

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
BIOCIÊNCIAS E SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

SORAIA YOUNES

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO
INDIVÍDUO COM OBESIDADE, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
OESTE DO PARANÁ (HUOP)**

CASCAVEL, PR
Junho, 2017

SORAIA YOUNES

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO
INDIVÍDUO COM OBESIDADE, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
OESTE DO PARANÁ (HUOP)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas da saúde.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Maria Lucia Frizon Rizzotto

Coorientador: Prof. Dr. Allan Cezar Faria Araújo

CASCADEL, PR
Junho, 2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

SORAIA YOUNES

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO
INDIVÍDUO COM OBESIDADE, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
OESTE DO PARANÁ (HUOP)**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada, em sua forma final, pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientadora, Prof. Dr. (a) _____
Maria Lucia Frizon Rizzotto
UNIOESTE

Prof. Dr. (a) _____
Sabrina Grassioli
UNIOESTE

Prof. Dr. (a) _____
Patrícia Constante Jaime
UEL

Dedico esta dissertação a todas as pessoas com obesidade, que enfrentam qualquer tipo de preconceito, sofrimento psíquico e isolamento social e que buscam um tratamento de saúde, digno e de qualidade, que responda às suas aflições!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Maria Lúcia Frizon Rizzoto pelo conhecimento compartilhado e, principalmente, pela pessoa humana que mostrou ser nos momentos difíceis. Tive a oportunidade de confirmar o que sempre escutei: “é a orientadora dos sonhos de qualquer um”!

À Professora Sabrina Grassioli, agradeço pelas contribuições realizadas em todas as fases deste trabalho: foram de grande valia! Agradeço também a todos os professores do colegiado do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde pelos conhecimentos compartilhados!

À Professora Márcia Cristina Dalla Costa, agradeço pelo apoio e, notadamente, pelo acolhimento no período em que participei das reuniões de grupo, no Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (SAACIO) do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), além de sua participação na construção de um dos artigos contemplados nesta dissertação.

Agradeço ao Professor Allan Cezar Faria Araújo e a toda a Equipe Multidisciplinar do SAACIO do HUOP pelo acolhimento e pela oportunidade de realizar minha pesquisa nesse Serviço.

Minha gratidão aos sujeitos da pesquisa, que aceitaram contribuir com este trabalho através de seus depoimentos! Pois, além de permitirem conhecermos seus itinerários terapêuticos, contribuíram com minha evolução profissional e pessoal!

Às minhas colegas Lisete Palma de Lima e a Francielle Regina Bertusso, agradeço pelo incentivo em todos os momentos necessários.

À Maristela Felismino Romero, agradeço pelo apoio e carinho prestados, nos momentos em que precisei, para a finalização deste trabalho!

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais, pela compreensão em muitos momentos de ausência, para me dedicar à conquista do Mestrado!

RESUMO

Na macrorregião oeste do Estado do Paraná foi criado, em fevereiro de 2014, o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Por se tratar de um serviço relativamente novo, é importante conhecer o perfil dos pacientes atendidos e suas motivações bem como o caminho percorrido pelos mesmos na busca por tratamento da obesidade. Para tanto, objetivaram-se: Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes cadastrados; Analisar o comportamento de procura de cuidados de saúde dos pacientes; e Descrever o processo de criação e implementação do serviço. A pesquisa caracterizou-se como exploratória e descritiva e utilizou procedimentos de análise quantitativos e qualitativos. O perfil demográfico dos pacientes foi identificado com base em informações obtidas no banco de dados do serviço. O comportamento de procura de cuidados de saúde foi analisado a partir do referencial de Kleinman, que defende a interferência de três subsistemas no Itinerário Terapêutico percorrido pelas pessoas na busca de solução para problemas de saúde: familiar, popular e profissional. Foram entrevistados 21, dos 75 pacientes ativos no serviço, um de cada município. Para a descrição do serviço entrevistaram-se dois de seus idealizadores; para a percepção dos pacientes quanto às mudanças ocorridas na sua implementação através de entrevistas. Total de 148 pacientes cadastrados: 18,25% do sexo masculino e 81,75%, feminino; 85% deles na faixa entre 30 e 59 anos, oriundos de 38 diferentes municípios. O início da obesidade ocorreu, para 40,54%, na infância e adolescência, e para 32,43%, entre 20 e 30 anos. O grau de obesidade, de acordo com o Índice de Massa Corporal, foi de grau III, para 59,46% dos casos, e de grau IV para 25,0%. O tempo de espera por atendimento especializado em obesidade foi inferior a um ano, para 8,11%; superior a três anos, para 25,00%; e superior a cinco anos ou mais, para 5,4%. Registraram-se 53 diferentes ocupações, sendo as mais relatadas: *do lar*, com 25,00% e aposentado, com 7,45% dos casos. No subsistema familiar, observou-se apoio da família e amigos na busca de tratamento clínico para a obesidade; poucos pacientes aderiram a tratamentos alternativos, próprios do subsistema popular; e a intervenção/orientação de profissionais da saúde (subsistema profissional) mostrou-se decisiva na busca por tratamento especializado para a obesidade. Observou-se, no processo de implementação do serviço, um forte vínculo entre equipe de saúde e usuários; 99,8% consideraram o serviço de muito bom a excelente. Concluiu-se que a organização da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é fundamental para reduzir o tempo de espera nos atendimentos em serviços especializados: preveniria o sobrepeso e reduziria a velocidade do ganho de peso, evitando-se os graus mais avançados da obesidade. Conhecer o Itinerário Terapêutico de pacientes com obesidade, acompanhados em serviços especializados, é importante para se repensarem as práticas e abordagens, nos diferentes níveis do sistema e para a prevenção e tratamento desse problema de saúde pública. E a humanização em saúde possibilita olhar cada sujeito em sua especificidade.

Palavras-chave: Equipe interdisciplinar. Organização da linha de cuidado. Percurso terapêutico. Cirurgia Bariátrica.

THERAPEUTICAL ITINERARY OF PATIENTS ATTENDED IN THE HIGH-COMPLEXITY ASSISTANCE SERVICE TO THE INDIVIDUAL WITH OBESITY, FROM THE UNIVERSITY HOSPITAL OF THE WEST OF PARANÁ (HUOP)

ABSTRACT

In the western macro region of the State of Paraná was created, on February 2014, a High Complexity Assistance Service for Individual with Obesity at the University Hospital of Western Paraná. Because it is a relatively new service, it is important to know the profile of the patients and their motivations as well as the path taken by them in the search for treatment of obesity. For this purpose, the objective was: To characterize the socio-demographic profile of the registered patients; Analyze the health care demand behavior of patients; Describe the process of creating and deploying the service. The research was characterized as exploratory and descriptive and used quantitative and qualitative analytic procedures. The demographic profile of the patients was identified based on information obtained from the service database. The health care demand behavior was analyzed from Kleinman's reference point which defends the interference of three subsystems in the Therapeutic Itinerary taken by people in search of a solution to health problems: family, popular and professional. Twenty-one of the 75 active patients in the service were interviewed, one from each municipality. For the description of the service two of its creators were interviewed; for the perceptions of the patients regarding the changes that occurred in their implementation through interviews. A total of 148 patients registered: 18.25% male and 81.75% female; 85% in the age group between 30 and 59 years old, from 38 different municipalities. The onset of obesity occurred, to 40.54%, in childhood and adolescence, and to 32.43% between 20 and 30 years. The obesity degree, according to the Body Mass Index, was grade III, for 59.46% of the cases, and grade IV for 25.0%. The waiting time for specialized care in obesity was less than one year, for 8.11%; more than three years, for 25.00%; and more than five years or more, for 5.4%. There were 53 different occupations, and the most reported were: *housewives*, with 25.0% and retired people, with 7.45% of the cases. In the family subsystem, it was observed family and friends support in the search for clinical treatment for obesity; few patients adhered to alternative treatments, typical of the popular subsystem; and the intervention/orientation of health professionals (professional subsystem) has proved to be decisive in the search for obesity specialized treatment. It was observed, in the process of implementing the service, a strong link between the health team and users; 99.8% considered the service from very good to excellent. It was concluded that the organization of the overweight and obesity care line in the Network for Health Care of People with Chronic Diseases is fundamental to reduce the waiting time in specialized services; it would prevent overweight and reduce gain weight speed, while avoiding advanced degrees of obesity. Knowing the Therapeutic Itinerary of patients with obesity, accompanied in specialized services, is important to rethink the practices and approaches, in the different levels of the system and for the prevention and treatment of this public health problem. And humanization in health makes it possible to look at each subject in its specificity.

Keywords: Interdisciplinary team. Care line organization. Therapeutic path. Bariatric surgery.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Percentual de Obesidade em países da América do Sul	18
Figura 2	Fluxograma da organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Básica, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Tocantins.	30
Figura 3	Fluxograma da organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Especializada, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Tocantins.	31
Figura 4	Período em que devem ser realizadas as consultas no pós-operatório da cirurgia bariátrica, com quais profissionais e o local das mesmas.....	32
Figura 5	Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar o risco de diabetes tipo 2 e doença cardiovascular em indivíduos com excesso de peso.....	37
Figura 6	Diferentes níveis dos determinantes da obesidade e a complexa trama de fatores que a determinam.	39
Figura 7	Mapa completo do sistema de obesidade indicando a força das relações entre as variáveis.....	41
Figura 8	Participação e envolvimento de familiares no tratamento da obesidade.....	48
Figura 9	Práticas integrativas e complementares no tratamento da obesidade.....	49
Figura 10	Valor histórico médio de internação e valor/dia para cirurgia bariátrica de pacientes assistidos pelo SUS – média geral do SUS Brasil, do SUS região Sudeste e da operadora de saúde suplementar	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dificuldades práticas para a prescrição da dieta.	46
Quadro 2	Materiais técnicos de apoio, para orientação da organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, da Rede de Atenção à Saúde, elaborados pelo Governo Federal.	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Serviços Especializados de Atenção à Obesidade no Brasil, Paraná e Macrorregião Oeste. Maio de 2015.	52
----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CAISAN	Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
IMC	Índice de Massa Corporal
KCAL	Quilocalorias
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SAACIO	Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUR	União das Nações da América do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	13
REVISÃO GERAL DA LITERATURA.....	17
1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA OBESIDADE	17
1.1 Epidemiologia da obesidade no mundo	17
1.2 Epidemiologia da obesidade nas Américas	18
1.3 Epidemiologia da obesidade no Brasil	19
2 CUSTOS DA OBESIDADE NO MUNDO E NO BRASIL	20
3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM OBESIDADE	22
3.1 Recomendações internacionais para políticas públicas.....	22
3.2 Políticas públicas em países da América Latina	22
3.3 Políticas públicas no Brasil	26
4 CONCEITO E DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE	37
5 TRATAMENTO DA OBESIDADE.....	42
5.1 Promoção de atividade física	43
5.2 Tratamento farmacológico	44
5.3 Tratamento dietético	44
5.4 Terapia cognitivo-comportamental	46
5.5 Práticas Integrativas.....	48
5.6 Tratamento cirúrgico	50
6 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ARTIGO CIENTÍFICO 1	73
ARTIGO CIENTÍFICO 2	92
ARTIGO CIENTÍFICO 3	115
APÊNDICE: Instrumento de coleta de dados	133
ANEXO A: Documentos publicados pela Opas e Oms	137
ANEXO B: Materiais técnicos de apoio para orientação da organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade	138
ANEXO C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	140
ANEXO E: Normas de publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva	146
ANEXO F: Normas de publicação da Revista Saúde em Debate	154
ANEXO G: Normas de publicação da Revista Ciência, Cuidado e Saúde.....	158

INTRODUÇÃO GERAL

A obesidade e as doenças crônicas surgiram como principais preocupações de saúde ao longo do século passado, por meio de mudanças ambientais compartilhadas. Dos fatores que favoreceram o balanço energético positivo e ganho de peso ao longo das últimas décadas, inclua-se o aumento *per capita* de consumo de alimentos, particularmente os de alto teor calórico, muitas vezes servidos em grandes porções (HEYMSFIELD; WADDEN, 2017).

Em todo o mundo, a prevalência de sobrepeso associado à obesidade aumentou 27,5% em adultos e 47,1% em crianças, entre os anos de 1980 e 2013. Já o número de indivíduos com sobrepeso e obesidade saltou de 857 milhões em 1980, para 2,1 bilhões em 2013. Outro dado é o de que mais de 50%, dos 671 milhões de indivíduos obesos no mundo, vivem nos dez países a seguir, listados em ordem decrescente de quantidade de indivíduos obesos: EUA, China, Índia, Rússia, Brasil, México, Egito, Alemanha, Paquistão e Indonésia (NG et al., 2014).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, mostrou que 56,9% da população, acima de 18 anos, encontrava-se com sobrepeso e obesidade (IBGE, 2015b).

Entretanto, no que se refere à qualidade da dieta dos brasileiros, dados da PNS de 2013, também revelaram que a alimentação habitual mantém uma considerável contribuição de alimentos caracterizados como indicadores de um padrão alimentar saudável. Observou-se que o feijão está presente na dieta habitual de aproximadamente 75% das pessoas, apesar de apenas pouco mais de 33% consumirem cerca de 400 gramas, ao dia, de frutas e hortaliças, equivalentes a

cinco porções diárias. Ou seja, 33% atendem à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (JAIME et al., 2015).

Além de fatores dietéticos, a diminuição do tempo gasto em atividades físicas ocupacionais e/ou a troca, nos horários de lazer, de atividades físicas por atividades sedentárias como assistir televisão; entreter-se com dispositivos eletrônicos; ou, ainda, o crescente uso de medicamentos que contribuem para o ganho de peso como efeito colateral; e o sono inadequado, também favoreceram o balanço energético positivo. Da mesma forma, outros fatores associados aos avanços da medicina, que reduziram a mortalidade por doenças infecciosas e prolongaram a vida, também estabeleceram as bases para as epidemias conjuntas de doenças crônicas e obesidade (HEYMSFIELD; WADDEN, 2017).

Quanto à qualidade de vida, estudos realizados no Brasil, com adultos de ambos os sexos, apontaram que indivíduos com menor índice de massa corporal (IMC) tinham melhor qualidade de vida, quando comparados a pessoas com IMC mais elevado, sem distinção entre homens e mulheres; isso foi determinante para a indicação, por parte de autores como Pimenta et al. (2015), da necessidade de acompanhamento multidisciplinar.

Dentro dessa perspectiva multidisciplinar, o profissional nutricionista distingue-se dos demais membros da equipe de saúde “pela possibilidade de conjugar conhecimentos mais gerais em Saúde com aqueles mais específicos sobre os alimentos, a técnica dietética, prescrição dietoterápica, [e] práticas educativas em nutrição”, além de auxiliar na criação de práticas adequadas e saudáveis, desde a aquisição do alimento até o seu preparo para o consumo (BURLANDY *apud* BRASIL, 2014c, p. 139).

Esse profissional, porém, precisa ter uma atuação mais abrangente; não apenas a limitada às atividades específicas de alimentação e nutrição, mas, mais ainda, interagir com os diversos saberes da equipe multiprofissional, visando à integralidade do sujeito, por meio da compreensão de seu ambiente familiar e social (BRASIL, 2014c).

Em relação ao contexto sociocultural, indivíduos do sexo feminino apresentam um descontentamento em relação ao seu corpo, que consiste na ideia e vontade de ter modificada sua estrutura física de forma a atingir o ideal de beleza, ditado por regras que determinam um modelo de magreza como uma condição

incontestável; especialmente entre mulheres que apresentam auto-exigências de aparência física determinadas por imposições internas e externas (psicológicas e sociais). Assim, pessoas do sexo feminino com obesidade acabam por optarem pelo isolamento, procurando na esfera da ilusão, prazeres que não experimentam na vida real, devido ao relacionamento com suas imagens corporais mediadas por pensamentos “de inferioridade, descontentamento, baixa autoestima, inibição, ansiedade, angústia, agressividade, tristeza, depressão, distúrbios e distorções referentes ao reconhecimento das medidas corporais, anatômicas, tamanho e forma corporal” (SILVA; LANGE, 2010, p. 51).

Nesse sentido, investigar o percurso percorrido pelos indivíduos obesos em busca de tratamento de saúde e, conseqüentemente, compreender o ambiente familiar e social que os envolvem, se torna fundamental.

De acordo com Cabral et al. (2011), a literatura socioantropológica utiliza o termo itinerário terapêutico para definir o percurso percorrido pelos pacientes; a análise desse itinerário torna-se estratégia complementar à pesquisa quantitativa, realizada com o intuito de caracterizar o perfil do paciente de um determinado serviço de saúde. Para os autores citados, os itinerários terapêuticos apresentam potencial de compreensão do comportamento, no que diz respeito ao cuidado em saúde e à utilização dos serviços. Já o referencial de Kleinman (1978), acerca do modelo do sistema de cuidado em saúde composto por três subsistemas (familiar, popular e profissional), auxilia essa compreensão por parte dos membros da Equipe de Saúde.

A obesidade possui uma etiologia multifatorial que envolve uma complexidade de fatores, sendo essencial adotar múltipla abordagem em seu tratamento (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). Sendo assim, torna-se essencial a criação de serviços de excelência especializados no tratamento da obesidade.

A macrorregião oeste do Estado do Paraná contempla uma população total estimada de 1.955.648 pessoas, distribuídas em cinco Regionais de Saúde e em 94 municípios (IBGE, 2015a). Nessa região foi criado, em fevereiro de 2014, o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (SAACIO), do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). O serviço conta com uma equipe multiprofissional, na qual participam diferentes especialidades, entre elas, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, endocrinologia, fisioterapia,

psicologia, assistência social, farmácia, nutrição e enfermagem. Além de ser equipe multiprofissional, desenvolve um trabalho interdisciplinar com reuniões periódicas, para discussão de casos, revisão de protocolos, e educação permanente. Por se tratar de um serviço relativamente novo, é importante conhecer tanto o perfil dos pacientes atendidos, suas motivações bem como o caminho percorrido pelos mesmos na busca por tratamento para o problema da obesidade.

Assim, definiram-se como questões de pesquisa: Qual o perfil dos pacientes atendidos no SACCIO do HUOP? Qual o itinerário terapêutico desses pacientes na busca por tratamentos e cuidados de saúde? E como objetivos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes cadastrados no SAACIO do HUOP;
- Analisar o comportamento de procura de cuidados de saúde por pacientes obesos atendidos no SAACIO do HUOP;
- Descrever o processo de criação e implementação do SAACIO do HUOP.

O texto está organizado em três partes, sendo a primeira, a revisão de literatura, seguida de metodologia e artigos científicos, os quais contemplam os resultados obtidos pelo presente trabalho.

A revisão da literatura está dividida em seis itens: (1) Aspectos epidemiológicos da obesidade no mundo, nas Américas e no Brasil; (2) Os custos da obesidade no mundo e no Brasil; (3) As políticas públicas voltadas para a obesidade, abordando as recomendações internacionais para as políticas públicas e as políticas implantadas na América Latina e no Brasil; (4) Conceito e diagnóstico da obesidade; (5) Diferentes alternativas de tratamento; e (6) O itinerário terapêutico.

Em seguida, são apresentados os resultados da pesquisa por meio de três artigos científicos. O primeiro artigo objetivou identificar a origem, o grau de obesidade e aspectos sociodemográficos dos pacientes atendidos no SAACIO do HUOP. O segundo teve como objetivo analisar o itinerário terapêutico de pacientes cadastrados no SAACIO do HUOP, para, com isso, contribuir com o trabalho das equipes de saúde e gestores públicos, de ampliação das abordagens adotadas no cuidado a pacientes com obesidade. O terceiro artigo, busca fazer um resgate histórico do serviço, além de identificar vínculos e satisfação de usuários do SAACIO, do HUOP.

REVISÃO GERAL DA LITERATURA

1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA OBESIDADE

1.1 Epidemiologia da obesidade no mundo

A OMS havia projetado para o ano de 2015 uma população de 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e 700 milhões de obesos (WGO, 2011). Entretanto, em janeiro de 2015 (WHO, 2015) declarou haver mais de 1,9 bilhão de pessoas acima de 18 anos de idade com excesso de peso no mundo, sendo que mais de 600 milhões destes eram obesos. Em 2014, 39% da população mundial adulta encontrava-se acima do peso e 13% era obesa. A prevalência do excesso de peso na população mundial é maior entre as mulheres (40% sobrepeso e 15% obesidade) do que entre os homens (38% sobrepeso e 11% obesidade).

No mundo todo, a proporção de adultos com um índice de massa corporal¹ (IMC) de 25 Kg/m² ou mais aumentou entre 1980 e 2013 de 28,8% para 36,9% nos homens, e de 29,8% para 38,0% em mulheres. A prevalência do excesso de peso tem aumentado substancialmente em crianças e adolescentes nos países desenvolvidos, onde 23,8% dos meninos e 22,6% das meninas estavam com sobrepeso ou obesos em 2013, subindo de 8,1% para 12,9% nos meninos e de 8,4% para 13,4 % nas meninas (NG et al., 2014).

Em números absolutos, há mais crianças obesas vivendo em países de baixa e média renda do que em países de renda alta (NG et al., 2014; UNICEF;

¹ É um índice utilizado para classificar o indivíduo de acordo com seu peso e altura. A OMS utiliza esse índice como indicador do nível de obesidade nos diferentes países. A sua fórmula de cálculo é: $IMC = \text{peso} / (\text{altura} \times \text{altura})$.

WHO; WBG, 2015). Na África, o número de crianças com sobrepeso e obesidade quase dobrou nos últimos 24 anos, passando de 5,4 milhões em 1990 para 10,3 milhões em 2014. Neste mesmo período a prevalência de sobrepeso e obesidade entre menores de 5 anos aumentou de 4,8% para 6,1%, passando de 31 milhões para 41 milhões de crianças afetadas no planeta. Sendo que deste total, 48% vivem na Ásia e 25% na África (UNICEF; WHO; WBG, 2015; WHO, 2016).

A grande maioria das crianças com sobrepeso ou obesidade vivem em países em desenvolvimento, onde a taxa de aumento tem sido superior a 30% em relação aos países desenvolvidos (WHO, 2015).

1.2 Epidemiologia da obesidade nas Américas

De acordo com a OMS (WHO, 2010) a região das Américas apresentou as maiores prevalências de sobrepeso e obesidade, com 62% e 26% respectivamente. O México é considerado o país mais obeso do mundo, ultrapassando os Estados Unidos (REIS, 2015). Dados de 2012 mostram que a prevalência de excesso de peso em adultos mexicanos é de 71,3%, representando 48,6 milhões de pessoas, destes 38,8% com sobrepeso e 32,4% com obesidade. Entre os adolescentes com 12 a 19 anos de idade o excesso de peso é de 35%, totalizando mais de 6 milhões de indivíduos, quase triplicando entre os anos de 1988 e 2012, apontando que um em cada cinco adolescentes estão com sobrepeso, e um em cada dez está obeso (ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013).

Países da América do Sul como o Uruguai, Argentina, Paraguai e Chile, tem apresentado prevalências de obesidade superiores à do Brasil, conforme mostra a figura 01 (BRASIL, 2014e).

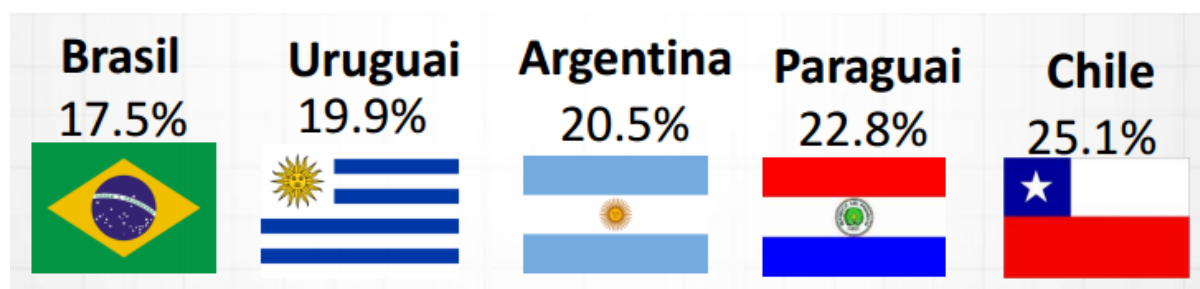


Figura 01 – Percentual de Obesidade em países da América do Sul
Fonte: Brasil (2014d).

1.3 Epidemiologia da obesidade no Brasil

No Brasil, nos últimos anos a população vem apresentando aumento do peso corporal, resultado de uma transição nutricional. Há algumas décadas o país enfrentava a desnutrição proteico-calórica como um desafio (OLIVEIRA; MARTINS, 2013), nos dias atuais o sobrepeso ultrapassa o déficit de peso em 28 vezes no gênero masculino, e 13 vezes no feminino (PÊGO-FERNANDES; BIBAS; DEBONI, 2011).

Segundo dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, os indicadores sobre o direito humano à alimentação adequada evidenciam os avanços do Brasil na superação do baixo peso infantil como um problema de saúde pública. No entanto, alertam para o alto percentual de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. Segundo os dados, apenas 1,9% das crianças com menos de cinco anos apresentavam baixo peso em 2006. Em contrapartida, no mesmo ano, observa-se que 7,3% das crianças nessa faixa etária apresentavam excesso de peso. Entre os anos de 2008 e 2009, entre as crianças na faixa etária de 5 e 9 anos o percentual de excesso de peso chegava a 33,5%, e na adolescência, este percentual chegava a 20,5%. Além disso, no mesmo período, os dados revelam que o estado nutricional nos primeiros anos de vida repercute na vida adulta. Neste contexto, a prevalência de excesso de peso em adultos tem aumentado nos últimos anos. Em 2012, 50% da população adulta apresentava excesso de peso, sendo 17,2%, com obesidade (BRASIL, 2015d).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 revelou que o percentual de sobrepeso e obesidade no Brasil acometia 56,9% da população, ou seja, cerca de 82 milhões de indivíduos do país, e que uma a cada cinco pessoas acima de 18 anos apresentava-se obeso. A pesquisa também revelou que as mulheres apresentavam uma prevalência mais elevada de obesidade em relação aos homens, 24,4% e 16,8% respectivamente (IBGE, 2015b).

2 CUSTOS DA OBESIDADE NO MUNDO E NO BRASIL

Se a prevalência de obesidade continuar a sua tendência ascendente, quase metade da população adulta do mundo pode estar acima do peso ou obesa em 2030, impondo ainda maiores custos pessoais, sociais e econômicos (MGI, 2014).

A obesidade é responsável por cerca de 5% de todas as mortes por ano no mundo (MGI, 2014). Em 2010, estimou-se que o sobrepeso e a obesidade foram responsáveis por causar 3,4 milhões de mortes. Adicionalmente promovem 3,9% de anos de vida perdidos, e 3,8% de anos de vida ajustados por incapacidade em todo o mundo (NG et al., 2014). A elevação do IMC é um fator de risco para doenças não transmissíveis, tais como: doenças cardiovasculares (principalmente doenças cardíacas e acidente vascular cerebral), principal causa de morte em 2012; diabetes; distúrbios músculo-esqueléticos (especialmente osteoartrite - doença degenerativa altamente incapacitante das articulações); e alguns tipos de câncer (endométrio, mama e cólon) (WHO, 2015).

O grande número de indivíduos obesos na população mundial apresenta grandes implicações para os custos de saúde. Serviços de saúde públicos e privados nos EUA juntos gastam um valor estimado de U\$147 bilhões por ano com doenças relacionadas à obesidade (TROGDON et al., 2012).

O impacto econômico global da obesidade chega a U\$ 2 trilhões anuais, ou 2,8% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial, quase equivalente ao impacto global do tabagismo ou da violência armada, guerra e terrorismo. No Brasil, a obesidade acarreta um ônus de cerca de 2,4% do PIB nacional, no México é de 2,5%, no Marrocos é de 2,8%, na África do Sul é de 3,0%. Na análise de impacto econômico estão inclusos os custos com a redução da produtividade, despesas com o sistema de saúde e os investimentos essenciais para conter os impactos da obesidade (MGI, 2014).

Os custos totais estimados em um ano, no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com todas as doenças relacionadas com o excesso de peso e a obesidade foram de U\$ 2,1 bilhões, deste total U\$ 1,4 bilhão, equivalente a 68,4% dos gastos com internações e U\$ 679 milhões com procedimentos ambulatoriais. Estes custos refletem a média anual entre os anos de 2008 e 2010.

Aproximadamente 10% destes custos é atribuível ao excesso de peso e obesidade (BAHIA et al., 2012).

No Brasil no ano de 2011 as estimativas revelaram que a obesidade custou cerca de 500 milhões de reais, correspondendo a 1,9% das despesas com assistência à saúde de média e alta complexidade no SUS. A obesidade mórbida totalizou 23,8% (R\$ 116,2 milhões) dos custos, sendo 4,3 vezes maior que o custo da obesidade leve e moderada, apesar de apresentar uma prevalência 18 vezes menor. O ônus relacionado ao tratamento cirúrgico da obesidade foi de R\$ 31,5 milhões (OLIVEIRA, 2013).

É importante ressaltar que nenhum setor sozinho pode combater a obesidade, requerendo um envolvimento de tantos setores quanto possível (MGI, 2014), tais como saúde, educação, cultura, comércio e mídia. Precedentes bem sucedidos sugerem que uma combinação de cima para baixo de intervenções governamentais e corporativas, em conjunto com lideranças da comunidade de baixo para cima, será necessário para mudar os resultados de saúde pública (MGI, 2014).

3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM OBESIDADE

3.1 Recomendações internacionais para políticas públicas

Segundo estudo realizado pela Organização Panamericana da Saúde (OPS) e OMS a fim de avaliar as tendências, o efeito sobre a obesidade e as implicações para as políticas públicas advindas do consumo de alimentos e bebidas ultraprocessadas, apontou que a ingestão destes produtos são muito provavelmente a principal causa alimentar do aumento de peso corporal e das doenças crônicas (OPS, 2015).

A fim de combater a obesidade no planeta e nas Américas, a OPAS e a OMS vêm desenvolvendo uma série de estudos, consultas de especialistas, recomendações e relatórios, direcionados para crianças e adolescentes².

Argumenta-se que o público infanto-juvenil de todo o continente americano é submetido a publicidade ofensiva e sistemática de alimentos de baixíssima qualidade nutricional, com quantidades excessivas de gordura, açúcar e sal, e extremamente pobres em micronutrientes. Além disso, a carga permanente de comerciais destinados a esses produtos alimentícios interfere nas escolhas alimentares e na qualidade da ingestão, principalmente entre as crianças. Dessa forma, reduz-se a eficiência das orientações referentes à aquisição de hábitos alimentares saudáveis realizadas por pais e professores, predispondo-se esta população à obesidade e às suas consequências, o que pode se estender até a vida adulta (OPAS, 2012).

3.2 Políticas públicas em países da América Latina

Pesquisa realizada pela OPS e a OMS, em 13 países latino-americanos (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, México, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela), revelou a América Latina como

² No anexo A deste estudo, encontram-se listados os principais documentos emitidos por esses organismos internacionais.

o quarto maior mercado mundial de vendas anuais *per capita* de produtos ultraprocessados, com aumento de 26,7%, entre os anos 2000 e 2013. As vendas de produtos ultraprocessados, durante o período de 2000 a 2013, variaram de 1,5% no Equador a 68,4% no Uruguai. No ano de 2013, os brasileiros e os peruanos foram os maiores consumidores de comida rápida, superando os bolivianos, com um número 10 vezes maior em compras de *fast food* (OPS, 2015).

No sentido de superação desse quadro, o Congresso da República do Peru aprovou a Lei nº 30021, de 10 de maio de 2013, denominada *Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes*. Essa lei teve por objetivo a promoção e proteção efetiva do direito à saúde pública, ao crescimento e ao desenvolvimento adequado da população através de ações de educação. Também teve como finalidade o fortalecimento e promoção da atividade física, a implementação de alimentação saudável nas escolas e a supervisão da publicidade e de outras práticas relacionadas com alimentos e bebidas não alcoólicas. Esta regulamentação criou, ainda, o Observatório de Nutrição e de Estudo do Sobrepeso e Obesidade, que ficou sob responsabilidade do Ministério da Saúde (PERU, 2013).

Em relação ao Uruguai, o governo local admite o público infantil como o mais suscetível ao poder de convencimento das mensagens publicitárias e sem capacidade de reconhecer essa intenção. Desse modo, acreditaram nas ações educativas como fundamentais, uma vez que as intervenções no âmbito escolar apresentavam potencial para melhorar o comportamento alimentar, a atividade física e para prevenir aumentos excessivos de peso. Para tanto, foi implementada, em outubro de 2013, a Lei nº 19.140, de Alimentação Saudável nos Centros Escolares, que objetiva preservar a saúde da população a partir das instituições de ensino, tanto públicas quanto privadas, através da promoção de hábitos alimentares saudáveis. A norma assinala que o Ministério da Educação e Cultura deve incluir, no sistema educacional, temas referentes a hábitos alimentares saudáveis, bem como estímulos ao consumo de água potável e à realização de atividades físicas. Visa, ademais, a proibição, nas instituições de ensino, da publicidade de grupos de alimentos e bebidas que não estiverem listados na regulamentação (URUGUAY, 2015).

Na mesma direção de combate à obesidade e ao consumo elevado de alimentos ultraprocessados, o México, em 2013, elaborou a “*Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*”, que trouxe novidades na regulação sanitária com o objetivo de atualizar a regulamentação mexicana em relação à informação nutricional declarada nos rótulos dos produtos, à publicidade de alimentos e em relação às bebidas não alcoólicas direcionadas ao público infantil. O mesmo documento aborda a política fiscal para produtos ultraprocessados (ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013). O México caracteriza-se como maior consumidor mundial da bebida, pelo consumo *per capita* de cerca de 500mL por dia. Por esse motivo, o governo, através de política fiscal, implementou imposto de um peso mexicano sobre cada litro de bebidas açucaradas e mais taxa de 8% sobre o *fast food* (comida pronta); ambas entraram em vigor desde o início de 2014, na tentativa de combater a obesidade e o diabetes. Para as bebidas concentradas, como as em pó, os xaropes e as essências, o valor da taxa a ser paga é proporcional ao volume de bebida que o concentrado possa render (ABRASCO, 2015).

A Câmara de Deputados e o Senado do Chile, por sua vez, aprovaram Lei de regulamentação à publicidade de alimentos. A norma estabelecia que mensagens de rádio, associadas a produtos com altos teores de sódio, gordura e açúcar, fossem direcionadas a maiores de 15 anos, e restritas para o público com idade menor ou igual a 14 anos, e que fossem veiculadas apenas entre as 22 horas da noite e as 06 da manhã (CHILE, 2015).

Nessa mesma linha, a Bolívia aprovou a Lei nº 775, de 08 de janeiro de 2016, intitulada *Ley de Promoción de Alimentación Saludable*, que restringiu a publicidade de alimentos não saudáveis, com o objetivo de prevenir a obesidade e outras doenças crônicas relacionadas à alimentação inadequada (BOLIVIA, 2016).

No que se refere ao consumo de produtos processados e ultraprocessados no Brasil, o tema foi abordado na nova versão dos “Dez Passos para a Alimentação Saudável”, publicado em 2014, pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Ministério da Saúde (MS). Essa versão orienta que se deve evitar a ingestão de alimentos ultraprocessados e limitar a de alimentos processados, substituindo-os pelo consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, como base alimentar diária da população (BRASIL, 2014d).

Já quanto à publicidade de alimentos no Brasil, em 1978, o Código de Autorregulamentação Publicitária foi criado e muito utilizado para orientar processos referentes a anúncios direcionados ao público infantil. Em 2006, o Código foi atualizado, a partir da necessidade de um olhar mais atento à obesidade infantil, o que tornou mais severas as regras para a propaganda de alimentos e bebidas voltadas às crianças. Com a nova reformulação, em 2013, foram incluídas diversas regras importantíssimas e, em particular, a que proibiu o *merchandising* (técnica de promoção de um produto) em programas dirigidos ao público infantil. Como ideia geral o tema da publicidade também é abordado em outros documentos como: na Constituição Federal, ao tratar da necessária “proteção à pessoa e da família, diante da programação de meios eletrônicos em relação à boa qualidade cultural e educativa, respeito aos valores éticos e sociais”; no Estatuto da Criança e do Adolescente, que proíbe a publicidade de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos; e no Código de Defesa do Consumidor ao coibir a propaganda enganosa ou abusiva (ABAP, 2013).

Segundo a Associação Brasileira de Agências de Publicidade (ABAP), tramitou no Congresso Nacional, por mais de 11 anos, o Projeto de Lei 5.921/01, que visava proibir qualquerpropaganda, voltada para crianças até 12 anos, de ser veiculada pela televisão, rádio e/ou internet, entre as 5 e 22 horas (ABAP, 2013?). Ainda conforme a ABAP, o poder legislativo do estado de São Paulo chegou a aprovar Lei que proibía *qualquer tipo* de propaganda de alimentos e bebidas de baixo valor nutricional, bem como a oferta de brindes na aquisição de tais produtos. Entretanto, essa Lei foi vetada diante da argumentação de inconstitucionalidade (ABAP, 2013).

Diante desse panorama, quando a Federação Mundial de Grupos de Defesa dos Direitos dos Consumidores (CONSUMERS INTERNATIONAL (CI)), por meio de carta aberta ao Conselho Diretivo da OPAS e do Comitê Regional da OMS para as Américas, solicitou a criação de uma Convenção Global para a Proteção e Promoção da Alimentação Saudável³, tal carta instava que se aproveitasse a reunião anual do Conselho Diretivo da OPAS e do Comitê Regional da OMS para as Américas, para definir a maneira pela qual a América Latina e o Caribe iriam poder seguir liderando o mundo na luta contra as doenças crônicas relacionadas às dietas

³ Cabe observar que, segundo a Carta, essa convenção já havia sido solicitada de antemão pelos ministros da saúde dos países que integram a União das Nações da América do Sul (UNASUR)

não saudáveis, visto essa região ter avançado no combate à obesidade, a partir da aprovação do Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, e das políticas e legislações nacionais que cada país vem elaborando. Mencionavam, também, estudo realizado em 2015, pela OPAS, no qual a própria Organização relaciona a pandemia da obesidade com o recrudescimento da ingestão de produtos ultraprocessados (CONSUMERS INTERNATIONAL, 2015).

Nessa direção foi que a Federação Mundial de Grupos de Defesa dos Direitos dos Consumidores, por sua parte, também solicitou à indústria alimentícia que se produzissem e comercializassem produtos de acordo com as diretrizes determinadas nos guias alimentares de cada nação, e em conformidade com o Plano de Ação, firmado em 2014, pelos países signatários do continente americano. Esse Plano, entre outras medidas, propunha a implementação de políticas fiscais tais como: impostos para bebidas açucaradas e para produtos com excesso de calorias e pobres em nutrientes; regulamentação das práticas de marketing de alimentos e das tabelas nutricionais presentes nos rótulos de alimentos; melhoria da alimentação escolar e da atividade física; e promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável (CONSUMERS INTERNATIONAL, 2015).

3.3 Políticas públicas no Brasil

Estudo realizado por Rigo e Santolin (2012) mapeou a obesidade na legislação brasileira através de consulta ao site Jusbrasil, no ano de 2011, utilizando as palavras-chave sobrepeso e obesidade. Foram identificadas 46 leis brasileiras no âmbito das três esferas de governo, das quais 32 eram municipais; 13, estaduais; e uma, federal. “Os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo foram os que tiveram maior número de legislações estaduais e municipais sobre o tema, somando 16 e 14, respectivamente” (RIGO; SANTOLIN, 2012, p. 283). Somem-se a essas, outras muitas Portarias abordando a temática, que foram lançadas pelo MS e são abordadas a seguir.

No ano de 2007, o MS publicou as Portarias nºs. 1.569 e 1.570, de 28 de junho. A primeira “institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem

implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2007a, p. 51). A segunda determinava a operacionalização da assistência ao portador de obesidade grave. Ainda no mesmo ano e com base nesses documentos anteriores, o MS, em 31 de agosto, publicou a Portaria nº 492, que definia “[...] as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, bem como [...] as normas e critérios [...] com a finalidade de credenciamento e habilitação para o tratamento da obesidade grave”, entre outras (BRASIL, 2007b, p. 31).

Em 23 de junho de 2008, o então Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, assinou a Lei nº 11.721, que tornou o dia 11 de Outubro, o “Dia Nacional de Prevenção da Obesidade” (BRASIL, 2008).

Outras duas portarias foram publicadas pelo MS, as de nº 424 e a de nº 425, ambas de 19 de março de 2013. A primeira “redefiniu 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” (BRASIL, 2013a, p. 23) e também revogou as anteriores, de nºs. 1.569 e 1.570, ambas de 28 de junho de 2007. Já a Portaria nº 425 “estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade” (BRASIL, 2013b, p. 59).

Os estabelecimentos de saúde habilitados pelo MS (BRASIL, 2015c), como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, teriam seus credenciamentos mantidos até o dia 31 de dezembro de 2015, conforme a Portaria nº 670, de 3 de junho de 2015. Esta portaria objetivava que estes estabelecimentos de saúde comprovassem o cumprimento das determinações dispostas no anexo II da Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, exigidas para a habilitação do serviço. Entretanto, o MS (BRASIL, 2016) prorrogou o prazo estabelecido por essa portaria, a fim de que o Distrito Federal e as esferas estaduais e municipais do âmbito da saúde organizassem as linhas regionais de cuidado do sobrepeso e obesidade, através da publicação da Portaria nº 308, de 04 de março de 2016.

O indivíduo obeso que optasse pelo tratamento cirúrgico da obesidade através do SUS, segundo a Portaria nº 425, de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013b), deveria estar inserido na organização da linha de cuidado das pessoas com

sobrepeso e obesidade, da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Essa Rede de Atenção, por sua vez, necessita ter, como linha prioritária de cuidado, a organização da prevenção e do tratamento do excesso de peso e obesidade, bem como necessita redefinir as diretrizes para esse fim. Como parte da Rede, a Atenção Básica desempenha relevante papel – na prevenção e atenção às doenças crônicas, aos cuidados em saúde, através das equipes de saúde da família – aos indivíduos que apresentam excesso de peso e obesidade, pois além da necessidade de seguirem critérios de acordo com a classificação resultante do IMC, por meio da AB, a vigilância alimentar, as ações de promoção da alimentação adequada e saudável bem como programas de atividade física, deverão ser promovidos para todos esses indivíduos. No entanto, para pessoas com sobrepeso, mas sem comorbidades, deverá ser traçado um plano de ação para voltar ao IMC normal, ou seja, com $IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$. Para indivíduos com sobrepeso e presença de comorbidades, será necessária a prescrição dietética. Já para indivíduos com obesidade, além da prescrição dietética, a terapia comportamental e a farmacoterapia deverão complementar o tratamento (BRASIL, 2014c, p. 33-34).

Indivíduos que apresentam $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ou casos mais complexos deverão ser encaminhados para os serviços de Atenção Especializada, seja ambulatorial e/ou hospitalar. A fim de garantir a oferta do atendimento especializado, a rede municipal ou regional de saúde deve ter a Atenção Primária como a ordenadora da rede do cuidado, através das Equipes de Referência e de Apoio Matricial. Uma vez que os indivíduos são encaminhados para a Atenção Especializada em Obesidade, é fundamental que as equipes de saúde da família mantenham o vínculo com o paciente e com a equipe do serviço especializado, desempenhando assim sua função de coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014c, p. 34-35).

As linhas de cuidado devem pactuar um acordo entre os vários responsáveis dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, determinando fluxos de referência e contra-referência para amparar o usuário com sobrepeso e obesidade no SUS. Essas linhas determinam a organização dos serviços e as intervenções que devem ser instituídas nos diferentes níveis de atenção da rede (primário, secundário e terciário), como também nos sistemas de apoio (BRASIL, 2014f). A figura 02 mostra o fluxograma da linha de cuidado das pessoas com

sobrepeso e obesidade na Atenção Básica e a figura 03 mostra o fluxograma da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, na Atenção Especializada, no Estado de Tocantins.

Em caso do indivíduo ter sido submetido à cirurgia bariátrica, a figura 04 apresenta como deve ser realizado o acompanhamento pós-cirúrgico da obesidade. Importante ressaltar que a Portaria nº 425/2013, garante a “continuidade da assistência pela equipe multiprofissional até 18 meses após o procedimento” (TOCANTINS, 2015, p. 30).

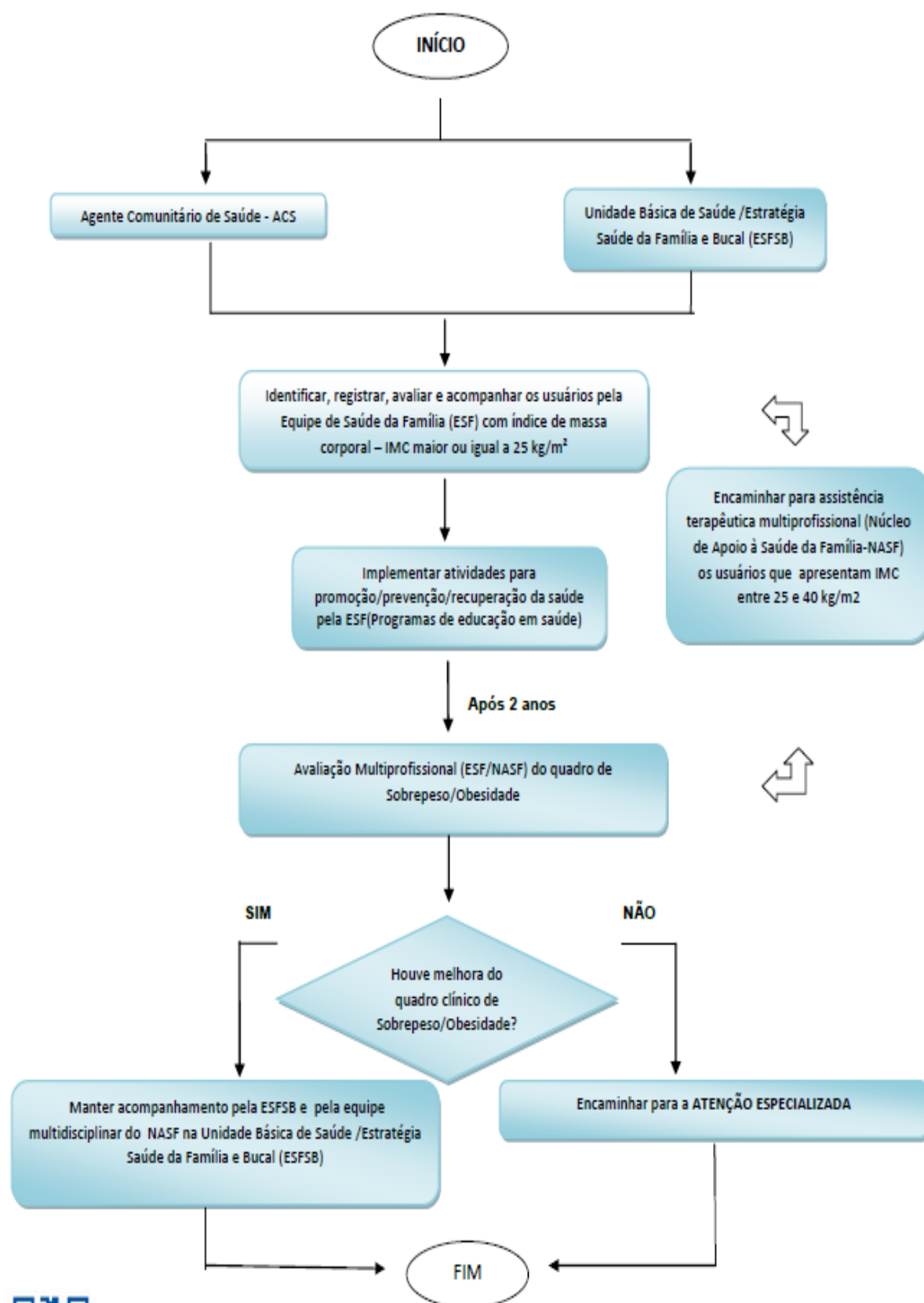


Figura 02 – Fluxograma da organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Básica, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Tocantins.

Fonte: TOCANTINS (2015).

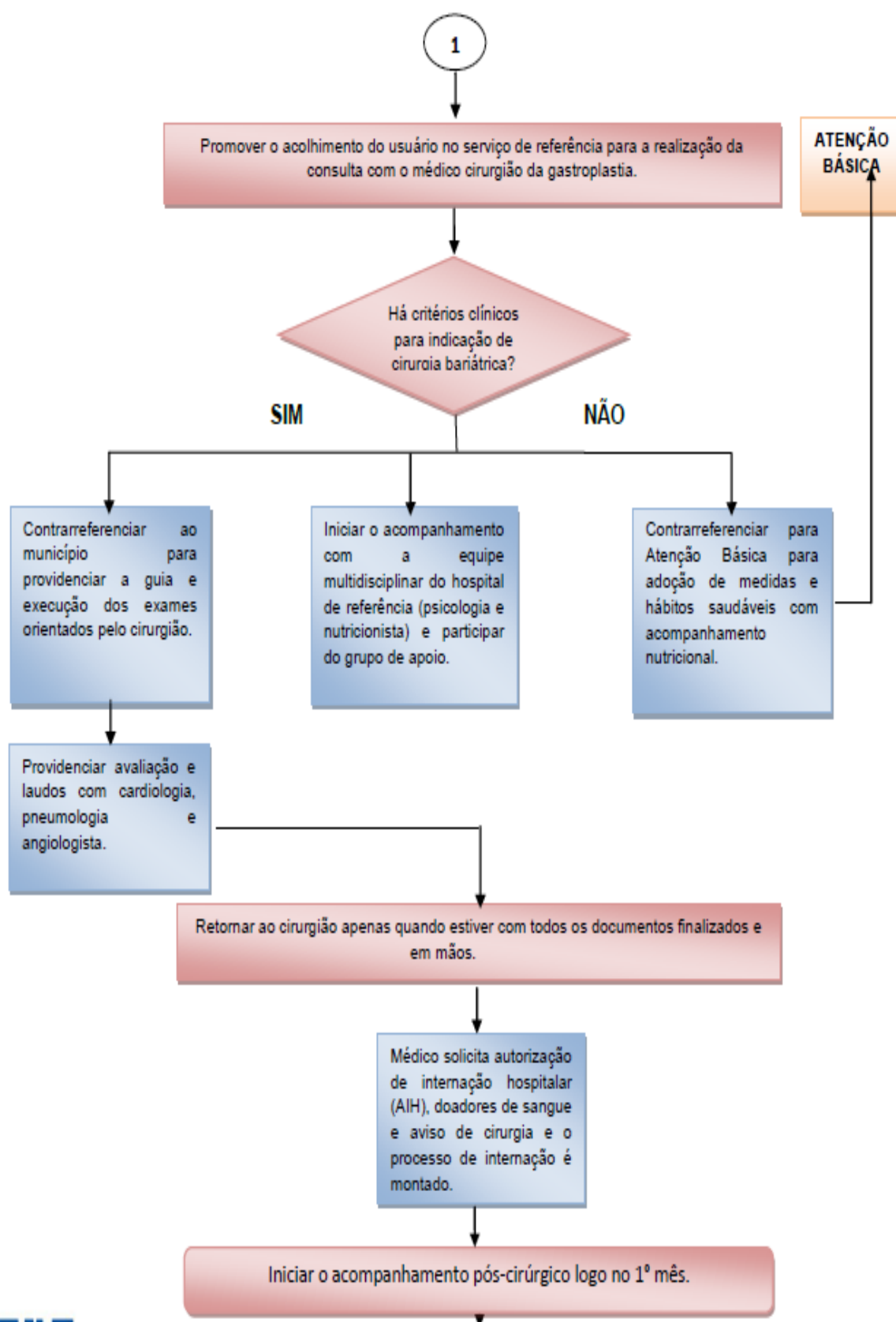


Figura 03 – Fluxograma da organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Especializada, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Tocantins.

Fonte: TOCANTINS (2015).

Período	Profissional	Local
Entre 15 a 30 dias (1º mês)	Cirurgião Nutricionista	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 2º mês	Cirurgião Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 3º mês	Clínico Nutricionista Psicólogo	Unidade Básica de Saúde Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 4º mês	Clínico Nutricionista Psicólogo	Unidade Básica de Saúde Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 6º mês	Cirurgião Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 9º mês	Clínico Nutricionista Psicólogo	Unidade Básica de Saúde Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
Entre 12º e 15º meses	Clínico Cirurgião Nutricionista Psicólogo	Unidade Básica de Saúde Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 18º mês	Clínico	Unidade Básica de Saúde
	Cirurgião Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia

Figura 04 – Período em que devem ser realizadas as consultas no pós-operatório da cirurgia bariátrica, com quais profissionais e o local das mesmas.

Fonte: TOCANTINS (2015).

A organização da linha de cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade objetiva que o indivíduo receba um cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde, através da definição do papel de cada ponto de atenção, da organização da referência e contra-referência. Para tanto, deve assegurar os recursos necessários para o andamento da rede, respeitando-se os princípios da

universalidade, equidade e integralidade, bem como as diretrizes da regionalização e hierarquização do SUS (BRASIL, 2013a, Art. 2º, alínea III).

Organizar uma linha de cuidado na prevenção e tratamento de pessoas com sobrepeso e obesidade tem, também, por objetivo – através da integralidade e longitudinalidade das ações nos vários equipamentos públicos e sociais – fortalecer e qualificar a atenção para essa população (CAISAN, 2014).

Neste sentido, o MS tem desenvolvido ao longo dos anos, para os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, políticas públicas, planos de enfrentamento e materiais técnicos que abordam o tema obesidade.

Assim, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), frente ao acelerado aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade no Brasil, foi elaborada como referência de responsabilidade sanitária. Ciente da necessidade de ações nos diferentes setores que integram o sistema alimentar, ou seja, desde a produção até à comercialização final de alimentos, a PNAN tem grande importância no âmbito do SUS. Essa política foi criada para atuar na reorganização, qualificação, aperfeiçoamento de suas intervenções e no combate à complexidade do cenário alimentar e nutricional dos brasileiros (BRASIL, 2013c).

Já o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, para os anos de 2011 a 2022, contempla doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, como também seus fatores de risco, sendo a obesidade um deles. Apresenta como objetivos a criação e a execução de políticas públicas “efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas” (BRASIL, 2011a, p. 14). Uma das metas, do Plano de Enfrentamento, para o País, da a redução da obesidade em crianças, adolescentes e adultos, sendo a implantação do Plano Intersetorial de Controle e Prevenção da Obesidade uma das principais ações para atingir-se essa meta (BRASIL, 2011a).

O Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção Básica, do MS, publicou, em 2006, o caderno de Atenção Básica nº 12, com o título “Obesidade”. Esse caderno aborda epidemiologia, conceito, classificação, diagnóstico nutricional, avaliação do estado nutricional, tratamento e

acompanhamento nutricional, as fases do ciclo da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) e atribuições e competências da equipe de saúde no que diz respeito à obesidade (BRASIL, 2006).

Em 2014, o mesmo departamento lançou o caderno de Atenção Básica nº 38, intitulado “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade”, no qual se apresenta uma discussão mais ampla em relação à obesidade, pois além da questão nutricional no tratamento clínico da obesidade, examina distúrbios alimentares e mitos e tabus sobre dietas da moda e indica abordagem cognitivo-comportamental, tratamento medicamentoso e cirúrgico, promoção da atividade física, promoção da saúde, educação em saúde e prevenção da obesidade. Além disso, traz o fluxograma descritivo de atividades para a atenção à saúde, segundo classificação do IMC, na Atenção Básica, para indivíduos adultos. Ou seja, um caderno mais completo que o anterior (BRASIL, 2014c, p. 33 e 50).

Ressalte-se que essa publicação ocorre no ano seguinte ao da Portaria nº 424/2013, que redefine a linha de cuidado de indivíduos obesos, e que tem, como linha prioritária de cuidado, a organização da prevenção e do tratamento do excesso de peso e obesidade, com novas diretrizes (BRASIL, 2013a).

Ainda em 2014, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em parceria com a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), publicaram a “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios”. Essa publicação foi fruto do trabalho de um comitê intersetorial, criado em 2011 pela CAISAN, e reúne diversas ações do governo federal que contribuem para a redução da obesidade no País. Também está em concordância com o Plano de Segurança Alimentar e Nutricional, liderado pelo MDS, e o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis de 2011-2022, coordenado pelo MS (CAISAN, 2014). A Estratégia é pautada em seis grandes eixos de ação:

- Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis;
- Ações de educação, comunicação e informação;
- Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos;
- Vigilância alimentar e nutricional;
- Atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso e obesidade na rede de saúde; e

- Regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos (CAISAN, 2014).

Em cada um desses seis eixos, trabalhados nessa estratégia, são apresentadas as principais ações que podem ser realizadas pelos estados e municípios.

O MS, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 2014, lançou um novo documento intitulado “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”. Criado em 2012, através de uma parceria do MS, por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Departamento de Atenção Básica, e auxílio técnico da OPAS/OMS, o Laboratório de Inovação no Manejo da Obesidade buscou identificar no SUS, a produção, a identificação e a valorização de experiências e práticas bem-sucedidas no âmbito da promoção da saúde e da prevenção e tratamento da obesidade. Foi aberto edital, no qual foram inscritas 142 experiências desenvolvidas na atenção básica e na atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Dessas, após um processo de classificação, 24 experiências foram selecionadas a fim de serem visitadas *in loco*: oito da atenção básica, 13 da média complexidade e três da alta complexidade. Ao total, foram observadas experiências em 20 estados brasileiros; os com maior número de experiências enviadas foram: São Paulo (34); Rio Grande do Sul (16); Santa Catarina (15); Minas Gerais (13) e Rio de Janeiro (12) (BRASIL, 2014a).

O apoio técnico para as ações de prevenção e controle da obesidade são importantes e fundamentais para as equipes de saúde. Nesse sentido, “visando apoiar a implementação da linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade” (BRASIL, 2014a, p. 47), vários materiais do governo federal foram elaborados e publicados, tanto nas versões impressas quanto nas disponibilizadas para *download* na *internet*, a fim de orientar a organização do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Essas publicações são atualizadas frequentemente, com olhar atento às modificações que ocorrem nas questões econômicas, sociais, culturais e demográficas, que possam provocar mudanças no padrão alimentar e nutricional da população brasileira (BRASIL, 2014a).

No Anexo B, encontram-se listados os materiais técnicos, de apoio para orientação da organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade, na Rede de Atenção à Saúde, elaborados pelo governo federal.

Em 2015, mais uma medida em nível federal foi tomada, em relação ao excesso de peso no Brasil, através do Decreto nº 8.553, de 03 de novembro de 2015, que instituiu o Pacto Nacional para Alimentação Saudável, com a “finalidade de ampliar as condições de oferta, disponibilidade e consumo de alimentos saudáveis e combater o sobrepeso, a obesidade e as doenças decorrentes da má alimentação da população brasileira” (BRASIL, 2015a, p. 07). Além das três esferas de governo, também podem participar do pacto a sociedade civil, instituições internacionais e setor privado, devendo ser respeitadas as peculiaridades regionais, culturais e socioeconômicas e as necessidades alimentares especiais dos cidadãos.

4 CONCEITO E DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE

O sobrepeso e obesidade não apresentam dificuldades em serem percebidos, no entanto, o seu diagnóstico preciso exige a adequada identificação dos graus de risco e, para isso, é fundamental utilizarem-se maneiras de quantificá-los. A avaliação padrão ouro para diagnóstico da obesidade compõe-se de exames de imagem, como por exemplo, a ressonância magnética, a tomografia computadorizada e absorciometria com raios-X de dupla energia (dexa). No entanto, são métodos que apresentam custos elevados, o que dificulta sua utilização na prática clínica (SBEM, 2004; ABESO, 2009).

O IMC tem sido um bom indicador de sobrepeso e obesidade, porém não é possível associá-lo por completo com a gordura corporal. Por isso, a correlação do IMC com a gordura corporal é a forma mais indicada para uma avaliação clínica. A circunferência abdominal é uma medida antropométrica que possui melhor representatividade da gordura visceral, além de refletir a gordura corporal total. Sendo assim, a associação do IMC com a circunferência abdominal contempla uma maneira de avaliar os níveis de risco associados ao sobrepeso e à obesidade, além de auxiliar e reduzir as limitações de cada um dos métodos isolados (SBEM, 2004; ABESO, 2009).

A figura 05 demonstra a associação dessas duas medidas e os níveis de risco para complicações metabólicas.

Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar obesidade e risco para diabetes 2 ³¹ (A) e doença cardiovascular ¹⁵ (A)			
		Circunferência abdominal(cm)	
Risco de complicações metabólicas	IMC(kg/m ²)	homem: 94-102 Mulher: 80-88	102+ 88+
Baixo peso	< 18,5	-	-
Peso saudável	18,5-24,9	-	aumentado
Sobrepeso	25-29,9	aumentado	alto
Obesidade	≥30	alto	muito alto

Figura 05 – Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar o risco de diabetes tipo 2 e doença cardiovascular em indivíduos com excesso de peso.

Fonte: SBEM (2004); ABESO (2009).

A OMS define como sobrepeso, os indivíduos com IMC entre 25 a 29,9 Kg/m², e como obesas, as pessoas que possuem o IMC igual ou maior que 30 Kg/m². A obesidade é classificada em subgrupos quanto à gravidade, sendo definida como obesidade grau I, quando o IMC se encontra entre 30 a 34,9 Kg/m²; obesidade grau II, entre 35 a 39,9 Kg/m²; e obesidade grau III, quando o IMC é igual ou superior a 40 Kg/m² (SBEM, 2004; ABESO, 2009; BRASIL, 2014c; WHO, 2014). Entretanto, o Projeto Diretrizes para Avaliação Nutrológica Pré e Pós-operatória em Cirurgia Bariátrica ainda subdivide a classificação da obesidade, através do IMC, em obesidade grau IV, entre 50,0 e 50,9 Kg/m² e obesidade grau V, quando IMC se apresenta ≥ 60 Kg/m² (ASBRAN, 2009).

A obesidade é uma condição de acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo, que resulta em prejuízo à saúde. A causa é o balanço energético positivo e conseqüente ganho de peso (WHO, 1997). Trata-se de doença crônica, de etiologia multifatorial, cujo armazenamento excessivo de adiposidade está relacionado ao estilo de vida, à pré-disposição genética e a fatores ambientais (DELLA COSTA et al., 2010). A epidemia global da obesidade é um reflexo dos enormes problemas sociais, econômicos e culturais, sendo caracterizada como uma doença complexa e compreendida de forma incompleta (WHO, 1997).

No que se refere ao carácter multifatorial e à sua complexidade, a obesidade:

Envolve não apenas fatores biológicos e de causa individual, mas configura-se como uma integração de fatores históricos, econômicos, sociais e culturais que impactam nas escolhas alimentares, nos alimentos disponibilizados e em toda a cadeia de produção de alimento, colocando em risco não apenas a situação de saúde dos indivíduos como também a sustentabilidade ambiental, econômica e social, tanto no nível local quanto regional. Como consequência dessa múltipla determinação, o cuidado ao indivíduo obeso extrapola o campo da Saúde, sinalizando a necessidade de articulação intersetorial para a prevenção e o controle da obesidade (BRASIL, 2014a, p. 13).

Globalmente, tem havido um aumento da ingestão de alimentos altamente energéticos, ricos em gordura aliado a uma inadequada atividade física, devido à natureza cada vez mais sedentária de muitas formas de trabalho, tudo isso alterado ainda pelos modos de transporte e crescimento da urbanização. Mudanças nos padrões alimentares e de atividade física são muitas vezes o resultado de mudanças ambientais e sociais associadas ao desenvolvimento e à falta de políticas

de apoio em setores como saúde, agricultura, transportes, planejamento urbano, meio ambiente, processamento de alimentos, distribuição, marketing e educação (WHO, 2015).

A figura 06 mostra os distintos níveis dos determinantes da obesidade e baixo peso, e o complexo emaranhado de fatores que a acarretam.

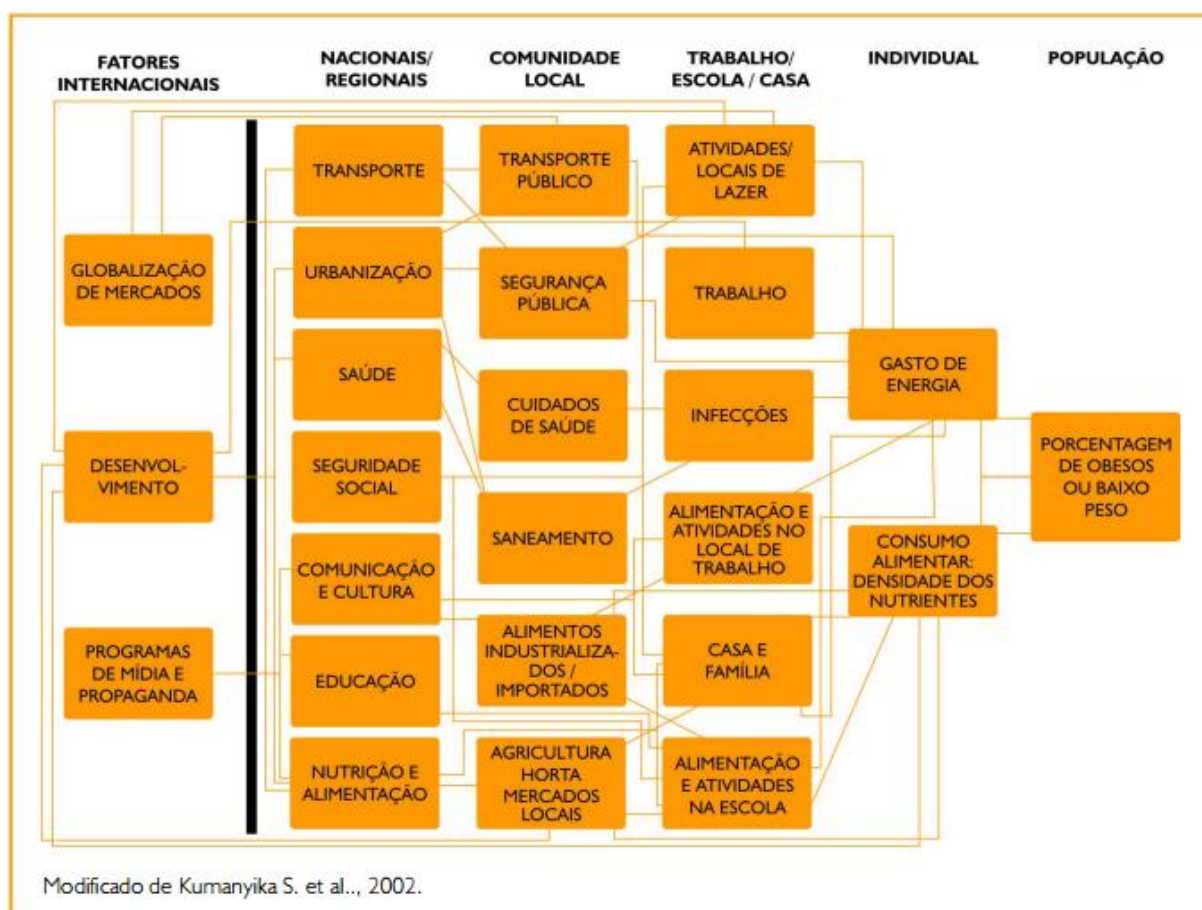


Figura 06 – Diferentes níveis dos determinantes da obesidade e a complexa trama de fatores que a determinam.

Fonte: Brasil (2006).

A fim de demonstrar a força das relações entre as variáveis-chaves que atuam na etiologia da obesidade, o Serviço Público para a Ciência, do Reino Unido, desenvolveu o mapa do sistema completo da obesidade, com grupos temáticos, conforme mostra a figura 07. As variáveis são representadas por caixas, as relações causais positivas são representadas por setas sólidas e as relações negativas, por linhas pontilhadas. O motor central, que é o balanço energético, é realçado em

laranja no centro do mapa. As variáveis-chave (fisiologia, alimentação, atividade física e psicologia) são as quatro principais áreas, as quais formam uma complexa rede de interdependência:

- **O nível de controle primário do apetite no cérebro:** reforça o domínio do sistema para regular o apetite biológico sobre o gasto de energia dentro do grupo de fisiologia no mapa;
- **A força dos hábitos alimentares que impede indivíduos ou grupos de adotar alternativas mais saudáveis:** representa as conseqüências acumuladas de múltiplas variáveis, dentro do agrupamento de alimentos no mapa, a partir da densidade de energia do alimento para o tamanho da porção;
- **O nível de atividade física:** domina outros mecanismos de gasto energético que são menos facilmente modificados, dentro da área de atividade no mapa;
- **O nível de ambivalência psicológica experimentado por indivíduos, grupos ou organizações, na tomada de decisões de estilo de vida:** simboliza a convergência de muitas motivações e condutores sociais nos comportamentos individuais, familiares, grupais e sociais nas áreas psicológicas do mapa (UNITED KINGDOM, 2007).

Cada uma dessas variáveis está associada a muitas setas, em ambas as direções, o que implica que elas atuem como condutas de mudanças, dispersas no sistema da obesidade no motor do núcleo. Por isso, são principais alvos para intervenções políticas potenciais (UNITED KINGDOM, 2007).

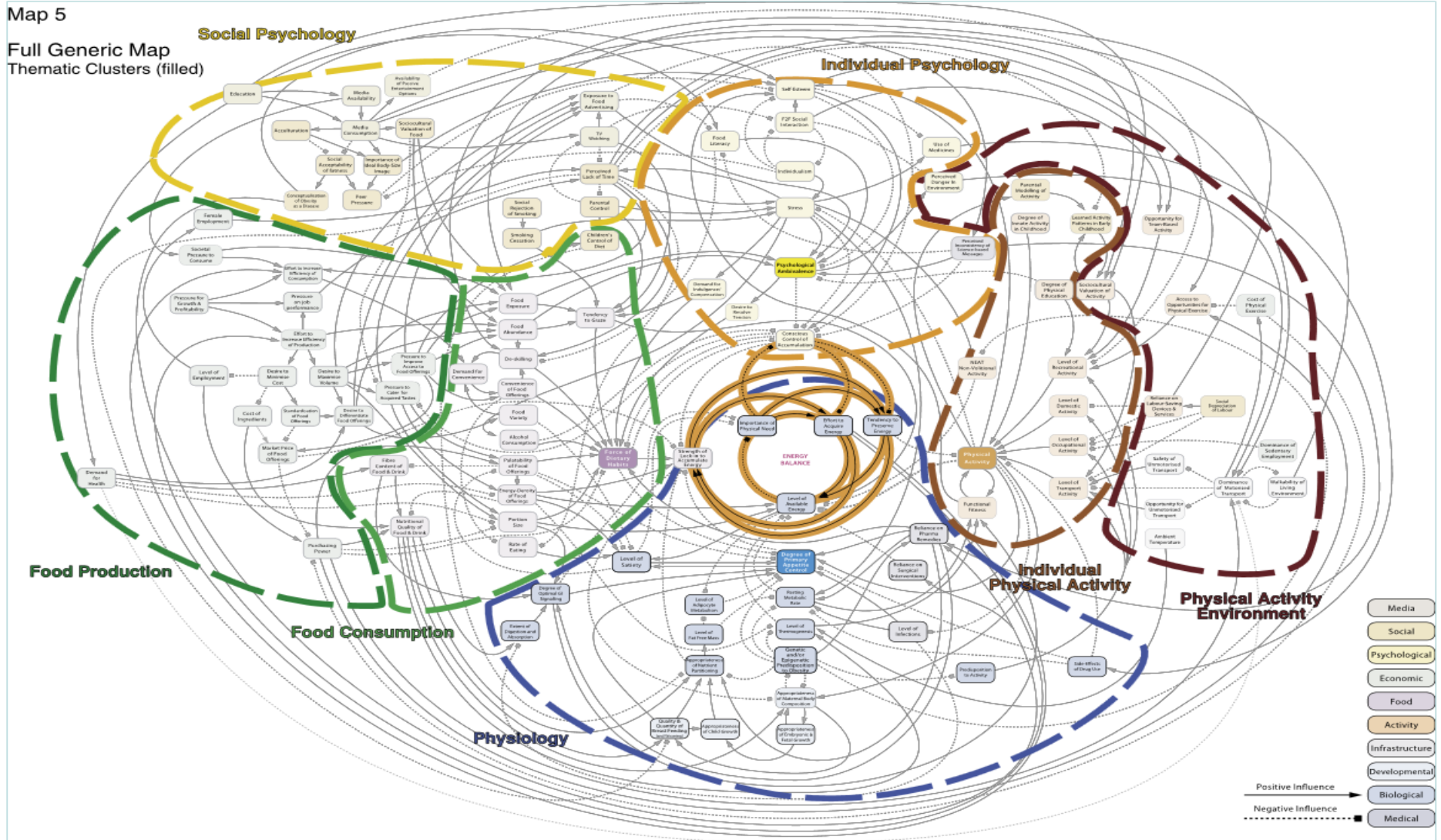


Figura 07 – Mapa completo do sistema de obesidade indicando a força das relações entre as variáveis.
 Fonte: UNITED KINGDOM (2007).

5 TRATAMENTO DA OBESIDADE

Diante da complexidade envolvida nos fatores determinantes da obesidade, o seu tratamento requer múltipla abordagem, por ser doença de etiologia multifatorial (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). Porém, o sucesso no tratamento é adquirido só após o indivíduo alcançar e manter uma perda de peso corporal considerada clinicamente satisfatória, com resultados favoráveis sobre as comorbidades apresentadas. Devido ao caráter crônico da obesidade e sua tendência à reincidência após o emagrecimento, o sujeito deverá ser acompanhado durante um longo período, por profissionais da Saúde. Ou seja, o êxito em longo prazo é consequência de vigilância permanente das adequações da atividade física e do consumo alimentar, exigindo o automonitoramento além do apoio familiar e social (ABESO, 2009).

Existem diversas alternativas para o tratamento da obesidade, tais como: farmacológica, dietética, terapia cognitivo-comportamental e cirúrgica, além das heterodoxas, também conhecidas como tratamentos não convencionais (ABESO, 2009), ou práticas integrativas, como por exemplo, a acupuntura, aromaterapia, fitoterapia, homeopatia, o termalismo social/crenoterapia (utilização de água mineral com objetivo terapêutico) e a medicina antroposófica (BRASIL, 2015b). Essa última baseia-se no método das ciências naturais da medicina acadêmica não só para o “conhecimento do homem físico; mas para o conhecimento das organizações vital, anímica⁴ e espiritual, baseia-se no método da Ciência Espiritual ou Antroposofia, fundada na Europa por Rudolf Steiner” (SAB, 2016), com abordagem transdisciplinar, objetivando a integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2015b). Paralelamente, é preciso promover a prática regular de atividade física (BRASIL, 2014c).

⁴ Diz-se do que é relativo ou pertencente à alma. Relacionado com a parte imaterial do homem, com o espírito. O Corpo Anímico ou Astral é o fundamento da organização sensitiva do homem.

5.1 Promoção de atividade física

A promoção da perda de peso saudável deve associar dieta com o incremento da atividade física, pois essa é uma variável importante na determinação do gasto energético e, conseqüentemente, no controle do peso corporal. Uma pessoa sedentária que inicia a prática de exercícios físicos de leve intensidade, apenas pelo fato de deixar de ser sedentário, já conquista ganhos significativos na qualidade de vida e melhora do perfil metabólico. Os Polos de Academia de Saúde, implementados através da criação do Programa Academia da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 719, de 7 de abril de 2011, são espaços que podem auxiliar na prevenção e no tratamento do excesso de peso e contribuir para o incremento das atividades corporais por parte da população (BRASIL, 2011b, 2014b).

Fonseca-Junior et al. (2013) realizaram revisão sistemática da literatura com o objetivo de investigar os impactos de programas de exercícios físicos, como parte integrante do tratamento da obesidade, tanto o clínico quanto o cirúrgico. Dos 13 artigos selecionados, oito estudos foram realizados com pessoas em tratamento clínico da obesidade, e dos cinco estudos restantes, um analisou indivíduos na fase pré-cirúrgica e quatro na fase pós-cirúrgica. Os autores observaram que todos os trabalhos analisados empregaram atividades aeróbicas nos programas de exercícios físicos, sendo que seis deles também trabalharam com exercícios de contra-resistência, conhecidos popularmente por musculação. Entre as principais conclusões destacaram-se: que a prática de exercício físico gera resultados positivos no emagrecimento, tanto no tratamento clínico quanto no cirúrgico e que apesar das atividades aeróbicas serem as mais recomendadas, a associação dessas com exercícios de musculação, são importantes para aumentar a força e para evitar a perda de massa livre de gordura. Os autores, a partir disso, recomendaram a inserção de programas de exercícios de maneira individualizada para obesos graves, pois este público não costuma ser propenso à prática de atividades físicas, sendo necessário cuidados especiais na definição do volume/intensidade prescrito.

5.2 Tratamento farmacológico

No que se refere ao tratamento farmacológico, é preconizado que se faça uso de medicamentos antiobesidade em indivíduos com IMC ≥ 30 kg/m² ou ≥ 25 kg/m², na presença de doenças associadas que tiveram insucesso na perda de peso através do tratamento não farmacológico ou em pessoas que apresentarem circunferência abdominal elevada (≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres) (RADOMINSKI, 2010).

O tratamento não tem como objetivo apenas reduzir parcial ou totalmente a obesidade, mas, também, evitar tanto o aparecimento de doenças decorrentes quanto reduzir as morbidades associadas a esse excesso de peso. No entanto, além da utilização de fármacos antiobesidade gerarem uma sutil perda de peso, essa por sua vez, não tem apresentado diminuição da morbidade e da mortalidade relacionadas ao sobrepeso e obesidade, gerando resultados negativos. Muitos dos fármacos utilizados no tratamento da obesidade tiveram a sua comercialização proibida devido às manifestações negativas de risco-benefício: apesar de promoverem redução de peso nas primeiras semanas de tratamento, na maioria dos casos, o peso perdido é todo recuperado com a interrupção do tratamento farmacológico (PAUMGARTTEN, 2011).

5.3 Tratamento dietético

É consenso no meio científico que a diminuição da ingestão calórica acarreta redução da massa corporal, entretanto, ainda há contradições sobre a forma mais adequada para reduzi-la. Nas últimas décadas, vêm-se utilizando diferentes dietas no tratamento para redução de peso, dentre elas: dietas ricas em gorduras e escassas em carboidratos; dietas escassas em gorduras e muito escassas em gorduras; dietas de baixíssimas calorias; substituição de refeições; dietas com gorduras modificadas; dieta do índice glicêmico; e dietas balanceadas. De todos os tipos de dietas mencionadas, as balanceadas são fundamentadas em princípios científicos, além de terem sido as mais investigadas. As dietas

balanceadas devem ser elaboradas de maneira individualizada, a fim de se tornarem capazes de reduzir a ingestão entre 500 a 1.000 quilocalorias (kcal) ao dia, o que irá representar uma redução de 0,5 a 1 kg por semana. Deve-se ter o cuidado para que as dietas não baixem para um valor inferior a 1.000 e 1.200 kcal/dia para mulheres e inferior a 1.200 e 1.400 kcal/dia para homens (SBEM, 2005; ABESO, 2009).

Apesar da dieta prescrita pelo profissional nutricionista e apesar do valor calórico calculado ser importante, deve-se levar em consideração, durante seu planejamento, fatores como: a situação financeira, o ritmo de vida e as preferências alimentares do paciente, além da composição de micronutrientes, respeitando-se as recomendações de ingestão diária. As prescrições de dietas restritivas, artificiais e severas em excesso são impraticáveis a médio e longo prazos, sendo necessário um plano alimentar mais flexível, com foco na reeducação alimentar e, conseqüentemente, sustentável a longo prazo. Ou seja, para que se tenha êxito, é preciso manter por toda a vida as modificações já realizadas na alimentação. O tratamento nutricional para a obesidade apresenta melhores resultados quando vinculado a um programa de exercícios físicos, auxiliares na elevação do gasto energético (SBEM, 2005; ABESO, 2009).

Um bom método de prevenção e tratamento da obesidade é trabalhar a educação nutricional, realizada por serviços de saúde, programas e em qualquer espaço possível de intervenção. É fundamental que seja idealizada desde o seu planejamento e execução até à avaliação da sua efetividade; além disso, não deve ser aplicada de forma pontual e, sim, contínua (LOCARNO; NAVARRO, 2011).

Moreira et al. (2012) realizaram um programa de educação nutricional, por um período de seis meses, com 59 dos 78 pacientes encaminhados inicialmente, divididos em três grupos de acompanhamento e finalizando com 40 participantes e 19 desistências no decorrer dos encontros quinzenais. Os indivíduos foram avaliados nutricionalmente através de aplicação de inquéritos alimentares e aferição de medidas antropométricas no primeiro e último encontro e, posteriormente, comparados. Quanto aos resultados encontrados, a melhora da qualidade do consumo alimentar foi mais expressiva do que a redução das medidas antropométricas, tendo sido possível observar: média de perda de peso em torno de 5,9%; diminuição da circunferência abdominal de 5,2%; redução de ingesta calórica

de 27%; redução do consumo de sódio de 55,66%; e aumento na ingestão de fibras de 46,45%.

No que se refere ao abandono do tratamento dietoterápico, o que não é raro, isso se reflete em uma experiência negativa tanto para o paciente quanto para o profissional e pode ser decorrente de obstáculos de ordem prática para preparar e seguir a dieta, ou estar associado tanto ao profissional quanto ao paciente, ou até mesmo associado ao alimento, devido à falta de informação. Compreender essa situação é o primeiro passo para procurar reduzir a baixa adesão às dietas (SBEM, ca. 2000-2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, ca. 2000-2016), os obstáculos de ordem prática para a prescrição de dietas podem ser observados no quadro 01.

Quadro 01 – Dificuldades práticas para a prescrição da dieta.

Por parte do médico	Por parte do paciente	Por parte dos alimentos
Desconhecimento da composição dos alimentos.	Limitações educacionais (ignorância, analfabetismo).	Etiquetas de difícil acesso.
Desconhecimento dos efeitos dos alimentos.	Limitações psicológicas.	Informação inadequada, mal expressa, confusa, enganosa.
Dificuldade para transmitir o conceito ao paciente.	Limitações sensoriais (dificuldades visuais etc.).	Propaganda maciça baseada unicamente em interesses econômicos.
---	Costumes e crenças populares.	---

Fonte: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (ca. 2000-2016).

5.4 Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental pode auxiliar no tratamento da obesidade, uma vez que está fundamentada na análise e alteração de comportamentos disfuncionais relacionados aos hábitos de vida do indivíduo. Tem-se como metas: pôr em prática estratégias que ajudem o obeso no manejo do peso corporal; fortalecer a motivação referente à intervenção; e desviar o paciente de uma possível recaída com conseqüente reganho de peso. Atuar sobre o comportamento do paciente permite detectar tanto os estímulos que precedem as atitudes

compulsivas, quanto as circunstâncias que facilitam a não adesão ao tratamento. Desta forma, deve-se introduzir mudanças nas condutas do indivíduo, que o ajudem no processo de emagrecimento e da manutenção do peso perdido. Nesse sentido, profissional e paciente devem juntos identificar situações que têm propiciado o ganho de peso para, assim, procurar prováveis meios e estratégias que devam ser inseridos no cotidiano da pessoa, a fim de testar sua efetividade. Essas serão discutidas com o terapeuta, com o propósito de averiguar quais foram as que mais proporcionaram mudanças comportamentais. A terapia cognitivo-comportamental constitui-se em alterar sistemas de crenças do paciente, objetivando sua reorganização cognitiva (ABESO, 2009).

Uma revisão da literatura relacionada à terapia cognitivo-comportamental e obesidade, teve como objeto pesquisar artigos entre 2003 e 2013, para identificar a existência de evidências empíricas da eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de indivíduos obesos, com respectivos benefícios físicos, psicológicos e emocionais (LUZ; OLIVEIRA, 2013).

Segundo as diretrizes brasileiras de obesidade, elaboradas pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), grande parte deste tipo de intervenção direcionada ao emagrecimento é de curta duração, com média de 12 semanas de tratamento. São reduzidos os números de intervenções com prazo de duração superior a seis meses. Também foi identificado que um percentual elevado de pacientes com excesso de peso, ao deixarem de realizar tratamentos comportamentais, retornam ao ganho de peso, chegando-se, muitas vezes, ao peso corporal identificado na primeira sessão. Afirma-se, ainda, que o emagrecimento conquistado, provavelmente conseguirá ser mantido apenas através da continuidade do tratamento (ABESO, 2009).

É importante ressaltar que a obesidade frequentemente afeta mais de um membro da família, sendo essa condição uma grande influenciadora de hábitos alimentares e de vida: “Quando a dificuldade de lidar com a obesidade inclui a família, e quando esse envolvimento leva a mais dificuldades, é fundamental chamar os familiares para a consulta e utilizar-se dessa lente” (ASEN et al. *apud* BRASIL, 2014c, p. 102).

Segundo o Laboratório de Manejo de Inovação da Obesidade nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, através da análise de experiências de serviços

de saúde pública no país, observou-se que, em algumas delas, a corresponsabilização da família na modificação de comportamentos foi fundamental, com ênfase no público infanto-juvenil. A participação da família, além de ser essencial para a eficácia do tratamento da obesidade, coopera com a perda de peso e de sua manutenção através de mudanças de comportamentos no ambiente familiar (BRASIL, 2014a). Na figura 08, a seguir, são apontadas algumas destas experiências:

ONDE?	COMO?
Campina Grande/PB	Em datas comemorativas, os usuários e seus familiares são convidados, antecipadamente, para a participação em eventos festivos.
Marília/SP	Construção de ferramentas de apoio aos familiares para as mudanças.
Porto Alegre/RS	Na consulta também se tenta trazer a responsabilidade do problema para a família, destacando-a como responsável por tornar o ambiente familiar mais saudável.
Sorriso/MT	As orientações nutricionais e psicológicas foram realizadas com os pais para que eles sejam os atores principais do processo de emagrecimento.

Figura 08 – Participação e envolvimento de familiares no tratamento da obesidade.

Fonte: Brasil (2014a).

5.5 Práticas Integrativas

A adesão e os resultados das intervenções convencionais no manejo da obesidade parecem ser insatisfatórios no processo de emagrecimento. Desta forma, muitas pessoas têm buscado os tratamentos não convencionais, chegando a 45% dos casos, nos EUA. Também conhecido por tratamentos heterodoxos ou práticas integrativas e complementares em saúde, geralmente não são ministrados nos cursos de graduação das instituições de ensino superior, nem tampouco tais práticas são recomendadas em ambulatórios de hospitais universitários (ABESO, 2009).

A saúde pública brasileira tem-se utilizado de tratamentos não convencionais através da implementação da Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares no SUS, cuja primeira edição, em 2006, foi revisada e atualizada em 2015 (BRASIL, 2015b).

As contribuições nessa área ainda são poucas, no âmbito da saúde pública. A medicina antroposófica, juntamente com a homeopatia e a acupuntura foram inseridas oficialmente no SUS, a partir de sua prática no município de Belo Horizonte (MG). A Secretaria Municipal de Saúde desse município, realizou no ano de 1996, o primeiro concurso público para admissão de médicos especializados na medicina antroposófica para o SUS (BRASIL, 2015b).

O Laboratório de Manejo de Inovação da Obesidade nas Redes de Atenção à Saúde, do SUS, identificou algumas experiências em práticas integrativas e complementares no tratamento da obesidade. Dessas, a que recebeu destaque foi a do grupo Gatto, na cidade de Salvador (BA), que ressaltou a complexidade do ser humano e de suas condições de vida, além da magnitude do afeto e do amor como geradores de saúde e cura, e da necessidade de comunicar-se com as pessoas por distintas formas terapêuticas. Outro êxito foi identificado no município de Chapecó (SC): nessa experiência as pessoas foram convidadas a participar de uma dança circular com o objetivo de trabalhar o autocuidado, a autoestima, a consciência corporal e a interação social. Ademais, pacientes que requerem da equipe multidisciplinar um olhar diferenciado, puderam receber além de tratamento psicológico individual, sessões de auriculoterapia e de massoterapia (BRASIL, 2014a). A figura 09 aponta outras experiências com práticas integrativas, no SUS, para o manejo da obesidade:

ONDE?	O QUÊ?
Chapecó/SC	Sessões de auriculoterapia e massoterapia.
Florianópolis/SC	Sessões de auriculoterapia para auxiliar na redução de peso.
Itapevi/SP	Sessões de acupuntura para diminuir a ansiedade.
Rio de Janeiro/RJ	Grupo de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
Sumaré/SP	Terapia Comunitária.

Figura 09 – Práticas integrativas e complementares no tratamento da obesidade.

Fonte: Brasil (2014a).

5.6 Tratamento cirúrgico

O tratamento dietoterápico, a prática de atividade física e o tratamento medicamentoso são os principais pilares para o tratamento da obesidade. No entanto, os resultados do tratamento convencional nem sempre são satisfatórios, sendo indicado nesses casos, a intervenção cirúrgica (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

A indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida se baseia em uma ampla análise de vários aspectos clínicos do paciente (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

São candidatos à intervenção cirúrgica, os pacientes com 18 a 65 anos, com história de obesidade de longa duração, que obtiveram insucesso no tratamento clínico da obesidade e que possuem IMC superior a 40 kg/m², ou IMC acima de 35 kg/m² associado a alguma comorbidade ligada à obesidade (ALVAREZ-LEITE; DINIZ, 2013).

Segundo a Portaria nº 425/2013, do Ministério da Saúde, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, indivíduos com 16 a 18 anos poderão ser indicados ao tratamento cirúrgico, desde que apresentem o escore-z⁵ maior que +4 na análise do IMC por idade. No entanto, o tratamento cirúrgico não deverá ser realizado antes da maturação óssea definitiva, caracterizada pelo fechamento dos discos epifisários. Sendo assim, a avaliação clínica da pessoa nesta faixa etária necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional e com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Já no que diz respeito a adultos com idade superior a 65 anos, deverá ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando-se, nesses casos, a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento (BRASIL, 2013b).

⁵ O escore-z é um estimador que quantifica a distância de um valor observado em relação à mediana de uma população. No caso da avaliação do estado nutricional, após se calcular a diferença entre o valor observado e a mediana de referência, esse resultado é dividido pelo desvio-padrão relativo à idade e sexo do indivíduo.

De acordo com a Portaria Ministerial nº 425/2013:

Fica definido o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade como o estabelecimento que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade [...] Para cumprir as suas finalidades, os estabelecimentos de saúde habilitados como Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devem estar inseridos na organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013b, p. 01).

No Brasil é permitida a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde, que componha, de forma complementar, o Sistema Único de Saúde (SUS). O setor privado, em sua grande maioria, estabelece convênios com o SUS para realizar procedimentos de alta complexidade. O tipo de atendimento e o tempo de espera para a realização desses procedimentos se diferenciam em ambos os serviços (KELLES; MACHADO; BARRETO, 2014).

Em estudo realizado por Santos, Lima e Souza (2014), observou-se que existe uma diferença considerável de espera pelo procedimento cirúrgico da obesidade entre os serviços de saúde estudados, sendo a média do SUS, $14,3 \pm 7,7$ meses maior que a da rede suplementar, que é de $2,4 \pm 1,7$ meses. Trabalho realizado em Hospital Universitário do Recife (PE) mostrou que o tempo médio de espera para cirurgia bariátrica foi de 2,23 anos (PETRIBU et al., 2006). Por outro lado, no Ambulatório de Obesidade e Cirurgia Bariátrica da Universidade Federal de São Paulo, observou-se um tempo de espera de 3,4 anos (KHAWALI et al., 2012) para a realização do mesmo procedimento.

Para Pitombo (2014), indivíduos obesos, com perfis socioeconômicos menos favorecidos, estão recebendo muito menos acesso à cirurgia para perda de peso do que as pessoas com renda mais elevada e com seguro de saúde privado.

Nesse sentido, porém, segundo levantamento do MS, no ano de 2001, no Brasil, foram ofertadas 497 cirurgias bariátricas pelo SUS, e no ano de 2008 foram 3.195 procedimentos, que significaram aumento de 542% no número de intervenções (SANTOS, 2009). Segundo o SUS, entre os anos de 2010 e 2013, houve aumento de 45% de cirurgias bariátricas, passando-se de 4.489 para 6.493 procedimentos (BRASIL, 2014b).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) (2015), no Brasil, entre os anos de 2003 e 2010 houve um aumento de 275% no número de cirurgias bariátricas. No ano de 2003, foram registradas 16 mil intervenções cirúrgicas e no ano de 2010, 60 mil, sendo que 35% dessas foram pelo método menos invasivo, a videolaparoscopia. Do total de gastroplastias, 80% ocorreram nas regiões Sul e Sudeste do país (HINTZE et al., 2011).

Dados disponíveis no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostram o número de serviços ambulatoriais e hospitalares para tratamento de obesidade, habilitados pelo SUS, pelo Não SUS e por serviços que atendem tanto pelo SUS quanto pela Saúde Suplementar, em maio de 2015 (Tabela 01).

Tabela 01 – Serviços Especializados de Atenção à Obesidade no Brasil, Paraná e Macrorregião Oeste. Maio de 2015.

Serviços	BRASIL		PARANÁ		MACRORREGIÃO OESTE - PR		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Ambulatorial	SUS	66	100,0%	11	16,7%	2	18,2%
	SUS e não SUS	15	100,0%	4	26,7%	1	25,0%
	Não SUS	13	100,0%	2	15,4%	1	50,0%
Hospitalar	SUS	74	100,0%	11	14,9%	2	18,2%
	SUS e não SUS	22	100,0%	5	22,7%	1	20,0%
	Não SUS	18	100,0%	3	16,7%	2	66,7%

Fonte: CNES (2015).

Observa-se que o percentual de Serviços Especializados de Atenção à Obesidade, no âmbito ambulatorial, disponível no Estado do Paraná e em relação ao total do país, corresponde a 26,7% para o SUS e não SUS. Quanto à proporção dos serviços hospitalares, disponíveis no Paraná, em relação ao país, verifica-se 22,7% para o SUS e não SUS; já a macrorregião oeste do Paraná contempla 50% dos serviços ambulatoriais Não SUS do estado, sendo este percentual (66,7%) expressivo para o serviço hospitalar (CNES, 2015).

O custo do procedimento cirúrgico, pelo método menos invasivo e nas capitais brasileiras, custa entre R\$ 15 mil e R\$ 25 mil, enquanto que o método aberto

custa entre R\$ 10 mil e R\$ 15 mil (SBCBM, 2015). Quanto aos recursos investidos pelo SUS no tratamento cirúrgico da obesidade, houve um aumento, passando-se de R\$ 24,5 milhões, em 2010, para R\$ 38,1 milhões, no ano de 2013, o que correspondeu a 56% de crescimento (BRASIL, 2014b). De acordo com a Portaria nº 425/2013 do MS, o custo do procedimento cirúrgico para a técnica de gastroplastia com derivação intestinal corresponde a R\$ 4.350,00, com uma permanência média de 4 dias de internação.

A Figura 10 apresenta uma comparação do custo médio de internação para cirurgia bariátrica entre o SUS e a Rede Suplementar de Saúde, no período de 2001 a 2010.

Ano	SUS Brasil		SUS Região Sudeste		Operadora de saúde suplementar	
	Valor médio internação (R\$)	Valor médio/dia de internação (R\$)	Valor médio internação (R\$)	Valor médio/dia de internação (R\$)	Valor médio internação (R\$)	Valor médio/dia de internação (R\$)
2001	2.490,22	336,52	2.441,43	339,09	ND	ND
2002	2.918,35	374,15	2.857,28	375,96	ND	ND
2003	3.211,30	428,17	3.128,04	466,87	ND	ND
2004	3.229,16	474,88	3.135,94	489,99	6.906,32	1.973,23
2005	3.272,35	488,41	3.154,79	463,94	6.989,02	2.184,07
2006	3.220,60	511,21	3.122,61	495,65	7.048,14	2.135,80
2007	3.448,65	556,23	3.439,67	537,45	7.114,23	2.092,42
2008	4.925,31	864,09	4.819,30	816,83	6.862,35	2.144,48
2009	5.446,52	1.027,65	5.291,81	962,15	6.792,66	1.886,85
2010	5.467,99	1.093,60	5.321,63	985,49	6.825,13	2.275,04

ND – Informação não disponível.

Figura 10 – Valor histórico médio de internação e valor/dia para cirurgia bariátrica de pacientes assistidos pelo SUS – média geral do SUS Brasil, do SUS região Sudeste e da operadora de saúde suplementar

Fonte: Kelles, Machado e Barreto (2014).

A cirurgia bariátrica é considerada a ferramenta mais eficaz no controle e no tratamento da obesidade severa. Os benefícios da cirurgia incluem resolução ou melhora acentuada de comorbidades associadas à obesidade: doenças crônicas como hipertensão, diabetes e hiperlipidemia. No entanto, é preciso enfatizar que o tratamento cirúrgico da obesidade não se resume ao ato cirúrgico (BORDALO et al., 2011).

Os tratamentos cirúrgicos da obesidade realizados e disponíveis visam à promoção da redução do volume de ingestão total do paciente e/ou da absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido. Nesse sentido, se não houver por parte do pós-bariátrico um seguimento adequado da prescrição dietética e se seu

estado nutricional não for monitorado frequentemente por profissional nutricionista ou por equipe multiprofissional, eleva-se o risco de complicações no pós-operatório (ARAÚJO; SILVA; FORTES, 2010).

A restrição alimentar associada à má-absorção, induzidas pelas técnicas cirúrgicas e combinadas a possíveis deficiências nutricionais no pré-operatório, podem levar os pacientes a importantes carências nutricionais durante o período pós-cirúrgico tardio, principalmente as de micronutrientes (LIMA et al., 2013).

A fim de garantir melhores resultados no período pós-operatório, é preciso que haja entre os profissionais de saúde envolvidos um trabalho interdisciplinar. A equipe de saúde que deverá acompanhar o paciente, deve ser constituída por, no mínimo, médicos, psicólogos e nutricionistas. Entretanto, nessa equipe, o nutricionista terá o papel de garantir a manutenção da perda de peso com saúde por meio do acompanhamento individualizado e contínuo (GOMES; ROSA; FARIA, 2009).

6 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Os percursos percorridos por indivíduos à procura de cuidados terapêuticos, não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. As escolhas realizadas representam construções subjetivas, individuais e coletivas, acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, concebidas sob as influências de vários fatores e contextos (ALVES; SOUZA, 1999). Essas escolhas, por sua vez, irão definir ações que, sucessivamente, constituirão um determinado percurso. A literatura socioantropológica utiliza o termo itinerário terapêutico para definir esse percurso; entretanto, os estudos e investigações sobre o tema são relativamente recentes e possuem baixa expressão no Brasil (CABRAL et al., 2011).

O principal objetivo, em identificar o percurso traçado pelo paciente, está em interpretar os processos pelos quais as pessoas, seja no individual ou no coletivo, elegem e aderem ou não a uma forma específica de tratamento. Essa questão é fundamentada no indício de que as pessoas se deparam com diferentes formas de solucionar os seus problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

As noções sobre um episódio da doença e seu tratamento são empregadas por todos os envolvidos no processo clínico, ou seja, além de pelo paciente, por seus familiares e amigos, bem como por qualquer povo ou profissional curandeiro que seja consultado. Cada grupo e cada indivíduo, em certa medida, tem um ou mais modelos explicativos que os ajudam a produzir sentido, a partir de qualquer episódio particular de problema de saúde; e esses existem em muitos níveis, desde o conhecimento e experiência pessoal até os modelos explicativos modernos (KLEINMAN, 1980 *apud* HELMAN, 2008).

Segundo Silva Júnior, Gonçalves e Demétrio (2013, p. 02), “a saúde é um processo social dinâmico relacionado com outros processos sociais, no qual cada indivíduo constrói e entende sua saúde e sua doença através da representação sociocultural em consonância com a realidade em que vive”. Nesse contexto, é essencial considerar o meio sociocultural em que cada pessoa está inserida. Também, deve-se considerar sua vivência diante da doença para, assim, ser possível entender suas necessidades e qual o conceito de saúde, doença e cultura que cada indivíduo forma para si. Os conceitos e necessidades desses indivíduos,

por sua vez, irão influenciar na decisão quanto aos processos de tratamento que irão atender à sua aflição e à cura de sua doença.

Em 2011, foi publicada, no Brasil, uma revisão sistemática, com o objetivo de averiguar o que já havia sido produzido, nas duas últimas décadas, no país, de estudos científicos acerca de itinerários terapêuticos referentes à busca por cuidados de saúde, bem como acerca da metodologia empregada em suas análises (CABRAL et al., 2011). Após a publicação dessa revisão, outros trabalhos foram publicados no país, abordando a temática em relação a diferentes populações.

Dentre os achados, observaram-se diferentes recortes (tipos de doenças crônicas e faixa etária), com diferentes estratégias de coleta de dados (entrevistas semiestruturadas, em profundidade, observação e grupo focal) e diferentes tipos de análise (triangulação da análise, análise interpretativa, análise narrativa e análise temática, propostas por diferentes autores como Jovchelovitch e Bauer, Bogdan e Biklen e, também, Minayo). Em relação ao referencial teórico, encontraram-se referências ao Sistema de Cuidado à Saúde, proposto por Kleinman, em muitos dos trabalhos publicados (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004; SILVA et al., 2006; MATTOSINHO; SILVA, 2007; MERINO; MARCON, 2007; NEVES; NUNES, 2010; MARTINS; IRIART, 2014; VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2016).

A obesidade, face à complexidade envolvida em sua etiologia e considerando-se seus determinantes sociais – e a necessidade de compreendê-la também como um problema social –, faz com que seja importante conhecer o percurso terapêutico de pessoas obesas que buscam diferentes alternativas de tratamento para sua condição de saúde. No levantamento de literatura, não se encontrou nenhum estudo que identificasse o percurso terapêutico de indivíduos com obesidade.

Segundo o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2008), o aumento expressivo do número de cirurgias bariátricas possui, como uma das prováveis causas, a crença de que a cirurgia por si só irá resolver o problema da obesidade mórbida. Nesse sentido, Silva Júnior, Gonçalves e Demétrio (2013, p. 02) referem que:

Para resolver seus problemas de saúde, os indivíduos, nos mais diversos contextos socioculturais, recorrem às diferentes alternativas de tratamento conhecidas, as quais são escolhidas de acordo com a capacidade de responder às aflições, à disponibilidade de recursos e

a cura. Desse modo, a escolha do tratamento à sua doença dar-se-á a partir da compreensão e entendimento que cada pessoa terá do seu estado psicobiossocial junto às diferentes representações socioculturais em saúde-doença-cuidado construídas em tangência ao universo que está inserido, a qual realizará percursos e processos terapêuticos visando uma melhor resposta à sua aflição.

Portanto, o estudo do itinerário terapêutico em pacientes obesos pode ser utilizado com o intuito de auxiliar as equipes de saúde, que acompanham esta população, a compreenderem o contexto sociocultural em que esses indivíduos estão inseridos, bem como contribuir para as tomadas de decisões quanto às abordagens a serem adotadas em diferentes linhas de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AGÊNCIAS DE PUBLICIDADE. **As leis, a publicidade e as crianças:** O que é preciso saber. O que dá para fazer. São Paulo: ABAP, [2013]. Disponível em: <<http://www.abapnacional.com.br/pdfs/03-leis.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3.ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

ALVAREZ-LEITE, Jacqueline Isaura; DINIZ, Marco Túlio Costa (Ed.). **Nutrição e metabolismo em cirurgia bariátrica.** São Paulo: Atheneu, 2013.

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.

ARAÚJO, Amanda de Moraes; SILVA, Tane Hermuche Motta e; FORTES, Renata Costa. A importância do acompanhamento nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p.139-150, jun. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/importancia_acompanhamento.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

ASBRAN – Associação Brasileira de Nutrologia. **Projeto diretrizes:** avaliação nutrológica pré e pós-operatória em cirurgia bariátrica. Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM). São Paulo: AMB/CFM, 4 fev. 2009. Disponível em: <<http://www.abran.org.br/images/agosto2010/projetodiretrizes>>. Acesso em: 07 maio 2015.

BAHIA, Luciana; COUTINHO, Evandro Silva Freire; BARUFALDI, Laura Augusta; ABREU, Gabriela de Azevedo; MALHÃO, Thainá Alves; SOUZA, Camila Pepe Ribeiro de; ARAUJO, Denizar Vianna. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. **Biomed Central Public Health**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.440-446, 2012. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3416687/pdf/1471-2458-12-440.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BOLIVIA. **Asamblea Legislativa Plurinacional**. Ley nº 775, de 08 de enero de 2016. Ley de Promoción de Alimentación Saludable. **Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia**, La Paz, Edición: 825NEC. Disponível em: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101792/122828/F1423688733/LEY_775_BOLIVIA.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BORDALO, Livia Azevedo; TEIXEIRA, Tatiana Fiche Sales; BRESSAN, Josefina; MOURÃO, Denise Machado. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 1, p.113-120, fev. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0211/pdfs/IS31\(2\)036.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0211/pdfs/IS31(2)036.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. (Cadernos de Atenção Básica, n 12). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. Portaria nº 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 jul. 2007a. 125. ed., Seção 1, p. 51-51. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=51&data=02/07/2007>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 set. 2007b. 172. ed., Seção 1, p. 31-36. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/09/2007&jornal=1&pagina=31&totalA;>>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. Lei nº 11.721, de 23 de junho de 2008. Institui o dia nacional de prevenção da obesidade. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jun. 2008, ano 145, 119. ed., Seção 1, p.1. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=24/06/2008>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011b. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 68 ed., 08 abr. 2011, p. 52. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf>> Acesso em: 01 jun. 2017.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2013a. 54. ed., Seção 1, p. 23-24. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=20/03/2013>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2013b. 54. ed., Seção 1, p. 25-29. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/03/2013&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=96>>. Acesso em: 07 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 84 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2017.

_____. _____. **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. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. _____. Aumenta o número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS. **Portal da saúde**, Notícias, 14 mar. 2014b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus>>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, Portal do Departamento da Atenção Básica, 2014c. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. _____. _____. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 156 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____. _____. Sistema Único de Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Academia de Saúde. Programa Saúde na Escola. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022). **Vigitel: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e. 41 slides, color. Apresentação do lançamento de dados de 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f. 13 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2017.

_____. Decreto nº 8.553, de 03 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 210. ed. Brasília, DF, 04 nov. 2015a. Seção 1, p. 7. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=7&data=04/11/2015>>. Acesso em: 09 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 96

p. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.

_____. Portaria nº 670, de 03 de junho de 2015. Mantém até 31 de dezembro de 2015 a habilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, e altera a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jun. 2015c. 105. ed., Seção 1, p. 48. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=05/06/2015>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH/PR). Brasil supera baixo peso infantil, mas número de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade é preocupante: 7,3% das crianças menores de cinco anos estão com excesso de peso. **Assessoria de Comunicação Social da SDH/PR**. Entrevista coletiva: Apresentação de dados sobre alimentação adequada de crianças e adolescentes no Brasil, 2 mar. 2015d. Brasília, DF: SDH/PR. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/pdf/alimentacao-adequada-estudo-completo>>. Acesso em: 07 maio 2015.

_____. Portaria nº 308, de 04 de março de 2016. Prorroga os prazos de que tratam o "caput" e o § 1º do art. 1º da Portaria nº 670/GM/MS, de 3 de junho de 2015, para que os Estados, os Municípios e o Distrito Federal organizem as linhas regionais de. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 mar. 2016. 44. ed., Seção 1, p. 69. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=69&data=07/03/2016>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; MARTINEZ-HEMÁEZ, Angel; ANDRADE, Eli lola Gurgel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4433-4442, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.

CAISAN – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade**: recomendações para estados e municípios. Brasília, DF: CAISAN, 2014. 39 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/estrategia_final.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016.

CHILE. Senado. Aprueban cambios realizados a iniciativa que limita publicidad de alimentos “altos en...” dirigidos a menores. **Boletín nº 8026-11**, Departamento de

Prensa, Valparaíso, Chile, 30 sep. 2015. Disponível em: <http://www.senado.cl/aprueban-cambios-realizados-a-iniciativa-que-limita-publicidad-de-alimentos-altos-en-dirigidos-a-menores/prontus_senado/2015-09-29/183205.html>. Acesso em: 12 jun. 2016.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Relatórios de Serviços Especializados de Atenção à Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp>. Acesso em: 07 maio 2015.

CONSUMERS INTERNATIONAL. Oficina para América Latina y el Caribe. **Carta abierta a los participantes del 54º Consejo Directivo de la OPS y la 67ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas**. 28 sep. 2015. Disponível em: <<http://criancaeconsumo.org.br/wp-content/uploads/2015/09/carta-abierta-al-54o-consejo-directivo-ops-y-67a-sesion-del-comite-regional-de-la-oms-para-las-americas-1-.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

DELLA COSTA, Luziane; VALEZI, Antonio Calos; MATSUO, Tiemi; DICHI, Isaias; DICHI, Jane Bandeira. Repercussão da perda de peso sobre parâmetros nutricionais e metabólicos de pacientes obesos graves após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 37, n. 2, p.096-101, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v37n2/a05v37n2.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2015.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Gobierno de la República. Secretaría de Salud. **Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes**. México, D. F.: Secretaría de Salud, 2013. 105 p. Disponível em: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

FONSECA-JUNIOR, Sidnei Jorge; SÁ, Carlos Gabriel Avelar de Bustamante; RODRIGUES, Phillipe Augusto Ferreira; OLIVEIRA, Aldair J.; FERNANDES-FILHO, José. Exercício físico e obesidade mórbida: uma revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, n. 1, p.67-73, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26s1/a15v26s1.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

GOMES, Giulia Sarah; ROSA, Michelle de Assis; FARIA, Helenise Ramos Mendes. Perfil nutricional dos pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Nutrir Gerais**: revista digital de nutrição, Ipatinga, MG, v. 3, n. 5, p.462-476, dez. 2009. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/5_edicao/Artigo_PERFIL_NUTRICIONAL_DOS_PACIENTES_POS-OPERATORIO.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

HEYMSFIELD, Steven B.; WADDEN, Thomas A.. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. **New England Journal Of Medicine**, Waltham, MA, v. 376, n. 3, p.254-266, 19 jan. 2017. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). <http://dx.doi.org/10.1056/nejmra1514009>.

HINTZE, Luzia Jaeger; BEVILAQUA, Cheila Aparecida; PIMENTEL, Evy Benito; NARDO JUNIOR, Nelson. Cirurgia bariátrica no Brasil. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 20, n. 3-4, p.87-98, maio/ago. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/585/565>>. Acesso em: 14 maio 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente nos municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015a. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160712.pdf>. Acesso em: 24 ago 2016.

_____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde, v. 3. PNS 2013: Em dois anos, mais da metade dos nascimentos ocorreram por cesariana. **Agência IBGE Notícias**, 21 ago. 2015b. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/9653-pns-2013-em-dois-anos-mais-da-metade-dos-nascimentos-ocorreram-por-cesariana.html>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

JAIME, Patrícia Constante; STOPA, Sheila Rizzato; OLIVEIRA, Taís Porto; VIEIRA, Maria Lúcia; SZWARCOWALD, Célia Landmann; MALTA, Deborah Carvalho. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 267-276, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00267.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

KELLES, Silvana Márcia Bruschi; MACHADO, Carla Jorge; BARRETO, Sandhi Maria. Dez anos de Cirurgia Bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde ou por Operadora da Saúde Suplementar. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 27, n. 4, p.261-267, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n4/pt_0102-6720-abcd-27-04-00261.pdf>. Acesso em: 07 maio 2015.

KHAWALI, Cristina; FERRAZ, Marcos Bosi; ZANELLA, Maria Tereza; FERREIRA, Sandra R. G. Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 56, n. 01, p.33-38, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n1/v56n1a06.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**. Part B: Medical Anthropology, [s.l.], v. 12, n. 2B, p.85-93, dez. 1978. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/34cf/ffdc077e388aac11e6c4a83bdf5210705e5.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

KLEINMAN, A. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press, 1980, 433 p. Resenha de: HELMAN, Cecil. Review Article. **Sociology of Health & Illness**, v. 3, n. 3, p. 346-351, jul. 1981. Article first published online: 28 jun. 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10486948/pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.

LIMA, Karla Vanessa Gomes de; COSTA, Maria José de Carvalho; GONÇALVES, Maria da Conceição Rodrigues; SOUSA, Bruno Soares de. Deficiências de micronutrientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, n. 1, p.63-66, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26s1/a14v26s1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

LOCARNO, Andréa de Fátima da Silva; NAVARRO, Antonio Coppi. Educação nutricional como estratégia de prevenção e tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 5, n. 28, p.314-323, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/249/234>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

LUZ, Felipe Quinto da; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. **Revista de Psicologia Aletheia**, Canoas, RS, v. 09, n. 40, p.159-173, abr. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a14.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

MARTINS, Patricia Vieira; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 273-289, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00273.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p.1113-1119, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/08.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

MGI – MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE. **Overcoming obesity**: An initial economic analysis. Executive summary. [S.l.]: MGI, 2014. 20 p. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/~/media/mckinsey/business%20functions/economic%20studies%20temp/our%20insights/how%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/mgi_overcoming_obesity_executive_summary.ashx>. Acesso em: 15 jun. 2015.

MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes; MARCON, Sônia Silva. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p.651-658, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/06.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

MOREIRA, Priscila; ROMUALDO, Monica Cristina dos Santos; AMPARO, Fernanda Cassullo; PAIVA, Catharina; ALVES, Renata; MAGNONI, Daniel; KOVACS, Cristiane. A educação nutricional em grupo e sua efetividade no tratamento de pacientes obesos. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 6, n. 35, p. 216-224, out. 2012. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/263/273>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

NEVES, Robson da Fonseca; NUNES, Mônica de Oliveira. Da legitimação a (re)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.211-220, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a26v15n1.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

NG, Marie; FLEMING, Tom; ROBINSON, Margaret; THOMSON, Blake; GRAETZ, Nicholas; MARGONO, Christopher; ... e GAKIDOU, Emmanuela. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 384, n. 9945, p.766-781, ago. 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60460-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60460-8/abstract)>. Acesso em: 06 maio 2015.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de; MARTINS, Wolney de Andrade. O Preço da Obesidade. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.238-

240, jul.-ago. 2013. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Editorial-O-Preço-da-Obesidade.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2015.

OLIVEIRA, Michele Lessa de. **Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2013. 109 f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana) – Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF: 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13323/1/2013_MicheleLessadeOliveira.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Escritório Regional para as Américas da OMS – Organização Mundial da Saúde. Repartição Sanitária Pan-Americana. **Recomendações da consulta de especialistas da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a promoção e a publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças nas Américas**. Washington, D.C.: OPAS, 2012. 44 p. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=17262&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2016.

_____. _____. **Plano de ação para a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes**. Washington, D.C.: OPAS, 03 out. 2014. 36 p. (Original em inglês) Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/images/stories/UTFGCV/planofactionchildobesity-por.pdf?ua=1>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. _____. **Modelo de perfil nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde**. Washington, D.C.: OPAS, 2016. 36 p. Disponível em: <<http://www.asbran.org.br/arquivos/Modelo-Perfil-Nutricional-OPS-Feb-17-2016-portugues.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas da OMS – Organização Mundial da Saúde. Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. **Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas**. Washington D.C: OPS, 2015. 76 p. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

PAUMGARTTEN, Francisco J. R. Tratamento farmacológico da obesidade: a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 03, p.404-405, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/01.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

PÊGO-FERNANDES, Paulo Manuel; BIBAS, Benoit Jacques; DEBONI, Mariana. Obesity: the greatest epidemic of the 21st century? **Sao Paulo Medical Journal**, v. 129, n. 5, 2011. Editorial, p.283-284, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v129n5/v129n5a01.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.

PERU. Congreso de la Republica. Ley nº 30021, de 10 de mayo de 2013. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. **Diario Oficial El Peruano**, Poder Ejecutivo, Lima, 17 mayo 2013, p. 494937-494939. Disponível em: <https://issuu.com/martcab/docs/ley_30021_-_ley_de_promoci__n_de_la>. Acesso em: 13 jun. 2016.

PETRIBU, Kátia; RIBEIRO, Edilana Sá; OLIVEIRA, Fabiana M. F. de; BRAZ, Cristiana, I. A.; GOMES, Maria Laura Mota; ARAÚJO, Daniella E. de; ALMEIDA, Nair C. N. de; ALBUQUERQUE, Pedro C. de; FERREIRA, Moacir de N. L. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n. 5, p.901-908, out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n5/32228.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.

PIMENTA, Fernanda B. C.; BERTRAND, Elodie; MOGRABI, Daniel C; SHINOHARA, Helene; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. The relationship between obesity and quality of life in Brazilian adults. **Frontiers In Psychology**, [s.l.], v. 6, n. 0, p.1-7, jul. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500922/pdf/fpsyg-06-00966.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

PITOMBO, C. The cost of the waiting line for a bariatric surgery in the Brazilian public Hospital. **Obesity Week**, nov. 4-6, 2014 [Abstracts]. Disponível em: <<http://obesityweek.com/app/uploads/2015/03/2014-ASMBS-abstracts.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.

RADOMINSKI, Rosana Bento (Coord.). Atualização das diretrizes para o tratamento farmacológico da obesidade e do sobrepeso. Posicionamento Oficial da ABESO/SBEM – 2010. **ABESO**, São Paulo, n. 47, p. 4-18, out. 2010. Edição Especial. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_2010.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.

REIS, Vilma. Imposto está salvando o México, líder mundial em obesidade. 19 jun. 2015. **ABRASCO**, Notícias Internacionais, p. 9. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/categoria/noticias/internacionais/page/9/>> e <<https://www.abrasco.org.br/site/2015/06/imposto-do-refrigerante-esta-salvando-o-mexico-lider-mundial>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

RIGO, Luiz Carlos; SANTOLIN, Cezar Barbosa. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. **Movimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.279-296, jun. 2012. Disponível em: <seer.ufrgs.br/Movimento/article/download/20867/19073>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SANTOS, Beth. Crescem investimentos e número de cirurgias bariátricas. **ABESO**, Notícias, São Paulo, 10 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/noticia/crescem-investimentos-e-numero-de-cirurgias-bariatricas>>. Acesso em: 14 maio 2015.

SANTOS, Helisregina do Nascimento; LIMA, Juliana Meneses Santos; SOUZA, Márcia Ferreira Cândido de. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1359-1365, maio 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01359.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Julia. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p.68-72, 2002. Disponível em: <[http://www.abeso.org.br/pdf/set/Segal-Contra ind para cir bariatrica.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/set/Segal-Contra%20ind%20para%20cir%20bariatrica.pdf)>. Acesso em: 14 maio 2015.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; MEIRELES, Betina Schneider. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto & Contexto Enfermagem**: revista da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, v. 13, n. 1, p.50-56, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71413108.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

_____; _____. FRANCIONI, Fabiane Ferreira; MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; COELHO, Maria Selo; SANDOVAL, Rita de Cássia Bruno; CUNHA, Mila Andrade; FERREIRA, Nadja. Pessoas com diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **REBEn**: revista da Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p.297-302, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a09v59n3.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

SILVA, Guidélia Aparecida da; LANGE, Elaine Soares Neves. Imagem Corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 28, n. 60, p.43-54, jan-mar. 2010. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=3509>. Acesso em: 01 fev. 2017.

SILVA JÚNIOR, Nadson Duarte; GONÇALVES, George; DEMÉTRIO, Franklin. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. **Revista Eletrônica Discente História.com**, Cachoeira, BA, v.

01, n. 01, p.01-12, 2013. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/seer/index.php/historiacom/article/view/4/4>>. Acesso em: 07 maio 2015.

SAB – Sociedade Antroposófica no Brasil. **O que é medicina antroposófica?** Disponível em: <<http://www.sab.org.br/portal/medicinaeterapias/213-oqueeamedicinaantroposofica>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Press Kit: Obesidade sem marcas.** [2013]. Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br/imagens/PressKit_SBCBM.pdf>. Acesso em: 07 maio 2015.

SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Plano alimentar: o papel do nutricionista.** [ca. 2000-2016] Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/plano-alimentar-o-papel-do-nutricionista/>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

_____. **Projeto Diretrizes: Sobrepeso e Obesidade - Diagnóstico.** Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM). São Paulo: AMB/CFM, 24 ago. 2004. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/sobrepeso-e-obesidade-diagnostico.pdf>. Acesso em: 29 maio 2016.

_____. **Projeto Diretrizes: Obesidade – Tratamento Dietético.** Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM). São Paulo: AMB/CFM, 31 out. 2005. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/obesidade-tratamento-dietetico.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana de Oliveira. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, a. 13, v. 20, n. 3, p.359-366, abr. 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/371#>>. Acesso em: 14 maio 2015.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha de cuidados para sobrepeso e obesidade.** Palmas: Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins, 2015. 38 p. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/257091/>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

TROGDON, Justin G.; FINKELSTEIN, Eric A.; FEAGAN, Charles W.; COHEN, Joel W. State- and payer-specific estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. **Obesity**, v. 20, n. 1, p.214-220, jan. 2012. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2011.169/epdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.

UNICEF – United Nations Children's Fund; WHO – World Health Organization; WBG – World Bank Group. **Levels and trends in child malnutrition: UNICEF – WHO – World Bank Group joint child malnutrition estimates, Key findings of the 2015 edition.** New York, USA; Geneva, SWI; Washington DC, USA: UNICEF; WHO; WBG, 2015. Disponível em: <http://www.unicef.org/media/files/JME_2015_edition_Sept_2015.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2016.

UNITED KINGDOM. GOVERNMENT OFFICE FOR SCIENCE. Foresight Programme. **Tackling Obesities: Future Choices - Project Report.** 2. ed. London: UK Government Office For Science, 2007. 164 p. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/287937/07-1184x-tackling-obesities-future-choices-report.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2017.

URUGUAY. Unasur impulsa contracultura ante creciente consumo de alimentos ultraprocesados. **Comunicacion, Noticias**, Presidencia de la República, 15 sep. 2015. Disponível em: <<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/unasur-basso-alimentacion-saludable-antitabaco-alimentos-ultraprocesados>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

VALDANHA-ORNELAS, Élide Dezoti; SANTOS, Manoel Antônio dos. O Percurso e seus Percalços: Itinerário Terapêutico nos Transtornos Alimentares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 1, p.169-179, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n1/1806-3446-ptp-32-01-00169.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

WGO – WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. **WGO Practice Guidelines: Obesidade (versão completa)**. 2011. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/2012_Obesity-Master_PT.pdf>. Acesso em: 06 mai 2015.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health. Division of Noncommunicable Diseases. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a Who consultation on obesity.** Geneva, SWI: WHO, 1997. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf)>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva, SWI: Who Press, 2011. 176 p. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2016.

_____. **Read the 10 facts about obesity.** Reviewed May 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

_____. **Obesity and overweight.** Fact sheet n. 311. Updated January 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

_____. **Report of the commission on ending childhood obesity.** Geneva, SWI: Who Press, 2016. 68 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 11 jun. 2016.

ARTIGO CIENTÍFICO 1

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DE UM SERVIÇO
DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE**

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DE UM SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE

PATIENTS DEMOGRAPHIC PROFILE OF A HIGH COMPLEXITY SERVICE OF INDIVIDUALS WITH OBESITY

Soraia Younes*
Maria Lucia Frizon Rizzotto**
Allan Cezar Faria Araújo***

RESUMO: Objetivou-se identificar a origem, o grau de obesidade e aspectos sociodemográficos dos pacientes atendidos no Serviço de Assistência de Alta Complexidade a Indivíduos com Obesidade, do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Pesquisa documental, descritiva, realizada com 148 pacientes cadastrados no referido serviço, sendo 18,25% deles, do sexo masculino e 81,75%, do feminino; 85% encontram-se na faixa etária de 30 a 59 anos, são oriundos de 38 diferentes municípios localizados na região Oeste, Sudoeste e Noroeste do Estado do Paraná. O início da obesidade ocorreu, para 40,54%, na infância e adolescência, e para 32,43%, entre os 20 e 30 anos. O grau da obesidade de acordo com o Índice de Massa Corporal foi de grau III, para 59,46% dos casos e de 25,0%, para obesidade grau IV. O tempo de espera por atendimento especializado em obesidade foi inferior a um ano, para 8,11%; por mais de três anos, para 25,00%, e de cinco anos ou mais para 5,4%. Foram 53 diferentes ocupações identificadas; dentre essas, as mais relatadas foram “do lar”, com 25,0% e aposentados, com 7,45% dos casos. Observou-se acentuada presença feminina e maior prevalência na faixa etária de 30 a 39 anos. Para concluir, o tempo de espera, para atendimento em serviço especializado, variou de menos de um ano até cinco anos ou mais.

Palavras-chave: Alterações do Peso Corporal; Linha de Cuidado; Índice de Massa Corporal.

ABSTRACT: This study aimed to identify the origin, the degree of obesity and socio-demographic aspects of obese patients attending a High Complexity Assistance Service of a University Hospital located at the West of Parana. Documentary research and descriptive research with 148 registered patients, being 18.25% male and 81.75% female; 85% of the group between 30 and 59 years of age, coming from 38 different counties, from the West, Southwest and Northwest regions of Paraná State. The onset of obesity occurred to 40.54% in childhood and adolescence, and 32.43% to individuals between 20 and 30 years of age. The

* Nutricionista. Mestranda em Biociências e Saúde, Nutricionista Clínica em Gastroclínica-Foz. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: soraiayounes@hotmail.com

** Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva, Professora Associada do Curso de graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação *Strico Sensu* em Biociências e Saúde e do Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira, da UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: frizon@terra.com.br

*** Médico. Doutor em Clínica Cirúrgica, Professor Adjunto do Curso de Medicina da UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: allanCFaraujo@uol.com.br

degree of obesity according to the Body Mass Index was grade III for 59.46% of the cases, and 25.0% with obesity degree IV. The waiting time for specialized care in obesity was less than one year for 8.11%; for 25.00%, more than three years, and 5.4 % four years or more. There were 53 different occupations; the most reported were from housewives with 25.0% and retired people with 7.45% of the cases. We concluded a high prevalence of females between 30 to 39 years of age. As for specialized waiting, time ranged from less than a year to five years or more.

Key words: Overweight; Network Threadhold; Body Mass Index.

Introdução

Em todo o mundo, a prevalência de sobrepeso e obesidade associados aumentou 27,5% em adultos e 47,1% em crianças, entre os anos de 1980 e 2013. No mesmo período, o número de indivíduos com sobrepeso e obesidade aumentou de 857 milhões para 2,1 bilhões. Mais de 50% dos 671 milhões de indivíduos obesos no planeta vivem em dez países (listados em ordem decrescente de indivíduos obesos): EUA, China, Índia, Rússia, Brasil, México, Egito, Alemanha, Paquistão e Indonésia¹.

Em 2014, 39% da população mundial adulta encontrava-se com sobrepeso e 13% com obesidade. A prevalência do excesso de peso na população mundial é maior entre as mulheres (40% sobrepeso e 15% obesidade) do que entre os homens (38% sobrepeso e 11% obesidade)².

No Brasil, nos últimos anos, a população vem apresentando aumento do peso corporal, resultante de transição nutricional. Há algumas décadas, o País tinha como desafio a desnutrição proteico-calórica³; nos dias atuais, contudo, o sobrepeso ultrapassa o déficit de peso em 28 vezes no gênero masculino, e em 13 vezes no feminino⁴.

O impacto econômico global da obesidade chega a U\$ 2 trilhões anuais, ou 2,8% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial, quase o equivalente ao impacto global do tabagismo ou da violência armada, guerra e terrorismo. No Brasil, a obesidade acarreta um ônus de cerca de 2,4% sobre o PIB nacional. Na análise de impacto econômico estão inclusos os custos com a

redução da produtividade, as despesas com o sistema de saúde e os investimentos essenciais para conter os impactos da obesidade⁵. Em 2011, no País, *as estimativas revelaram que a obesidade custou cerca de 500 milhões de reais*, correspondendo a 1,9% das despesas com assistência à saúde de média e alta complexidade, para o Sistema Único de Saúde (SUS). A obesidade mórbida totalizou 23,8% (R\$ 116,2 milhões) dos custos, tendo sido, com isso, 4,3 vezes maior do que o custo da obesidade leve e moderada, apesar de apresentar uma prevalência 18 vezes menor. O gasto relacionado ao tratamento cirúrgico da obesidade foi de R\$ 31,5 milhões⁶.

Ainda, a obesidade é responsável por cerca de 5% de todas as mortes por ano no mundo⁵. Em 2010, estimou-se que o sobrepeso e a obesidade foram responsáveis por causar 3,4 milhões de mortes. Adicionalmente, promovem 3,9% de anos de vida perdidos e 3,8% de anos de vida ajustados por incapacidade em todo o mundo¹.

O sobrepeso e a obesidade não apresentam dificuldades em serem percebidos; seu diagnóstico preciso, no entanto, exige a adequada identificação dos graus de risco. A obesidade é classificada em subgrupos quanto à gravidade, sendo definida como obesidade grau I quando o IMC se encontra entre 30 a 34,9 Kg/m², obesidade grau II quando o IMC se situa entre 35 a 39,9 Kg/m² e, considerada como obesidade grau III, quando o IMC é igual ou superior a 40 Kg/m² ^{7,8,9,10}. Entretanto, o Projeto Diretrizes para Avaliação Nutrológica Pré e Pós-operatória em Cirurgia Bariátrica subdivide a classificação da obesidade através do IMC em obesidade grau IV, quando o IMC se encontra entre 50,0 e 50,9 Kg/m², e obesidade grau V, quando IMC se apresenta como ≥ 60 Kg/m² ¹¹.

A obesidade é uma doença crônica de causa multifatorial, causada pelo armazenamento excessivo de adiposidade, relacionado ao estilo de vida, pré-disposição genética e fatores socioambientais¹². A epidemia global da obesidade é um reflexo dos

enormes problemas sociais, econômicos e culturais, sendo caracterizada como uma doença complexa e compreendida de forma incompleta¹³.

Existem diversas alternativas para o tratamento da obesidade, dentre eles, os farmacológicos, dietéticos, terapia cognitivo-comportamental, cirúrgico e os tratamentos não convencionais⁸, como por exemplo, acupuntura, aromaterapia, fitoterapia, homeopatia, termalismo social/crenoterapia (utilização de água mineral com objetivo terapêutico) e os da medicina antroposófica¹⁴.

Por ser uma doença complexa e de etiologia multifatorial, a sua abordagem requer uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e aportes de diferentes áreas do conhecimento e de diferentes campos de atuação¹⁵. Tal abordagem de caráter multiprofissional e interdisciplinar vem sendo implementada em serviços especializados que visam à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com problemas de obesidade.

Nesse sentido, em fevereiro de 2014, foi criado o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (SAACIO), no âmbito do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), que conta com uma equipe multiprofissional e tem como objetivo prioritário a promoção da saúde e cuidado clínico, sendo o procedimento cirúrgico apenas uma das alternativas ao tratamento da obesidade¹⁶.

Conhecer a origem e o perfil dos indivíduos que procuram o referido serviço é importante para o planejamento de ações preventivas e curativas em outros âmbitos da atenção à saúde. O fornecimento frequente de informações através de dados populacionais consiste num mecanismo fundamental para acompanhar o acesso aos serviços, possibilitando analisar a efetividade das políticas de saúde, além de contribuir com a reformulação destas se necessário^{17,18}.

Este trabalho objetivou identificar a origem, o grau de obesidade e aspectos sócio-demográficos dos pacientes atendidos no SAACIO do HUOP.

Métodos

Pesquisa de natureza documental e descritiva, desenvolvida junto ao SAACIO. Os dados foram obtidos no banco de dados do referido serviço onde constam informações socioeconômicas, demográficas, antropométricas e de evolução clínica dos pacientes. Todos os pacientes, cadastrados em setembro de 2015, fizeram parte da amostra, totalizando 148 sujeitos. Os dados, por sua vez, foram lançados em planilhas do programa Microsoft Excel 2010, formando um banco de dados próprio para subsequente análise estatística descritiva.

A presente pesquisa é um recorte de um projeto maior intitulado “Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP”, aprovado em julho de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, parecer n.º 1.180.202/2015. No desenvolvimento do estudo foram respeitados todos os critérios estabelecidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Este artigo é um *recorte de dissertação de mestrado*.

Resultados

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹⁹, o Estado do Paraná possui 11 (16,7%) Serviços Especializados de Atenção à Obesidade, em nível ambulatorial e 11 (14,9%), em nível hospitalar, do total de Serviços do País, que atendem pelo SUS. Na macrorregião Oeste do Paraná, onde se localiza o SAACIO, campo da presente pesquisa, estão localizados 02 (18,2%) dos serviços de tratamento de obesidade ambulatorial

e ambos são públicos; 50% dos serviços ambulatoriais e 66,7% dos serviços hospitalares são privados.

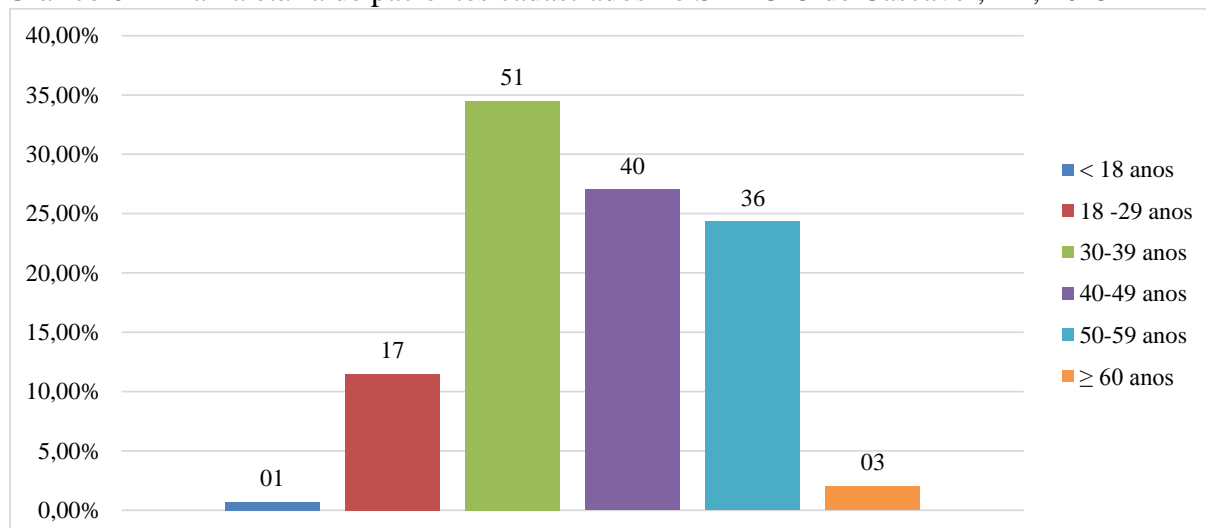
O referido serviço conta com equipe multiprofissional composta por especialistas em cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, endocrinologia, nutrologia, fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, nutrição e enfermagem. Também atuam no serviço alunos da residência médica, da pós-graduação *stricto sensu* em mestrado e doutorado, e estagiários das áreas de fisioterapia, nutrição e farmácia. Além de multiprofissional, a equipe tem desenvolvido trabalho interdisciplinar composto por reuniões periódicas, com discussão de casos, revisão de protocolos e educação permanente.

O serviço atende pacientes com obesidade encaminhados pela 10ª Regional de Saúde do Paraná. Os atendimentos são realizados em grupos, que frequentam reuniões mensais, sempre às segundas-feiras. Entretanto, quando identificada a necessidade de um atendimento individualizado, o paciente é direcionado ao especialista, com agendamento realizado pela equipe do SAACIO.

Dos 148 pacientes cadastrados, 27 (18,25%) eram do sexo masculino e 121 (81,75%), feminino, oriundos de 38 diferentes municípios localizados nas regiões Oeste, Sudoeste e Noroeste do Estado do Paraná.

Em relação à idade (Gráfico 01), observou-se que 127 pacientes (85%) se encontravam na faixa entre 30 e 59 anos de idade.

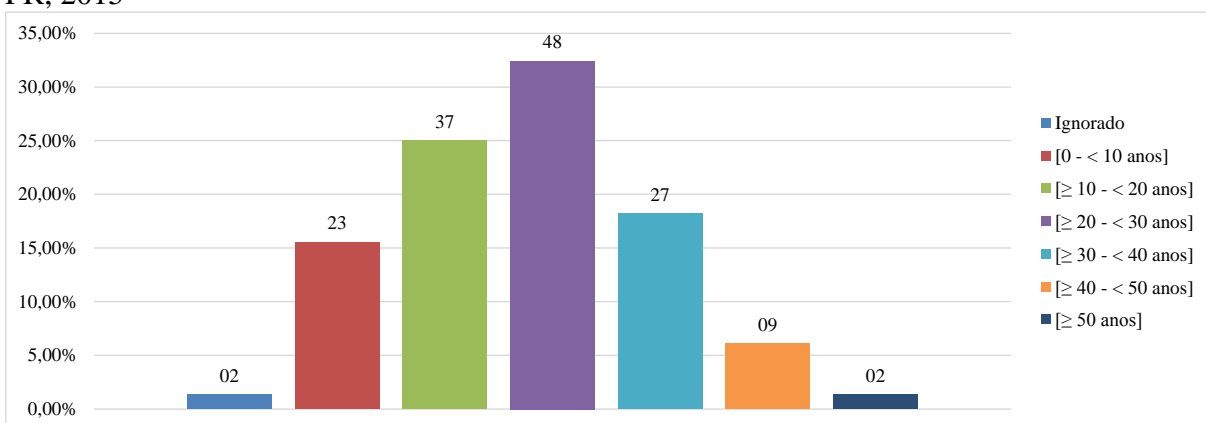
Gráfico 01 – Faixa etária de pacientes cadastrados no SAACIO de Cascavel, PR, 2015



Fonte: Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do HUOP (2015).

Já o início da obesidade ocorreu em diferentes fases do ciclo da vida, dado que para 60 dos atendimentos (40,54%), a obesidade teve início na infância e adolescência, e para 48 (32,43%), entre os 20 e 30 anos, ou seja, mais comum no público jovem (Gráfico 02).

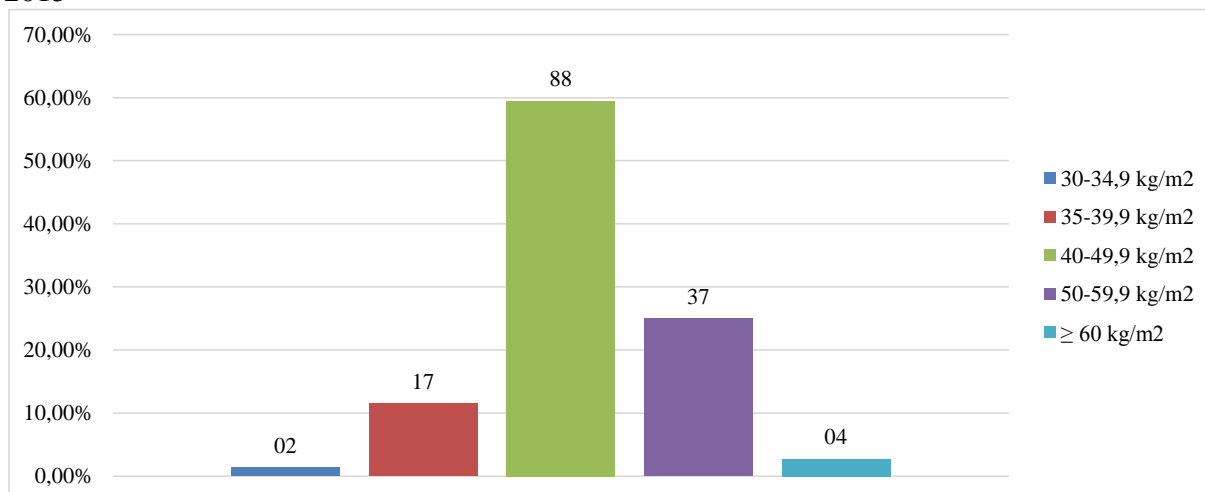
Gráfico 02 – Idade de início da obesidade de pacientes cadastrados no SAACIO de Cascavel, PR, 2015



Fonte: Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do HUOP (2015).

Em relação ao grau da obesidade, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) (Gráfico 03), foi possível observar que predominaram indivíduos com obesidade grau III (IMC de 40,0 a 49,9 kg/m²) em 88 (59,46%) dos casos, e grau IV (50 a 59,9 kg/m²) em 37 (25,00%) deles.

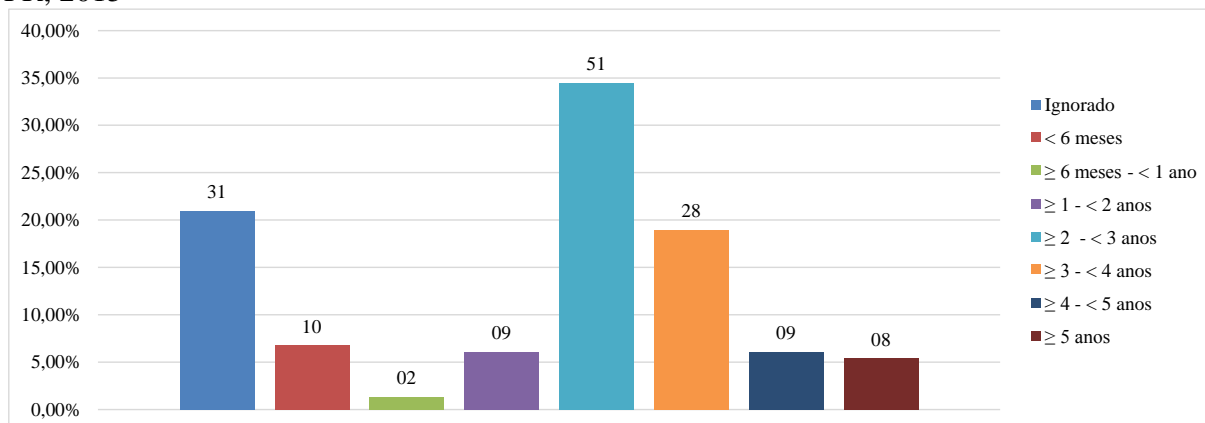
Gráfico 03 – Índice de Massa Corporal de pacientes cadastrados no SAACIO de Cascavel, PR, 2015



Fonte: Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do HUOP (2015).

O tempo de espera por atendimento especializado em obesidade variou de pessoa para pessoa. Apesar de, em 31 casos (20,95%), o tempo de espera não ter sido informado, notou-se grande contraste entre as faixas, com 12 (8,11%) indivíduos que esperaram menos de um ano, outros 37 (25,00%), que aguardaram por mais de três anos, e o grupo de 8 sujeitos (5,40%), que declarou espera de até cinco anos ou mais para, conforme demonstrado no Gráfico 04.

Gráfico 04 – Tempo de espera para consulta, em anos, no Serviço Especializado em Obesidade de pacientes cadastrados no SAACIO de Cascavel, PR, 2015. SAACIO, Cascavel, PR, 2015



Fonte: Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do HUOP (2015).

A Tabela 01, a seguir, apresenta a ocupação da população atendida no SAACIO. O total compõe-se por 53 diferentes ocupações; a variável “outros” contemplou 33 ocupações declaradas, sendo que as mais relatadas foram “Do Lar”, com 25,0% (n=37) e “Aposentado”, com 7,45% (n=11) dos casos.

Tabela 01 – Ocupação de pacientes cadastrados no SAACIO de Cascavel/PR, 2015. SAACIO Cascavel, PR, 2015

Ocupação	Nº de Pacientes	%	Ocupação	Nº de Pacientes	%
Do lar	37	25,00%	Motorista	4	2,70%
Outros*	33	22,29%	Professora	4	2,70%
Aposentado (a)	11	7,45%	Auxiliar Administrativo	3	2,03%
Agricultor	8	5,40%	Técnica de Enfermagem	3	2,03%
Ignorado	7	4,75%	Atendente	2	1,35%
Zeladora	6	4,05%	Autônoma	2	1,35%
Agente Comunitário de Saúde	4	2,70%	Auxiliar Serviços Gerais	2	1,35%
Auxiliar de Produção	4	2,70%	Diarista	2	1,35%
Costureira	4	2,70%	Padeiro	2	1,35%
Desempregada	4	2,70%	Vendedora	2	1,35%
Doméstica	4	2,70%			
Total				148	100,00%

Fonte: Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do HUOP (2015).

* Outros (atendente de escola; auxiliar de confeitaria; auxiliar de operações; auxiliar administrativo do lar; auxiliar de cozinha; balconista; borracheiro; cabeleireira; caixa; caminhoneiro; carpinteiro; chefe de segurança; comerciante; copeira; cozinheira; cuidadora de idoso; estudante; manicure; mecânico; merendeira; modelista; operador de caixa; operador de máquinas; programador de computador; radialista; recepcionista; repositor; secretária; servidora pública; técnico de informática; técnica de laboratório; telefonista; vidraceiro).

Discussão

Dos 38 municípios de origem dos pacientes cadastrados no serviço, apenas Alto Alegre do Iguaçu, distrito do município de Colorado, localiza-se na região Noroeste do Estado do Paraná; os demais situam-se na região Oeste e Sudoeste. O percentual de pacientes atendidos, por municípios, em ordem decrescente, foi de 35,13% (n=52) provenientes de Cascavel, 11,48% (n=17) de Toledo, 7,43% (n=11) de Santa Tereza do Oeste e 6,08% (n=09) de Francisco Beltrão; Corbélia e Nova Aurora tiveram 3,37% (n=05) de pacientes cada.

Os dados demonstraram que as mulheres buscaram com maior frequência o serviço de saúde. A baixa procura masculina, em contraste com a forte presença feminina no quadro de buscas por serviços de saúde tem sido justificada ao longo dos anos por questões arraigadas na cultura popular tais como a de que o homem é mais resistente que a mulher, adoecendo com menor frequência²⁰. Já as mulheres identificam com mais facilidade o início de uma doença do que os homens mais apreensivas com sua situação de saúde, apresentando maior interesse em relação às modificações ocorridas em seu corpo²¹.

Importante ressaltar, também, que o corpo magro é tido pela sociedade como padrão de saúde e de estética adequadas, fato que gera pressão social nos indivíduos com excesso de peso. Essa pressão imposta por algumas culturas e pela sociedade moderna acaba por se exteriorizar de diferentes maneiras, mas, na maioria delas, transforma-se em preconceito aos indivíduos obesos. Além disso, os interesses financeiros do mercado de consumo médico-farmacêutico, apoiados pela mídia, têm orientado a abordagem e o tratamento da obesidade²².

Mulheres obesas possuem baixa auto-estima devido à sua imagem corporal, porém o que mais colabora para essa situação é enxergar nas outras pessoas o olhar de reprovação ou afastamento, muitas vezes de forma involuntária²³.

Pesquisa realizada no Brasil²⁴ aponta que as mulheres apresentam maior prevalência de sobrepeso e obesidade em relação aos homens e revela que o excesso de peso tem relação positiva com o aumento da idade. Para os homens, a velocidade do ganho de peso é mais acentuada na faixa de 25 a 29 anos, atingindo 50,4% desses. Entretanto, entre os 35 e 44 anos, as mulheres apresentam maior percentual de excesso de peso (63,6%), em relação aos homens (62,3%) na mesma faixa²⁴. No presente estudo, porém, foi possível observar maior frequência entre 30 e 39 anos de idade.

Entretanto, a prevalência do excesso de peso tem aumentado substancialmente em crianças e adolescentes, onde 23,8% dos meninos e 22,6% das meninas estavam com

sobrepeso ou obesos em 2013¹. Em números absolutos, há mais crianças obesas vivendo em países de baixa e média renda do que em países de renda alta^{1,25}. A grande maioria das crianças com sobrepeso ou obesidade vivem em países em desenvolvimento, onde a taxa de aumento tem sido superior a 30%, em relação aos países desenvolvidos². Esta tendência confirmou-se no presente estudo, em que, de acordo com o banco de dados, para 40,54% (n=60), a obesidade teve início na infância e adolescência.

Quanto à classificação da obesidade, a grau III (IMC de 40,0 a 49,9 Kg/m²) foi a mais prevalente com 59,46% (n=88) da população atendida no SAACIO, pois indivíduos que apresentam IMC > 40 Kg/m² ou casos mais complexos, devem ser encaminhados para os serviços de Atenção Especializada, seja ambulatorial e/ou hospitalar. A fim de garantir a oferta do atendimento especializado, a rede municipal ou regional de saúde deve ter a Atenção Primária à Saúde (APS) como a ordenadora da rede do cuidado, através das Equipes de Referência e de Apoio Matricial. Uma vez que os indivíduos são encaminhados para a Atenção Especializada em Obesidade é fundamental que as equipes de APS mantenham o vínculo com o paciente e com a equipe do serviço especializado, desempenhando assim sua função de coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde⁹. É na APS que se deve, de forma prioritária, realizar intervenções de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, de natureza individual e coletiva, direcionadas para ações de fácil acesso, que não exijam muitos recursos, como a orientação nutricional em todas as fases da vida²⁶.

Quanto ao tempo de espera, em anos, para atendimento no SAACIO, 34,46% (n=51) aguardaram por período ≥ 2 anos e < 3 anos e 18,92% (n=28) esperaram por período entre ≥ 3 anos e < 4 anos, o que representou 53,38% (n=79) da população. Cabe salientar que, originalmente, o principal objetivo da maioria da população estudada, era o de realizar tratamento cirúrgico para a obesidade. Entretanto, como o SAACIO ainda se encontra em processo de credenciamento junto ao Ministério da Saúde (MS), não foi possível dar início à

realização das cirurgias. Isso pode ter contribuído para a evasão de 70 pacientes (47,29%), no período de setembro de 2015 a junho de 2016. Apesar do não credenciamento para cirurgias, os demais grupos permanecem atuantes e com boa participação por parte dos usuários; muitos deles, inclusive, resolvendo seu problema de obesidade sem a necessidade de cirurgia. Ressalte-se, com isso, que o serviço não apresenta como prioridade o tratamento cirúrgico da obesidade, mas o trabalho interdisciplinar para o tratamento da doença.

O indivíduo obeso que se decidir pelo tratamento cirúrgico da obesidade através do SUS, segundo a Portaria nº 425 de 19 de março de 2013²⁷, deverá estar inserido na organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que tem como linha prioritária de cuidado, a organização da prevenção e do tratamento do excesso de peso e obesidade, com diretrizes definidas para este fim. Entretanto, no Estado do Paraná, a organização da linha de cuidado ainda está em processo de construção.

Trabalho realizado em Hospital Universitário do Recife, PE revelou que o tempo médio de espera para cirurgia bariátrica foi de 2,23 anos²⁸. Por outro lado, no Ambulatório de Obesidade e Cirurgia Bariátrica da Universidade Federal de São Paulo, observou-se um tempo de espera de 3,4 anos²⁹ para a realização da referida cirurgia.

Segundo levantamento do MS, no ano de 2001, no Brasil, foram ofertadas 497 cirurgias bariátricas pelo SUS, e no ano de 2008, 3.195 procedimentos, com aumento de 542% no número total de intervenções³⁰. Já entre os anos de 2010 e 2013, houve aumento de 45% de cirurgias bariátricas, passando de 4.489 para 6.493 procedimentos³¹.

Dentre as alternativas de tratamento da obesidade, a intervenção clínica é muito complexa e exige, do indivíduo que fizer opção pela cirurgia bariátrica, uma mudança de estilo de vida da pessoa obesa, como a mudança de comportamento alimentar e o incentivo à realização de atividade física, fatores esses necessários para a realização do procedimento cirúrgico³².

No que diz respeito à ocupação, estudo realizado em unidade de saúde de um município do Estado do Rio Grande do Sul, com pacientes, em sua maioria do sexo feminino e com excesso de peso, identificou que, do total da população estudada, 50,24% não apresentava ocupação, sendo que se entendeu por “sem ocupação” pessoas que referiram não estar trabalhando (desempregados, beneficiários do Instituto Nacional de Seguridade Social, estudantes, aposentados e do lar)³³. Para o presente trabalho, de acordo com o banco de dados, indivíduos que se enquadraram na variável “sem ocupação” representaram 36,5% (n=54) da população.

Nesse sentido, estudo que objetivou investigar a relação entre o excesso de peso, o salário e a expectativa de trabalho, observou que os efeitos do IMC elevado apresentam diferentes impactos para homens e mulheres. A consequência do IMC sobre o salário e a possibilidade de trabalho apresentou uma associação positiva para homens e negativa para as mulheres. Quanto à perspectiva de trabalho, homens obesos apresentaram uma associação de 2,2 pontos percentuais positivos, enquanto as mulheres de 4,3 pontos percentuais negativos para a mesma situação. Segundo os autores, essa discrepância entre homens e mulheres no mercado de trabalho é justificada por uma parcela considerável da literatura como consequência do preconceito para com indivíduos obesos do sexo feminino³⁴.

Por fim, cabe ressaltar que apesar do SAACIO não ter iniciado a oferta do tratamento cirúrgico para a obesidade, o trabalho realizado pela equipe multiprofissional, com distintas abordagens metodológicas, pelos profissionais de diferentes especialidades, além do acompanhamento no formato de reuniões de grupos, favoreceu a adesão e continuidade do vínculo para 52,71% (n=78) dos pacientes. Fato este significativo, pois o objetivo principal do serviço é o da promoção à saúde e o da qualidade de vida através do tratamento clínico da obesidade, o qual prioriza acompanhamento nutricional, psicológico, farmacológico e fisioterápico, além do autocuidado, reforçado pelos diferentes profissionais que compõem a

equipe como enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Note-se que a ressalva para adesão dos pacientes ao tratamento, se dá pelo fato de muitos desses não residirem no mesmo município sede do serviço.

Conclusão

O perfil sociodemográfico da população estudada caracterizou-se pela acentuada presença feminina, com maior prevalência na faixa de 30 a 39 anos de idade. O início da obesidade observado pelos pacientes, com maior frequência, foi acima dos 20 e antes dos 30 anos de idade. Foram diversas as ocupações relatadas, predominando os “sem ocupação” à época do registro em prontuário.

No que diz respeito ao tempo de espera para consulta, em anos, por um Serviço de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, acredita-se que a organização da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade, de maneira prioritária e urgente, na Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, seja fundamental para reduzir o tempo de espera nos atendimentos nesses serviços. Além disso, preveniria o sobrepeso e reduziria a velocidade do ganho de peso, evitando-se os graus mais avançados da obesidade.

Sugere-se a adição de informações complementares, aos prontuários da população atendida, como escolaridade, renda familiar e número de pessoas dependes desta renda. Também se sugere a incorporação de alternativas de tratamento não convencional, como as previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS.

Contribuição dos Autores

Todos os autores participaram da concepção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão, aprovação final do artigo e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Agradecimentos

Nossos sinceros agradecimentos, a toda a Equipe Multiprofissional que compõe o SAACIO do HUOP, por todo o apoio dispensado para a realização deste trabalho.

Referências

1. NG, Marie; FLEMING, Tom; ROBINSON, Margaret; THOMSON, Blake; GRAETZ, Nicholas; MARGONO, Christopher; ... e GAKIDOU, Emmanuela. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 2014; 384(9945):766-781. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60460-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60460-8/abstract)>. Acesso em: 06 maio 2015.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Obesity and overweight. [Fact sheet n°311]. Updated January 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 11 jun. 2016.
3. OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de; MARTINS, Wolney de Andrade. O Preço da Obesidade. *Rev. Bras. Card.*; 2013; Jul.-Ago. 26(4):238-240, . Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Editorial-O-Preço-da-Obesidade.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2015.
4. PÊGO-FERNANDES, Paulo Manuel; BIBAS, Benoit Jacques; DEBONI, Mariana. Obesity: the greatest epidemic of the 21st century? *Sao Paulo Medical Journal*, v. 129, n. 5, p.283-284, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v129n5/v129n5a01.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.
5. MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE – MGI. Overcoming obesity: An initial economic analysis. Washington, 2014. 120 p. Disponível em: <<http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could->>. Acesso em: 15 jun. 2015.
6. OLIVEIRA, Michele Lessa de. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. 2013. 109 f. Tese (Doutorado) - Curso de Nutrição Humana, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13323/1/2013_MicheleLessaOliveira.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – SBEM. Projeto Diretrizes: Sobrepeso e Obesidade - Diagnóstico. Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM). São Paulo: AMB/CFM, 24 ago. 2004. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/089.pdf>. Acesso em: 29 maio 2016.
8. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 - 3.ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n 38). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Read the 10 facts about obesity. Reviewed May 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>>. Acesso em: 18 jun. 2016.
11. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA – ASBRAN. Projeto Diretrizes: Avaliação Nutrológica Pré e Pós-operatória em Cirurgia Bariátrica. Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM). São Paulo: AMB/CFM, 4 fev. 2009. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/11-Avaliacao.pdf>. Acesso em: 07 maio 2015.
12. DELLA COSTA, Luziane; VALEZI, Antonio Calos; MATSUO, Tiemi; DICHI, Isaias; DICHI, Jane Bandeira. Repercussão da perda de peso sobre parâmetros nutricionais e metabólicos de pacientes obesos graves após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 37, n. 2, p.096-101, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v37n2/a05v37n2.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2015.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Report of a Who Consultation on Obesity. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 1997. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf)>. Acesso em: 12 maio 2015.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 96 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.
15. TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana de Oliveira. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p.359-366, abr. 2010. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/images/Obesidade_e_qualidade_de_vida_revisao_de_literatura.pdf>. Acesso em: 14 maio 2015.
16. HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANÁ – HUOP. Protocolo do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), 2014. (mimeografado)
17. SILVA, Zilda Pereira da; Ribeiro, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; Barata, Rita Barradas; Almeida, Márcia Furquim de. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p.3807-3816, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a16v16n9.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.
18. SILVA, Fernando Appel da; ROMAGNA, Elisa Sfoggia; SILVA, Marcelo Campos Appel da. Perfil dos pacientes adultos atendidos em ambulatório de reumatologia em um hospital geral em Porto. Revista da Amrigrs, Porto Alegre, v. 53, n. 3, p.257-260, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.amrigrs.com.br/revista/53-03/13-433_perfil.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

19. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES. Relatórios de Serviços Especializado de Atenção à Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp>. Acesso em: 07 maio 2015.
20. LEVORATO, Cleice Daiana; Mello, Luane Marques de; Silva, Anderson Soares da; Nunes, Altacílio Aparecido. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1263-1274, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2017.
21. MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes; MARCON, Sônia Silva. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 6, p.651-658, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/06.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.
22. BRASIL. 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 / Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.
23. SILVA, Guidélia Aparecida da; LANGE, Elaine Soares Neves. Imagem Corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 28, n. 60, p.43-54, mar. 2010. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=3509>. Acesso em: 01 fev. 2017.
24. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. PNS 2013: Em dois anos, mais da metade dos nascimentos ocorreram por cesariana. Notícias, 21 ago. 2015b. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias.html?view=noticia&id=1&idnoticia=2965&busca=1&t=pns-2013-dois-anos-mais-metade-nascimentos-ocorreram-cesariana>>. Acesso em: 30 ago. 2015.
25. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; WORLD BANK GROUP – WBG. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF – WHO – World Bank Group joint child malnutrition estimates, key findings of the 2015 edition. New York; Geneva; Washington DC: UNICEF; WHO; WBG, 2015. Disponível em: <http://www.unicef.org/media/files/JME_2015_edition_Sept_2015.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2016.
26. JAIME, Patrícia Constante; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; LIMA, Ana Maria Cavalcante de; BORTOLINI, Gisele Ane. 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, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n6/01v24n6.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.
27. BRASIL. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, 54. ed. Brasília, DF, 20 mar. 2013b. Seção 1, p. 25-29. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/03/2013&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=96>>. Acesso em: 07 maio 2015.
28. PETRIBU, Kátia; RIBEIRO, Edilana Sá; OLIVEIRA, Fabiana M. F. de; BRAZ, Cristiana, I. A.; GOMES, Maria Laura Mota; ARAÚJO, Daniella E. de; ALMEIDA, Nair C. N. de;

- ALBUQUERQUE, Pedro C. de; FERREIRA, Moacir de N. L. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 50, n. 5, p.901-908, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n5/32228.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.
29. KHAWALI, Cristina; FERRAZ, Marcos Bosi; ZANELLA, Maria Tereza; FERREIRA, Sandra R. G. Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 56, n. 01, p.33-38, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n1/v56n1a06.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.
30. SANTOS, Beth. Crescem Investimentos e Número de Cirurgias Bariátricas. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Cirurgia Metabólica – ABESO. *Notícia*, São Paulo, 10 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/noticia/crescem-investimentos-e-numero-de-cirurgias-bariatricas>>. Acesso em: 14 maio 2015.
31. PORTAL DA SAÚDE. Aumenta número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS. *Notícia*, 10 mar. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus>>. Acesso em: 14 maio 2015.
32. NONINO-BORGES, Carla B; BORGES, Ricardo M; SANTOS, José Ernesto dos. Tratamento Clínico da Obesidade. *Medicina Ribeirão Preto, Ribeirão Preto*, v. 39, n. 2, p.246-252, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/381/382>>. Acesso em: 01 fev. 2017.
33. SILVA, Paulo César da; ZAFFARI, Denise. Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p.17-26, mar. 2009. Disponível em: <revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/.../3853>. Acesso em: 02 fev. 2017.
34. TEIXEIRA, Adriano Dutra; DIAZ, Maria Dolores Montoya. Obesidade e o sucesso no mercado de trabalho utilizando a POF 2008-2009. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, São Paulo, v. 1, n. 2, p.188-209, Não é um mês valido! 2011. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rgpp/article/download/97847/96647>. Acesso em: 01 fev. 2017.

ARTIGO CIENTÍFICO 2

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM OBESIDADE
ATENDIDOS EM SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

YOUNES, S.; RIZZOTTO, M. L. F.; ARAÚJO, A. C. F.

Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário

Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário*Therapeutic itinerary of patients with obesity treated in high-complexity services of a university hospital*Soraia Younes¹Maria Lucia Frizon Rizzotto²Allan Cezar Faria Araújo³

RESUMO Este artigo relata pesquisa de natureza qualitativa que objetivou analisar o Itinerário Terapêutico (IT) de 21 pacientes cadastrados no Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Utilizou-se a entrevista em profundidade para a obtenção dos dados e, para sua organização e análise, adotou-se o referencial de Kleinman (1978), que defende a interferência dos subsistemas familiar, popular e profissional no IT percorrido pelas pessoas na busca de solução para problemas de saúde. No subsistema familiar, observou-se apoio da família e amigos na procura por tratamento clínico para a obesidade. Poucos pacientes aderiram a tratamentos alternativos, próprio do subsistema popular. A intervenção e orientação de profissionais da saúde, característica do subsistema profissional, mostrou-se decisiva na procura por tratamento especializado para a obesidade. O estudo do IT dos sujeitos da pesquisa revelou maior influência do núcleo familiar e profissional do que propriamente do núcleo popular. O referencial de Kleinman apresentou limites para a análise do IT de indivíduos obesos, não incluindo elementos importantes na abordagem do problema da obesidade.

PALAVRAS-CHAVE Ambiente sociocultural. Atenção à saúde. Cirurgia bariátrica.

ABSTRACT *This paper reports a qualitative research that aimed to analyze the Therapeutic Itinerary (IT) of 21 patients enrolled in a High Complexity Assistance Service for Individuals with Obesity provided by the University Hospital of the West of Paraná. In-depth interview was (State) applied as a means of data collection. As for data organization and analysis, we adopted Kleinman's (1978) referential, which advocates the interference of subsystems family,*

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil. soraiayounes@hotmail.com

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil. frizon@terra.com.br

³ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil. allanfaraujo@uol.com.br

popular and professional over the TI path of those that seek to solve their health problems. In family subsystem, the support of family and friends in the search for obesity clinical treatment was observed. Few patients adhered to alternative treatments, characteristic of the popular subsystem itself. Intervention and orientation of health professionals, inherent of the professional subsystem, proved to be crucial in the search for obesity specialized treatment. The IT study of the research subjects revealed that the family and professional core influence is stronger than the popular one. Kleinman's referential is limited as for the TI analysis of obese individuals, because it does not comprise important elements towards the obesity problem approach.

KEYWORDS *Sociocultural environment. Health care. Bariatric surgery.*

Introdução

Os percursos percorridos por indivíduos à procura de cuidados terapêuticos não coincidem, necessariamente, com os fluxos pré-determinados pela medicina moderna ou pelos serviços de saúde. As escolhas realizadas representam construções subjetivas, individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, concebidas sob a influência de contextos socioculturais, experiências pessoais e oferta de serviços de saúde (ALVES; SOUZA, 1999). Essas escolhas, por sua vez, definem ações que, sucessivamente, constituirão um determinado percurso. A literatura socioantropológica utiliza o Itinerário Terapêutico (IT) para definir esse percurso (CABRAL *et al.*, 2011). Identificar o percurso traçado pelos pacientes ajuda a interpretar os processos pelos quais as pessoas, seja de modo individual ou coletivamente, elegem e aderem a uma forma específica de tratamento. Tal questão é fundamentada no indício de que as pessoas se deparam com diferentes formas de solucionar os seus problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Silva Júnior, Gonçalves e Demétrio (2013, p. 2),

[...] a saúde é um processo social dinâmico relacionado com outros processos sociais, no qual cada indivíduo constrói e entende sua saúde e sua doença através da representação sociocultural em consonância com a realidade em que vive.

Assim, é essencial considerar o meio sociocultural em que cada pessoa está inserida, sua vivência diante da doença, o conceito de saúde, doença e cultura que cada indivíduo forma para si para melhor compreender suas demandas e necessidades. Os conceitos e os problemas dos indivíduos, por sua vez, irão influenciar a decisão acerca da escolha da

alternativa de intervenção que melhor responda às suas necessidades. Nesse sentido, Silva Júnior, Gonçalves e Demétrio (2013, p. 2) afirmam que:

[...] a escolha do tratamento à sua doença dar-se-á a partir da compreensão e entendimento que cada pessoa terá do seu estado psicobiossocial junto às diferentes representações socioculturais em saúde-doença-cuidado construídas em tangência ao universo que está inserido, a qual realizará percursos e processos terapêuticos visando uma melhor resposta à sua aflição.

Kleinman (1978) propôs um modelo teórico que contribui para a compreensão do processo de escolhas das pessoas para manter ou resolver problemas de saúde-doença. Esse autor defende que a maior parte dos sistemas e cuidados em saúde são constituídos por três subsistemas sociais onde a doença é vivenciada: o profissional, o popular e o familiar. O subsistema profissional é composto tanto pelo conhecimento científico, pelos profissionais da saúde médicos e não médicos como pela medicina tradicional chinesa, por exemplo. O subsistema popular é constituído por pessoas oficialmente não reconhecidas pela medicina moderna para o cuidado em saúde, como curandeiros, benzedeiros, dentre outros. E o subsistema familiar compreende conhecimento não especializado a partir da vivência, experiência e observação de um grupo formado pela família, amigos, vizinhos, dentre outros.

A obesidade, face à complexidade envolvida na sua etiologia, considerando seus determinantes sociais e a necessidade de compreendê-la também como um problema social, torna importante o conhecimento do percurso terapêutico de pessoas obesas que procuram diferentes alternativas de tratamento para sua condição de saúde.

Portanto, o estudo do IT em pacientes obesos pode ser utilizado com o intuito de auxiliar as equipes de saúde que acompanham essa população a compreender o contexto sociocultural em que esses indivíduos estão inseridos, bem como contribuir para as tomadas de decisões quanto às abordagens adotadas em diferentes linhas de cuidado.

Esta pesquisa objetivou analisar o IT de pacientes cadastrados no Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (SAACIO) do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), visando contribuir com o trabalho das equipes de saúde e com os gestores públicos na ampliação das abordagens adotadas no cuidado a pacientes com obesidade.

Material e métodos

É uma pesquisa de natureza qualitativa, que se orientou no modelo teórico de Kleiman (1978) para a coleta e tratamento dos dados. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada, com 21 pacientes (28,0%) dos 75 cadastrados no SAACIO, que, além do atendimento individual, realiza reuniões mensais com grupos de pacientes por uma equipe multiprofissional. As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e maio de 2016, em local reservado, nas dependências do HUOP, em dias de reuniões dos três grupos em atividade. Os pacientes são oriundos de 21 municípios da macrorregião oeste do estado do Paraná.

Os critérios de inclusão foram: estar em tratamento clínico da obesidade ou em fase preparatória para a realização da cirurgia bariátrica; de ambos os sexos; ter idade mínima de 18 anos; concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ser de municípios distintos; e pertencer a diferentes grupos do SAACIO. Para os municípios com mais de um paciente no serviço, a escolha se deu por conveniência, i.e., estar presente no dia das reuniões dos grupos e ter disponibilidade de tempo para participar da entrevista, antes ou após as reuniões. O projeto seguiu as normas estabelecidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 1.180.202.

As sistematização, análise e interpretação dos dados se apoiaram no marco teórico construído a partir da literatura crítica advinda das ciências humanas e da saúde coletiva; nos marcos legais que orientam a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; e nos subsistemas de cuidado propostos por Kleinman (1978). Os dados empíricos originaram oito núcleos temáticos, sendo sete associados aos subsistemas de Kleinman. O subsistema Familiar gerou os núcleos (i) auto percepção sobre a obesidade, (ii) a vida cotidiana de um obeso, e (iii) o obeso na sociedade ocidental moderna. O subsistema Popular gerou (iv) a busca por tratamentos alternativos. Já o subsistema Profissional, gerou (v) o subsistema profissional na construção do IT de pessoas com obesidade, (vi) o tratamento cirúrgico como desfecho do IT de pessoas com obesidade, (vii) o IT está construído: o que poderia ter sido diferente. O núcleo temático (viii) *a abordagem mercantilista* da obesidade não pertence a nenhum dos subsistemas.

Resultados e discussão

Os resultados são apresentados em nove tópicos, sendo o primeiro de caracterização dos sujeitos da pesquisa e os demais compõem os oito núcleos temáticos indicados na metodologia.

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Dos 21 entrevistados, 71,43% são do sexo feminino; 66,66% possuem entre 30 e 49 anos de idade; 52,38% são casados; a média de filhos é de 2,57, variando de um a seis, e apenas um entrevistado respondeu não ter filhos; 80,95% moram com os filhos; 66,66% moram com marido ou esposa; e 33,34% dos entrevistados possuem ensino médio completo ou mais.

Em relação ao perfil socioeconômico, 19,05% possuem vínculo empregatício estatutário e o mesmo percentual trabalha em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A opção ‘outros’, abrangendo do lar, beneficiário do bolsa família, pensão por morte do marido e auxílio doença, totalizou 38,1%; 28,57% dos entrevistados afirmaram trabalhar 40 horas semanais; 61,90% responderam receber entre um e três salários mínimos; e a média de dependentes por renda familiar foi de 3,42 pessoas, variando entre duas e sete pessoas. A forma de deslocamento até o HUOP utilizada por 19,05% é o carro próprio; 76,19% utilizam o transporte disponibilizado pela prefeitura do município de origem para deslocamento nos dias de reuniões de grupo.

Autopercepção sobre a obesidade

Em diferentes momentos da vida a obesidade pode se constituir em problema, mas para alguns durante toda a existência.

Na verdade, eu fui obesa desde criança, nunca fui magra, toda vida desde criancinha, desde pequena que eu me entendo, sempre eu fui obesa, nunca tive, assim, magreza, nunca fui magrinha, sempre obesa. (E09).

Indicadores sobre o direito humano à alimentação adequada mostram avanços do Brasil na superação do baixo peso infantil, embora alertem para o alto percentual de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. Apenas 1,9% das crianças com menos de cinco

anos apresentavam baixo peso em 2006, ao passo que 7,3% das crianças nessa faixa etária apresentavam excesso. Em 2009, 33,5% das crianças com idade entre cinco e nove anos apresentavam excesso de peso; na adolescência, esse percentual era de 20,5%. O estado nutricional nos primeiros anos de vida repercute na vida adulta. Em 2012, 50% da população adulta apresentava excesso de peso, dos quais 17,2%, com obesidade (BRASIL, 2015d).

A gestação parece ser um momento de ganho de peso de difícil solução para muitas mulheres.

Eu sempre tive problema com excesso do peso, mas quando, em 1995, eu tive minha filha, não consegui mais voltar ao peso normal, que era sempre de 55 kg. E, desde então, fui sempre aumentando, fazendo dieta, tomando remédio e cada vez engordando mais. (E01).

Ai! Isso faz muitos anos, 25 anos atrás, desde quando eu engravidei, engravidei com 14 anos, tive meu filho com 15 anos, na gravidez eu engordei 38 kg. Desde então, nunca mais voltei aos 60 kg. (E18).

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 revelou aumento da prevalência da obesidade entre mulheres após a primeira gravidez, de 1,7% para 9,3%. A manutenção do peso adquirido ao longo da gravidez no período pós-parto parece ser um fator decisivo no excesso de peso em mulheres (LACERDA; LEAL, 2004). Estudo qualitativo que investigou a percepção e experiências relativas à obesidade entre mulheres que frequentam a rede pública de saúde mostrou que a gravidez e o nascimento dos filhos são acontecimentos importantes no surgimento da obesidade (PINTO; BOSI, 2010).

A vida cotidiana de um obeso

A obesidade dificulta a realização das atividades de vida diária, com consequências em diferentes dimensões da vida pessoal, afetiva e laboral, além das comorbidades associadas.

Você quer fazer alguma coisa... até a própria higiene não consegue fazer direito, até para lavar os pés, cortar as unhas, você não consegue. [...] Pressão alta, diabetes... [...] Para caminhar também é complicado, porque você sente muita falta de ar, muita cansa. (E04).

Doem muito as minhas pernas, as minhas pernas incham demais; dor nas juntas, dor na coluna, porque trabalho como zeladora. Sinto bastante dificuldade. (E15).

Pesquisa realizada com mulheres obesas a fim de avaliar o impacto da obesidade em relação à capacidade funcional revelou comprometimento da população estudada nos afazeres diários que compreendiam movimentos da região abdominal, como vestir roupas e amarrar calçados (60%); abaixar-se para pegar objetos do chão (53,3%); executar trabalhos domésticos, como uso de vassoura e rodos para higiene do ambiente físico (50,0%); deitar-se e levantar-se da cama (40%); bem como fazer a higiene pessoal, como banhar-se e enxugar-se (30,0%). A pesquisa também revelou que indivíduos do sexo feminino com obesidade tiveram a aptidão física reduzida quando comparadas com indivíduos com peso adequado e até mesmo com sobrepeso, favorecendo o surgimento de doenças cardiovasculares (ORSI *et al.*, 2008).

A obesidade também pode se constituir em obstáculo às atividades laborais, ao desenvolvimento pessoal e à participação na vida social.

Eu era uma pessoa sempre ativa, gostava muito do que eu fazia e amo até hoje! Se eu pudesse voltar a trabalhar, eu queria trabalhar para não ficar dependendo de ninguém, porque eu era capaz e, de repente, perdi a minha capacidade [...] A gordura me incomoda, me atrapalha... (E11).

O que mais me incomodou antigamente foi tentar trabalhar; você procura trabalho e a pessoa olha e vê que você é gorda e não te dá trabalho por causa disso. E então, foi uma época que eu fiquei muito triste. (E18).

Estudo sobre a influência do Índice de Massa Corporal (IMC) no salário e na possibilidade de trabalho revelou, em homens obesos, uma associação de 2,2 pontos percentuais positivos, e entre as mulheres, de 4,3 pontos percentuais negativos para a mesma situação. Essa diferença entre homens e mulheres no mercado de trabalho pode ser explicada como reflexo do maior preconceito contra indivíduos obesos do sexo feminino (TEIXEIRA; DIAZ, 2011).

O obeso na sociedade ocidental moderna

Valores socioculturais têm definido diferentes padrões de beleza ao longo da história. A sociedade ocidental moderna, estimulada por valores individualistas, pelo mercado publicitário da moda e pelos meios de comunicação, assumiu o biotipo ectomorfo, i.e., magro, alto e branco, como padrão de beleza, excluindo o diferente e gerando preconceito e sofrimento. Dos 21 entrevistados na presente pesquisa, treze (61,9%) relataram sofrimento face ao preconceito, provocando baixa autoestima e isolamento social.

Eu não saio de casa, eu só saio pra ir trabalhar, vou de carro, tenho pavor que alguém me enxergue na rua, porque me acho o cúmulo do exagero do tamanho que estou; não tenho vida social nenhuma. Só saio de casa para trabalhar, embarco na garagem e desembarco na porta da escola, embarco de volta e desembarco na garagem; é só isso o que faço na rua. (E01).

Os outros olham... eu sinto que os outros me olham diferente. O magro vai comer no restaurante e pode repetir quantas vezes quiser. O gordo levantou, olha o tamanho daquele lá. [...]. Eu vim mesmo por que quero me sentir bem, me sentir bonita; eu não me acho bonita, eu não me sinto, entendeu? Minha autoestima é lá em baixo, não tenho mais autoestima. Sinceramente, falei... cheguei até a pensar em não viver mais. (E02).

Pessoas do sexo feminino com obesidade são mais propensas ao isolamento, muitas vezes procurando na esfera da ilusão prazeres que não experimentam na vida real. A autoimagem é de

inferioridade, descontentamento, baixa autoestima, inibição, ansiedade, angústia, agressividade, tristeza, depressão, distúrbios e distorções referentes ao reconhecimento das medidas corporais, anatômicas, tamanho e forma corporal. (SILVA; LANGE, 2010, p. 51).

Mais do que possíveis problemas de saúde, a insatisfação em relação ao corpo e o sofrimento psíquico se constituem em razão fundamental para a busca de tratamento da obesidade. “A insatisfação [...] com o corpo reside na percepção e no desejo de obter outro tamanho e forma corporal que esteja de acordo com as normas socioculturais, que impõem o estereótipo da magreza como atributo positivo”, especialmente entre indivíduos do sexo feminino, que apresentam exigências físicas de importância social e psicológica (SILVA; LANGE, 2010, p. 51).

Diferente de outros tipos de preconceitos, o que ocorre em relação à obesidade é pouco veiculado e discutido pela sociedade.

[...] hoje fala um monte de racismo de preto, de gay, lésbica; isso você vê muito na televisão, mas nunca se vê falar de obeso em televisão, ninguém fica comentando sobre isso, mas a classe mais humilhada que tem é a obesa [...] hoje estou podendo sentar aqui na cadeira tranquilo. Mas quando estava bem obeso, chegava num restaurante para sentar, o garçom já vinha com duas cadeiras. [...] obeso sofre muito com isso; uns falam que a obesidade é preguiça, outros falam que é aquilo, mas é uma coisa que faz sofrer demais, o obeso sofre demais da conta, toda hora está sofrendo. Se vai comer num lugar, ‘olha lá o gordo que come tudo’. É desse jeito. (E13).

Indivíduos obesos frequentemente são responsabilizados por seu excesso de peso, além de a obesidade ser adjetivada negativamente. Uma característica comumente evidenciada é a de que indivíduos com excesso de peso sofrem, além de fisicamente, psicologicamente (KUBOTA, 2014).

O preconceito em relação às pessoas obesas tem sido denunciado por cientistas sociais há décadas. As atitudes preconceituosas em relação à obesidade parecem estar atualmente no estágio em que o racismo foi há 50 anos atrás, quando era aberto, expressivo e amplamente difundido (CRANDALL, 1994).

Eu acho que o preconceito deveria ser diferente, deveria ser muito diferente, porque esse negócio de preconceito machuca muito. Por ser obesa, já tenho a autoestima lá em baixo, quando sofro um preconceito, pior ainda. (E09).

Iniciativas como o Projeto de Lei nº 1.130/2015 da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, que inibe qualquer tipo de discriminação aos obesos mórbidos (RIO DE JANEIRO, 2015), são importantes mas não suficientes para resolver o problema da sociedade moderna, que estabelece padrões normativos universais, desconsidera aspectos socioculturais e exclui o diferente.

A busca por tratamentos alternativos: o subsistema popular

Na visão de Kleinman (1978), o subsistema popular é constituído por terapeutas não reconhecidos pela medicina científica, como curandeiros, benzedeiros, manipuladores de ervas, exercícios especiais, feitiçaria e cerimônias de cura de caráter místico ou religioso (ALVES; SOUZA, 1999; SILVA JÚNIOR; GONÇALVES; DEMÉTRIO, 2013). No caso da obesidade, tais práticas parecem ter pouca adesão. Nesta pesquisa, apenas quatro (19,04%) entrevistados responderam ter feito uso de tratamentos alternativos, interrompidos pela baixa eficácia apresentada.

Homeopatia, eu fiz e não deu certo (E19).

A parte de chás, tentei fazer. A Pastoral da Saúde, são aquelas ervas [...] fiz um pouco. Daí, logo desanimo, já começo a diminuir, começo a esquecer. É assim que acontece. É, não dei continuidade mesmo. (E20).

Mesmo no caso das práticas integrativas, reconhecidas pelo Ministério da Saúde, as contribuições ainda são poucas na saúde pública brasileira (BRASIL, 2015b). O Laboratório de Manejo de Inovação da Obesidade nas Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) revelou algumas experiências em práticas integrativas e complementares no tratamento da obesidade. Uma das experiências que mereceu destaque foi a do grupo Gatto na cidade de Salvador (BA), que ressaltou a complexidade do ser humano e de suas condições de vida, além da magnitude do afeto e do amor como geradores de saúde e cura, procurando comunicar-se com as pessoas por distintas formas terapêuticas (BRASIL, 2014a).

A relação entre práticas místicas, religiosas e saúde faz parte da cultura popular brasileira. Entretanto, no caso da obesidade, não foi opção para nenhum dos entrevistados.

Não, isso não. Não procurei nada disso. (E03).

Não, porque na maioria das vezes eu nem acredito nesse negócio de pensamento; nesse negócio, não acredito. (E17).

Os rituais e simpatias, quer no meio urbano ou rural, integram a cultura brasileira. Além de orarem, as benzedadeiras manuseiam plantas, recomendam chás e banhos, realizam massagens terapêuticas, amenizando, dessa forma, doenças físicas e males espirituais (MACIEL; GUARIM NETO, 2006).

O subsistema profissional na construção do IT de pessoas obesas

O conhecimento científico e os profissionais da saúde médicos e não médicos reconhecidos não só pela ciência ocidental e por sociedades científicas como também pela medicina tradicional chinesa, compõem o subsistema profissional (ALVES; SOUZA, 1999).

Esse subsistema, além de revelar o papel dos profissionais na trajetória pela busca de tratamento para a obesidade, ajuda a compreender o IT dos usuários a partir do acesso e fluxo de atendimento nos serviços de saúde até chegar aos serviços especializados.

O indivíduo obeso que optar pelo tratamento cirúrgico da obesidade por meio do SUS, segundo a Portaria nº 425 de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013b), deverá estar inserido na organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Essa Rede deve ter como linha prioritária de cuidado a organização da prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade, sendo redefinidas as diretrizes para tal fim. Como parte da Rede, a Atenção Básica (AB) desempenha relevante

papel na prevenção e atenção às doenças crônicas, entre elas a obesidade. Os cuidados em saúde, por meio das equipes de saúde da família, para com indivíduos que apresentam excesso de peso e obesidade deverão seguir critérios determinados pela classificação do IMC (BRASIL, 2014b).

Indivíduos que apresentam $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ou casos mais complexos deverão ser encaminhados para os serviços de Atenção Especializada, seja esta ambulatorial ou hospitalar. A fim de garantir a oferta do atendimento especializado, a rede municipal ou regional de saúde deve ter a AB como a ordenadora da rede do cuidado. Uma vez que os indivíduos são encaminhados para a atenção especializada em obesidade, é fundamental que as equipes de saúde da família mantenham o vínculo com o paciente e com a equipe do serviço especializado, desempenhando, assim, sua função de coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014b).

As linhas de cuidado devem acordar entre os vários responsáveis dos pontos de atenção da RAS, determinando fluxos de referência e contra referência para amparar o usuário com sobrepeso e obesidade no SUS. Essas linhas determinam não só a organização dos serviços e as intervenções que devem ser instituídas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção como também nos sistemas de apoio (BRASIL, 2014c).

Embora, sob o escopo legal, o sistema de saúde brasileiro deva estruturar-se para atender a todos de forma igualitária em todo o território nacional, o que se observa, ainda, é uma diversidade de procedimentos e a ausência de um padrão de atendimento para pessoas obesas. Nesta pesquisa, a intervenção de um profissional de saúde, seja na AB ou secundária, se mostrou importante na decisão dos entrevistados pela procura de serviço especializado para o tratamento da obesidade, em geral, visando ao tratamento cirúrgico.

[...] aí a farmacêutica me falou: você não que entrar na fila? É fácil! Eu consigo para você. Eu falei: ah, se você conseguir... Ela conseguiu muito rápido. (E03).

O clínico geral do posto de saúde me encaminhou para a endócrino [...] Ela falou assim: vai lá, porque lá tem a especialidade que vai ver se a senhora tem necessidade da cirurgia [...] no meu pensamento ela falou: é necessária a cirurgia. Por isso que eu vim para cá. (E11).

Mas também houve o reconhecimento do SAACIO como Serviço especializado para tratamento da obesidade, não necessariamente o cirúrgico.

Eu fui internada no HUOP para fazer a cirurgia de colecistectomia, o médico falou: não tem condições de operar, é muito perigoso! Vai ter um

grupo de obesidade, quer entrar? A gente cancela a cirurgia, você faz o acompanhamento, e mais para frente fazemos a cirurgia. E eu entrei no grupo. (E12).

... fui me consultar na unidade de saúde e até perguntei para a médica por que eu estava ganhando peso. Ela falou que ia me encaminhar para fazer o acompanhamento em outro lugar. (E07).

A iniciativa pessoal também foi acolhida pelo profissional da saúde, conforme informou (E02), que pediu para um médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua cidade que a encaminhasse para a realização de cirurgia bariátrica, e ele o fez.

Os entrevistados revelaram que a UBS é uma importante forma de acesso ao serviço especializado para tratamento da obesidade, embora não seja a única. Apesar de o acesso ao serviço ser rápido em algumas situações, em geral, a espera é relativamente grande e segue fluxos distintos.

A médica me orientou: vou lhe dar um papel para fazer o acompanhamento [...] daí, eu trouxe à Décima Regional [...] eles ligaram depois de um bom tempo, uns dois anos, para eu poder assistir à primeira palestra, ficou por ali mesmo [...] em 2013 fiz a primeira consulta com o doutor [fulano] daí, comecei a fazer acompanhamento aqui. (E07).

A endócrino do Consórcio Intermunicipal de Saúde falou assim: 'vai lá, porque tem a especialidade para ver se a senhora tem necessidade da cirurgia'. A endócrino me encaminhou para cá. Direto para o hospital sem passar por outro lugar. (E11).

Enquanto os outros estavam na fila de espera há muito tempo, eu consegui na mesma semana. Ela me encaminhou numa semana e na outra eu já estava aqui. (E03).

Foi possível identificar pacientes encaminhados por meio da UBS (AB) para o Consórcio Intermunicipal de Saúde (atenção secundária), que, por sua vez, encaminhou para o SAACIO (atenção terciária) por meio da 10ª Regional de Saúde. Identificaram-se, também, encaminhamentos da atenção secundária para o SAACIO sem regulação da 10ª Regional de Saúde. Outro percurso identificado foi de pacientes que não foram necessariamente encaminhados para a atenção secundária, e que, por meio de encaminhamento da AB, procuraram a 10ª Regional de Saúde, que, por seu turno, os encaminhou para o SAACIO. Além disso, pacientes encaminhados para o HUOP para cirurgias eletivas e que, devido a importante excesso de peso, tiveram o procedimento cirúrgico contra indicado e foram reencaminhados para o SAACIO pela equipe de cirurgiões.

O estabelecimento de fluxos e processos de atendimento para pessoas com obesidade tem sido objeto de regulação por parte do Ministério da Saúde, a exemplo da Portaria nº 424/2013 (BRASIL, 2013a), que definiu *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*. Cita-se também a Portaria nº 425/2013, que estabeleceu *o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade* (BRASIL, 2013b).

No entanto, a ausência da implantação da linha de cuidado ao indivíduo com obesidade, prevista na Portaria nº 424, dificulta o trabalho da equipe de AB e o acesso do usuário aos serviços especializados.

É, eu penso assim que faltou informação. Lá no posto de saúde, eles não têm informação nenhuma para passar para a gente, que tem que ir atrás [...] fiquei esperando ser chamada, fiquei esperando, aí eu resolvi ir à Décima Regional sozinha procurar. Aí ficaram sabendo que eu estava interessada, perdida, não sabia mais aonde ir. (E20).

A crença no tratamento cirúrgico como meio mais eficaz e definitivo para resolver o problema da obesidade é parte do senso comum de pessoas obesas e de muitos profissionais da saúde. Modificar esse pensamento não é tarefa fácil, requer uma abordagem interdisciplinar, trabalho em equipe multiprofissional e alternativas inovadoras dos serviços de saúde, visando à conscientização dos usuários de que se trata de um problema de saúde crônico que requer adesão e acompanhamento ao longo da vida.

Eu gostaria que fosse mais rápido o processo até chegar à cirurgia, mas como o doutor [fulano] fala: tem toda uma preparação antes disso, que o objetivo da equipe não é fazer a cirurgia, é emagrecer a gente e, preferencialmente, se for sem cirurgia. (E01).

O público feminino, muitas vezes, opta pelo tratamento cirúrgico da obesidade como resposta ao insucesso de tratamentos anteriores, principalmente de dietas para a redução de peso (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIN, 2013). Entretanto, devido ao caráter crônico da obesidade e sua tendência à reincidência após o emagrecimento, o sujeito deverá ser acompanhado por um longo período com profissionais de saúde. Ou seja, o êxito em longo prazo é consequência de vigilância permanente das adequações da atividade física e do consumo alimentar, exigindo o automonitoramento, além do apoio familiar e social (ABESO, 2009).

O tratamento cirúrgico como desfecho do IT de pacientes com obesidade

A opção pelo tratamento cirúrgico como desfecho do IT é resultado de uma série de interferências dos subsistemas familiar, popular e profissional, sendo o apoio da família e de amigos o atributo mais importante na opinião dos entrevistados, embora a decisão sempre seja pessoal.

Quem mais me influenciou foi uma amiga, porque ela que falou para mim. Porque, no começo, a minha família tinha medo, tinha medo de eu fazer essa cirurgia. Na verdade, eles têm um pouco de medo ainda. Mas quando entrei no serviço para fazer as minhas consultas, os trouxe também para acompanhar. Então, eles estão mais tranquilos. (E15).

A escolha, às vezes, é contra a corrente.

Ninguém me aconselhou a nada. A minha família não quer que eu faça. [...] a minha filha também fala: mãe toma vergonha e faz uma dieta. [...] A cirurgia ninguém quer que eu faça, mas eu quero. (E01).

O núcleo profissional, aqui representado pelo serviço de saúde em questão, se revelou um importante suporte na redução do sofrimento e no enfrentamento da obesidade.

Mas o que pesou foi encontrar a equipe que encontrei aqui; não é só o médico, o enfermeiro, o psicólogo, é mais, são os amigos, mais amigos do que profissionais, excelentes profissionais, que fazem a gente se sentir bem. (E11).

O tratamento cirúrgico da obesidade não significa a sua cura, mas um momento no processo de enfrentamento do problema que requer mudanças importantes nos hábitos alimentares e de vida. O acompanhamento com equipe multidisciplinar é importante e deve ser de longo prazo (BRATS, 2008). O SAACIO possui como principal objetivo a promoção da saúde e cuidado clínico, sendo a cirurgia bariátrica apenas uma das alternativas no tratamento da obesidade (HUOP, 2014).

Um bom método de prevenção e tratamento da obesidade é trabalhar a educação nutricional realizada em serviços de saúde, programas, e em qualquer espaço possível de intervenção. É fundamental que seja idealizada desde seu planejamento e execução até a avaliação da sua efetividade; além disso, não deve ser aplicada de forma pontual, mas contínua (LOCARNO; NAVARRO, 2011).

O itinerário está construído: o que poderia ser diferente

A reflexão sobre as escolhas que constituíram o IT dos entrevistados pode servir de motivação para mudanças no próprio sujeito, em outras pessoas com o mesmo problema e nas abordagens praticadas pelos serviços de saúde. Salienta-se que as escolhas pessoais são feitas a partir de condições objetivas, i.e., contexto familiar, sociocultural e oferta de serviços, e subjetivas, como as emocionais, afetivas, de auto percepção.

De repente, eu poderia ter me empenhado mais, digo, em relação a mim né. Há dias em que você está bem, levanta, quer fazer tudo. No outro dia, você já amanhece mais triste, mais com desânimo. (E18).

A importância de cuidados precoces de saúde objetivando a prevenção de agravos também é percebida pelos entrevistados. *“Na verdade, eu, se tivesse me cuidado anteriormente, não estaria assim” (E21). “Podia ter feito, ter tentado caminhar mais; eu era muito sedentária” (E20).* A falta de acesso à informação sobre cuidados de saúde é um fator determinante no autocuidado e na prevenção de agravos a saúde. *“Eu acho que ter tido essas informações que estou tendo agora, tivesse antes” (E02).* O encontro inerente ao processo de trabalho entre o profissional de saúde e o paciente no intuito de estimular o autocuidado cria um vínculo permanente entre eles (FEUERWERKER, 2014). O acolhimento por parte do profissional de saúde, o vínculo profissional-paciente e a corresponsabilização propiciam o cuidado em saúde com o objetivo de obter saúde e cura (BRASIL, 2014a).

A AB, na condição de ordenadora das Redes de Atenção, deve garantir acesso aos diferentes níveis do sistema, responsabilizando-se pelo cuidado integral dos usuários. Nos IT estudados, percebe-se certa precariedade nessa responsabilização e mesmo no funcionamento da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

A gente busca apoio, porque sozinho a gente não chega a lugar nenhum; aqui eu encontrei, a gente encontrou muito apoio que não teve no município da gente, que não tem, que faz falta. (E11).

A Portaria nº 424 orienta 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, que tem como objetivo disponibilizar

ações e serviços de saúde de forma integrada e harmônica nos diferentes pontos de atenção, fortalecendo e qualificando a atenção

por meio da integralidade e longitudinalidade do cuidado, superando a lógica hegemônica e fragmentada em programas. (BRASIL, 2014a, p. 43-44).

A AB não deve apenas focar na vigilância alimentar e nutricional, mas promover saúde por meio de estímulo à alimentação saudável, atividades físicas, entre outros. Também é importante que o acompanhamento clínico seja realizado por equipe interdisciplinar, com determinação de metas individualizadas para cada paciente (JAIME *et al.*, 2011). Reforçando a necessidade de ações de promoção da saúde para a prevenção da obesidade.

A abordagem mercantilista da obesidade

A lógica da obtenção de lucro é inerente ao modo de produção capitalista que, para se expandir, mercantiliza todas as dimensões da vida, transformando problemas sociais em oportunidades para negócios lucrativos, a exemplo de inúmeros problemas de saúde, dentre eles a obesidade.

As alternativas rápidas e milagrosas, como as dietas da moda para a resolução da obesidade, como promete a ‘indústria das dietas’, foi mencionada por alguns entrevistados. Importante ressaltar que tal opção de tratamento não se insere nos subsistemas de cuidados de saúde propostos por Kleinman (1978), sendo induzida pelas ciências da comunicação, economia e marketing das indústrias de alimentos e medicamentos.

[...] naquela época, a gente não tinha acesso à nutricionista, então a gente fazia aquelas dietas loucas. Eu fiz muita dieta; eu dormia sem comer, porque se diz que emagrece, mas não adiantou para mim. Eu fiz a dieta da sopa, da lua, de um monte de coisa que nem me lembro mais. Chá, tanto tipo de chá que tomei. No momento, acho que fazia um pouco de efeito; de repente, parava. Só que eu vivi sempre tentando não chegar ao ponto que cheguei. (E19).

Olha, tudo o que falaram que é bom para emagrecer, eu estou fazendo, estou tomando, e nada dá resultado. Com a dieta do limão, você ia até o nove, e voltava do nove ao um. [...] Dieta da sopa... comer só ovo... (E03).

Com o aumento da prevalência da obesidade, a indústria das dietas tem se tornado extremamente lucrativa, com promessas de resolução rápida para o excesso de peso corporal (PORTAL BRASIL, 2015). Existe um grande setor da economia dirigido para uma população que deseja emagrecer. Nos EUA, a indústria das dietas gira por ano cerca de 58 bilhões de

dólares, ao passo que o governo americano gasta cerca de 68 milhões de dólares com saúde. No Brasil, não há dados de quanto esse mercado movimentava. Entretanto, as livrarias do País expõem em suas prateleiras inúmeros livros que prometem milagres, a exemplo da dieta do tipo sanguíneo e a dieta da lua (CARMELLO, 2016). Porém, uma vez que ocorre a interrupção dessas dietas, é comum que o indivíduo volte a apresentar ganho de peso corporal (PORTAL BRASIL, 2015).

As propagandas relacionadas à qualidade de vida e sua associação com a alimentação e peso corporal não são neutras. A indução ao consumo de novos tratamentos propostos pelas indústrias médica, farmacêutica e de alimentos e nutrição busca sua legitimação em achados científicos, constituindo-se em armadilhas ao consumidor (OLIVEIRA-COSTA *et al.*, 2016).

Aproveitando o novo nicho de mercado de emagrecimento rápido a fim de almejar o padrão de estética imposto pela sociedade, a indústria de suplementos alimentares vem se expandindo, pois é considerada por muitas pessoas como uma alternativa segura e de baixo custo quando comparada à cirurgia bariátrica, por exemplo. No entanto, esses produtos não representam solução eficaz no processo de emagrecimento, havendo contradições na literatura científica quanto à eficiência de seus efeitos termogênicos (COSTA *et al.*, 2012).

Considerações finais

O estudo do IT dos usuários do SAACIO revelou influência maior do núcleo familiar e profissional do que propriamente do núcleo popular no tratamento da obesidade. E, mais do que a autopercepção da obesidade, as consequências na vida pessoal e laboral, somadas às comorbidades associadas, ao preconceito sofrido e à baixa autoestima se mostraram decisivas para a busca do tratamento especializado para a obesidade.

O preconceito em relação à obesidade causa sofrimento psíquico, isolamento social e prejudica a vida laboral, especialmente das mulheres, revelando ser também um problema de gênero. Destaca-se a gestação como um momento importante de ganho de peso para as mulheres.

Em relação ao referencial de Kleinman, embora importante para estudos sobre IT, mostrou-se limitado na abordagem de IT de indivíduos obesos, especialmente no que se refere a visão mercantilista da obesidade, dado que ao responder a determinadas necessidades construídas socialmente favorece interesses econômicos não revelados.

Os dados empíricos revelaram a ausência de uma abordagem multiprofissional e a frágil atuação da AB na responsabilização e no cuidado aos usuários com obesidade. Nesse sentido, a linha de cuidado ao indivíduo com obesidade pode ser uma estratégia importante a ser implementada. Sugere-se, por fim, maior articulação do SAACIO com o primeiro nível de atenção, especialmente na educação permanente das equipes e no apoio à promoção da saúde e prevenção precoce da obesidade.

Colaboradores

Todos os autores participaram da concepção, análise e interpretação dos dados e da redação, revisão e aprovação final do artigo, sendo responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Agradecimentos

Nossos sinceros agradecimentos a toda a equipe multiprofissional que compõe o SAACIO do HUOP, por todo o apoio dispensado à realização deste trabalho.

Referências

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125-138. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010*. 3. ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

BRASIL. 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, DF: Ministério da Saúde, 2014a. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2013a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=20/03/2013>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2013b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/03/2013&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=96>>. Acesso em: 7 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*: obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Brasil supera baixo peso infantil, mas número de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade é preocupante**. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2 mar. 2015d. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/pdf/alimentacao-adequada-estudo-completo>>. Acesso em: 7 maio 2015.

BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (BRATS). Cirurgia Bariátrica no Tratamento da Obesidade Mórbida. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF, v. 5, n. 3, p. 01-11. set. 2008. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d6a8ba8046832c39881b9c99223cd76e/brats5.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 12 maio 2015.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2015.

CARMELLO, C. **Dieta: como ela age no seu mundo**. 2016. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/saude/dieta-como-ela-age-no-seu-mundo/>>. Acesso em: 21 maio 2017.

COSTA, N. M. *et al.* Suplementos alimentares para o emagrecimento: eficácia questionável. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 6, n. 31, p. 25-35, fev. 2012. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4841719.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

CRANDALL, C. S. Prejudice Against Fat People: Ideology and Self-Interest. **Journal of Personality And Social Psychology**, Washington, DC, v. 66, n. 5, p. 882-894, maio 1994. Disponível em: <<https://wesfiles.wesleyan.edu/courses/PSYC-309-clwilkins/week4/Crandall.1994.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-etes/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2017.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANÁ (HUOP). **Protocolo do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do Hospital Universitário do Oeste do Paraná**. Cascavel: Unioeste, 2014. (mimeografado).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNS 2013: Em dois anos, mais da metade dos nascimentos ocorreram por cesariana**. Notícias, 21 ago. 2015b.

Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias.html?view=noticia&id=1&idnoticia=2965&busca=1&t=pns-2013-dois-anos-mais-metade-nascimentos-ocorreram-cesariana>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

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, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n6/01v24n6.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2017.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 85-93, dez. 1978. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/222445445_Concepts_and_model_for_the_comparison_of_medical_systems_as_cultural_systems>. Acesso em: 6 mar. 2017.

KUBOTA, L. C. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Discriminação Contra os Estudantes Obesos e os Muito Magros nas Escolas Brasileiras*. Rio de Janeiro: Ipea, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2643/1/TD_1928.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2017.

LACERDA, E. M. A.; LEAL, M. C. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 187-200, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n2/15.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

LOCARNO, A. F. S.; NAVARRO, A. C. Educação nutricional como estratégia de prevenção e tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 5, n. 28, p. 314-323, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/249/234>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

MACIEL, M. R. A.; GUARIM NETO, G. Um olhar sobre as benzedadeiras de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, Belém, v. 1, n. 3, p. 61-77, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bgoeldi/v1n3/v1n3a03.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

NASCIMENTO, C. A. D.; BEZERRA, S. M. M. S.; ANGELIM, E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 18, n. 2, p. 193-201, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a04.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

OLIVEIRA-COSTA, M. S. *et al.* Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1957-1964, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1957.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

ORSI, J. V. A. *et al.* Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 54, n. 2, p.106-109, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n2/a10v54n2.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

PINTO, M. S.; BOSI, M. L. M. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 443-457, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

PORTAL BRASIL. *Dietas da moda podem ser prejudiciais à saúde*. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/dietas-da-moda-podem-ser-prejudiciais-a-saude>>. Acesso em: 21 maio 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Projeto de Lei nº 1130, de 2015*. Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder executivo suspender imediatamente convênios firmados entre a administração direta e indireta com entidades de direito privado, que tenham sido condenados em ação transitada em julgado, por discriminação contra a pessoa portadora de obesidade mórbida. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/18c1dd68f96be3e7832566ec0018d833/8db6880d14d0032183257efb005e5a03?OpenDocument&ExpandSection=-1>>. Acesso em: 5 mar. 2017

SILVA, G. A.; LANGE, E. S. N. Imagem Corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 28, n. 60, p. 43-54, mar. 2010. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=3509>. Acesso em: 1 fev. 2017.

SILVA JÚNIOR, N. D.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO, F. Escolha do Itinerário Terapêutico Diante dos Problemas de Saúde: considerações socioantropológicas. *Revista Eletrônica Discente História.com*, Cachoeira, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2013. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/seer/index.php/historiacom/article/view/4/4>>. Acesso em: 7 maio 2015.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 359-366, abr. 2010. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/images/Obesidade_e_qualidade_de_vida_revisão_de_literatura.pdf>. Acesso em: 14 maio 2015.

TEIXEIRA, A. D.; DIAZ, M. D. M. Obesidade e o sucesso no mercado de trabalho utilizando a POF 2008-2009. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 188-209, 2011. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rgpp/article/download/97847/96647>. Acesso em: 1 fev. 2017.

Recebido para publicação em junho de 2017

Versão final em outubro de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

ARTIGO CIENTÍFICO 3

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO
ESPECIALIZADO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAVE**

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NO
TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAVE**

Soraia Younes¹²

Maria Lucia Frizon Rizzotto¹³

Márcia Cristina Dalla Costa¹⁴

¹ Nutricionista. Mestre em Biociências e Saúde, Nutricionista Clínica em Gastroclínica-Foz do Iguaçu, PR. E-mail: soraiayounes@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva, Professora Associada do Curso de graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação *Strico Sensu* em Biociências e Saúde e do Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira, da UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: frizon@terra.com.br

³ Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva, Docente do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas (CCMF) da UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: marciacdc@uol.com.br

RESUMO: Objetivou-se fazer resgate histórico da criação e implementação de um Serviço Especializado em Obesidade, criado em 2007 e efetivado em 2014, bem como identificar vínculos e satisfação dos usuários. Estudo qualitativo, para o qual foram entrevistados dois idealizadores do serviço e 21 pacientes. Verificou-se como resultados, que durante o processo de implementação, o protocolo de atendimento passou de clínico individualizado e tradicional para o de grupos com atendimentos interdisciplinar, mudança que gerou forte vínculo entre profissionais e usuários, além de reconhecido grau de satisfação. Revelou-se, ainda, que quando profissionais se propõem a ouvir usuários e a valorizar suas demandas e saberes, se constrói um serviço de saúde mais humanizado e de excelência. Considerou-se, por fim, ser necessário que os profissionais de saúde tenham condições apropriadas de trabalho, para que possam primar pela qualidade e assim reinventar a sua prática diária de saúde, participando como co-gestores no processo de trabalho, com a fundamental participação do usuário.

Palavras-chave: Obesidade mórbida; Cirurgia bariátrica; Educação em saúde; Serviço de Saúde.

ABSTRACT: This study aimed to make a historic review of the creation and accomplishment of a service specializing in obesity, as well as identify links and user satisfaction. 2 creators of the project and 21 patients of the service were interviewed in this qualitative study. According to the results, the project became known in 2007 and in 2014, the service became effective. During the implementing process, the clinical care protocol was individualized and traditional for groups with interdisciplinary care; those changes created a strong bond between professionals and users, as well as recognized degree of satisfaction. The study showed that when professionals take time to listen to the user's demands better and humanized health services are created. And it is considered necessary that health professionals have appropriate working conditions, so that they can excel by quality and thus reinvent their daily health practice, participating as co-managers in the work process, being fundamental the participation of the user.

Keywords: Morbid obesity; Bariatric Surgery; Health Education; Health Service

INTRODUÇÃO

No Brasil, estudo realizado⁽¹⁾ nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal mostrou que a prevalência do excesso de peso nos adultos brasileiros esteve presente em 53,8% da amostra. No que se refere à obesidade entre adultos, a prevalência foi de 18,9%, porcentagem que se reduz de modo proporcional ao aumento da escolaridade, para ambos os sexos. Tratar a obesidade e suas consequências é uma realidade nos serviços de saúde há muitos anos, entretanto, na prática, esse tema ainda não é prioridade nas agendas dos gestores públicos e do Ministério da Saúde (MS).

De acordo com a legislação pesquisada, em 2013 foram publicadas duas portarias pelo MS, as de nº 424 e nº 425, sendo que a primeira “redefiniu 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” (2,23). Já a Portaria nº 425 “estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade” (3,59). Em 2015, o Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB/HUOP) inicia o processo de credenciamento junto ao MS, seguindo rigorosamente as legislações vigentes.

Os estabelecimentos de saúde habilitados pelo MS⁽⁴⁾ como Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, teriam seus credenciamentos mantidos até o dia 31 de dezembro de 2015, conforme a Portaria nº 670, de 3 de Junho de 2015. Essa portaria objetivava que esses estabelecimentos de saúde comprovassem o cumprimento das determinações dispostas no anexo II, da Portaria nº 425/2013, exigidas para a habilitação do serviço. Entretanto, o MS⁽⁵⁾ prorrogou o prazo estabelecido por essa Portaria, a fim de que o Distrito Federal e as esferas estaduais e municipais do âmbito da saúde organizassem as linhas regionais de cuidado do sobrepeso e obesidade, por meio da publicação da Portaria nº 308, de 04 de março de 2016. Nesse contexto, o processo de credenciamento do SOCB/HUOP retornou para que a linha de cuidado fosse implantada na 10ª Regional de Saúde, a qual cumpria com a exigência.

Com base nessa legislação, o indivíduo obeso que se decidir pelo tratamento cirúrgico da obesidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deverá estar inserido na organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que terá como linha prioritária de cuidado a organização da prevenção e do tratamento do excesso de peso e obesidade. Como parte da Rede, a Atenção Básica desempenha relevante papel na prevenção e atenção às doenças crônicas. Sendo assim, os

cuidados em saúde, por meio das equipes de saúde da família, com indivíduos que apresentem excesso de peso e obesidade deverão seguir critérios de acordo com a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC). Indivíduos que apresentem $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ou casos mais complexos deverão ser encaminhados para os serviços de Atenção Especializada, seja ambulatorial e/ou hospitalar^(3,6).

Diante da complexidade envolvida nos fatores determinantes da obesidade, o seu tratamento requer múltipla abordagem, por ser doença de etiologia multifatorial⁽⁷⁾. A abordagem interdisciplinar humanizada é essencial para o sucesso no tratamento da obesidade, refletida nas políticas de educação em saúde⁽⁸⁾. Dessa maneira, não há humanização sem comunicação, pois esta depende da capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes. Nesse contexto, e baseado nestes princípios, é que o SOCB/HUOP vem construindo seu espaço no tratamento da obesidade.

Nesse sentido, o presente artigo busca fazer um resgate histórico do Serviço e identificar vínculos e satisfação de usuários do SOCB/HUOP.

METODOLOGIA

Estudo de caráter qualitativo, desenvolvido no SOCB/HUOP, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com dois de seus idealizadores e com 21 pacientes (28,0%) dos 75 cadastrados. As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e maio de 2016, em local reservado, nas dependências do HUOP, nos dias de reuniões dos três grupos em atividade. Os pacientes eram oriundos de 21 municípios das regiões Oeste, Sudoeste e Noroeste do estado do Paraná.

Os critérios de inclusão, voltados a ambos os sexos e a municípios distintos, foram: estar em tratamento clínico da obesidade e/ou em fase preparatória para a realização da cirurgia bariátrica; com idade mínima de 18 anos; que concordassem em participar da

pesquisa, por meio de assinatura do o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devendo, necessariamente, ser um de cada município e pertencer a grupos diferentes.

Os dados empíricos propiciaram conhecer o processo de criação do SOCB/HUOP e identificar três categorias analíticas: Vínculo e relacionamento com a equipe interdisciplinar; Avaliação dos usuários do SOCB/HUOP; e Facilidades e dificuldades de acesso ao SOCB/HUOP.

Esta pesquisa, recorte de dissertação de mestrado, faz parte do projeto “Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Parecer nº 1.180.202/2015, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Histórico do SOCB/HUOP de Cascavel, Paraná

O SOCB/HUOP localiza-se na macrorregião oeste do Paraná, que contempla as 7^a, 8^a, 9^a, 10^a e 20^a Regionais de Saúde. A trajetória do SOCB/HUOP, segundo Bonfleur⁽⁹⁾, teve início quando um grupo de docentes demonstraram interesse em estender seus estudos experimentais, desenvolvidos no âmbito do Grupo de Pesquisa Experimental em Obesidade para os seres humanos. Assim, em 2007, buscaram ampliar o grupo com o convite a profissionais de outras áreas como nutrição, para desenvolver projeto voltado para o público adolescente, uma vez que os dados apontavam um alto índice de excesso de peso nessa população (14,39%)⁽¹⁰⁾. Após reunião com a direção do HUOP e com outros profissionais nutricionistas e psicólogos, os docentes propuseram o projeto para a "Criação do Centro de

Referência de Atividade Multiprofissional ao Adolescente com Excesso de Peso Corporal (CRAMAEP)”, que não chegou a ser concretizado.

Em 2010, com a aproximação do cirurgião gástrico (Dr Allan Cezar Faria Araújo) junto ao Grupo de Pesquisa Experimental em Obesidade, iniciaram-se novas discussões, agora para a criação de um Ambulatório de Obesidade no HUOP. Nos anos seguintes, de 2010 a 2012, várias reuniões foram realizadas com profissionais interessados em estruturar um serviço especializado em atendimento para obesos no HUOP⁽¹¹⁾.

Em 2013, a 10ª Regional de Saúde começou a referenciar pacientes obesos para o HUOP, com atendimento pelo Ambulatório de Cirurgia Geral até que, em fevereiro de 2014, foi criado o Ambulatório de Obesidade e Cirurgia Bariátrica, denominado como Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica (SOCB), com atendimentos baseados no modelo clássico individualizado⁽¹¹⁾.

De acordo com o Protocolo do SOCB/HUOP, à época, já na primeira consulta com o médico cirurgião, o paciente recebia encaminhamento para as demais especialidades como: endocrinologia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. Entretanto, com a demanda aumentada para estas especialidades, o tempo de espera entre a consulta e o retorno começou a ultrapassar o período de seis meses. Além disso, os pacientes tinham que retornar ao serviço com certa frequência, o que se tornava dificultoso para os indivíduos que trabalhavam e para os que vinham de outros municípios.

Em 2015, após o processo de credenciamento junto à Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, o coordenador do SOCB/HUOP realizou visita técnica ao Serviço de Alta Complexidade para Obesidade, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), para conhecer a metodologia de atendimento em grupo, com reuniões semanais, hoje considerada importante marco na trajetória do SOCB/HUOP. A partir da troca de experiências com o

Serviço da Unicamp, o SOCB/HUOP atualizou o seu Protocolo de Atendimento, com a adoção de metodologia semelhante à de Campinas⁽¹¹⁾.

Como repercussão do processo de reestruturação do SOCB/HUOP, evidenciou-se, também, por parte da equipe de saúde, o interesse em vincular o Serviço à pesquisa científica. Assim, seguiu-se a isso, a aprovação do Projeto de Pesquisa de Assistência Interdisciplinar ao Indivíduo com Obesidade do HUOP, em julho de 2015, pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UNIOESTE. Com esse novo formato, o SOCB/HUOP pôde abrir espaço para a participação mais efetiva da equipe interdisciplinar, com diversas especialidades médicas, além de assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.

Em setembro do mesmo ano, os 150 pacientes obesos já credenciados foram divididos em três grandes grupos de atendimento. Essa nova metodologia possibilitou monitorar a evolução do tratamento com maior regularidade. O atendimento em grupo também permitiu identificar necessidades especiais dos pacientes como, por exemplo, a de atendimentos individuais com cardiologista, psicólogo e fisioterapeuta, o que possibilitou que os atendimentos em grupo não excluíssem os atendimentos individualizados sempre que se fizessem necessários.

Em outubro, iniciou-se o processo de credenciamento do SOCB/HUOP junto ao MS, até o momento em tramitação. Em maio de 2016, a equipe do SOCB/HUOP organizou uma “Caminhada Rumo ao Credenciamento de Cirurgia Bariátrica”, afim de sensibilizar tanto a imprensa como a sociedade sobre a importância desse credenciamento para dar continuidade ao tratamento da obesidade para aqueles que necessitassem de tratamento cirúrgico.

Segundo Araújo⁽¹¹⁾, o SOCB/HUOP além de prestar serviço especializado à população obesa, também é importante na formação de profissionais de saúde capacitados para o atendimento voltado à obesidade, acolhendo alunos da graduação e da pós graduação, tanto

lato sensu quanto *stricto sensu*, com a preocupação de qualificar profissionais de saúde para o atendimento de pacientes obesos em todos os níveis de atenção à saúde. Desde 2016, a equipe técnica, em parceria com outras instituições, organiza eventos anualmente voltados à comunidade em geral, a exemplo do “MAIS SAÚDE: todos juntos contra a obesidade”, e também aos profissionais da área da saúde da região, com eventos técnicos. E ainda, a equipe técnica trabalha juntamente com outros serviços e com a 10^a Regional de Saúde, resultando em 2017 na criação de um Grupo de Atenção à Obesidade (GAO), desenvolvendo práticas educativas em grupos, assim como atividades individuais, conforme a necessidade, aguardando o credenciamento do SUS. Entretanto, em dezembro de 2017 foi realizada a primeira cirurgia pela equipe.

Em 6 de janeiro de 2017, o MS publicou a Portaria nº 62, que alterou as Portarias nºs. 424 e 425/GM/MS de 2013, com o argumento sobre a necessidade de se ampliar o acesso ao tratamento da obesidade na alta complexidade e desobrigou as Secretarias Estaduais de implantarem a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade como critério para habilitação dos Serviços, devendo apenas ser aprovado nas Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁽¹²⁾. Assim, com a Portaria nº 62/2017, o processo de credenciamento do SOCB/HUOP retrocedeu para adequações à nova Portaria.

O tratamento e acompanhamento adequado de indivíduos obesos ainda não é uma prioridade no SUS, pois necessita da organização regional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ficando à Atenção Básica o papel de ordenadora nessa regionalização, com o apoio diagnóstico e terapêutico, tanto os ambulatoriais como os hospitalares, da Atenção Especializada que compõe a Rede. Entretanto, a garantia de um financiamento adequado à saúde é um grande desafio enfrentado na implementação das RAS⁽¹³⁾, reforçando-se, assim, que o tema obesidade ainda não compõe a agenda da saúde na proporção da sua gravidade, haja vista a morosidade no processo de credenciamento do Serviço em questão.

Vínculo e relacionamento com a equipe interdisciplinar

Um dos desafios da reorganização de um serviço de saúde, seja privado ou público, encontra-se no relacionamento estabelecido entre os profissionais de saúde e seus usuários⁽¹⁴⁾, sendo importante que no vínculo entre eles haja confiança: *“Todos atenciosos, tratam a gente com muita seriedade [...]”* (E02). *“Não sei se sou eu só que sinto assim, mas se tornou um elo muito gostoso, muito bom, o modo deles atenderem, a simplicidade, não tem como explicar [...]”* (E08).

A proximidade entre equipe e usuários auxilia no processo ensino-aprendizagem, possibilita melhor entendimento das orientações fornecidas pelos técnicos e torna-se estímulo para o prosseguimento nessa direção. *“Aqui eles estão me ensinando”* (E19).

Os usuários relatam que se sentem estimulados pela equipe, mas também pela convivência com os colegas, demonstrando a importância da modalidade de atendimento em grupo.

[...] me levanta a auto-estima, o dia que eu venho, volto mais animada [...] falo para minhas amigas que também se interessaram [...]a gente passa a fazer mais exercícios, mais motivação para o exercício, caminhada, mudança do hábito alimentar... aumentou a minha qualidade de vida. [...] Ah, muito bom, todos me chamam pelo nome, todos me conhecem (E20).

O relato dos usuários sugere que os profissionais buscam aplicar os princípios da política do HumanizaSUS, a qual propõe que o SUS deva ser contagiado por essa atitude humanizadora, que destaca os aspectos subjetivos presentes em qualquer ação humana e nas práticas de saúde, por entender que a humanização em saúde proporciona um novo modo de olhar todas as pessoas em suas especificidades, em suas histórias de vida, como sujeitos de um coletivo, sujeitos da história de outras tantas vidas, e, portanto, todos corresponsáveis pela produção da saúde e pela construção de laços de cidadania⁽⁸⁾.

A transversalidade e a interdisciplinaridade são formas de trabalhar o conhecimento, quando se busca a reintegração dos procedimentos acadêmicos que ficaram isolados uns dos

outros, pelo método disciplinar, e se reconhece que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, produzindo-se, com isso, saúde de forma corresponsável. No SUS humanizado, cada pessoa é legítima cidadã e portadora de direitos e tem valorizada e incentivada a sua atuação na produção de saúde⁽⁸⁾.

As ações de promoção de saúde devem ser executadas de forma a estimular uma mudança de comportamento nos indivíduos e grupos beneficiados por tais práticas, e de modo a promover a participação de sujeitos tornados mais autônomos⁽¹⁵⁾ (MENDES; FERNANDEZ; SACERDO, 2016, p. 198).

Avaliação dos usuários do SOCB/HUOP

Nos estabelecimentos de saúde, a qualidade dos serviços prestados está relacionada diretamente ao grau de satisfação do usuário. No presente estudo, os pacientes entrevistados foram questionados quanto ao atendimento/relacionamento com os profissionais de saúde das diferentes especialidades do SOCB/HUOP.

Os sentimentos que se sobressaíram foram os de satisfação e agradecimento pelo atendimento da equipe do SOCB/HUOP: *“Eu gosto muito do acompanhamento deles [...]. Todos atendem a gente muito bem [...].”* (E12). *“Maravilhoso. Só tenho que agradecer”* (E 11).

Faz-se importante reforçar a “humanização da assistência”, pois está ligada à mudança de atitude de profissionais em relação ao contato com os pacientes e acompanhantes, na direção de amenizar o ambiente de alta complexidade e tecnologia dos procedimentos médicos vigentes, oferecendo-lhes qualidade e acolhimento⁽⁸⁾. Dessa forma, usuários e profissionais se fundem na construção de novos conhecimentos e práticas. A possibilidade de troca de experiências entre os participantes do grupo, tendo em vista que todos têm o mesmo objetivo e motivo para estar nesses grupos, é de primordial importância para o sucesso do tratamento.

Ao verificar o grau de satisfação, a grande maioria dos entrevistados (99,8%) consideraram o serviço de “muito bom” a “excelente”, enquanto que apenas um usuário considerou “bom”.

Facilidades e dificuldades de acesso ao SOCB/HUOP

A acessibilidade é um atributo essencial para o alcance da qualidade nos serviços de saúde e possui características socioorganizacionais e geográficas. A primeira refere-se à relação entre o funcionamento dos serviços e os usuários, como o tempo de espera para o atendimento; a segunda pode ser medida pelo tempo de locomoção do usuário ao serviço, ou mesmo pelas despesas com a viagem, dentre outros fatores⁽¹⁶⁾.

Ambas as formas de acessibilidade foram identificadas neste estudo. As facilidades de acesso ao serviço, a forma de atendimento em grupo, que facilita o contato entre os próprios usuários, e o acesso à equipe multidisciplinar: *“Essa forma de organização deles... esse grupo que foi feito com equipe multidisciplinar”* (E 01).

A mudança dos atendimentos clínicos tradicionais para a modalidade de atendimento em grupo surgiu da necessidade de se formularem perguntas que buscassem também propiciar facilidades no acesso do usuário ao SOCB/HUOP.

As facilidades referem-se aos agendamentos de consultas médicas – com exceção da psiquiatria que não participa da equipe –, de exames e prescrições de medicamentos: *“Eu acho que é o grupo que facilita tudo para a gente... Se precisar marcar uma consulta, um exame, uma receita, eles mesmos fazem para a gente”* (E 09). *“Eles estão dando assistência em tudo que precisamos. A única coisa que eu não encontrei que foi o médico psiquiatra, paguei consulta particular, porque eu tenho bastante ansiedade”* (E 19).

Os serviços de transporte fornecidos pelos municípios, sejam ônibus ou ambulâncias, também foram indicados como facilidades de acesso, desde o agendamento do transporte e

locomoção na data marcada para estar com o grupo até o retorno desse usuário ao município de origem, após o atendimento. *“O que facilita é que a gente chega lá na secretaria e consegue marcar o carro fácil pra vir para cá”* (E 04). *“Eles me deixam aqui, me pegam e me deixam na porta da minha casa”* (E 12).

Percebe-se que, em geral, os municípios satisfazem a necessidade de transporte público dos seus usuários. Entretanto, os usuários relataram como fator que dificultante do acesso, a distância entre os seus municípios de origem e o do SOCB/HUOP. *“A dificuldade é o deslocamento ... a distância”* (E 15). *“No começo eu tinha até desistido. Quando eu comecei em 2013 ou 2014 [...] ter que vir toda consulta, toda especialidade separado, não era como foi organizado agora, eu teria que vir quase toda semana”* (E 01).

Apesar de alguns entrevistados terem referido dificuldades, é importante ressaltar que a atenção em saúde com equipe interdisciplinar propicia assessoramento amplo e integrado, possibilitando ao profissional visualizar e solucionar outras necessidades de saúde do paciente. Serviços de saúde que atuam desta maneira, possuem a perspectiva de elevar o grau de resolutividade das práticas em saúde e a qualidade da atenção, uma vez que reduzem as falhas, as intervenções duplicadas, filas de espera, além de evitar os adiamentos. Essa proposta de organização dos serviços tendem a ser um caminho sem volta⁽¹⁷⁾; porém, ainda não é uma prática dos municípios locais.

Outras dificuldades foram evidenciadas quanto à insatisfação relativa à demora na realização da cirurgia bariátrica, às dificuldades de locomoção e ao não encaminhamento para outros serviços para realizar o procedimento:

Pra mim tá sendo bom [...] Eu esperava, assim... que fosse mais rápido, sabe? [...] Tinha que ter encaminhamento; como o hospital não está realizando cirurgias, não sei o que eles poderiam fazer para acelerar um pouco isso aí, porque a gente mora longe, a maioria mora longe e daí desloca pra vim até aqui (E 15).

A quantidade de Serviços Especializados de Atenção à Obesidade, em nível ambulatorial, disponíveis no Estado do Paraná e em relação ao total do país, corresponde a 26,7% para o SUS e não SUS; quanto à proporção dos serviços em nível hospitalar disponíveis no Estado, em relação ao país, verificam-se 22,7% para o SUS e não SUS⁽¹⁸⁾, justificando-se a precariedade na assistência ao obeso antes e após a cirurgia bariátrica.

Devido ao caráter crônico da obesidade e sua tendência à reincidência após o emagrecimento, o sujeito deverá ser acompanhado por um longo período por profissionais de saúde⁽¹⁹⁾. O tratamento dietoterápico, a prática de atividade física e o tratamento medicamentoso são os principais pilares para a abordagem da obesidade. No entanto, os resultados do tratamento convencional nem sempre são satisfatórios, sendo indicado, nesses casos, a intervenção cirúrgica⁽⁷⁾. Os tratamentos cirúrgicos da obesidade realizados e disponíveis, promovem a redução do volume de ingestão total, por parte do paciente, e/ou da absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido. Nesse sentido, se não houver por parte do pós-bariátrico um seguimento adequado da prescrição dietética e se o estado nutricional não for monitorado frequentemente por profissional nutricionista ou por equipe multiprofissional, elevam-se os riscos de complicações no pós-operatório⁽²⁰⁾, reforçando-se, com isso, a necessidade da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no SUS, inseridas na rotina da Atenção Básica dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da satisfação dos usuários desse serviço, verificado nas entrevistas, os mesmos não relataram a necessidade da oferta desses serviços em seus municípios de origem, contentando-se com a possibilidade de chegar a um serviço terciário. Entende-se que se a obesidade fosse uma preocupação dos gestores, com ações promotoras de saúde, ou mesmo

com ações de prevenção do sobrepeso e obesidade, incorporadas na rotina dos serviços nos diferentes níveis de atenção, não apenas na área da saúde, mas também nas áreas da educação, esporte, lazer, agricultura e meio ambiente, entre outros, o controle ou a redução da sua prevalência poderia ser vislumbrado a médio e longo prazos. Entretanto, não se observa nem mesmo a preocupação pelo tema obesidade por parte dos municípios e a inexistência de protocolos para organização dos serviços de saúde indica que esse é um problema de saúde pública longe de ser equacionado.

Por fim, considera-se necessário que os profissionais de saúde tenham condições apropriadas de trabalho, para que possam primar pela qualidade e assim reinventar a sua prática diária de saúde, participando como co-gestores no processo de trabalho, com fundamental participação do usuário. A partir do momento que os profissionais se propõem a ouvir os usuários e a valorizar as suas ideias e sugestões, a fim de reinventarem seus próprios modos de construir a promoção da saúde, eles se encaminham para a construção de um serviço de saúde mais humanizado e de excelência.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da concepção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão, aprovação final do artigo, e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo o da garantia de sua precisão e integridade.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum conflito de interesse por parte dos autores.

FINANCIAMENTO

O presente estudo *não* teve fontes de *financiamento* externas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 160 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2017.
2. Brasil. 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 54. ed. Brasília, DF, 20 mar. 2013a. Seção 1, p. 23-24. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=20/03/2013>>. Acesso em: 15 maio 2015.
3. Brasil. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 54. ed. Brasília, DF, 20 mar. 2013b. Seção 1, p. 25-29. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/03/2013&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=96>>. Acesso em: 07 maio 2015.
4. Brasil. Portaria nº 670, de 03 de junho de 2015. Mantém até 31 de dezembro de 2015 a habilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, e altera a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 105. ed. Brasília, DF, 05 jun. 2015. Seção 1, p. 48-48. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=05/06/2015>>. Acesso em: 12 jun. 2016.
5. Brasil. Portaria nº 308, de 04 de março de 2016. Prorroga os prazos de que tratam o "caput" e o § 1º do art. 1º da Portaria nº 670/GM/MS, de 3 de junho de 2015, para que os Estados, os Municípios e o Distrito Federal organizem as linhas regionais de. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 44. ed. Brasília, DF, 07 mar. 2016. Seção 1, p. 69-69. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=69&data=07/03/2016>>. Acesso em: 12 jun. 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n 38). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.
7. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p.359-366, abr. 2010. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/images/Obesidade_e_qualidade_de_vida_revisão_d_e_literatura.pdf>. Acesso em: 14 maio 2015.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.
9. Bonfleur ML. Entrevista concedida pela Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde, do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, 2016.
10. Costa MCD, Bonfleur ML, Sousa PG, Balbo SL. Sobrepeso como fator de risco para hipertensão em escolares de município paranaense. **Revista Varia Scientia: Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 2, n. 1, p.31-42, jun. 2016. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/14313/10050>>. Acesso em: 23 nov. 2017.
11. Araújo ALC. Entrevista concedida pelo Coordenador Geral do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel, 2016.
12. Brasil. Portaria nº 62, de 06 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Poder Executivo, 6. ed. Brasília, DF, 09 jan. 2017b. Seção 1, p. 31-31. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/01/2017&jornal=1&pagina=31&totalArquivos=88>>. Acesso em: 23 nov. 2017.
13. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p.114-124, out. 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 nov. 2017.
14. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.479-503, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.
15. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p.190-203, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00190.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
16. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.2903-2912, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a06.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.
17. Dias IMAV, Pereira AK, Batista SHSS, Casanova IA. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p.257-267, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0257.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

18. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Relatórios de Serviços Especializado de Atenção à Saúde. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp>. Acesso em: 07 maio 2015.
19. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 - 3.ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em:
<http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.
20. Araújo AM, Silva THM, Fortes RC. A importância do acompanhamento nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p.139-150, jun. 2010. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/importancia_acompanhamento.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

APÊNDICE:

Instrumento de coleta de dados

DATA: ___/___/___

ÁUDIO Nº: _____

A) Caracterização do perfil:

1 – Nome: _____

2 – Município de Origem: _____

3 – Regional de Saúde: _____

4 – Sexo: () M () F

5 – Idade: _____

 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos ≥ 60 anos

6 – Dados Antropométricos

Peso: _____ kg Altura: _____ m IMC: _____ kg/m² 30,0 a 34,9 kg/m² 35,0 a 35,9 kg/m² 40,0 a 49,9 kg/m² 50,0 a 59,9 kg/m² ≥ 60,0 kg/m²

7 – Estado civil:

 Solteiro (a) Casado (a) União Consensual Divorciado (a) Viúvo (a)

8 – Possui filhos:

- Sim
- Não

9 – Com quem você mora (admite mais de uma resposta):

- Pais
- Irmãos
- Avós
- Filhos
- Outros parentes
- Marido/Esposa
- Companheiro
- Sozinho
- Outras pessoas não parentes
- Outros

10 – Escolaridade:

- Analfabeto
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

11 – Profissão: _____ Ocupação: _____

12 – Tipo de vínculo empregatício:

- Estatutário
- CLT
- Autônomo
- Temporário
- Contrato Informal
- Desempregado
- Aposentando
- Outro/Qual _____

13 – Carga horária/semanal:

- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas
- Outra/Qual _____

14 – Renda mensal:

- Até 01 salário mínimo
- De 01 a 03 salários mínimos
- De 03 a 05 salários mínimos
- De 05 a 15 salários mínimos
- Mais de 15 salários mínimos

Quantas pessoas que dependem desta renda? _____

15 – Meio de transporte utilizado para o deslocamento até o HUOP:

- Transporte coletivo urbano
- Transporte coletivo intermunicipal
- Carro próprio
- Carona de parentes/vizinhos/amigos
- Outros: _____

B) Itinerário terapêutico:

Roteiro de entrevista semi-estruturada:

1 – Subsistema familiar:

- Quando que voce sentiu que estava acima do peso?
- O que você fez desde que percebeu/descobriu a sua obesidade?
- Diga o que você sentiu: (E o que mais te incomodava?)
- A obesidade afetou a sua qualidade de vida? Se sim, de que forma?
- O que te levou a procurar tratamento para a obesidade?
- Você encontrou apoio de familiares, amigos, outros indivíduos ou grupos de apoio com indivíduos na mesma condição?
- O que ou quem mais te influenciou a procurar o Serviço do HUOP, a fim de realizar a cirurgia bariátrica?

2 – Subsistema popular:

- Além do médico e de outros profissionais de saúde (nutricionista, educador físico, psicólogo) que outra(s) forma(s) de tratamento você procurou? (Investigar outras alternativas assistenciais – religiosa, práticas alternativas [acupuntura, fitoterapia, florais, homeopatia], benzedeadas ou outros.)

3 – Subsistema profissional:

- Qual foi o primeiro profissional de saúde que conversou contigo sobre a cirurgia bariátrica? Em qual serviço foi? Depois de lá, onde você foi? (Identificar idas e vindas no Sistema).
- Quais os serviços profissionais públicos (SUS) ou privados que você procurou (ambulatórios, consultórios, clínicas ou hospitais) anteriormente?
- Quem te encaminhou para o Serviço do HUOP?
- Como é o vínculo e o acompanhamento no Serviço do HUOP?
- Como é o atendimento/relacionamento com os profissionais de saúde das diferentes especialidades no Serviço?
- O que te motiva a continuar o tratamento?
- Quais as dificuldades de acesso e para quais tipo de procedimento/serviço do HUOP?
- O que facilita o acesso aos procedimentos/serviços do HUOP?
- Como você avalia o trabalho da equipe que te atende no Serviço do HUOP?

- *Na sua opinião, o que poderia ter sido diferente no fluxo dos atendimentos, que você acabou de me contar?*

- *Na sua opinião, o que poderia ter sido diferente nesta história que você acabou de me contar? (Nesta história o que você teria feito diferente?)*

ANEXO A:

Documentos publicados pela Opas e Oms

Quadro 01 – Documentos publicados pela OPAS e OMS referentes à obesidade no Planeta e nas Américas.

Autor, ano	Título da Publicação
OPAS, 2012	<i>Recomendações da Consulta de Especialistas da Organização Pan-americana da Saúde sobre a Promoção e a Publicidade de Alimentos e Bebidas Não Alcoólicas para Crianças nas Américas</i> Link: < http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=17262&lang=pt >.
OPAS, 2014	<i>Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes</i> Link: < http://www.paho.org/BRA/images/stories/UTFGCV/planofactionchildobesity-por.pdf?ua=1 >.
OPAS, 2015	<i>Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efectos sobre la obesidade e implicaciones para las políticas públicas</i> Link: < http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000718cnt-2015-11_obesidad_OMS.pdf >.
OPAS, 2016	<i>Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde</i> Link: < ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1367 >.
WHO, 2016	<i>Report of the commission on ending childhood obesity</i> Link: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf >.

Fonte: OPAS (2012); OPAS (2014); OPAS (2015); OPAS (2016); WHO (2016).

ANEXO B:**Materiais técnicos de apoio para orientação da organização da
Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade**

Quadro 02 – Materiais técnicos de apoio, para orientação da organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade, na Rede de Atenção à Saúde, elaborados pelo Governo Federal.

Autor, ano	Título da Publicação	Nº de Pág.
MS, 2006	Caderno de Atenção Básica nº 12 – Obesidade Link: < https://www.nestle.com.br/nestlenutrisaude/Conteudo/diretriz/Atencao_obesidade.pdf >.	110
MS, 2009	Caderno de Atenção Básica nº 23 – Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar Link: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf >.	112
MS, 2014	Caderno de Atenção Básica nº 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade Link: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf >.	212
MS, 2015	Caderno de Atenção Básica nº 23 – Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Link: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf >.	184
MS, [2006]	Guia Alimentar: como ter uma alimentação saudável – Guia de bolso Link: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_alimentar_bolso.pdf >.	032
MS, 2008	Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. 1. reimpr. Link: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf >.	210
MS, 2014	Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. Link: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf >.	156
MS, 2002	Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos – Manual Técnico Link: < http://www.redeblh.fiocruz.br/media/guiaaliment.pdf >.	152
MS, 2002	Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: um guia para o profissional de saúde na Atenção Básica Link: < http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10_passos_final.pdf >.	050
MS, 2010	Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos – Manual da Família Link: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dez_passos_para_familia.pdf >.	020
MS, 2013	Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica. 2. ed. Link: < http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf >.	072

Autor, ano	Título da Publicação	Nº de Pág.
MS, 2002	Alimentos Regionais Brasileiros Link: < http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/alimentos_regionais_brasileiros.pdf >.	141
MS, 2015	Alimentos Regionais Brasileiros. 2. ed. Link: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/livro_alimentos_regionais_brasileiros.pdf >.	481
MS, 2015	Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica Link: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf >.	056
MS, 2015	Orientações para a Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica Link: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf >.	033
MS, 2012	Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas Link: < http://www.ideiasnamesa.unb.br/files/marco_EAN_visualizacao.pdf >.	068
MDS, 2014	Educação Alimentar e Nutricional: o direito humano a alimentação adequada e o fortalecimento de vínculos familiares nos serviços assistenciais – Caderno Teórico Link: < http://www.ideiasnamesa.unb.br/upload/bibliotecaldeias/04052015130014Cader nos_de_EAN_-_o_DHAA_e_o_fortalecimento_de_vinculos_familiares_e_comunitarios_-_Caderno_Teorico.pdf >.	038
MDS, 2014	Educação Alimentar e Nutricional: o direito humano a alimentação adequada e o fortalecimento de vínculos familiares nos serviços assistenciais – Caderno de Atividades Link: < http://www.ideiasnamesa.unb.br/upload/bibliotecaldeias/04052015132151Cader nos_de_EAN_-_o_DHAA_e_o_fortalecimento_de_vinculos_familiares_e_comunitarios_-_Caderno_de_Atividades.pdf >.	022
MDS; OPSAN; UnB, 2014	Educação Alimentar e Nutricional: uma estratégia para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada	051
MS; MDS; FIOCRUZ, 2014	Educação Alimentar e Nutricional no Programa Bolsa Família	128
MS, 2009	A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde	114
MS, 2015	Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação	152
MDS; CAISAN, 2014	Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios	039
MS, 2010	Manual das Cantinas Escolares Saudáveis: promovendo a alimentação saudável	056

Fonte: Brasil (2014a); Caisan (2014).

ANEXO C:**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP

Pesquisador: Allan Cezar Faria Araújo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44732515.0.0000.0107

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento próprio do Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.180.202

Data da Relatoria: 30/07/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado: trata-se de estudo longitudinal retrospectivo e prospectivo, que será realizado mediante coleta de dados junto a indivíduos com idade acima de 18 anos, participantes de programa multidisciplinar direcionado a pessoas que apresentam diagnóstico de obesidade. Esse Programa é realizado, em parte, pelo Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) e, em parte, pelo Centro de Reabilitação Física (CRF), da UNIOESTE. Um dos objetivos da pesquisa é utilizar os dados coletados por essa equipe para realizar estudos de casos dos pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Implantar um serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, multidisciplinar e interdisciplinar, com condições técnicas, instalações físicas e

equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento e prevenção aos indivíduos com obesidade da região oeste do Paraná.

Objetivos Secundários:

- Atender aos usuários obesos do SUS, em nível ambulatorial, nas áreas multiprofissionais da saúde; - Realizar vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; - Realizar ações de promoção da saúde

Endereço: UNIVERSITARIA	
Bairro: UNIVERSITARIO	CEP: 85.819-110
UF: PR	Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272	E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Página 01 de 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



Continuação do Parecer: 1.180.202

e prevenção do sobrepeso e da obesidade, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física; - Apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; - Prestar apoio matricial às equipes de saúde para assistência ao indivíduo com obesidade; - Prestar assistência ambulatorial especializada e multiprofissional aos indivíduos adultos com obesidade, de acordo com as demandas encaminhadas por meio da regulação; - Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com os protocolos específicos; - Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; - Avaliar e organizar o acesso dos casos com indicação ao procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes vigentes; - Realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes vigentes; - Garantir assistência terapêutica multiprofissional e interdisciplinar pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade. - Realizar atividades em grupo com os usuários do ambulatório; - Fazer estudo de caso dos usuários em atendimento; e - Formar agentes multiplicadores para a prevenção da obesidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são os mesmos que os de outras cirurgias abdominais. Por essa razão, devem ser realizadas em hospital, com estrutura adequada e por médicos habilitados, que pratiquem os procedimentos regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Embora muito raramente, a cirurgia pode gerar complicações, como infecções, tromboembolismo (entupimento de vasos sanguíneos), deiscências (separações) de suturas, fístulas (desprendimento de grampos), obstrução intestinal, hérnia no local do corte, abscessos (infecções internas) e pneumonia. Além disso, sintomas gastrointestinais podem aparecer após as refeições. Os pacientes predispostos a esses efeitos colaterais devem observar certos cuidados, como reduzir o consumo de carboidratos, comer mais vezes ao dia – mas em pequenas quantidades – e evitar a ingestão de líquidos durante as refeições. A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até por, no mínimo, 18 meses e, após esse período, anualmente.

Benefícios:

Os usuários atendidos pelo ambulatório de obesidade serão instruídos quanto a hábitos de vida saudáveis, com incentivo à prática orientada de atividade física, reeducação alimentar, assistência farmacêutica, apoio psicoterápico e social, bem como orientações sobre os diversos tipos existentes de tratamento para obesidade, incluindo os diferentes tipos de cirurgias. Os benefícios da cirurgia bariátrica são:

Endereço: UNIVERSITARIA	
Bairro: UNIVERSITARIO	CEP: 85.819-110
UF: PR	Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272	E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Página 02 de 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



Continuação do Parecer: 1.180.202

perda de peso, remissão das doenças associadas à obesidade (como diabetes e hipertensão), diminuição do risco de mortalidade, aumento da longevidade e melhoria na qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De relevância para a área da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os Termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As solicitações feitas foram atendidas pelo pesquisador.

CASCADEL, 11 de Agosto de 2015

Assinado por:
João Fernando Christofolletti
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO D:**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Título do Projeto: Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP

Pesquisador responsável: Allan César Faria Araújo

Convidamos você a participar de uma pesquisa que tem, por objetivo, implantar Serviço de Atendimento ao Indivíduo com Obesidade Grave, para oferecer assistência diagnóstica e terapêutica especializada, multidisciplinar e interdisciplinar, com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento geral e de prevenção a essa população. Esperamos, com este estudo, incentivá-lo a hábitos saudáveis de vida, bem como à prática orientada de atividade física, reeducação alimentar, assistência farmacêutica, de enfermagem, apoio psicoterápico e social, além de orientações sobre os diversos tipos de tratamento para a obesidade, incluindo os tipos de cirurgias indicados àqueles que apresentarem necessidade. Por este motivo, você nos foi encaminhado pela 10ª Regional de Saúde e será acompanhado por equipe multi/interdisciplinar, por tempo indeterminado, de acordo com suas necessidades, sejam clínicas ou cirúrgicas. Cada área técnica utilizará fichas de entrevista e acompanhamento próprias, de acordo com protocolo do estudo, abordando assuntos que subsidiarão os atendimentos e orientações aos sujeitos.

Durante a execução do projeto, os riscos a que você estará exposto estão relacionados aos possíveis desconfortos ou constrangimentos que possam vir a ocorrer diante de algum questionamento. Caso você receba indicação cirúrgica, o médico lhe apresentará um outro termo de consentimento, com mais informações; porém, o procedimento em si, só ocorrerá com a sua concordância. Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo, **TENDO O COMPROMISSO DE NÃO FALTAR ÀS REUNIÕES AGENDADAS**. Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você poderá contatar os pesquisadores pelos telefones mencionados acima ou o Comitê de Ética, pelo número 45 3220-3272.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto de pesquisa.

(Assinatura)

(Nome do sujeito de pesquisa)

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante _____ e/ou responsável.

(Nome do pesquisador)

Contatos: 45 3321.5166 ou 3321.5214 - falar com Daniela ou Dalas (Serviço de Assistência Social)

Cascavel, _____ de _____ de _____.

ANEXO E:

Normas de publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.ienje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/esc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

Revista Ciência e Saúde Coletiva

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key-words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF"¹¹ ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan*. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte*. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 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. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
 Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO F:

Normas de Publicação da Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM SETEMBRO DE 2016

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apórtam contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes.

O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha.

Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde pública, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas, que apórtam contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 3 laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Em todos os casos, o número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e as referências.

Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'. Evitar iniciais maiúsculas e negrito.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:

1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações

ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos

A revista 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

2. **Texto.** Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

- a) Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;
- b) Métodos descritos de forma objetiva;
- c) Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;
- d) Conclusão.

3. **Colaboradores.** No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

4. **Agradecimentos.** Opcional.

5. **Referências.** Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

Citação direta com até três linhas

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais" (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação direta com mais de três linhas

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por e-mail.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por e-mail, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OBS.: antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por um software detector de plágio, Plagiarisma. Assim, é possível que os autores, que devem garantir a originalidade dos manuscritos e referenciar todas as fontes de pesquisa utilizadas, sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta de detecção. Plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, se for comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o e-mail revista@saudeemdebate.org.br.

1. Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.

3. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma

lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

4. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar entre no site <http://www.cebes.org.br>.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

ANEXO G:

Normas para Publicação da Revista Ciência, Cuidado e Saúde

Ciência, Cuidado e Saúde

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL
 ANTERIORES NOTÍCIAS TUTORIAL NORMAS/ENVIAR ARTIGO

ATUAL ANTERIORES

Capa > Sobre a revista > Submissões

Submissões

- [Submissões Online](#)
- [Diretrizes para Autores](#)
- [Política de Privacidade](#)

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista Ciência, Cuidado e Saúde?
[ACESSO](#)

Não tem login/senha?

[ACESSAR A PÁGINA DE CADASTRO](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

Taxas de Submissão e de Editoração

Para submissão do artigo é necessário o pagamento da TAXA DE SUBMISSÃO no valor de R\$ 150,00. Acesse o link para gerar o boleto. [Taxa de submissão](#).

Em caso de aprovação, deverá ser paga a TAXA DE PUBLICAÇÃO no valor de R\$ 600,00. Acesse o link para gerar o boleto. [Taxa de publicação](#).

MODELOS:

1. [DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE;](#)
2. [DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS;](#)
3. [PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO;](#)
4. [CHECK LIST DO ARTIGO](#)

Os arquivos são padronizados, portanto se o documento não abrir, por favor tentar trocar de computador ou enviar um email para revduem@gmail.com

Instruções aos autores

A revista Ciência Cuidado e Saúde (online) é um periódico de publicação trimestral do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, que objetiva divulgar a produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial, da enfermagem. Os artigos publicados se dividem nas seguintes seções:

[OPEN JOURNAL SYSTEMS](#)

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:
1974younes

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

IDIOMA

Selecione o idioma

Português (Brasil)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

Editorial = Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até duas (2) páginas, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa = Estudo original e inédito, que agrega informação nova ou corrobora o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve limitar-se a quinze (15) páginas, incluindo resumos e referências.

Revisão = Estudo que reúne, de forma ordenada e sintética, resultados de pesquisas nacionais e/ou internacionais a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo resumos e referências. O número de referências não é limitado.

Reflexão = Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de doze (12) páginas, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência = Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de doze (12) páginas, incluindo resumos e referências.

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Ciência, Cuidado e Saúde, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico.

O manuscrito só será submetido à avaliação dos consultores *ad hoc* após aprovação do Check List referente ao atendimento às normas contidas em "Instruções aos autores". Na avaliação inicial do manuscrito, além das normas de publicação serão avaliados o atendimento aos aspectos éticos. Se aprovado nessa fase, o manuscrito é encaminhado para três consultores *ad hoc* que o rigor metodológico da abordagem utilizada, a atualidade e relevância do tema, originalidade, consistência científica e poder de agregar conhecimento na área da enfermagem e/ou saúde.

O anonimato dos autores e dos consultores (duplo-cego) é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos consultores *ad hoc* são analisados pela Comissão Editorial que, se necessário, indica outras alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final da Comissão Editorial.

Os autores são responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. As opiniões e conceitos emitidos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

Após o início do processo de submissão não são admitidas inclusão de novos autores.

Documentos Suplementares

Os autores devem encaminhar na sessão de Documentos Suplementares os seguintes documentos:

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais à Comissão Editorial da Ciência, Cuidado e Saúde, assinado por todos os autores, conforme modelo.

2. Carta de declaração de potencial(is) conflito de interesses, conforme modelo.
2. Cópia do Parecer do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos no caso de pesquisa original.
3. Comprovante de pagamento da Taxa de Submissão.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada pelos autores. Para a utilização dos artigos, a revista adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à revista. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a elaboração e redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores. Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Neste sentido, a revista *Ciência Cuidado e Saúde*, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. Os autores devem ainda reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O consultor *ad hoc* deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Normas para apresentação dos manuscritos:

1) Aspectos gerais

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.
- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A Revista *Ciência Cuidado e Saúde* incentiva e apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), por reconhecer a importância desses registros para a divulgação internacional, em acesso aberto, de informação acerca dos estudos clínicos. Deste modo, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado ao final da metodologia e aparecer no resumo.

Preparo do manuscrito

- Os artigos deverão ser digitados em "Word for Windows" 98 ou superior, fonte "Times New Roman", tamanho 12, papel A4, com margens de 2,5 cm nos quatro lados, e espaçamento duplo em todo o texto, com exceção de resumos, referências, citações diretas, depoimentos, tabelas e quadros que deverão ter espaçamento simples.

- Para maiores informações, consultar o check-list de normas da revista (no final deste documento).

2) Organização

a) Página de identificação deverá conter:

- Título do trabalho em caixa alta e negrito (somente em Português).

- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores), com indicação da formação profissional (graduação – sem especificar local de formação), instituição em que esteja cursando pós-graduação *strictu sensu* ou maior titulação (nunca especificar onde o título foi obtido), instituição em que atua profissionalmente e endereço eletrônico em nota de rodapé;

- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas;

- Indicação se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição;

- Indicação se o manuscrito é originário de dissertação ou tese;

- Indicação se o manuscrito já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira;

- Indicação da seção a que o texto se destina (Artigo de Pesquisa; de Revisão; de Reflexão; e Relato de Experiência).

- Endereço completo do autor principal para contato.

b) Manuscrito:

- Exige-se correção de português, inglês e espanhol.

- Não deverá conter notas de rodapé.

Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Resumo em português contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;

- Palavras-chave em Português, Inglês (Keywords) e Espanhol (Palabras clave): três a cinco palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME.

- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /Considerações finais, Agradecimentos e Referências).

- A apresentação de resultados e discussão pode ser a critério dos autores (conjunta ou separada) no caso de estudos qualitativos. Já nos estudos quantitativos devem ser apresentadas separadamente.

Observações:

- Os depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em espaço simples, itálico, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chaves { };

- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na sequência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão. Exemplo^(10:8).

- Figuras e tabelas devem ser limitadas(os) a cinco no total.

3) Referências

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte), para artigos de pesquisa, reflexão e relato de experiência. No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.

- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.

- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um traço Ex: (4,5,6 e 7) substituir por (4-7); quando intercalados utilize vírgula Ex:(4,8,12).

- Devem constar os nomes dos seis primeiros autores para só então utilizar a expressão "et al."

- As referências devem ser alinhadas à esquerda.

- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es). Obs: Ciência, Cuidado e Saúde adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.

Exemplos:

Livros: Marcondes E. *Pediátrica básica*. 8ª ed. São Paulo: Sarvier: 1999.

Capítulo de Livro: Centa ML. A família enfrentando a infertilidade. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRD. *O viver em família e sua interface com a saúde e doença*. Maringá: Eduem; 2002. p.121-40.

Dissertação/Tese: Silva RLDT. *Avaliação da implantação da assistência às pessoas com hipertensão arterial em município do estado do Paraná*. 2013. [tese]. Maringá (PR). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá - UEM. 2013.

Artigos de periódicos: Gvozdi R, Haddad MCL, Garcia AB, Sentone ADD. Perfil ocupacional de trabalhadores de instituição universitária pública em pré-aposentadoria. *Cienc. cuid. saúde*. 2014 jan/mar; 13(1): 43-48.

Artigo de Jornal: Silva HS. Estatuto do idoso em estudo. *Jornal do Brasil*. 2003 Jul 6; Caderno B: p. 6. Ministério proíbe fabricação de uso de agrotóxicos à base de organoclorados. *Folha de S. Paulo*. 2002 Set 3; p. 25.

Documentos federais, estaduais e municipais: Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Educação e Cultura. Programa Estadual de Educação Física - 1987/1990. Rio de Janeiro: ECEF/SEEC - RJ; 1987. Mimeografado. Brasil. Ministério da Saúde. INCA / Comprev. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2006.

Documentos eletrônicos: Godoy CB. O Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. *Rev Latino-Am Enfermagem* [on-line]. 2002 jul/ago. [citado em 28 abr 2006];10(4):596-603]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200200400018&lng=pt&nrm=iso..jcn.co.uk/journal%202001/4_03_03.htm.

Para outros exemplos de referências consultar o site:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Abreviaturas de títulos de periódicos em português consulte o site:

<http://www.ibict.br> e em outras línguas:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ISSN 1677-3861 (impresso) e ISSN 1984-7513 (on-line)

