbox"/> separado/ divorciado	<input type="checkbox"/> viúvo	<input type="checkbox"/> união estável	<input type="checkbox"/> namora	<input type="checkbox"/> outros	
Escolaridade							
<input type="checkbox"/> 1.º grau completo	<input type="checkbox"/> 1.º grau incompleto	<input type="checkbox"/> 2.º grau completo	<input type="checkbox"/> 2.º grau incompleto	<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> pós-graduação	<input type="checkbox"/> outros
Características da Convivência com a Obesidade							
<input type="checkbox"/> desde criança		<input type="checkbox"/> adolescência			<input type="checkbox"/> adulto		
Quais recursos já utilizou para emagrecer?							
<input type="checkbox"/> dieta	<input type="checkbox"/> exercício físico		<input type="checkbox"/> medicação		<input type="checkbox"/> acompanhamento profissional		<input type="checkbox"/> outros
Com quais profissionais já fez acompanhamento?							
<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> psicóloga	<input type="checkbox"/> nutricionista		<input type="checkbox"/> outros		
Maior Índice de Massa Corpórea?							
<input type="checkbox"/> 25 - 29,9 kg/m ²	<input type="checkbox"/> 30 - 34,9 kg/m ²	<input type="checkbox"/> 35 - 39,9 kg/m ²	<input type="checkbox"/> 40 - 44,9 kg/m ²	<input type="checkbox"/> 45- 49,9 kg/m ²	<input type="checkbox"/> 50 - 59,9 kg/m ²	<input type="checkbox"/> acima de 60 kg/m ²	
Peso máximo:		Peso atual e o IMC:			Peso e IMC antes da cirurgia?		
Características do Tempo de Espera na Fila e Internação na Clínica Médico-Cirúrgica							
Qual o tempo de espera na fila para cirurgia bariátrica?		Há quanto tempo está internado na Clínica Médico-Cirúrgica?			Sua cirurgia está agendada para daqui a quantos dias?		
As Entrevistas Foram Norteadas pelas Seguintes Questões:							
Motivos Porque	Como foi a sua procura em busca da Cirurgia Bariátrica?						
	Quais caminhos percorreu? Como foi vivenciar esses caminhos?						
	Durante o tempo em busca do tratamento, como foi o atendimento recebido?						
Motivos Para	Como espera continuar sendo atendido?						
	Qual é a sua expectativa para depois da cirurgia?						



ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO FACE À OBESIDADE: diálogo entre o cuidado prescrito e o cuidado real na perspectiva de pessoas obesas

Pesquisador: Claudete Aparecida Conz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62423316.2.0000.5392

Instituição Proponente: CENTRO DE APOIO A ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.915.867

Apresentação do Projeto:

Trata-se da 2ª versão da pesquisa "ITINERÁRIO TERAPÊUTICO FACE À OBESIDADE: diálogo entre o cuidado prescrito e o cuidado real na perspectiva de pessoas obesas" a ser desenvolvida por Claudete Aparecida Conz, para a obtenção do título de doutor, sob supervisão da Profª. Drª. Miriam Aparecida Barbosa Merighi.

Na primeira avaliação foram solicitados os seguintes ajustes: "O projeto completo não traz o número de participantes da pesquisa. No TCLE não há menção a questão da indenização e há erro no e-mail disponibilizado do Comitê de Ética da USP."

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo: "Desvelar o itinerário terapêutico percorrido pela pessoa obesa e suas expectativas de cuidado no tratamento da obesidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta como riscos: "Riscos mínimos como desconforto emocional", e como Benefícios: "Compreender a complexidade que envolve todo o sistema de atendimento da pessoa obesa, especialmente a partir da percepção de quem vivencia a obesidade, contribuirá para que as estratégias, os programas, os planos de cuidado, as intervenções, o preparo e a integração da equipe multiprofissional sejam voltados para as necessidades e expectativas destas pessoas. As

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: 1.915.867

ações devem ser pautadas no cenário em que as pessoas estão inseridas, na bagagem de experiências que trazem ao longo da vida, na intenção que têm de mudar a realidade e na expectativa de construir e consolidar a busca pelo tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora caracteriza a pesquisa como: "Pesquisa Qualitativa de Abordagem Fenomenológica Social; A pesquisadora realizará as entrevistas "no ambulatório de obesidade, durante o primeiro retorno para consulta médica, após a alta hospitalar pós cirurgia, ou outro local e dia proposto de acordo com o desejo e conveniência do participante. Primeiramente será feito contato com os pacientes indicados pelo enfermeiro do ambulatório ou pelo médico, que atendam aos critérios de inclusão deste estudo, pelo menos uma semana antes da data da cirurgia, para estabelecimento de vínculo entre pesquisador e pesquisado". Define as questões norteadoras do estudo: "Como foi a sua procura para a busca do tratamento? Quais caminhos você percorreu? Que possibilidades de atendimento você encontrou no Sistema de Saúde? Como foi para você vivenciar estes caminhos? O que significou a espera pela cirurgia? Durante o tempo em busca do tratamento, como foi o atendimento recebido? O caminho percorrido atendeu às suas necessidades? Foi como você esperava? Considerando sua trajetória em busca do tratamento, quais são as suas expectativas? O que você recomendaria para uma pessoa que esta vivenciando este processo?" "Os participantes serão abordados individualmente e as entrevistas serão gravadas após permissão dos participantes para tal. Quando o objetivo do estudo tiver sido alcançado, o fenômeno proposto desvelado e o pesquisador perceber a saturação teórica dos dados, a coleta será encerrada (Fontanella et al., 2011)".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta orçamento e cronograma compatíveis.

O TCLE foi ajustado.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atendeu todos os requisitos

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

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: 1.915.867

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_819829.pdf	19/12/2016 13:55:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.doc	19/12/2016 13:54:08	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros8.pdf	19/12/2016 12:26:48	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros7.pdf	19/12/2016 12:26:15	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	19/12/2016 12:16:00	Claudete Aparecida Conz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/12/2016 12:15:43	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros6.docx	23/11/2016 14:35:25	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaodeInstituicaoelInfraestrutura.jpg	23/11/2016 14:14:30	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	outros4.jpg	22/11/2016 21:05:21	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.docx	06/11/2016 16:57:15	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	FolhadeRosto.jpg	06/11/2016 16:52:06	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros3.doc	02/11/2016 13:53:23	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros1.docx	02/11/2016 13:50:22	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros.docx	02/11/2016 13:48:38	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	02/11/2016 13:29:42	Claudete Aparecida Conz	Aceito

Situação do Parecer:

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: 1.915.867

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 09 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

**Marcelo José dos Santos
(Coordenador)**

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

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO FACE À OBESIDADE: diálogo entre o cuidado prescrito e o cuidado real na perspectiva de pessoas obesas

Pesquisador: Claudete Aparecida Conz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62423316.2.3001.0068

Instituição Proponente: CENTRO DE APOIO A ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.956.427

Apresentação do Projeto:

Para obtenção dos dados, será feita uma breve caracterização dos participantes com questões sobre aspectos sociodemográficos e físicos. Este estudo se pautará nas seguintes questões norteadoras: Como foi a sua procura para a busca do tratamento? Quais caminhos você percorreu? Que possibilidades de atendimento você encontrou no Sistema de Saúde? Como foi para você vivenciar estes caminhos? O que significou a espera pela cirurgia? Durante o tempo em busca do tratamento, como foi o atendimento recebido? O caminho percorrido atendeu às suas necessidades? Foi como você esperava? Considerando sua trajetória em busca do tratamento, quais são as suas expectativas? O que você recomendaria para uma pessoa que esta vivenciando este processo? Farão parte deste estudo pessoas obesas, independente da classificação pelo IMC (grau I, II, III ou mais), que tenham realizado cirurgia bariátrica no hospital de referência e local deste estudo, após a alta e durante a consulta no primeiro retorno pós cirúrgico; e pessoas obesas que estejam sendo acompanhadas por profissionais da rede básica de saúde e estejam fazendo alguma intervenção para emagrecer; com idade entre 18 e 65 anos; e que tenham buscado pelo tratamento no Sistema Único de Saúde em uma das redes de atenção a saúde. A investigação será realizada em dois locais distintos, com dois tipos de participantes. Um deles será um Hospital Público da cidade de São Paulo. O outro local de estudo será em uma Unidade Básica de Saúde da

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 1.956.427

Região Norte do Município de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desvelar o itinerário terapêutico percorrido pela pessoa obesa e suas expectativas de cuidado no tratamento da obesidade. Objetivo Secundário: não há objetivo secundário. O objeto do estudo é: itinerário terapêutico realizado pelo obeso na busca por tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Riscos mínimos como desconforto emocional. Benefícios: Compreender a complexidade que envolve todo o sistema de atendimento da pessoa obesa, especialmente a partir da percepção de quem vivencia a obesidade, contribuirá para que as estratégias, os programas, os planos de cuidado, as intervenções, o preparo e a integração da equipe multiprofissional sejam voltados para as necessidades e expectativas destas pessoas. As ações devem ser pautadas no cenário em que as pessoas estão inseridas, na bagagem de experiências que trazem ao longo da vida, na intenção que têm de mudar a realidade e na expectativa de construir e consolidar a busca pelo tratamento. O reconhecimento das demandas dos obesos, traduzidas por suas trajetórias, buscas e escolhas para o tratamento da obesidade auxiliará os serviços de saúde no sentido de ir ao encontro das suas necessidades, isto porque permitirá compreender os caminhos paralelos que utilizam para se cuidarem, podendo atuar tanto nos aspectos inscritos nos fluxos das redes de atenção a saúde, quanto nos aspectos que ultrapassam esta estrutura, mas que também se configuram como itinerários terapêuticos percorridos pelas pessoas obesas em busca de tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo bem desenhado, contém elementos que demonstram sua exequibilidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatórias estão descritos de maneira completa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo aprovado para iniciar a coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 1.956.427

pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_819829.pdf	19/12/2016 13:55:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.doc	19/12/2016 13:54:08	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_819829.pdf	19/12/2016 12:27:30		Aceito
Outros	Outros8.pdf	19/12/2016 12:26:48	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros7.pdf	19/12/2016 12:26:15	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	19/12/2016 12:16:00	Claudete Aparecida Conz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/12/2016 12:15:43	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_819829.pdf	28/11/2016 09:24:21		Aceito
Outros	Outros6.docx	23/11/2016 14:35:25	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.doc	23/11/2016 14:32:24	Claudete Aparecida Conz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/11/2016 14:32:07	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaodeInstituicaoelInfraestrutura.jpg	23/11/2016 14:14:30	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	outros4.jpg	22/11/2016 21:05:21	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.docx	06/11/2016 16:57:15	Claudete Aparecida Conz	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 1.956.427

Outros	FolhadeRosto.jpg	06/11/2016 16:52:06	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros3.doc	02/11/2016 13:53:23	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros1.docx	02/11/2016 13:50:22	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Outros	Outros.docx	02/11/2016 13:48:38	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.doc	02/11/2016 13:39:25	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	02/11/2016 13:29:42	Claudete Aparecida Conz	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	02/11/2016 13:25:46	Claudete Aparecida Conz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 09 de Março de 2017

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

ANEXO 3 - Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – Instituição proponente da pesquisa

DECLARAÇÃO

Eu, Marco Aurélio Santo, Diretor da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, autorizo a realização da coleta de dados da pesquisa intitulada “Itinerário terapêutico face à obesidade: diálogo entre o cuidado prescrito e o cuidado real na perspectiva de pessoas obesas” a ser conduzida pela aluna de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Claudete Aparecida Conz, nº USP 2379521, sob a orientação da Profª. Drª. Miriam Aparecida Barbosa Merighi.

Declaro que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da pesquisa, e que a mesma somente será iniciada após a aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem e do Hospital das Clínicas.

São Paulo, 21 de Novembro de 2016

Prof. Dr. Marco Aurélio Santo
Diretor da Unidade de Cirurgia
Bariátrica e Metabólica
CRM- 52.911

Marco Aurélio Santo

Diretor da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HCFMUSP