

CARTILHA

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

**Jonas Mendonça Santana**  
Mestrando em Ciências da Saúde – USP

Profª Dra. Maria Helena Morgani de Almeida  
Orientadora - USP





# JUSTIFICATIVA

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

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

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



# RESUMO

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

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

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



# SUMÁRIO

Aspectos gerais da obesidade _____	<b>9</b>
Atenção básica às pessoas com obesidade no município de Guarulhos: ênfase na interprofissionalidade _____	<b>10</b>
Desafios da atenção às pessoas com obesidade, referidos por profissionais da atenção básica no município de Guarulhos _____	<b>12</b>
Estratégias de enfrentamento aos desafios, utilizadas por profissionais da atenção básica, com ênfase em experiências exitosas de atenção às pessoas com obesidade em sua integralidade _____	<b>16</b>
Avaliação das Ações e estratégias pelos profissionais da atenção básica _____	<b>26</b>
Considerações finais _____	<b>29</b>
Referências _____	<b>30</b>





# ASPECTOS GERAIS DA OBESIDADE

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

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

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

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

# ATENÇÃO BÁSICA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS: ÊNFASE NA INTERPROFISSIONALIDADE



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

Por entender que saúde é complexa e requer integração de saberes e cuidado coletivo em constante interação (Peduzzi, 2007), considera-se que ações uniprofissionais levam a fragmentação do cuidado. Além de não abranger a complexidade da saúde, o trabalho uniprofissional acaba por sobrecarregar os profissionais: “Temos o grupo de obesidade, que é dirigido principalmente e somente pela nutricionista” (E1); “A participação principal acaba sendo mais da nutricionista” (E2); “[...] Hoje acabo conduzindo os grupos mais sozinha, pela demanda, por falta de envolvimento dos profissionais” (E9). O trabalho em equipe **multiprofissional** é uma modalidade de trabalho coletivo centrada na reciprocidade entre trabalho e interação; as principais dimensões do trabalho em equipe são a articulação das ações e a interação de seus agentes (Peduzzi, 2013). “Quando tem a participação da psicóloga o grupo fica diferenciado, tem mais abrangência e resultados” (E3).

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

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

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



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

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

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

## DESAFIOS DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE REFERIDOS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

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

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

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

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

Entre as principais causas que dificultam a realização de atividades educativas para a população obesa, destaca-se a falta de espaço físico das

próprias unidades, seguida pela falta de recursos humanos (Carrara et al., 2008). “Atualmente, são poucas fonoaudiólogas na rede para atender a população. Isso dificulta o acesso do paciente ao tratamento” (E6).



Reconhece-se que a organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação e sucateamento dos serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, mostrando-se inadequada para enfrentar os desafios impostos pela mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas (Mendes, 2011). Para reverter essa situação, precisa-se investir constantemente em tecnologias leves e duras. “O número de pacientes com doenças mentais aumentou tanto,

que as psicólogas não conseguiam mais participar dos grupos comigo, hoje faço sozinha” (E9); “Ao longo dos nove anos que estou nas unidades básicas não melhorou a estrutura, a demanda está aumentando, mas a estrutura não” (E2).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AOS DESAFIOS UTILIZADAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA, COM ÊNFASE NAS EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE EM SUA INTEGRALIDADE

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

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

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

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



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

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

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

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

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

A escola é reconhecida como local privilegiado para promover a saúde, contribuindo com efeitos positivos na mudança de padrão de consumo e atividade física dos escolares, promovendo

modificações nos hábitos destes, com vistas a uma vida saudável. “Começamos a fazer matriciamento nas escolas e fizemos parceria com os professores. Essa comunicação tem nos ajudado a cuidar da saúde dessas famílias juntos” (E8); “Começamos a fazer matriciamento nas escolas, e esse foi um diferencial” (E1).

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

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

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

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

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

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

A proposta terapêutica deve ter sempre como foco o sujeito obeso. Nesse contexto, o trabalho em equipe deve ser orientado a um cuidado compartilhado que vise à promoção de saúde. Para que se obtenha sucesso no cuidado de pacientes com obesidade, a educação em saúde - vista

como um recurso para desenvolver habilidades pessoais e sociais, associadas à divulgação de informação, como uma ação contínua, por toda a vida - deve ser realizada e compartilhada por toda a equipe multiprofissional. E essa educação deve ser pautada no afeto, na escuta, na persistência, na atenção, no cuidado nas relações e, principalmente, no respeito.

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

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

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



As intervenções sugeridas no âmbito da atividade física foram as seguintes: “Agora estou pensando em fazer o curso de liang gong para aplicar nos grupos de obesidade. Por ser uma atividade de fácil execução, será ótimo para os pacientes” (E2); “Poderia ter um pedômetro na semana, para ver o nível de atividade física, talvez ficaria mais interessante para eles” (E2). O liang gong aparece como uma ótima sugestão para as pessoas com obesidade, pois é uma atividade de fácil aprendizado e execução, de baixo custo e alto impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos e da coletividade. O exercício do lian gong promove melhora na flexibilidade, coordenação de movimentos, equilíbrio, diminuição das dores em

geral – e, por consequência, no uso de medicação –, melhora no funcionamento do intestino e no sono (Aguiar, 2012). A utilização dessa prática pelos profissionais da rede de saúde do município de Guarulhos pode trazer muitos benefícios para a população com obesidade.

A utilização de pedômetros, que são aparelhos que contam os passos ao longo do dia e ajudam a analisar o nível de atividade física, também pode se constituir em estratégia de incentivo no enfrentamento da epidemia de obesidade. Com esse recurso, os pacientes conseguiriam ver, na

prática, quantos passos estão dando por dia. Com os crescentes avanços da tecnologia, alguns aparelhos celulares apresentam aplicativos – por vezes gratuitos – que estimam a quantidade de passos e o nível de atividade física. Assim sendo, podem se constituir em ferramenta a ser utilizada no dia a dia dos profissionais nas unidades básicas de saúde.

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



O baixo custo e os poucos efeitos colaterais são fatores que tornam os medicamentos fitoterápicos e florais cada vez mais populares. Diversas são as alternativas disponíveis no mercado para o tratamento da obesidade e, embora poucas apresentem evidências consistentes de segurança e eficácia, estudos veem sendo empreendidos para esse fim. (Verrengia et al., 2013). A utilização de florais e fitoterápicos na rede municipal com pacientes obesos poderia ser uma ótima ação, dado que a maioria dos pacientes do SUS possui poder aquisitivo baixo. Com a riqueza

da flora brasileira, tem-se grande diversidade de plantas, com diferentes efeitos. Além disso, o município de Guarulhos conta com um centro de terapias integrativas e complementares que poderia se tornar parceiro das UBS, fornecendo suporte nessa iniciativa.

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

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

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

No que concerne à implementação de programas de mudança de hábitos para os profissionais da saúde, deve-se destacar que cuidar de quem cuida é essencial para a manutenção de um

ambiente saudável. Esse aspecto é muito importante, e pode-se debater e construir uma parceria entre a secretaria de saúde e os servidores da área. Já há iniciativas nesse sentido, relatadas por alguns dos profissionais entrevistados. “Alguns profissionais da unidade que estavam obesos e participaram dos nossos grupos conseguiram emagrecer e mudar hábitos e até hoje seguem nossas orientações” (E 8).

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

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

Já no que concerne à cozinha experimental, também sugerida e citada anteriormente, um profissional de nutrição do município capacitou-se em PANCs e utiliza essa ferramenta com pacientes com obesidade, adotando as ervas principalmente como princípio ativo para atuar na ansiedade ligada à compulsão alimentar e comportamental. Muitas dessas plantas têm preço acessível ou



são encontradas nas casas de pacientes, o que ajuda sobremaneira a ampliar o acesso e o tratamento. E, como já comentado, as PANCs, os fitoterápicos e os florais são terapias que podem ser mais exploradas e utilizadas no tratamento de obesos da cidade, tornando esse tratamento mais integrativo, mais acessível e holístico.

Outra prática integrativa utilizada atualmente no tratamento dos pacientes de algumas unidades da rede é a

auriculoterapia, técnica oriunda da medicina tradicional chinesa que utiliza o pavilhão auricular, ou seja, a orelha para efetuar o tratamento de saúde, aproveitando o reflexo que a aurícula exerce sobre o sistema nervoso central (Souza, 2001). “A psicóloga aplica auriculoterapia nos grupos de obesidade, isso tem ajudado bastante as pacientes têm relatado” (E 8).

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Algumas unidades possuem o educador físico compondo a equipe NASF, o que facilita e amplia muito o processo terapêutico. O educador físico pode visitar a casa do paciente e orientá-lo sobre atividade física condizente com a sua realidade, além de prescrever exercícios de fácil aplicabilidade. Nas unidades que não possuem educadores físicos, os ACS podem orientar as famílias acer-



ca de diversas atividades físicas no bairro, convidar e incentivar o usuário a iniciar uma vida física mais ativa.

A fonoaudióloga de uma das unidades ensina nos grupos aos pacientes como mastigar melhor, como respirar melhor, o que contribui para diminuição do estresse e da ansiedade. Nesse contexto, a respiração e a meditação assumem importante papel no manejo da obesidade e suas comorbidades. Alguns profissionais da rede estão inserindo a meditação nas ações de tratamento. “Temos grupos de relaxamento, meditação uma vez por semana. Nesse grupo também os agentes de saúde fazem massagem nos 29 pacientes com obesidade” (E7).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





## AVALIAÇÃO DAS AÇÕES E ESTRATÉGIAS PELOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

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

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

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

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

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

Outro dado importante diz respeito à estrutura para o tratamento dos pacientes pois, como destaca um profissional entrevistado “Não é só criar o protocolo, mas espaços adequados para realizar o tratamento para o obeso e com qualidade” (E5). Nesse contexto, considera-se que para aprimorar a atenção à pessoa com obesidade no município na perspectiva da

integralidade, a rediscussão do protocolo entre secretaria e profissionais seria primordial, bem como a criação de espaços e melhores condições físicas e estruturais para os atendimentos. O protocolo detalha e norteia o trabalho, mas não se pode minimizar a importância das condições de trabalho e atendimento.

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

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

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



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

Brasil. Lei n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. 2013 [citado 23 dez. 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html).

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

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

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

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

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

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

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

Grejanin DKM, Pezzo TH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções

sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2007 dez;17(3):37-47. doi: doi.org/10.7322/jhgd.19846.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zaragoza Peña H, Faure Vidal A. Auriculoterapia y fitoterapia en los trastornos generalizados de ansiedad. *Rev Hosp Psiquiatria Habana* [Internet].

2008 [citado 20 dez. 2019];5(1).Disponível em: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0108/hph01208.html>.

