

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**  
**PROGRAMA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**  
**NUTRIÇÃO**

Amanda Luisa Kessler

**AS TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE USUÁRIOS COM OBESIDADE NA REDE**  
**DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2019

Amanda Luisa Kessler

**AS TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE USUÁRIOS COM OBESIDADE NA REDE  
DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Profa Dra. Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz

Co-orientadora: Profa Dra. Ilaine Schuch

Porto Alegre

2019

## **LISTA DE SIGLAS**

AB	Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## CONVENÇÕES

Os trechos em itálico no texto representam falas, palavras e expressões dos informantes da pesquisa. As aspas foram usadas para apresentar conceitos e citações diretas trazidas da bibliografia consultada ou para destacar termos.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>7</b>
<b>1.2</b>	<b>Justificativa do estudo</b> .....	<b>7</b>
<b>1.3</b>	<b>Articulação da pesquisa executada com a proposta do Programa da Residência</b> ....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1</b>	<b>Histórico das Políticas Públicas para enfrentamento da obesidade</b> .....	<b>9</b>
<b>2.2</b>	<b>O papel da Rede de Atenção à Saúde no enfrentamento da obesidade</b> .....	<b>10</b>
<b>2.3</b>	<b>Panorama e complexidade da obesidade</b> .....	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>14</b>
<b>3.2</b>	<b>Participantes e cenário do estudo</b> .....	<b>14</b>
<b>3.3</b>	<b>Análise e produção de dados</b> .....	<b>15</b>
<b>3.4</b>	<b>Procedimentos éticos</b> .....	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>4.1</b>	<b>Trajетórias assistenciais de usuários com sobrepeso/obesidade na Rede de Atenção à Saúde: a centralidade da Atenção Básica</b> .....	<b>17</b>
<b>4.2</b>	<b>Acompanhamento do cuidado ao sobrepeso/obesidade: fragilidades e potencialidades da RAS</b> .....	<b>21</b>
<b>4.3</b>	<b>Desfecho das trajetórias assistenciais: cirurgia bariátrica</b> .....	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>30</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro para entrevista</b> .....	<b>34</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>35</b>
	<b>ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP</b> .....	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No decorrer das últimas décadas o Brasil passou por diversas mudanças e transições, tanto na esfera demográfica, com aumento da expectativa de vida e da população de idosos, como na esfera epidemiológica e nutricional, com a diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas, caracterizada pela alta prevalência de excesso de peso na população, em todas as faixas etárias, de renda e em ambos os sexos (BRASIL, 2014a).

O excesso de peso, que compreende casos de sobrepeso e obesidade, teve sua frequência em 50,8% da população em 2015, segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico (Vigitel) (BRASIL, 2015). Considerado importante fator de risco para doenças crônicas e sendo elas as maiores causas de óbito atualmente, observa-se que no mundo, 44% da carga de diabetes, 23% da carga de doença isquêmica do coração e entre 7% a 41% de determinados tipos de câncer são atribuídos ao sobrepeso e à obesidade (BRASIL, 2014b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a obesidade como condição crônica de saúde definida pelo acúmulo excessivo de gordura no organismo, que por sua vez traz consequências à saúde. O diagnóstico do sobrepeso e obesidade é realizado atualmente por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), através da aferição do peso e estatura do indivíduo (BRASIL, 2014a).

É importante ressaltar que a obesidade é uma doença de caráter múltiplo e heterogêneo. Envolve não apenas predisposição genética, fatores biológicos e comportamentais, mas trata-se também de uma condição complexa e multifatorial, determinada por fatores históricos, econômicos, sociais e culturais, impactando nas escolhas alimentares, na oferta e produção de alimentos e nas políticas públicas de promoção da saúde (BRASIL, 2014b; CASTRO, 2017).

Nesse contexto, a atenção nutricional, associada às demais ações de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), representa todos os cuidados referentes à promoção, proteção, prevenção, diagnóstico e tratamento da saúde no âmbito da alimentação e nutrição. De forma transversal, a atenção nutricional, em termos de políticas públicas, deverá priorizar a realização de ações no campo da Atenção Básica (AB), em razão da mesma ser coordenadora e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como ser porta de entrada preferencial dos usuários, contribuindo na identificação das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2013a; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Sob essa perspectiva e justificado por estudos que indicam sua crescente prevalência, a obesidade tem tensionado as políticas públicas em termos de organização das ações de

prevenção e tratamento dentro do SUS (CASTRO et al., 2018; SOUZA et al., 2015; COSTA; VASCONCELOS; FONSECA, 2014). Em 2013, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 252, instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, estando a obesidade como linha de cuidado prioritária. Nesse mesmo ano foram publicadas ainda as portarias nº 424, que redefine as diretrizes para organização da linha de cuidado, e a portaria nº 425, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, incluindo os critérios para realização de cirurgia bariátrica pelo SUS (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

Destaca-se que as linhas de cuidados não são reconhecidas apenas como protocolos pré-estabelecidos, mas como uma ferramenta para que os gestores possam pactuar fluxos de atendimento, de referência e contra referência, reorganizando os processos de trabalho a fim de facilitar o acesso do usuário com excesso de peso às unidades e serviços de saúde dos quais necessita (BRASIL, 2014c).

Historicamente, a avaliação em saúde considera, sobretudo, a perspectiva de gestores e profissionais de saúde, baseada em indicadores de morbimortalidade e epidemiológicos. No entanto, há insuficiência de processos avaliativos que considerem, concomitantemente a estes dados, a perspectiva centrada no usuário, cuja conformação e estudo das experiências de adoecimento e procura por cuidados nos possibilitem importantes subsídios para pesquisas avaliativas em gestão social de saúde (GERHARDT et al., 2016; JUNIOR, 2010).

Dessa forma, o uso de trajetórias assistenciais é uma ferramenta qualificada por permitir a identificação e reconhecimento dos percursos e histórias que constituem a trajetória dos usuários pelos serviços de saúde, considerando o contexto e a complexidade em que estão inseridos e, permitindo, assim, analisar a organização, funcionamento e resolutividade das redes de atenção em saúde (GERHARDT et al., 2016).

Um elemento interessante para entender a construção dos problemas de pesquisa traçados, e o que é possível encontrar de respostas a eles, está na compreensão, como aponta Cecilio et al (2012), de que há uma atenção à saúde formal (legalmente instituída), mas também uma atenção real produzida cotidianamente por trabalhadores e usuários nos serviços. Isto significa que os modelos de atenção são geralmente idealizados, porém se materializam por meio de atos realizados por diferentes trabalhadores, que também agem com seus saberes e experiências, gerando um conjunto diferenciado de práticas, com novas e distintas modelagens.

Partindo então de toda a complexidade envolvida no enfrentamento do fenômeno obesidade, torna-se pertinente à construção das seguintes questões norteadoras que compõem o problema de pesquisa: Como estão sendo realizadas, pela perspectiva dos usuários, as ações de

enfrentamento da obesidade na RAS de Porto Alegre? A partir das trajetórias assistenciais de usuários encaminhados à cirurgia bariátrica, quais os lugares que compõem a rede de serviços que servem como apoio na atenção à obesidade? Qual o lugar que a Atenção Básica ocupa no cuidado da obesidade?

## **1.1 Objetivos**

Diante das questões norteadoras do estudo foram traçados os seguintes objetivos:

### **1.1.1 Objetivo geral**

Analisar as trajetórias assistenciais de usuários da Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre para o enfrentamento da obesidade.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Apresentar as trajetórias assistenciais dos usuários na busca pela resolução de suas demandas para o enfrentamento da obesidade na Rede de Atenção à Saúde de Porto Alegre;
- Analisar o cuidado realizado nos serviços de saúde acionados nas trajetórias assistenciais dos usuários para o enfrentamento da obesidade na Rede de Atenção à Saúde de Porto Alegre;
- Explorar as potencialidades e fragilidades nas trajetórias assistenciais de usuários para o enfrentamento da obesidade na Rede de Atenção à Saúde de Porto Alegre.

## **1.2 Justificativa do estudo**

Frente ao quadro de transição epidemiológica e nutricional marcado pelo aumento das doenças crônicas e da obesidade/sobrepeso, vislumbra-se, cada vez mais, a necessidade de práticas e saberes inovadores no SUS que visem enfrentar a complexidade envolvida nestes fenômenos. Ainda mais considerando os grandes centros urbanos como Porto Alegre que, com suas especificidades, conferem desafios ao cuidado nutricional e à organização da rede assistencial (REIS, 2016).

Dessa maneira, esta proposta se justifica, em primeiro lugar, por partir da ideia de avaliação não como um dispositivo para apreender modelos de Atenção a serem passivamente reproduzidos em outros centros urbanos ou para desqualificar experiências. O que na verdade se pretende é colocar em análise as potencialidades e desafios da realidade local pela perspectiva dos usuários e que possa ser reconhecida, de um lado, como experiências que possibilitem distintas criações e vivências em outros contextos, e de outro, possíveis experiências sinalizadoras, por sua vez, de elementos que necessitem, construtivamente, serem modificados na atenção ao sobrepeso/obesidade no SUS.

Em segundo lugar, a importância do projeto estaria na busca por estratégias de avaliação de políticas e programas que levem em conta referenciais mais amplos e abordagens metodológicas qualitativas, que viriam a complementar os enfoques baseados em dados de avaliações quantitativas (BOSI; PRADO, 2011)

### **1.3 Articulação da pesquisa executada com a proposta do Programa da Residência**

No que diz respeito a aplicabilidade do projeto para o SUS, e mais especificamente ao Programa Atenção Básica em Saúde, pertencente à Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, busca-se trazer contribuições importantes para a produção de informações acerca atenção ao sobrepeso/obesidade no município pesquisado, a fim de constituir uma proposta que possa fortalecer laços cooperativos e ações entre as diversas instâncias de ensino e os serviços de saúde locais.

Ademais, entende-se que o tema do presente projeto de pesquisa é recorrente nas práticas profissionais dos residentes em saúde, especialmente na Atenção Básica. Assim, as contribuições adquiridas pelo estudo podem ser adaptadas às rotinas dos profissionais ao se depararem com essa realidade, bem como fomentar o ensino em termos de formação para o SUS.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Histórico das Políticas Públicas para enfrentamento da obesidade

Desde a década de 1930 as questões nutricionais passaram a fazer parte da agenda de políticas públicas do governo brasileiro. No entanto, a obesidade passou a integrar as políticas e estratégias públicas, como prioridade, apenas nos últimos 15 anos, quando percebeu-se sua forte associação com doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) e seus desfechos (DIAS et al., 2017).

Têm-se conhecimento que as primeiras ações de Alimentação e Nutrição no país datam do ano de 1954, a partir da criação do Programa Merenda Escolar, seguido da criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), em 1970, que, vinculado ao Ministério da Saúde, lançou o I PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição), no período de 1973-74, que contemplava principalmente as crianças menores de sete anos, gestantes e nutrizes. A partir deste, foram criados os II e III PRONAN, em 1976 e 1980 respectivamente, que foram modificando seus públicos e sendo articulados com outros programas em diferentes setores, a saber: Programa de Nutrição e Saúde, Programa de Complementação Alimentar, Programa Nacional de Alimentação Escolar, Programa de Alimentação do Trabalhador e Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos (FREITAS et al., 2014).

A partir da publicação da Lei Orgânica nº 8080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e fomentada por seus princípios e diretrizes, foi criada a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), atribuindo à direção nacional do SUS a responsabilidade pela formulação, apoio e avaliação das políticas referente à alimentação e nutrição do país (BRASIL, 1990). Em referência a essa atribuição, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada no ano de 1999 e revisada em 2012, definiu as diretrizes para organização das ações destinadas à promoção, prevenção e tratamento dos agravos nutricionais relacionadas à insegurança alimentar e nutricional, incluindo a obesidade (DIAS et al, 2017; FREITAS et al, 2014; BRASIL, 2013a).

Nos anos 2000, diversos Programas, Estratégias e materiais foram criados pelo governo brasileiro e Ministério da Saúde no contexto intra e intersetorial, tendo como foco ações de incentivo à alimentação adequada e prática de atividade física, visando a prevenção da obesidade e DCNT, em todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos, ao mesmo tempo em que se pretendia combater a fome e desnutrição. Alguns exemplos incluem o Programa Fome Zero; Programa Bolsa Família; Dez Passos para uma Alimentação Saudável; Guia Alimentar

para a População Brasileira; Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável; Programa Saúde na Escola, entre outros (DIAS et al, 2017; FREITAS et al., 2014).

Mais especificamente em relação à obesidade, foi lançado em 2011 pelo MS o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (2011-2022) e em 2012 o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, que entre outras metas, pretende estabilizar o avanço da obesidade em adultos e reduzir entre as crianças, por meio de ações intersetoriais que contemplem os eixos de vigilância, informação, avaliação/monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (REIS, 2016).

No ano seguinte, em 2013, foi publicada a portaria no 252/GM/MS que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, revogada pela portaria no 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014, que apenas a atualizou. A partir destas portarias, foi publicada a Portaria no 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (DIAS et al., 2017).

Além dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, as ações de atenção integral à saúde do indivíduo com obesidade devem englobar também a família e comunidade, considerando as diferentes fases da vida, gênero, nível cognitivo e distintas culturas. Através de um conjunto de cuidados que contemplem a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade e agravos de saúde a ela associados, a organização das ações devem levar em consideração a compreensão de que as modificações nos hábitos de vida não devem assumir uma postura normativa e culpabilizadora, mas que contemple o indivíduo obeso em toda sua “constelação” de significados ligados ao comer, ao corpo e ao viver contemporâneo (CAISAN, 2014).

## **2.2 O papel da Rede de Atenção à Saúde no enfrentamento da obesidade**

As Redes de Atenção à Saúde surgem como uma proposta para unir o sistema de saúde em torno de objetivos comuns, ou seja, promover o direito à saúde da população, buscando a eficiência, qualidade e a expansão do acesso. Elas se concretizam pela ideia de organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, antes hierarquizados e fragmentados, que passariam a assumir ações cooperativas e interdependentes, a fim de ofertar uma atenção contínua a determinada população. Uma das principais características da RAS, nesta nova configuração poliárquica, é que a Atenção Básica (AB)

assume a centralidade na Rede, devendo prestar ações que atendam às necessidades dos usuários no tempo e lugar certo e de forma humanizada (MENDES, 2011).

Para compreender a centralidade da AB no sistema de saúde, caberia retomar alguns de seus marcos. Dentre eles destaca-se a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994, do Programa de Saúde da Família (agora nomeado Estratégia de Saúde da Família - ESF), ambos fundamentais para que em 2006, fosse publicada a Portaria nº 648 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e consolidou a ESF como ação prioritária para a reorganização da AB. Nesse momento, a AB passou a ser caracterizada por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe multiprofissional e em territórios bem delimitados (BRASIL, 2017).

Em 2008, com o intuito de apoiar o trabalho das ESFs e potencializar o escopo das ações, criou-se a proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a ser constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre elas a Nutrição, que atuam em parceria com as ESFs, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2017).

Com vistas, então, no lugar que a AB assume nas RAS, o Ministério da Saúde, estabelece a revisão de diretrizes e normas da PNAB. Desta maneira, a AB passa a assumir, formalmente, funções como: 1- ser a base do sistema: modalidade de atenção com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade; 2- ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas, fazendo uso de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo que construam vínculos e intervenções efetivas para a autonomia dos sujeitos; 3- coordenar o cuidado: atuar como centro de comunicação da RAS com outras instituições públicas, comunitárias e sociais. Para tanto, prescinde da elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, que sejam, por sua vez, baseados em relações horizontais, contínuas e integradas com usuários e outros profissionais da Rede; e 4- ordenar a rede: partindo das necessidades de saúde dos usuários, seria função também da AB organizar os fluxos em relação aos outros pontos de atenção (BRASIL, 2017; MENDES, 2011).

Mais ultimamente, em face do reconhecimento da magnitude das doenças crônicas, dentre elas a obesidade, cria-se no SUS, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e dentro dela a Linha de Cuidado Prioritária à Obesidade. Linha esta que, de acordo com Malta e Merhy (2010), ao ser composta pelo desenho de fluxos assistenciais, coloca responsabilidades para a AB no preparo não somente dos pontos macro institucionais da rede (baseada na AB e

organizada para além dela), mas igualmente micro institucionais (dentro da própria AB) para atender as necessidades dos usuários.

Em se tratando, então, da obesidade como um dos cuidados prioritários do SUS e da proposta da RAS e da AB em suas responsabilidades como centro do sistema, é fundamental também situar e discutir, o papel destinado à Atenção Nutricional neste lócus da AB. Dada a complexidade associada ao ganho excessivo de peso, com fatores que vão desde consumo excessivo de calorias, até os aspectos macrosociológicos, psicoafetivos e simbólicos, os desafios para contornar esse problema de saúde pública tornam-se cada vez maiores. As estratégias, nesse sentido, como apontam Bezerra e Sichieri (2011) precisariam estar acessíveis a população como um todo, uma vez que as práticas alimentares e estilos de vida favoráveis ao ganho excessivo de peso são marcas das sociedades contemporâneas.

Assim, é com esse enfoque que os cuidados primários (no sentido de primeiros) como os da atenção nutricional na AB, passam a ser defendidos desde a Declaração de Alma-Ata 3 e tornam-se a “chave” por serem considerados: “[...] métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação” (OPAS/OMS, 1978).

A importância de cuidados nutricionais primários e universais vão, posteriormente, ganhando espaço também no bojo do movimento da reforma sanitária brasileira, culminando com a inclusão da pauta alimentação, enquanto um elemento imprescindível na atenção à saúde, no texto da lei orgânica da saúde, sendo realizada como responsabilidade do SUS e mediante a vigilância nutricional e a orientação alimentar (JAIME et al., 2011; BRASIL, 2013a).

### **2.3 Panorama e complexidade da obesidade**

No município de Porto Alegre, segundo dados da Vigitel de 2015, a frequência de adultos com excesso de peso corporal ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) foi de 63,2%, a terceira maior frequência de excesso de peso em relação às demais capitais. Já a frequência de adultos com obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) foi de 20,9% na capital gaúcha, chegando a 22,7% nos homens, novamente ocupando a terceira posição em relação às outras capitais (BRASIL, 2015).

De acordo com a estimativa da Força Tarefa Latino-Americana de Obesidade, no Brasil, os gastos públicos com internação de indivíduos com doenças associadas ao excesso de peso chegam a ser de 5%, dado similar aos percentuais gastos em países desenvolvidos. O impacto econômico relacionado às doenças crônicas, não está apenas relacionado aos gastos através do

SUS, mas principalmente despesas geradas por absenteísmos, aposentadorias, pensões e morte ou invalidez da população economicamente ativa (RECH, 2016; BRASIL, 2013d).

Dado que a obesidade é um agravo multifatorial, resultante de uma complexa interação entre fatores externos, como o meio ambiente, contextos e convívios sociais, nível econômico e educacional, como internos, advindos da predisposição genética e de comportamentos, se faz necessário ações tanto a nível individual quanto à construção de ambientes que contribuam para um estilo de vida mais saudável. As estratégias e políticas públicas elaboradas devem levar em consideração, portanto, o modo de vida contemporâneo, que estimula cada vez mais o consumo de alimentos ultraprocessados e densos em calorias, quanto os aspectos relacionados ao ato da comensalidade e escolhas alimentares, a fim de resgatar atitudes e comportamentos saudáveis em relação a comida e ao estilo de vida (BRASIL, 2014b).

Popularmente conhecida como redução de estômago, a cirurgia bariátrica é também uma opção de tratamento para indivíduos com obesidade mórbida, que, esgotadas todas as tentativas para perda de peso através de métodos convencionais (mudança de hábitos alimentares, prática de atividade física, uso de fármacos, etc) têm a possibilidade de realizar esse procedimento por meio da rede pública de saúde (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Tendo em vista o crescimento acelerado da obesidade e a ineficiência dos tratamentos tradicionais, evidencia-se um significativo aumento da realização de cirurgias bariátricas via sistema público de saúde: em nove anos foram realizados 24.342 procedimentos pelo SUS (expressando um aumento de 300%), liderados pelas regiões Sudeste e Sul do Brasil, que atualmente é o segundo país do mundo onde mais se realizam cirurgias bariátricas (CARVALHO; ROSA, 2018).

Regulamento pela Portaria GM/MS nº 424/2013, os parâmetros atualmente estabelecidos para realização de cirurgia bariátrica são: - indivíduos que apresentem  $IMC > 50 \text{kg/m}^2$ ; - indivíduos que apresentem  $IMC > 40 \text{kg/m}^2$ , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos, e que tenham seguido protocolos clínicos; e - indivíduos que apresentem  $IMC > 35 \text{Kg/m}^2$  e comorbidades, tais como alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, e que tenham seguido protocolos clínicos (CARVALHO; ROSA, 2018).

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

O tipo de estudo utilizado foi a pesquisa de campo exploratória, por meio de abordagem qualitativa. Através de um estudo de campo, busca-se a compreensão da realidade de um determinado local, por meio da obtenção de informações sobre o problema para o qual se procura respostas. Sendo assim, a pesquisa exploratória permitiu a construção de maior familiaridade com o problema investigado, proporcionando a aquisição de conhecimentos e dados que objetivam aprimorar aspectos relacionados ao fato estudado (GIL, 2008; PRODANOV; FREITAS, 2013).

Nesse sentido, estando o problema dessa pesquisa conectado às práticas, processos de trabalho e organização dos serviços relacionados à trajetória assistencial à obesidade, entende-se que a abordagem qualitativa viabiliza a compreensão do contexto de determinado fato, abrangendo de forma aprofundada aspectos que se referem ao fenômeno pesquisado e possibilitando conhecer e descrever os processos presentes na sociedade (MINAYO, 2014).

Cabe enfatizar que para a definição tanto do local quanto dos participantes do estudo, como será descrito a seguir, partiu-se do entendimento de que, em pesquisa qualitativa, o objetivo do que seria a amostra é possibilitar a produção de informações ilustrativas e aprofundadas. Seja o número de sujeitos participantes pequeno ou grande, o que importa é a possibilidade de aproximação com a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2014).

### **3.2 Participantes e cenário do estudo**

Os participantes da pesquisa foram seis indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica pela rede pública de saúde no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) ou que estavam sendo atendidos pelo serviço no pré-operatório. Optou-se por incluir no estudo sujeitos que realizaram a cirurgia bariátrica em tempos distintos, visando abranger mais elementos para compreensão da questão de pesquisa. Dessa forma, dos seis sujeitos participantes, três haviam realizado o procedimento cirúrgico há três meses (contando da realização da entrevista), dois haviam realizado a cirurgia há mais de um ano e um sujeito estava no ambulatório pré-operatório. As idades variaram entre 25 a 40 anos de idade, sendo

cinco indivíduos com escolaridade média completa e um com ensino fundamental completo, todos residentes no município de Porto Alegre.

Ademais, foi entrevistada uma profissional de saúde atuante no ambulatório de cirurgia bariátrica do HCPA, visando elucidar maiores informações sobre o funcionamento do serviço e suas considerações sobre a atuação da Rede de Atenção à Saúde de Porto Alegre no cuidado ao sobrepeso e obesidade. Sua participação na pesquisa foi fundamental para enriquecer as discussões apresentadas; suas falas foram identificadas por “EP” (Entrevistado Profissional).

Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado, conforme previamente agendado com os sujeitos. Anterior à realização das entrevistas, foi apresentado para todos os sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para sua leitura e concordância de sua participação livre e voluntária.

Foi utilizado como técnica para coleta de dados uma entrevista semi-estruturada, tendo como instrumento de coleta de dados um roteiro com temas e questões norteadoras que serviram como guia para condução da entrevista (APÊNDICE A). A mesma contou com a presença de questões abertas e fechadas que possibilitaram a obtenção de maior número de dados e informações com vistas a alcançar o objetivo do estudo.

### **3.3 Análise e produção dos dados**

A organização e análise dos dados se deu, inicialmente, através da transcrição integral das entrevistas gravadas e o registro de todas as informações coletadas.

As trajetórias assistenciais foram retratadas através da descrição e análise das entrevistas, que durante esse procedimento, foram identificadas e subdivididas em unidades de significação, que delinearão a constituição de categorias temáticas. A análise foi realizada com base no método de Análise de Conteúdo do tipo Temática (BARDIN, 2011).

### **3.4 Procedimentos éticos**

O presente estudo está fundamentado nos princípios éticos que orienta e regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 3.227.590 (BRASIL, 2012).

Do mesmo modo, a identificação dos indivíduos participantes da pesquisa será mantida em anonimato, e os dados produzidos durante a pesquisa, bem como os TCLE serão armazenados por 5 anos e após descartados.

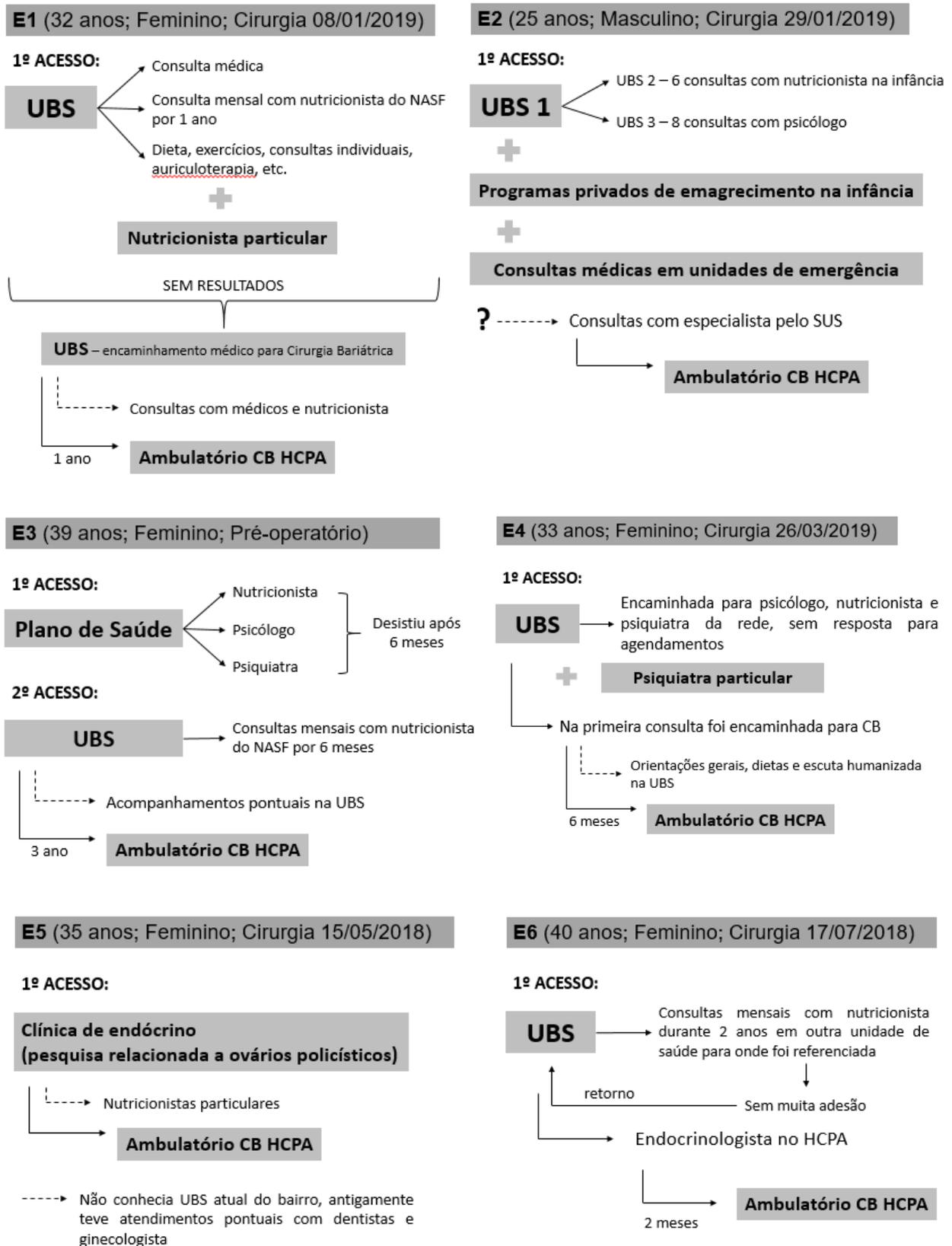
## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da análise de conteúdo surgiram três categorias temáticas que serão discutidas e apresentadas a seguir: “Trajetórias assistenciais de usuários com sobrepeso/obesidade na Rede de Atenção à Saúde: a centralidade da Atenção Básica”, “Acompanhamento do cuidado ao sobrepeso/obesidade: fragilidades e potencialidades” e “Desfecho das trajetórias assistenciais: cirurgia bariátrica”.

### **4.1 Trajetórias assistenciais de usuários com sobrepeso/obesidade na Rede de Atenção à Saúde: a centralidade da Atenção Básica**

Com base nas entrevistas realizadas com os usuários participantes da pesquisa, foi possível traçar as trajetórias assistenciais dos mesmos pelos serviços e espaços que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Porto Alegre - RS, destacando todos os pontos acessados e profissionais pelos quais os indivíduos passaram e receberam assistência no enfrentamento da doença. Todas as trajetórias estão apresentadas na Figura 1.

**Figura 1 - Trajetórias Assistenciais de usuários com obesidade pela Rede de Atenção à Saúde**



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Baseado nos relatos, pode-se perceber que o primeiro local de acesso da maioria dos usuários entrevistados foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) de sua referência, como relatado a seguir:

*Fui no posto que é perto da minha casa e aí conversei com médico e ele me deu a sugestão de tentar uma bariátrica pra fazer todo acompanhamento, porque antes eu já tinha feito lá com nutricionista, aquelas coisas e não tinha resolvido nada. (E1)*

*Quando eu fiquei hipertensa, me sentia mal, enfim... aí eu observei que era pelo sobrepeso e fui até o posto de saúde e ele disse que realmente o sobrepeso também ajudava a aumentar a pressão... (E3)*

*Tive um problema de depressão bem agravante devido ao peso. Foi aí onde eu fui parar no posto de saúde e o médico me questionou do que eu achava da inscrição para a bariátrica. (E4)*

*Eu fui no posto de saúde pra conseguir a nutricionista...aí ele fez o encaminhamento pra nutricionista, fiz tudo, fiz um bom tempo, uns 2 anos mais ou menos. (E6)*

A partir dessas informações, evidencia-se que uma das principais características das Redes de Atenção à Saúde, que é a centralidade que a Atenção Básica (AB), está presente no cuidado à Obesidade em Porto Alegre.

Ao, dispor das UBS e ESF como primeiro nível de atenção, a AB deve, a partir de uma concepção ideal, ser considerada a porta de acesso preferencial dos usuários no sistema (MENDES, 2011). Além de unificação do sistema de saúde em torno de objetivos comuns pautados na atenção contínua, integral, de qualidade e humanizada, a AB, teria também potência para ser um espaço de realização de ações de promoção, prevenção e recuperação, devendo, dessa forma, prestar ações que atendam as necessidades dos usuários no tempo e lugar certo, coordenando o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010; DORNELLES; ANTON, 2013).

Em face do reconhecimento da magnitude das doenças crônicas, dentre elas a obesidade, criou-se no Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e dentro dela a Linha de Cuidado Prioritária à Obesidade. Linha esta que, de acordo com Malta e Merhy (2010), ao ser composta pelo desenho de fluxos assistenciais, coloca responsabilidades para a AB no preparo não somente dos pontos macro institucionais da rede

(baseada na AB e organizada para além dela), mas igualmente nos micro institucionais (dentro da própria AB) para atender as necessidades dos usuários.

Entretanto, observou-se também que muitos usuários já foram comunicados sobre a possibilidade de realização da cirurgia bariátrica durante as primeiras consultas médicas, evidenciando uma fragilidade da AB e da rede em dar conta do cuidado desses indivíduos, dispondo da cirurgia bariátrica como uma das únicas opções possíveis para tratamento da obesidade, mesmo antes de se esgotarem outras tentativas de cuidado integral, como por exemplo, atenção com diferentes profissionais ou mesmo especializada na rede.

Cabe ressaltar que um procedimento cirúrgico não é algo isolado para o paciente, pois requer um preparo prévio no âmbito familiar, social e pessoal, contribuindo para o surgimento de ansiedade e de estresse. No estudo de Cambi, Marchesini e Baretta (2015), dos 59 pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, após recidiva de peso, o IMC variou de eutrofia (IMC 25,2 kg/m<sup>2</sup>) à obesidade mórbida novamente (IMC 53,4 kg/m<sup>2</sup>).

A recidiva de peso, mesmo após procedimento cirúrgico, confirma que a obesidade é uma doença crônica, multifatorial e progressiva que requer acompanhamento e tratamento específico e contínuo, junto de uma equipe multidisciplinar, que vise a mudança de hábitos e comportamentos. Em estudo com 100 participantes, foi verificado que apenas 27% dos pacientes obesos fizeram acompanhamento nutricional e em se tratando de atendimento psicológico apenas 18%, ressaltando também o reganho de peso em 71 indivíduos (ROCHA; HOCHIKO; OLIVEIRA, 2017).

Por outro lado, tiveram alguns usuários que optaram pelos serviços especializados como primeiro local para cuidado do sobrepeso/obesidade, como exemplificado nas falas:

*Eu acho que fui umas 2 vezes assim (na Unidade de Saúde), que eu tava enjoado, coisa assim... mas não pelo sobrepeso [...] Foi o Otorrino, daqui mesmo (HCPA), ele que me encaminhou. Chegou um momento que eu tava fazendo a consulta aqui no otorrino e ele falou 'Ah tu tá roncando muito por conta do sobrepeso, tu não quer fazer a cirurgia. (E2)*

*Quando eu tinha 26 anos uma colega me recomendou pra fazer uma pesquisa porque eu tinha muitos pêlos e tinha aberto uma pesquisa pra ovários policísticos. Eu vim, participei, fiz 3 anos de tratamento, não tive sucesso e então fui encaminhada para fazer a bariátrica, através da equipe dos ovários policísticos, da endocrino daqui. (E5)*

Um dado importante observado é que as trajetórias assistenciais estudadas apresentaram, de modo geral um fluxo de referência que vai da Atenção Básica ou Especializada

(ambulatoriais) para a Atenção Hospitalar (terminando na cirurgia), mas nenhuma delas apresentou fluxos compartilhados ou de volta para a Atenção Básica, ou seja, contra referências para a AB.

O processo de referência e contrarreferência é fundamental para o controle de doenças crônicas como a obesidade, pois para que o tratamento se torne efetivo e o usuário não fique retido a apenas um nível de atenção, muitas vezes é necessário que o mesmo seja referenciado para um nível de atendimento de maior complexidade, retornando ao nível básico assim que possível (DORNELLES; ANTON, 2013).

#### **4.2 Acompanhamento do cuidado ao sobrepeso/obesidade: fragilidades e potencialidades da RAS**

No Rio Grande do Sul (RS), desde 2014, iniciou-se o processo de elaboração de uma Rede Estadual de Assistência ao Paciente com Sobrepeso e Obesidade, tanto no sentido de reduzir a incidência de novos casos como na estruturação do tratamento dos indivíduos que já se encontram nessa condição (NUNES et al., 2014).

No entanto, na prática, e através da análise das trajetórias, evidencia-se que muitos usuários ao procurarem por cuidado nos serviços públicos da rede encontraram dificuldades para um acompanhamento integral, como demora ou grande espaçamento entre as consultas, falta de recursos humanos - especialmente a quase inexistência de equipe multiprofissional na Atenção Básica e em serviços especializados - e ainda, a escassez de outras formas de promoção e prevenção da saúde, para além das consultas médicas individuais.

*É que posto de saúde eles não tem muitos recursos né. Tinha as consultas, que ela fazia a pesagem tudo certinho, me dava a dieta correta pra mim fazer, esses eram os recursos que elas tinham. E me pediam pra fazer exercício também... Grupo não tinha, ali não tem, ao menos que eu tava fazendo ali não tinha. (E6)*

*Poderia ser mais seguido, é que dependendo assim, tu as vezes demora muito pra ir de uma consulta pra outra, poderia ser mais tempo. (E1)*

Algumas trajetórias foram longas, como ilustra a figura 1, tendo o usuário percorrido diversos serviços da rede (públicos e/ou públicos e privados) e por longos anos, porém sem grande adesão aos tratamentos e com baixa resolutividade de suas demandas. Outros, no entanto, apesar dos encaminhamentos para demais pontos da rede, não efetivaram seus

atendimentos e ainda, houve relatos de usuários que não acessaram a AB para o cuidado da obesidade, tendo realizado o cuidado apenas em ambulatórios especializados da rede terciária do sistema de saúde. O que nos faz refletir acerca do cenário atual referente a fragilidade na organização da rede e, principalmente no cumprimento dos princípios e diretrizes da AB, como a integralidade e longitudinalidade do cuidado.

*É que na realidade a luta com o sobrepeso foi assim desde criança, então a gente sempre foi a médicos assim, tanto públicos quanto privados, só que nunca se achou o real problema. O exame dava bom e eu não preocupava com o peso em si. Mas assim, eu ia na nutricionista toda hora, ficava mudando assim, ia no psicólogo, no hospital, em programas privados de perda de peso... não ao mesmo tempo né, mas os que eu já passei... (E2)*

*Efeito sanfona, eu mesma tentando fazer dieta.... sozinha, sem nada, só com ele mesmo (médico US), a gente ia no posto por alguma doença... (E3)*

*O que pra mim faltou assim de repente a questão desses seis meses que eu tive do posto até ser chamada pro hospital de não ter tido nenhum outro acompanhamento específico assim né, foi só com o clínico assim, na medida também do que ele podia fazer, mas que eu não tive um retorno, nem do psicólogo, nem do psiquiatra, nem da nutri... (E4)*

Similarmente, no estudo de Raupp et al. (2015), que avaliou as trajetórias assistenciais de indivíduos com doenças crônicas pela atenção primária, a grande maioria dos entrevistados também referiu não participar de ações de promoção e prevenção à saúde, mesclando ainda a busca por cuidados de saúde em serviços privados e públicos. Sendo esse último, em alguns casos, somente para procedimentos eventuais e agudos de saúde.

Neste estudo apenas uma usuária referiu que em sua unidade de saúde participou de grupos e realizou auriculoterapia como partes complementares para o tratamento da obesidade.

*Eu continuei indo nas consultas mesmo assim, porque daí depois quando me chamaram, acho que demorou uns 2 anos pra me chamarem, aí eu continuei fazendo o acompanhamento com a nutri, auriculoterapia, exercício lá no posto do bairro... depois eu vim pra cá e tudo passou pra cá. No caso eu saio de lá e passou todas as consultas pra cá. (ambulatório especializado hospitalar) (E1)*

Na pesquisa de Dornelles e Anton (2013) que investigou a percepção dos profissionais da saúde com relação à assistência aos usuários com sobrepeso e obesidade infantil no SUS, os

mesmos referiram grande dificuldade na efetivação dos encaminhamentos para outras especialidades, especialmente nutricionistas e psicólogos, tanto pela pouca disponibilidade de consultas, quanto pela carência de profissionais. Contudo, foram esses profissionais, juntamente com educadores físicos, que os médicos pesquisados mais sentiam necessidade de atuação conjunta na assistência à obesidade.

As falas abaixo demonstram a importância que os usuários atribuíram aos atendimentos em equipe multiprofissional, sendo estas ocorridas integralmente em serviços privados ou mesmo já no serviço especializado do ambulatório pré-bariátrica.

*Quando eu fui até o posto, a primeira intenção seria procurar por uma ajuda psiquiátrica, alguém que pudesse me auxiliar psicologicamente naquele momento. Aí foi quando o médico disse pra mim assim: 'não, eu vou te encaminhar pros dois, tanto pro psicólogo e nutricionista quanto pra bariátrica'. Que até hoje eu não recebi né... Fui ter tudo mesmo só depois que eu fui chamada pro hospital. [...] lá tu tem o preparo total que tu precisa, e se realmente eles acharem que teu psicológico não tá bom, eles não te liberam. Isso foi o que me deixou tranquila e segura também. (E4)*

*Pelo o convênio, que era com nutricionista e psicólogo, foi a época que mais emagreci mesmo... mas me ajudou muito mesmo foi a psicóloga, que é um trabalho em conjunto mesmo né, a psicóloga ajudou bastante... e foi bom, foi a época que eu mais perdi peso. (E3)*

Elemento semelhante foi percebido ainda no estudo de Raupp et al. (2015), em que através dos relatos dos usuários pode-se perceber a presença predominante do modelo médico hegemônico (centrado na doença), estando as ações de cuidado multidisciplinar, como atendimentos com fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas, ocorridas somente em nível hospitalar.

Segundo Nunes et al. (2014), a resposta mais adequada, no campo das políticas públicas atuais, parece ser a união de esforços intersetoriais e multidisciplinares para a implementação de ações condizentes com a necessidade do perfil de saúde e nutrição da população. Dentro desse propósito, é imperativo a inclusão de intervenções capazes e possíveis de serem executadas por cada ponto da RAS no tratamento e prevenção de agravos à saúde ocasionados pela transição demográfica e nutricional.

Outra fragilidade relacionada diretamente a AB diz respeito ao desconhecimento ou insegurança que os usuários trazem quanto à sua unidade de saúde de referência e os cuidados prestados na mesma.

*Então eu não busco muito o posto de saúde, lá eu ia no dentista, ginecologista... era só pra isso mesmo assim. (E5)*

*Não, nem chega perto, tanto que nem dá vontade de voltar sabe (serviços da RAS), não sentia segurança. Já aqui (ambulatório especializado hospitalar) quase chega a perfeição assim. Não sei como exatamente expressar isso... é que lá falta recurso no geral, na saúde em geral né, não tem muito como expressar isso. (E2)*

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Cecilio et al. (2012), que discute o lugar da AB e a visão que os usuários têm dela. Uma percepção muito compartilhada entre os entrevistados da pesquisa, retrata a AB como um de “lugar de coisas simples”, sendo um espaço para obtenção de medicamentos, encaminhamentos (médico generalista visto com pouca resolutividade, mais como um encaminhador para o especialista), pedidos de exames e mesmo de documentos para se conseguir os benefícios sociais. Há uma certa fragilidade quando se trata da AB como coordenadora do cuidado, carecendo de condições materiais/tecnológicas e simbólicas, que a fariam ocupar posição de centralidade na coordenação da RAS.

Por outro lado, como potencialidade da AB, muitos entrevistados consideram suas unidades de saúde de referência como locais de fácil acesso e atendimento, referenciando o vínculo com os profissionais da AB como uma potencialidade.

*Nunca perdi o contato com o posto. Sempre que posso eu vou ali...pra não perder esse contato, porque eu acho que é importante, é pertinho de casa também né. A rede de saúde que é demorada mesmo, pela capacidade. Mas assim, eu sempre fui bem tratada, não posso reclamar. O próprio médico do posto ele dizia pra mim ‘Se não tiver com quem conversar, vem aqui, tira uma consulta e vem conversar comigo, eu posso não te ajudar muito, a não ser dentro da minha área, mas eu posso te ouvir’. Então assim, toda vez que eu precisei eu fui muito bem atendida. (E4)*

*Eu sempre fui muito bem atendida no posto que tenho perto de casa. Até hoje eu consulto com ela (médica da ESF). (E6)*

Ademais, é evidente a satisfação dos entrevistados com o atendimento prestado pelo serviço do ambulatório de cirurgia bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), tanto no pré, como no pós-operatório.

*Mas deu pra aprender bastante coisa nos grupos assim. Tem a disponibilidade do grupo da ginástica, dos exercícios, tem antes, tem depois da cirurgia também. (E1)*

*Passei com psicólogo, passei com psiquiatra, com a endócrino, com a nutri... deixa eu ver se faltou alguma coisa... ah, fiz terapia... (refere-se ao ambulatório especializado hospitalar). (E4)*

*Aí eu comecei a fazer a consulta com a psicóloga, com nutricionista, com a equipe toda né, eu tinha consulta com todos, então não tinha porque ir buscar isso fora, então foi tudo aqui. (E5)*

De acordo com as falas da enfermeira atuante no ambulatório de cirurgia bariátrica do HCPA, a mesma considera que a RAS têm sido falha em muitos sentidos, pois a assistência que se preconiza que o usuário obeso tenha na rede, e especialmente na AB, muitas vezes só é efetuada no nível ambulatorial hospitalar.

*De um modo geral eu acho que os postos de saúde e a linha de cuidado tem sido falha... eu vejo que muitos pacientes quando vêm pro programa de cirurgia bariátrica aqui do hospital não passaram por nutricionista, não fizeram nenhum acompanhamento pré-operatório né, não passaram nem por um psiquiatra, apenas um médico indicou... e alguns também nem sabem direito o porquê da indicação da cirurgia bariátrica. Então eu acho que tem sido bem falha assim. (EP)*

Outra consideração preocupante percebida pela profissional é vista no relato a seguir, em que muitos pacientes tiveram a trajetória assistencial tão falha que nem mesmo compreenderam o porquê da indicação para o procedimento cirúrgico.

*Muitos pacientes chegam aqui e nunca ouviram nem falar em prato saudável... nas orientações que a gente dá aqui. Tem pacientes que nunca tentaram fazer, e tem alguns que até dizem assim 'ah eu nem sei porque eu tô aqui, o médico disse que eu precisava emagrecer e mandou pra cá'. Então é isso que eu vejo, aqui realmente a gente tem uma estrutura bem forte de nutricionista e a gente acaba fazendo o trabalho que deveria ter sido feito na UBS nesses dois anos [...] Porque a gente quase sempre vê no prontuário ou eu pergunto 'já tentou fazer algum tratamento, alguma dieta antes?' nas consultas a gente sempre pergunta né, 'ah não, nunca tentei sabe, eu faço aquelas dietas lowcarb que eu vi num livro, vi na televisão', a maioria fala assim [...] Muitas vezes também o que acontece, que o paciente não consegue mais caminhar, tem dor no joelho, tá com excesso de peso, tá reclamando... o médico acaba encaminhando... tem dor na coluna, tá com a pressão muita alta ou tá com diabetes muito descontrolada e excesso de peso... aí o médico acaba mandando por esses critérios. (EP)*

Atualmente, o maior obstáculo imposto ao sistema de saúde brasileiro tange à construção de uma rede de saúde que seja, de fato, resolutiva, hierarquizada e igualitária, através de linhas

de cuidado que partam da AB e alcancem o panorama de cuidado em todos os níveis de atenção. Pois, infelizmente, o que se vê é um sistema que mais funciona com uma “rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma ainda desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam” (BRASIL, 2016, p. 19).

Algumas reflexões poderiam ser construídas a partir dessa problemática: estaria a AB servindo apenas como um canal de encaminhamento para os serviços especializados? Ou ainda, estaria a AB tão sobrecarregada, com falta de recursos humanos, financeiros e de uma rede de suporte, vindo com saída para o cuidado nutricional do sobrepeso/obesidade somente os serviços especializados?

#### **4.3 Desfecho das trajetórias assistenciais: cirurgia bariátrica**

No tocante ao tempo de espera do usuário desde o encaminhamento até ser chamado para o ambulatório de cirurgia bariátrica, o mesmo variou de 2 meses até 3 anos de espera.

De acordo com dados da VIGITEL de 2015, em Porto Alegre, a frequência de adultos com excesso de peso corporal ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) foi de 63,2%, a terceira maior frequência de excesso de peso em relação às demais capitais. Já a frequência de adultos com obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) foi de 20,9% na capital gaúcha, chegando a 22,7% nos homens, novamente ocupando a terceira posição em relação às outras capitais (BRASIL, 2015).

Tendo em vista esse crescimento acelerado da obesidade e a ineficiência dos tratamentos tradicionais, evidencia-se um significativo aumento da realização de cirurgias bariátricas via sistema público de saúde: em nove anos foram realizados 24.342 procedimentos pelo SUS, liderados pelas regiões Sudeste e Sul do Brasil, que atualmente é o segundo país do mundo onde mais se realizam cirurgias bariátricas. No que tange aos custos atribuíveis à obesidade, o impacto econômico no Brasil, no ano de 2011, foi de quase meio bilhão de reais, sendo R\$ 31,5 milhões somente de gastos relacionados à realização de cirurgias bariátricas no SUS (CARVALHO; ROSA, 2018; OLIVEIRA, 2013).

Visto que a obesidade é um agravo multifatorial, resultante de uma complexa interação entre fatores externos (meio ambiente, contextos e convívios sociais, nível econômico e educacional) e internos (predisposição genética, comportamentos), se faz necessário ações tanto a nível individual quanto à construção de ambientes que contribuam para um estilo de vida mais saudável. As estratégias e políticas públicas devem levar em consideração, portanto, o modo de vida contemporâneo, que estimula cada vez mais o consumo de alimentos ultraprocessados e

densos em calorias, quanto os aspectos relacionados ao ato da comensalidade e escolhas alimentares, a fim de resgatar atitudes e comportamentos saudáveis em relação a comida e ao estilo de vida (BRASIL, 2014b).

No documento estadual referente a Linha de Cuidado ao Sobrepeso e Obesidade no RS, o mesmo considera esta linha com uma das mais desafiadoras, pois é uma doença crônica que traz repercussões financeiras importantes para seu tratamento bem como impacta significativamente na vida social do indivíduo acometido.

A prevenção e o diagnóstico precoce do sobrepeso e da obesidade constituem demanda desafiadora para os gestores do SUS e todos os atores envolvidos na atenção à saúde. As consequências econômicas da obesidade e doenças associadas têm se tornado preocupante nos últimos anos. De acordo com a OMS (2010) o impacto do tratamento das doenças relacionadas ao sobrepeso e à obesidade tem acarretado um aumento substancial dos gastos de saúde para os diversos sistemas de saúde, ameaçando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio, pois o impacto no sistema de saúde não se limita aos elevados custos do tratamento, mas incluem também os custos sociais, tais como: diminuição da qualidade de vida, problemas de ajustes sociais, perda de produtividade, incapacidade com aposentadorias precoces e morte [...] Existem evidências que tratamentos convencionais que envolvam mudanças no estilo de vida têm comprovada eficácia. Nesse propósito, a Atenção Básica de saúde é o espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações que enfatizem a adoção de estratégias preventivas precoces através de abordagem nutricional (NUNES et al., 2014, p. 4).

Porém, na prática e conforme evidenciado pelas trajetórias assistenciais descritas, percebe-se que apesar de ser considerado espaço priorizado para ações de promoção da saúde e de cunho nutricional, a RAS de Porto Alegre pouco ou não dispõe desse recurso, pois não há nutricionistas e demais profissionais de saúde suficientes na rede e a equipe mínima presente na maioria dos serviços de atenção primária não consegue dar conta das demandas de saúde da população. Dessa forma, o cuidado com o sobrepeso/obesidade, apesar das potencialidades apresentadas, encontra-se fragilizado e em processo de desassistência, em consonância com a atual conjuntura das demais políticas públicas de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das trajetórias assistenciais descritas percebe-se que a Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre encontra-se fragilizado no que diz respeito ao cuidado e enfrentamento da obesidade.

Evidenciou-se que a maior parte do cuidado à obesidade na Rede de Atenção à Saúde ocorreu já em serviços especializados, como o próprio ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HCPA. Local esse que os usuários reconheceram como prestador de cuidado integral e de qualidade, tanto pelo acompanhamento multiprofissional quanto pelos recursos disponíveis.

Além disso, a ampla utilização de serviços privados como tentativas de resolução daquilo que o sistema público não daria conta de resolver revela o quanto, de uma maneira geral, o SUS ainda não conseguiu garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado, estando o sistema de saúde complementar ocupando um papel significativo na oferta e prestação de serviços no país.

As trajetórias descritas apontam, ainda, a necessidade de reavaliar, junto com os gestores, profissionais de saúde e controle social, a forma como estão sendo organizadas e executadas as Redes Temáticas e Linhas de Cuidados, bem como quais mudanças precisam ser implementadas para responder às necessidades dos usuários, considerando a alta prevalência de obesidade no Rio Grande do Sul e o expressivo número de procedimentos cirúrgicos para tratamento desta condição.

Por fim, cabe enfatizar que o sistema de saúde brasileiro, em especial a AB, apesar de seus avanços, especialmente no que respeito à cobertura assistencial e resolutividade, ainda carece de melhorias, voltando o olhar não somente para as agudizações dos problemas e acesso as demandas para resolver questões de saúde quando já estão instalados, mas também para os agravos crônicos e seu acompanhamento. A rede básica é produtora de valores de uso para milhões de indivíduos e, portanto, deveria ser defendida como uma conquista a ser consolidada e aperfeiçoada, sendo vista não somente como o local de primeiro acesso e de passagens para outros serviços, mas como ponto principal da rede de atenção, onde o usuário realmente tenha suas necessidades atendidas, de forma integral, contínua e de qualidade.

Desta forma, acredita-se que esse trabalho contribuiu para uma discussão sobre como está sendo realizado o cuidado no enfrentamento da obesidade na rede pública de saúde do município de Porto Alegre, elucidando potencialidades e fragilidades a partir de distintas experiências e trajetórias dos usuários pela rede de serviços, fazendo usos variados destes espaços em função de suas necessidades individuais e da oferta de ações e recursos disponíveis.

Contudo, salienta-se que os resultados se limitam a uma amostra pequena de usuários, fazendo-se necessários outros estudos de diferentes localizações do país e com diferentes públicos, embora as pesquisas encontradas na literatura demonstrem achados semelhantes aos do presente estudo.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, I. N.; SICHIERI, R. Sobrepeso e Obesidade: um problema de Saúde Pública. In: In: TADDES, J. A. G. C. et al. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 287-98.

BOSI, M. L. M.; PRADO, S. D. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2011.

BRASIL. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 26 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Manual Instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Seção I. p. 59. Disponível em: <[www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-sec-1-13-06-2013-pg-59](http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-sec-1-13-06-2013-pg-59)> Acesso em: 10 out. 2018.

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

CAMBI, M. P. C.; MARCHESINI, S. D.; BARETTA, G. A. P. Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 40-43, 2015.

CARVALHO, A. S.; ROSA, R. S. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018.

CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-3, 2017.

CASTRO, J. M. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e os fatores de risco associados em adolescentes. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 12, n. 69, p. 84-93, 2018.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

COSTA, M. A. P.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, M. J. M. Prevalência de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma universidade federal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 421-436, 2014.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-12, 2017.

DORNELLES, A. D.; ANTON, M. A percepção dos profissionais da saúde acerca da atenção ao sobrepeso e à obesidade infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). *Aletheia* [online], Canoas, n. 41, p. 53-66, 2013.

FREITAS, L. K. P. et al. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1755-1762, 2014.

GERHARDT, T. E. et al. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRAASCO, 2016.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2008.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011.

JUNIOR, Sidnei Teixeira. *Trajetórias Assistenciais de Usuários com Transtornos Psíquicos na Rede de Saúde do Município de Porto Alegre*. 2010. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MANZINI, Eduardo José. *Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros*. In: Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos. Bauru: USC, 2004.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4767-4776, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NUNES, C. I. P. et al. *Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Rio Grande do Sul - Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade*. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Departamento de Ações em Saúde, 2014.

OLIVEIRA, M. L. *Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil*. 2013. Tese (Doutorado em Nutrição Humana)-Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 10 set. 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico* [recurso eletrônico]. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAUPP, L. M. et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 615-634, 2015.

RECH, D. C. et al. As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 6, s. 2, p. 192-202, 2016.

REIS, Devani Salomão de Moura. Políticas Públicas visando o controle da obesidade. *Educação, Tecnologia e Cultura*, [S.l.], n. 13, 2016.

ROCHA, A. C.; HOCIKO, K. R.; OLIVEIRA, T. V. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 11, n. 63, p. 187-196, 2017.

SOUZA, M. D. G. et al. Prevalência de obesidade e síndrome metabólica em frequentadores de um parque. *ABCD-Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. 31-35, 2015.

## APÊNDICE A – Roteiro para entrevista

### Dados de Identificação do entrevistado:

Entrevistado nº \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Contato (e-mail, telefone): \_\_\_\_\_

Data e local da entrevista: \_\_\_\_\_

### Roteiro para condução da entrevista:

1. Em que momento você percebeu que precisava de ajuda para enfrentar o sobrepeso/obesidade?
2. Em quais lugares você buscava por esses cuidados?
3. Quais as ações e recursos disponibilizados nesses lugares?
4. Em que momento foi indicado para você a realização de cirurgia bariátrica? Como você foi encaminhado?
5. Quais foram todos os serviços percorridos até a chegada ao ambulatório de cirurgia bariátrica?
6. O que você acha do atendimento nesses lugares? Suas demandas foram atendidas? Em caso negativo, quais demandas não foram atendidas? O que poderia ser diferente?
7. De modo geral, como você avalia todo o caminho percorridos nesses serviços até aqui (facilidades, dificuldades, expectativas)?
8. Além de tudo que foi conversado, você teria algo a mais para acrescentar?

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 07455019.4.0000.5327

Título do Projeto: “Atenção nutricional à obesidade em Porto Alegre-RS: uma avaliação da trajetória assistencial dos usuários na rede de atenção à saúde”

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a trajetória assistencial de usuários da Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre para o enfrentamento da obesidade. Essa pesquisa faz parte do Projeto de Conclusão de Residência (RIMS/HCPA), e será desenvolvida pela Nutricionista residente Amanda Luisa Kessler e coordenado pela Dr<sup>a</sup> Eliziane N. Francescato Ruiz, pesquisadora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Se você aceitar participar da pesquisa, mediante a assinatura desse documento, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: primeiramente, será realizada uma entrevista individual com a ajuda de um roteiro para guiar a conversa, a mesma será anotada e gravada (apenas áudio), e terá duração média de, aproximadamente, uma hora. Após isso, as gravações serão transcritas e analisadas pelas pesquisadoras para avaliação dos dados pesquisados.

Não são conhecidos riscos pela sua participação nessa pesquisa. No entanto, destaca-se que poderá surgir algum tipo de desconforto (físico e/ou psíquico) relacionado ao tempo gasto para a realização da atividade ou ao seu tema. Porém, acredita-se que, se houver, serão mínimos e as pesquisadoras darão o apoio necessário.

Sua participação nesse estudo não trará benefício direto aos participantes. Contudo, os possíveis benefícios da participação na pesquisa serão indiretos, levando em consideração que o fornecimento de informações a respeito da trajetória assistencial pelos serviços de saúde no cuidado ao paciente com obesidade, poderá contribuir para maior conhecimento dessa área e da necessidade de ações de Atenção Nutricional para o enfrentamento dessa condição. Podendo, dessa forma, beneficiar futuros pacientes que necessitem utilizar esses serviços.

Além disso, sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu

consentimento a qualquer momento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação (transporte, alimentação, entre outros), cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Dr<sup>a</sup> Eliziane N. Francescato Ruiz, pelo telefone (51) 3308- 5122 e endereço eletrônico [elizianeruiz@yahoo.com.br](mailto:elizianeruiz@yahoo.com.br), com o pesquisador Amanda Luisa Kessler, pelo telefone (51) 99658-7322 e endereço eletrônico [akessler@hcpa.edu.br](mailto:akessler@hcpa.edu.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa	Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo	Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO NUTRICIONAL À OBESIDADE EM PORTO ALEGRE-RS: UMA AVALIAÇÃO DA TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DOS USUÁRIOS NA REDE DE

**Pesquisador:** Ilaine Schuch

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07455019.4.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.227.590

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de Trabalho de Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HCPA.

Frente ao quadro de transição epidemiológica e nutricional marcado pelo aumento das doenças crônicas e da obesidade/sobrepeso, vislumbra-se, cada vez mais, a necessidade de práticas e saberes inovadores em alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS) que visem enfrentar a complexidade envolvida nestes fenômenos. Além disso, considerando os grandes centros urbanos, que com suas especificidades conferem desafios ao cuidado nutricional e à organização da rede assistencial. O objetivo da pesquisa é analisar a trajetória assistencial de usuários da Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre para o enfrentamento da obesidade. O tipo de estudo a ser utilizado será a pesquisa de campo exploratória, por meio de abordagem qualitativa. Os participantes do estudo serão seis usuários atendidos pelo Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo explorar a trajetória assistencial que estes percorreram desde as unidades básicas de saúde até serviços de alta complexidade para realização de cirurgia bariátrica por meio do SUS. Será utilizado como técnica para coleta de dados uma entrevista semi-estruturada. A organização e análise dos dados será através da transcrição integral das entrevistas gravadas e o registro de todas as informações coletadas, analisados por meio da Análise de

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

**Bairro:** Santa Cecília

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3359-7640

**Fax:** (51)3359-7640

**E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 3.227.590

Conteúdo com modalidade temática.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral:

Analisar a trajetória assistencial de usuários da Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre para o enfrentamento da obesidade.

Objetivos específicos:

Apresentar as trajetórias assistenciais dos usuários na busca pela resolução de suas demandas para o enfrentamento da obesidade na Rede de Atenção à Saúde de Porto Alegre;

Analisar o cuidado realizado nos serviços de saúde acionados nas trajetórias assistenciais dos usuários para o enfrentamento da obesidade na Rede de Atenção à Saúde de Porto Alegre;

Explorar as potencialidades e fragilidades na trajetória assistencial de usuários para o enfrentamento da obesidade na Rede de Atenção à Saúde de Porto Alegre.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: poderá surgir algum constrangimento ou desconforto de ordem física ou psicológica relacionada ao tempo da entrevista ou ao fornecimento de informações, nesse caso, sempre que necessário, as pesquisadoras darão o apoio e os participantes

terão a liberdade de retirar sua permissão de participação na pesquisa há qualquer momento.

Benefícios: a participação no estudo não trará benefício direto ao participante. Os possíveis benefícios da participação na pesquisa serão indiretos, decorrentes do fornecimento de informações a respeito da trajetória assistencial pelos serviços de saúde junto ao cuidado ao adoecimento crônico. Dessa forma, contribuindo para o aumento do conhecimento nessa área e da necessidade de ações de Atenção Nutricional no enfrentamento da obesidade, podendo beneficiar futuros pacientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este projeto de pesquisa caracteriza-se como um recorte da pesquisa maior intitulada "Atenção Nutricional ao sobrepeso e obesidade: uma avaliação da Atenção Básica em municípios do Rio Grande do Sul na perspectiva da integralidade", que tem como cenário as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e serviços de saúde da Atenção Básica (AB) de sete municípios do estado, tendo como sujeitos nutricionistas

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 3.227.590

atuantes na AB, gestores e usuários em situação de sobrepeso ou obesidade.

Inicialmente está previsto a participação de seis usuários. A amostra foi delimitada a partir de informações obtidas junto ao Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HCPA, referentes ao número de cotas disponibilizadas mensalmente para realização de cirurgia bariátrica pela Rede Pública no município. Para seleção dos participantes, será utilizado como critério de inclusão usuários que realizaram cirurgia bariátrica em um dado mês (a ser definido ao longo da pesquisa) do ano que precedeu o início da mesma, bem como ter idade igual ou superior a 18 anos.

Com o intuito de ampliar as tentativas de aproximação, descrição e compreensão do problema estudado, será utilizado como técnica para coleta de dados uma entrevista semi-estruturada. Sendo assim, o instrumento a ser aplicado será um roteiro com temas e questões norteadoras que contará com a presença de questões abertas e fechadas que possibilitem a obtenção de maior número de dados e informações, com vistas a alcançar o objetivo do estudo. Primeiramente, será realizado contato telefônico, via e-mail ou presencialmente com os profissionais atuantes no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HCPA que possam fornecer o contato dos usuários que realizaram a cirurgia e se encaixem nos critérios de inclusão da pesquisa.

Posteriormente, será feito contato telefônico com esses sujeitos para convite e agendamento das entrevistas com os mesmos. As entrevistas serão realizadas no local de atendimento dos mesmos, isto é, no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HCPA, em sala reservada, conforme previamente agendado com os sujeitos. A organização e análise dos dados se dará através da transcrição integral das entrevistas gravadas e o registro de todas as informações coletadas. Após, serão analisados conforme Análise de Conteúdo com modalidade temática, constituída em três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos obrigatórios.

**Recomendações:**

Incluir o contato da pesquisadora Ilaine Schuch no TCLE que está cadastrada como pesquisadora responsável pela pesquisa no HCPA.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências emitidas para o projeto no parecer 3.166.943 foram adequadamente respondidas

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 3.227.590

pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 06/03/2019. Não apresenta novas pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (projeto versão de 06/03/2019, TCLE versão de 06/03/2019 com recomendação e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 6 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1291525.pdf	06/03/2019 23:43:31		Aceito
Outros	PENDENCIAS.docx	06/03/2019 23:42:30	Ilaine Schuch	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMOREVISADO.pdf	06/03/2019 23:42:03	Ilaine Schuch	Aceito

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 3.227.590

Ausência	TERMOREVISADO.pdf	06/03/2019 23:42:03	Ilaine Schuch	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTCRAMANDACERTOPLATA FORMA.pdf	06/03/2019 23:41:36	Ilaine Schuch	Aceito
Outros	DELEGACAODEFUNCOESGHUSE.pdf	08/02/2019 10:11:35	Ilaine Schuch	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOOK.pdf	31/01/2019 17:14:24	Ilaine Schuch	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	31/01/2019 17:13:56	Ilaine Schuch	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	31/01/2019 12:21:50	Ilaine Schuch	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Março de 2019

---

**Assinado por:  
Marcia Mocellin Raymundo  
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br