

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL – PPGSAN

Karina Tavares Gomes Leal

**O CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE: UMA PROPOSTA
DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE ELABORADA A PARTIR
DAS EXPERIÊNCIAS DOS USUÁRIOS DO SUS**

RIO DE JANEIRO

2021

Karina Tavares Gomes Leal

**O CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE: UMA PROPOSTA
DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE ELABORADA A PARTIR
DAS EXPERIÊNCIAS DOS USUÁRIOS DO SUS**

Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação
em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
(UNIRIO)

Rio de Janeiro – RJ

2021

Karina Tavares Gomes Leal

**O CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE: UMA PROPOSTA
DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE ELABORADA A PARTIR
DAS EXPERIÊNCIAS DOS USUÁRIOS DO SUS**

Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação
em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
(UNIRIO)

Orientadora: Luana Azevedo de Aquino
(Escola de Nutrição – UNIRIO)

Coorientadora: Claudia Roberta Bocca Santos
(Escola de Nutrição – UNIRIO)

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

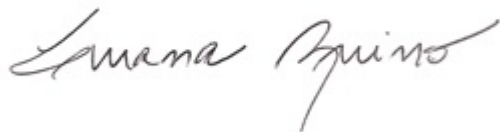
| | |
|------|---|
| LJKL | <p>Leal, Karina Tavares Gomes</p> <p>O CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE: UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE ELABORADA A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DOS USUÁRIOS DO SUS / Karina Tavares Gomes Leal. -- Rio de Janeiro, 2021. 85</p> <p>Orientador: Luana Azevedo Aquino. Coorientador: Claudia Roberta Bocca Santos. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Especialização em Programa de Pós Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional, 2021.</p> <p>1. Políticas públicas voltadas ao cuidado em sobrepeso e obesidade . 2. O fortalecimento do cuidado como ferramenta de transformação política . I. Aquino, Luana Azevedo , orient. II. Santos, Claudia Roberta Bocca , coorient. III. Título.</p> |
|------|---|

Karina Tavares Gomes Leal

**O CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE: UMA PROPOSTA
DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE ELABORADA A PARTIR
DAS EXPERIÊNCIAS DOS USUÁRIOS DO SUS**

BANCA EXAMINADORA

Luana Azevedo de Aquino (Escola de Nutrição – UNIRIO)



Luciene Burlandy Campos de Alcântara (Faculdade de Nutrição – UFF)



Juliana Pereira Casemiro (Instituto de Nutrição da UERJ)



DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação a toda população brasileira e a todos os profissionais de saúde. Desejo que este trabalho contribua para a construção de um cuidado em saúde repleto de significados, amor e empatia. Que cada frase aqui exposta seja um instrumento de esperança, reflexão e reconstrução de um sistema de saúde digno e acessível a todos. Viva o SUS!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e toda a forma de vida e amor que me proporciona força, energia e determinação para conquistar os meus sonhos. Dedico mais esse sonho a minha mãe, *in memoriam*, que longe ou perto ilumina meus passos com seu amor e ternura.

Agradeço a minha família, que sempre acreditou no meu potencial, que tem a paciência com meus momentos de reclusão e sempre tem uma palavra de carinho para os momentos desafiadores.

Agradeço às minhas amigas, que se tornam cada dia mais genuínas e verdadeiras, trazendo cor aos dias cinzentos e mais alegria para o meu caminho.

Agradeço a todos os colegas profissionais da saúde que tanto me ensinam e por me inspirarem a iniciar esse projeto. Tudo que fui capaz de construir nessas reflexões tem partes de todos vocês, que gritam e lutam por um SUS digno e justo.

Agradeço às minhas orientadoras e a minha turma de mestrado, pelas trocas, risadas e incentivo. Por acreditarem que o conhecimento é a fonte de todas as modificações que sonhamos.

Agradeço a todos os usuários do SUS que estão presentes nessa dissertação, pela coragem e disponibilidade de nos enriquecer com suas histórias de vida. Sem vocês, nada disso seria possível.

“A gente ama não é a pessoa que fala bonito. É a pessoa que escuta bonito. A fala só é bonita quando ela nasce de uma longa e silenciosa escuta. Não aprendi isso nos livros. Aprendi prestando atenção.”

Rubem Alves

RESUMO

Tendo em vista a prevalência crescente de sobrepeso e obesidade e a sua complexa determinação social, no setor saúde o fortalecimento da integralidade do cuidado, a clínica ampliada, as tecnologias do cuidado, as equipes multiprofissionais e as ações intersetoriais são apontadas como estratégias importantes para o aprimoramento do cuidado em sobrepeso e da obesidade. Conhecer as principais necessidades dos usuários, como percebem os serviços de saúde e quais suas principais demandas de cuidado, é central para organização do processo de trabalho e revisão das práticas assistenciais. Neste contexto, o objetivo desse projeto foi desenvolver uma proposta de formação para profissionais de saúde, a partir dos relatos dos usuários com sobrepeso e obesidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa teve caráter qualitativo, adotando a análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas de 25 pacientes do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), divididas em categorias analíticas para construção das reflexões. Os resultados demonstraram que o cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade necessita de um olhar integral, reforçando a necessidade de considerar aspectos psicológicos, ambientais, políticos, complexidades sociais, para além de estratégias de perda de peso e controle de comorbidades. Esse cuidado requer o fortalecimento das redes de atenção à saúde, maior engajamento do trabalho intersetorial e conquista de estratégias que ofertem maior acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

A partir dessa necessidade, foi desenvolvida uma proposta de formação profissional, com base nos relatos dos usuários do SUS, a fim de oportunizar trocas e reflexões sobre o aprimoramento do cuidado. O projeto piloto desta proposta ocorreu de maneira remota com profissionais nutricionistas, com a intenção de dois desdobramentos: 1) publicação de um vídeo dos encontros realizados, na plataforma online do CRN-4 e 2) multiplicação da proposta de formação abrangendo outras categorias profissionais. Como conclusão desse projeto, foi possível observar que criar espaços de reflexão e construção de saberes com profissionais de saúde a partir das falas dos usuários do SUS, torna a construção do aprimoramento do cuidado mais próximas das necessidades da população, sendo este um

caminho estratégico para o acolhimento das situações de sobrepeso e obesidade com um olhar mais amplo e resolutivo.

Palavras-chave: saúde, cuidado, integralidade, sobrepeso, obesidade, multiprofissional, intersetorialidade.

ABSTRACT

In view of the increasing prevalence of overweight and obesity and its complex social determination, in the health sector the strengthening of comprehensive care, expanded clinic, care technologies, multiprofessional teams and intersectoral actions are identified as strategic for the improvement of health care. care in overweight and obesity. Knowing the main needs of users, how they perceive health services and their main care demands, is central to the organization of the work process and review of care practices. In this context, the objective of the project was to develop a training proposal for health professionals, based on the relationships of overweight and obese users of the Unified Health System (SUS).

The research had a qualitative character, adopting the content analysis of semi-structured interviews of 25 patients from the State Institute of Cardiology Aloysio de Castro (IECAC). The results showed that the care of overweight and obese people needs a comprehensive look, reinforcing the need to consider psychological, environmental, political, social complexities, in addition to weight loss and comorbidity control strategies. This care requires the strengthening of health care networks, greater engagement in intersectoral work and the achievement of strategies that offer greater access, longitudinality and coordination of care.

The pilot project for this proposal takes place remotely with professional nutritionists, with the intention of two developments: 1) publication of a video of the meetings held on the CRN-4 online platform and 2) multiplication of the training proposal covering other professional categories. As a conclusion of this project, it was possible to observe that creating spaces for reflection and construction of knowledge with health professionals based on the speeches of SUS users, makes the construction of the improvement of care closer to the needs of the population, which is an interesting way to welcoming the hypotheses of overweight and obesity with a broader and more resolute view.

Keywords: health, care, comprehensiveness, overweight, obesity, multiprofessional, intersectorality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ATAN - Área Técnica de Alimentação e Nutrição

CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CRN-4 - Conselho Regional de Nutrição

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

EPS - Educação Popular em Saúde

IECAC - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro

IMC - Índice de Massa Corporal

LC - Linhas de Cuidado

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNEP-SUS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SER - Sistema Estadual de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. APRESENTAÇÃO | 14 |
| 2. INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 4. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 18 |
| 5. JUSTIFICATIVA | 29 |
| 6. OBJETIVOS | 30 |
| 6.1 Objetivos gerais | 30 |
| 6.2 Objetivos específicos | 30 |
| 7. METODOLOGIA..... | 31 |
| 7.1 Metodologia da pesquisa | 32 |
| 7.2 Metodologia do produto técnico | 35 |
| 8. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 43 |
| 8.1 Desenvolvimento da pesquisa..... | 43 |
| 8.2 Desenvolvimento e avaliação do produto técnico | 62 |
| 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 74 |
| 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 75 |
| 11. ANEXO 1 | 81 |
| 12. ANEXO 2 | 82 |
| 13. ANEXO 3 | 84 |
| 14. ANEXO 4 | 85 |

APRESENTAÇÃO

Este estudo tem como motivação principal conhecer a maneira como o usuário com sobrepeso e obesidade vivencia os cuidados ofertados pelos serviços de saúde, bem como suas necessidades para que este cuidado seja significativo e promova mudanças em sua qualidade de vida. Refletir sobre os desafios individuais inseridos num coletivo e ultrapassar o olhar da obesidade como uma questão biológica são grandes oportunidades de ampliar os horizontes sobre a promoção da saúde.

Esse tema me despertou grande interesse de estudo uma vez tive a oportunidade de vivenciar e me redescobrir com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do HESFA/UFRJ e posteriormente atuar como nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse lugar de cuidado, pude observar que apesar da proposta da humanização e multiprofissionalidade, o cuidado em sobrepeso e obesidade apresenta fragilidades referentes ao olhar ampliado sobre a complexidade dos fatores psicossociais.

A oportunidade do mestrado profissional em Segurança Alimentar e Nutricional - PPGSAN/UNIRIO abriu portas para que eu pudesse estudar e conhecer em maior profundidade as questões referentes ao excesso de peso e de que maneira este conhecimento pode se tornar uma potente ferramenta para a transformação dos serviços de saúde.

Durante o desenvolvimento desta dissertação, experienciei mudanças que considero oportunidades de amadurecimento e formas distintas de perceber o cuidado em saúde. Além dos desafios da pandemia de COVID 19 que enfrentamos como sociedade, vivencio mudanças profissionais importantes. Nesse tempo em que me dedico à dissertação, vivenciei a rotina de uma nutricionista de NASF, posteriormente iniciei uma nova experiência como nutricionista clínica hospitalar e atualmente retorno a APS como gestora.

Em tantas idas e vindas, foi possível perceber que em qualquer ponto de atenção, se faz urgente promover reflexões sobre diálogo, acolhimento e humanização, considerando a dimensão humana dos agravos em saúde como fator primordial. Por mais que essa

afirmação não seja uma novidade quando refletimos sobre o cuidado em saúde, o tratamento do sobrepeso e obesidade muitas vezes se reduz ao cumprimento de metas numéricas, avaliação antropométrica, controle de comorbidades, prescrições dietoterápicas, medicações e cirurgias. Mas será que esse tipo de tratamento é o bastante? Será que esta lógica de cuidado é o suficiente para promover qualidade de vida? Essas são as questões que me movem nessa dissertação.

INTRODUÇÃO

A prevalência da obesidade, segundo Vigitel 2018, apresenta aumento de 67,8% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018. Os dados também apontaram que o crescimento da obesidade foi maior entre os adultos de 25 a 34 anos e 35 a 44 anos, com 84,2% e 81,1%, respectivamente. Destaca-se que mais da metade da população (55,7%) tem excesso de peso, um aumento de 30,8% quando comparado com percentual de 42,6% no ano de 2006 (BRASIL, 2018).

Cada vez mais tem sido discutido que os determinantes da obesidade – que é reconhecidamente um agravo multifatorial – têm origens mais amplas que aquelas unicamente oriundas do indivíduo. Desta forma, é importante destacar os aspectos globais e ambientais que estão diretamente relacionados com esse aumento significativo dos casos de obesidade, como propõe o termo *sindemia global*, pelo qual é reconhecido que a obesidade, a desnutrição e as mudanças climáticas interagem entre si, com uma causa comum e por isso devem ser combatidas em nível político. A causa da *sindemia* está no modelo hegemônico do atual sistema alimentar, ou seja, nos modos de produção e consumo dos alimentos, no qual é reconhecido o papel das megacorporações alimentícias e a forma que suas ações corporativas e processos produtivos impactam no comportamento alimentar da sociedade e no meio ambiente (MENDENHALL; SINGER, 2019).

A obesidade é, portanto, considerada uma epidemia mundial condicionada principalmente pelos ambientes e sistemas alimentares, fatores culturais, psicossociais e hábitos de vida, trazendo a urgência do fortalecimento de políticas públicas que garantam maior controle da oferta e distribuição de alimentos, acessibilidade, informações, regulação da publicidade e aprimoramento de ações multiprofissionais e intersetoriais (BURLANDY *et al.*, 2016; DIAS *et al.*, 2017). Dada à natureza complexa da obesidade, ela deve ser pensada como um fenômeno para além das escolhas alimentares, sendo fruto de entraves sociais e políticos. Práticas alimentares e estilo de vida, de uma maneira geral, podem refletir conflitos emocionais e formas de ser no mundo. Sua etiologia é marcada pela influência dos fenômenos da vida moderna, como rotinas cada vez mais agitadas, cultura do consumo, distanciamento da culinária, padrões de beleza e sucesso, dentre outros. Por essa

razão, deve-se buscar um olhar para além do diagnóstico, entendendo esse fenômeno como algo intersubjetivo e nutrido a partir de construções sociais (ARAÚJO *et al*, 2019).

A busca objetiva e muitas vezes reducionista do tratamento e enfrentamento da obesidade desencadeia ações em saúde focadas no âmbito biológico, esvaziados da complexidade social. Desta maneira, apesar dos contínuos avanços científicos no campo do emagrecimento, estética e prescrições, as ações de cuidado têm perdido sua dimensão cuidadora, acolhedora e produtora de afetos (MERHY; CAMARGO; FEUERWERKER, 2009). A partir dessas reflexões, surge a necessidade de pesquisas e estratégias que incentivem o entendimento desses múltiplos fatores e de que maneira eles interagem entre si. Sendo assim, criar ferramentas de apoio ao aprimoramento do cuidado em saúde para além dos fluxos e protocolos, considerando a ótica das pessoas com obesidade é um caminho importante.

REFERENCIAL TEÓRICO

Políticas públicas voltadas ao enfrentamento e cuidado em sobrepeso e obesidade

Considerando a obesidade como um agravo multifatorial, o Banco Mundial publicou em 2020 um documento no qual sinaliza algumas iniciativas voltadas ao enfrentamento da obesidade, voltadas não apenas ao indivíduo, mas reconhecendo a necessidade de uma abordagem mais sistêmica para o problema. Entre as medidas sinalizadas, o documento aponta a importância de políticas fiscais para tributação de alimentos não saudáveis e subsídios para os saudáveis; a obrigatoriedade da rotulagem de alimentos processados; o aprimoramento de espaços públicos que possam favorecer a prática de atividades físicas; a melhoria do transporte público; a regulação de *marketing* e publicidade; ações voltadas a melhorias no sistema alimentar, contemplando todos os aspectos da cadeia agroalimentar e garantindo a oferta e o acesso de alimentos em diferentes espaços, além de aumento da educação dos consumidores e programas de nutrição desde a gestação até a primeira infância (SHEKAR & POPKIN, 2020).

No Brasil, dada sua prevalência crescente e o desafio do seu enfrentamento em função de sua complexa determinação social, a obesidade também tem sido alvo de políticas públicas e de programas e ações específicos, ganhando espaço em documentos como os das Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição (1999 e 2011), Política de Segurança Alimentar e Nutricional e Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (2009 e 2010). Mesmo enfrentando diversos desafios, a luta pela garantia de políticas públicas direcionadas à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e ao cuidado em saúde têm sido de grande importância diante do cenário atual de enfrentamento da obesidade. Sua principal missão é garantir melhorias na qualidade de vida em longo prazo, estimulando a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e do coletivo e afetando os determinantes sociais da obesidade.

A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (2014) – documento publicado no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), cuja elaboração envolveu diversos ministérios setoriais além da Organização Pan Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde e do então Conselho

Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) – o sobrepeso e a obesidade afetam todas as regiões do país e gêneros, sendo mais grave entre a população de menor renda e de baixa escolaridade. O documento alerta que o ganho de peso surge a partir de um conjunto de fatores constituintes do estilo de vida das populações modernas, com destaque para o grande consumo de produtos processados e ultraprocessados, e adição de substâncias como gordura e açúcar a alimentos para torná-los duráveis, palatáveis e supostamente atraentes, aliados à reduzida prática de atividade física. A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade foi considerada parte integrante de instrumentos de planejamento como o Plano Plurianual 2012-2015, o Plano de Segurança Alimentar e Nutricional e Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2011-2022), tendo como objetivos:

(1) Melhorar o padrão de consumo de alimentos da população brasileira de forma a reverter o aumento de sobrepeso e obesidade; (2) Valorizar o consumo dos alimentos regionais, preparações tradicionais e promover o aumento na disponibilidade de alimentos adequados e saudáveis à população; (3) Desenvolver estratégias que promovam a substituição do consumo de produtos processados e ultraprocessados com altas concentrações de energia (calorias) e com altos teores de açúcares, gorduras e sódio por alimentos variados, com destaque para grãos integrais, raízes e tubérculos, leguminosas, oleaginosas, frutas, hortaliças, carnes e peixes, leites e ovos, água; (4) Promover a prática de atividade física, especialmente em ambientes institucionais como trabalho, escolas e polos da academia da saúde, além da promoção de ambientes urbanos seguros para todas as fases do curso da vida; (5) Promover e garantir a alimentação adequada e saudável nos equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional; (6) Organizar a linha de cuidado para atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade; (7) Promover espaços de convivência (praças, parques e jardins) e usos de meios de transporte coletivos de qualidade que visem hábitos e modos de vida sustentável.

¹ O CONSEA, em âmbito federal, foi extinto no início de 2019. Conforme sinalizam Ariza et al (2020), além da extinção do CONSEA, outros desmontes no Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) foram empreendidos nos últimos anos, incluindo ainda a desmobilização da CAISAN, que liderou a elaboração da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (2014). O Plano de Segurança Alimentar e Nutricional, desenvolvido para um período de quatro anos, teve sua vigência encerrada e a elaboração de um novo documento - que se constitui um instrumento essencial de planejamento das ações de acordo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – não foi realizada. Com a extinção/inoperância de órgãos que buscavam incidir na questão da obesidade de forma mais intersetorial (e não apenas a partir do setor saúde), as implicações para o enfrentamento da obesidade numa perspectiva de determinação social da doença podem ser preocupantes.

Os objetivos citados acima estão em sintonia com a quinta diretriz da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN): “Fortalecer as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de SAN”, diretriz essa que expressa o diálogo desta política com a política de saúde e, nesse sentido, com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas últimas décadas, a questão da segurança alimentar e nutricional ganhou maior visibilidade, influenciada pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO). O conceito de segurança alimentar e nutricional, anteriormente baseado na produção e garantia de quantidades suficientes de alimentos para toda a população se ampliou considerando as distintas dimensões que influenciam o sistema alimentar global e as condições de vida da população, e é nesse contexto que a obesidade se insere como um grande desafio. (VASCONCELLOS; MOURA, 2018).

Nesse sentido, é importante sinalizar que a implementação de ações na rede de atenção à saúde voltadas ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade segue sendo um desafio. Em 2011, o Ministério da Saúde publicou o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, no qual ressalta a obesidade como um fator de risco modificável para outras doenças crônicas. O Plano aborda os quatro principais grupos de DCNT e seus fatores de risco em comum modificáveis, entre eles, a alimentação não saudável e obesidade, definindo diretrizes e ações para o enfrentamento das DCNT. O documento ressalta a importância da alimentação saudável, pautando ações voltadas a intervir no ambiente alimentar, com aumento de oferta de alimentos saudáveis, regulação da composição nutricional de alimentos processados, redução dos preços dos alimentos saudáveis e regulamentação da publicidade de alimentos.

A ideia de promoção da alimentação saudável também é reforçada por meio do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), cuja conceituação aponta para os determinantes das práticas alimentares e não coloca a alimentação saudável apenas como uma escolha do indivíduo:

“A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis”

No campo da saúde, o SUS é a aspiração do acesso universal, ao cuidado integral e de qualidade, garantia de equidade, democracia e do compromisso com a cidadania. O progresso conquistado até então nos mostra que ainda existem muitos desafios, um deles é o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em suas diversas frentes de atuação.

As RAS funcionam como propostas de integração entre os serviços de saúde, de diferentes níveis de complexidade, a fim de garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado. A operacionalização das RAS é dependente das características da população/região de saúde definidas, estrutura operacional dos serviços e pelo modo como interagem entre si. A implementação das RAS tem como objetivo delimitar as responsabilidades de cada nível de complexidade dos serviços, de maneira que essa prática tenha eficiência na comunicação e estabelecimento de fluxos que, e permitam um cuidado efetivo e acessível (BRASIL, 2010).

Dentro das RAS, temos as Linhas de Cuidado (LC) que são responsáveis por operacionalizar as propostas de fluxos e cuidado direcionados a determinada situação em saúde. As LC não funcionam apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo

reconhecimento das necessidades locais. A partir desse reconhecimento, e atrelado às características dos serviços e equipamentos existentes, as linhas de cuidado ganham o contorno necessário. (BRASIL, 2013; BRASIL,2014).

Apesar da tentativa de ordenação do cuidado através da RAS e suas respectivas LC, o fortalecimento do olhar ampliado, a construção de vínculos, empatia e percepção do das condições de saúde particulares de cada território, são pontos que merecem maior atenção e incentivo. Neste sentido, a compreensão de que o processo saúde doença se insere em um contexto social amplo, condicionados às características culturais, ambientais, familiares, emocionais e sociais, é um caminho fundamental para a garantia de mudanças necessárias (BRASIL, 2013).

Considerando as LC como ferramentas estratégicas e primordiais, o fortalecimento da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade apresenta-se como uma oportunidade de modificação da oferta de cuidado, incluindo além do tratamento de agravos referentes às comorbidades e doenças crônicas não transmissíveis, a garantia de que os serviços de saúde agreguem práticas de promoção da saúde, reconhecimento cultural, suporte em saúde mental, autonomia e ressignificação da proposta de cuidado, sendo capazes de elucidar as principais causas ambientais, políticas e estruturais que desencadeiam o processo de ganho de peso (MENDES, 2012).

O fortalecimento do cuidado como ferramenta de transformação política

Considerando que as necessidades em saúde de uma população são dinâmicas, as políticas públicas precisam estar sempre se redesenhando a fim de responder às demandas e aos determinantes do processo saúde-doença. Entendendo a obesidade como uma epidemia global, dinâmica e multifatorial, a mesma necessita de avanços na definição de formatos organizativos e engajados para que o cuidado seja ofertado de maneira resolutiva e ¹atendendo às necessidades das pessoas. Isso inclui maior amplitude das tecnologias do cuidado, garantia de ações de promoção da saúde dialogadas, oportunidade de informações

sobre escolhas alimentares, articulação de profissionais, setores e especialidades (BRASIL, 2014).

Os valores e crenças referentes à determinada doença fazem parte de um contexto social, desta forma, a abordagem individual se torna vazia, se não compreendermos em que cultura o indivíduo está imerso. É igualmente importante entender como a saúde, a doença e o processo de adoecimento são organizados e significados coletivamente. Por sua importância global e complexidade, a obesidade merece ser vista e discutida além de seu aspecto biológico. Essa realidade, quando mal compreendida, é reforçada pelos serviços de saúde. Enquanto o corpo magro é visto como moral, desejável e sinônimo de empenho, o corpo obeso significa preguiça, gula e doença, fazendo com que a perda de peso seja uma busca pela aceitação social (FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015).

Somado a essas questões, observa-se a crescente difusão de informações sobre alimentação e nutrição sem responsabilidade científica, o que contribui para a diminuição da importância das escolhas alimentares sob uma ótica social, e dá poder às representações morais do discurso profissional sobre a obesidade e práticas de educação nutricional, reforçando condutas distantes do diálogo e da empatia. Os modelos convencionais de prescrições focados na antropometria e emagrecimento podem estar intensificando os distúrbios do comportamento alimentar, sofrimentos e gordofobia (OLIVEIRA, 2017).

Outro aspecto a ser considerado no aprimoramento da assistência ao usuário com obesidade é a garantia da integralidade do cuidado, sendo esta peça chave para a assistência dialogada e ampliada. Seu fortalecimento necessita de políticas generosas e consoantes com as necessidades da população, incluindo a organização e acesso aos diferentes níveis de complexidade do cuidado, garantia de práticas de promoção da saúde eficazes para o aumento da autonomia, potência de vida, bem-estar e cidadania (CHRISTINA *et al.*, 2009).

A Política Nacional de Humanização (PNH) ressalta que o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta desafios quanto à abordagem terapêutica, dentre eles: fragmentação do processo de trabalho entre diferentes especialidades; sistema verticalizado e burocratizado; dificuldades para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; precarização da gestão participativa, fragilização da participação social; formação

profissional distanciada das necessidades da população e modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2013).

Apesar de toda estrutura política já consolidada, modelos assistenciais bem definidos e linhas de cuidado estabelecidas, a questão primordial que merece atenção é a garantia de que esse planejamento aconteça de maneira a garantir que os serviços funcionem com clareza de objetivos, acolhimento e oferta de soluções pautadas no diálogo e corresponsabilização do cuidado. Apesar de parecer utópico, considerando os percalços e desmontes do SUS vivenciados nos últimos tempos, acreditar em possíveis soluções significa lutar para que as conquistas sejam protegidas e que todos os participantes do sistema de saúde conservem a motivação para buscar maneiras de ofertar acolhimento, escuta compassiva, afeto e saúde (BORFE *et al*, 2020).

O cuidado existe em diferentes dimensões, sendo estas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Reconhecer estas diversas dimensões requer também reconhecimento de diversos protagonistas. A integralidade do cuidado é evidenciada como uma necessidade que leve em consideração toda essa multicausalidade e inclua as vozes, os sentimentos e sofrimentos dos usuários dos serviços de saúde. (CASEMIRO, 2019).

Segundo Wanderley e Ferreira (2010), o modo de ser saudável é dependente da singularidade de cada indivíduo inserida num contexto social, não podendo ser enquadrado em diretrizes e protocolos pré-estabelecidos. Poulain (2013) identifica a obesidade como um problema multifatorial impulsionado também pela mídia, que reproduz ideais de saúde e felicidade, contribuindo para o distanciamento entre o eu singular de amplos aspectos e a padronização social.

O desafio da construção de uma mentalidade de cuidado centrado na multiplicidade da vida humana é completamente indispensável para pessoas que carregam as dificuldades, a dor, o sofrimento e as tentativas de tratamento mal-sucedidas. Diante disso, investir na formação profissional e educação permanente que seja capaz de valorizar o profissional como veículo de autocuidado, autoestima e protagonismo é tarefa fundamental (MAKSUD, 2015). Por outro lado, é importante destacar o quanto é reforçada a centralidade do saber

nos profissionais de saúde e o quanto a medicalização da vida é naturalizada tanto pelos profissionais quanto pela população. É preciso estar atento para que não haja a oferta de tratamentos para o emagrecimento como foco principal do enfrentamento da obesidade (RIBEIRO *et al*, 2017).

Podemos considerar as tecnologias em saúde como ponto de partida para a discussão sobre tais modificações. Segundo Merhy e Franco (2005), existem três tecnologias de trabalho em saúde: a “tecnologia dura”, inscrita nas máquinas e instrumentos, aqui representadas pela infraestrutura dos serviços; a “tecnologia leve-dura”, composta de conhecimentos técnicos já estruturados, protocolos e fluxos e a “tecnologia leve” que diz respeito às relações que se estabelecem entre sujeitos e “que só têm materialidade em ato”.

Valorizar a tecnologia leve, o incentivo à autonomia das escolhas, a construção de afetos e a escuta qualificada tornam-se um caminho importante para o aprimoramento do cuidado de pessoas com obesidade. Com isso, além da importância do fortalecimento político e garantia de serviços, coloca-se em evidência a necessidade de revisitar os processos de trabalho sob um novo ângulo, onde o ato de cuidar seja valorizado como lugar de singularização dos modos de caminhar na vida de cada pessoa (CECILIO e MATSUMOTO, 2006).

Concepções em torno da obesidade e as implicações para o cuidado em saúde

O controle social e a participação popular nos processos de planejamento e avaliação do SUS foram desenvolvidos no Brasil na década de 1990, o que inclui a participação dos usuários no processo de formulação, avaliação e melhorias das políticas de saúde por meio de entidades representativas. Esta é uma tentativa que visa promover redirecionamentos de caminhos terapêuticos, contribuindo para a melhoria das práticas organizacionais e profissionais (ARAKAWA *et al*, 2012; SOUZA *et al*, 2013).

Segundo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), o fortalecimento do cuidado no SUS pode ser construído a partir do diálogo entre a diversidade de saberes e culturas, valorizando os saberes populares, a ancestralidade e a

produção de conhecimentos. As práticas e as metodologias da Educação Popular em Saúde (EPS) oportunizam o encontro entre trabalhadores e usuários, entre as equipes de saúde e os espaços das práticas populares de cuidado, entre o cotidiano dos conselhos e dos movimentos populares, ressignificando saberes e práticas (BRASIL, 2013).

Trata-se da construção do saber coletivo, onde as ações em saúde se iniciam a partir de saberes prévios, em respeito à sua dimensão cultural e contexto de vida. O conhecimento produzido no contato com o usuário precisa construir sentido e mobilizá-lo à mudança de suas práticas em saúde de maneira emancipatória, afinal de contas, promover saúde está muito além de promover emagrecimento e ajustes metabólicos (BORGES e PORTO, 2014).

Promover saúde de forma emancipatória também envolve o reconhecimento e o respeito às particularidades e concepções de cada indivíduo, inclusive no que tange ao seu próprio processo de cuidado. Nessa perspectiva, Araújo *et al* (2019) realizaram entrevistas com pessoas com obesidade grau I e II, com vistas a compreender os comportamentos vividos como práticas de cuidado pelas pessoas com obesidade e as implicações para ações de saúde, e identificaram distintas visões e possibilidades de cuidado e experiências em torno do viver com obesidade, alertando para a necessidade de abordagens que compreendam as particularidades desse fenômeno.

Por outro lado, as concepções dos próprios profissionais que possuem como atribuição o cuidado também interferem nas práticas de saúde. Em pesquisa realizada por Korz e Geissler (2020), voltada a compreender as ações de cuidado em obesidade, foi observado que a maneira como os profissionais de saúde enxergam a obesidade, determina o cuidado ofertado. Atitudes de culpabilização individual ou estigmatização do corpo gordo ainda são grandes entraves que determinam as condutas dos serviços.

Neste mesmo estudo, foi observado que os profissionais de saúde se sentem frustrados com o tratamento da obesidade, relatam que é trabalhoso e muitas vezes não percebem um resultado efetivo para as condutas adotadas. A falta de compreensão da obesidade como um agravo complexo resulta em expectativas de cuidado como algo simplista e focado em metas de comportamento individual. Esta realidade implica em sentimento de impotência dos profissionais diante do desafio apresentado.

Segundo Recine *et al* (2012) o cenário epidemiológico que vem se configurando no Brasil e no mundo demandam um novo perfil de profissionais de saúde de uma maneira geral, com ideias mais amplas e profundas sobre o cuidado. Refletir sobre o quanto esta formação está sintonizada com tais desafios e complexidades é estratégico para aumentar a eficácia da atenção à saúde.

Dentro desta reflexão, é possível afirmar que o fortalecimento de práticas de Educação Continuada¹ e Educação Permanente² nos serviços de saúde, é um ponto importante para o fortalecimento do cuidado em sobrepeso e obesidade. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), 2018, o SUS tem como uma de suas competências promover oportunidades de formação dos profissionais da área da saúde.

A PNEPS, instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no país e uma conquista dos defensores do tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover a transformação das práticas de cuidado. Esta estratégia político-pedagógica tem como objetivo o levantamento de soluções para a melhoria do processo de trabalho e assistência por meio de atividades de ensino aprendizagem. Sua prática traz a oportunidade da qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços, sendo peça fundamental para a garantia de reinvenção do cuidado, empatia, construção de relações e modos de ofertar saúde (BRASIL, 2018).

No entanto, cabe destacar que baseado nesse olhar mais profundo sobre as questões sociais, a obesidade transborda os limites da LC, uma vez que, mesmo atendidos em seus aspectos biomédicos, os indivíduos continuam imersos nos ambientes que deram origem ao ganho de peso. A convivência com a doença molda padrões de resistências e submissão dos sujeitos às regras e imposições que surgem nos serviços de saúde, trazendo para a reflexão do quanto os serviços e o cuidado em saúde podem estar reproduzindo orientações verticais e normativas, evidenciando a culpabilização do indivíduo. Não há como desconsiderar nesse processo a influência dos significados ligados ao comer, ao corpo e ao viver (CASEMIRO, 2019).

1. A Educação Permanente em Saúde é reconhecida como produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos.

2. A Educação Continuada em Saúde é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas, ou grupos.

JUSTIFICATIVA

Segundo DIAS e colaboradores (2017), temos o sobrepeso e obesidade como uma epidemia multifatorial crescente, com grande número de estudos quantitativos de causa e efeito e escassos estudos qualitativos que aprofundem os significados psicossociais desse agravo e sobre as práticas de cuidado em saúde. Entender as necessidades das pessoas além das comorbidades e além da visão biologicista torna-se interessante para que novos rumos sejam trilhados no que diz respeito à criação de espaços de reflexão sobre construção de vínculos, bem como de que maneira é possível reinventar as práticas de cuidado.

Nesse sentido, a pesquisa aqui proposta é uma oportunidade para aprofundar questões referentes ao excesso de peso como um problema social, trazendo um olhar para os principais desafios vividos pelas pessoas, como experienciam o cuidado em saúde, qual o impacto do estado de saúde na potência de vida e felicidade individuais e quais as expectativas de melhorias do modelo assistencial. Essa análise tem como principal caminho criar subsídios por meio do relato dos usuários para a criação de espaços de reflexão entre os profissionais da saúde.

Vivemos um momento de crise na saúde pública, com o enfraquecimento de políticas e serviços essenciais à saúde e bem-estar da população. É tempo de resistir, fortalecer as estratégias, ajustar as prioridades e proteger as conquistas até aqui construídas. Para tal, é interessante incluir a opinião dos usuários nesse fortalecimento, para que o aprimoramento dos serviços seja legítimo e coerente com as necessidades dos mesmos.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Elaborar uma proposta de formação sobre o cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade para profissionais da saúde.

Objetivos específicos:

- Analisar as experiências de cuidado relatadas pelos usuários do SUS com sobrepeso e obesidade;
- Analisar as sugestões dos usuários quanto às possíveis melhorias nas práticas de cuidado em saúde;
- Utilizar as informações analisadas como base para a proposta de formação de profissionais da saúde;

METODOLOGIA

Caracterização do estudo

O estudo aqui proposto é um recorte de um projeto mais amplo intitulado: “Intervenções nutricionais para o enfrentamento da obesidade na atenção básica do SUS no estado do Rio de Janeiro”, financiado pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS). Este programa é uma estratégia de fomento descentralizado para promover pesquisas em cada unidade federativa, priorizar a resolução dos problemas de saúde locais e reduzir as desigualdades regionais no contexto da inovação e do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. O PPSUS tem a característica de gestão compartilhada, destinada a promover a integração de instâncias estaduais de saúde e de ciência e tecnologia, ampliando o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

O referido projeto foi financiado pelo edital PPSUS concedido pela FAPERJ, sendo o nº do processo E – 26/110.293/2014. O mesmo foi coordenado pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e partiu de uma parceria entre as universidades públicas sediadas no Rio de Janeiro e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, com o intuito de identificar e analisar as ações de cuidado em obesidade que vinham sendo desenvolvidas pelos municípios do Estado. A pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira de 2014 a 2017 e a segunda de 2017 a 2019.

Na segunda etapa, foram realizadas seis estratégias para coleta de dados: (1) análise documental; (2) uma roda de conversa com integrantes da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) estadual; (3) um grupo focal com sete apoiadores regionais da Atenção Básica; (4) entrevista com duas coordenadoras municipais de ATAN do município do estado do RJ; (5) três grupos focais com Interlocutores da Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Secretaria de Estado de Saúde do RJ; (6) entrevistas semi-estruturadas com 25 pacientes do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC).

A elaboração da dissertação aqui apresentada consistiu: 1) na análise qualitativa dos dados descritos no item 6 (entrevistas semiestruturadas com pacientes do IECAC); 2) desenvolvimento de produto técnico que consistiu em uma proposta de educação continuada voltada aos profissionais de saúde. As entrevistas semiestruturadas foram

analisadas com o intuito de identificar as percepções dos usuários em relação às práticas de cuidado em saúde, subsidiando a elaboração da proposta de educação continuada a partir das perspectivas dos usuários. Para fins de melhor compreensão sobre o desenvolvimento desta dissertação, os caminhos metodológicos adotados para a elaboração dos dois produtos supracitados (pesquisa e produto técnico) serão apresentados separadamente.

Metodologia da pesquisa:

Cenário do estudo e processo de coleta de dados

O local selecionado para o levantamento de dados foi o IECAC, uma unidade pública de saúde de alta complexidade em cardiologia, referência para o estado do Rio de Janeiro. Esta unidade recebe usuários de 92 municípios, por meio do Sistema Estadual de Regulação (SER) e é responsável por acolher indivíduos acometidos por agravos cardiovasculares que necessitem de atendimento de alta complexidade (principalmente cirurgia de revascularização do miocárdio e angioplastia). Os usuários selecionados para as entrevistas, em sua maioria, apresentam acometimentos cardiovasculares importantes e outras alterações bioquímicas coexistentes com o excesso de peso, o que torna os relatos sobre as experiências de cuidado uma oportunidade de conhecer diversos pontos da RAS e diversas experiências em relação ao tema.

O perfil de saúde dos entrevistados foi composto pelo diagnóstico de intercorrências cardiovasculares e presença de sobrepeso ou obesidade. Frequentavam os ambulatórios multidisciplinares do IECAC e foram acompanhados pelo serviço de nutrição com o objetivo de abordagem de reeducação alimentar e mudança de hábitos, promoção do emagrecimento e ajustes metabólicos para acompanhamento do pré e pós-operatório.

Os dados para análise foram levantados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em 2017 pela equipe de pesquisa PPSUS, e o roteiro – construído pela equipe do projeto a partir da *expertise* e análises da primeira fase da pesquisa do PPSUS – aborda o caminho dos usuários pela RAS, percepções sobre os serviços de saúde e atendimentos profissionais, percepções sobre o ganho de peso, principais desafios do dia a dia e expectativas quanto a possíveis melhorias no cuidado em saúde (ANEXO 1).

As entrevistas gravadas após o consentimento dos usuários foram transcritas pelos bolsistas e estudantes de graduação e pós-graduação voluntários do projeto e mantiveram a expressão fiel do português falado (sem correções gramaticais), a fim de preservar as nuances semânticas.

Análise e tratamento dos dados

A análise qualitativa das entrevistas consistiu na técnica de análise de conteúdo. Segundo Minayo (2007), a metodologia qualitativa tem como objetivo principal buscar o aprofundamento da compreensão da dinâmica e significados da vida humana e de que maneira se inserem no contexto social e no processo saúde doença. A análise de conteúdo foi escolhida por consistir em uma técnica metodológica aplicável em discursos e outras formas de comunicação humana, seja qual for a sua natureza. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo considera o texto/entrevista como um meio de expressão do sujeito e seus significados no contexto social, contribuintes na construção da realidade. O esforço do analista é identificar conteúdos explícitos e implícitos capazes de aprofundar o entendimento de determinado tema.

Visto que a proposta desta pesquisa foi aprofundar a análise das percepções dos usuários acerca do cuidado em saúde, a metodologia qualitativa pode contribuir para a melhor compreensão de tais questões que emergem das falas contidas nas entrevistas. Com esta compreensão, a análise de conteúdo foi desenvolvida em três fases:

Primeira fase: Pré-análise = identificada como uma fase de organização. Consiste na exploração textual, identificando os elementos importantes das entrevistas, e de que maneira se relacionam com o objetivo do projeto. Para essa etapa, inicialmente foi realizada uma leitura flutuante, buscando delinear o conteúdo presente nos textos.

Segunda fase: Exploração do Material = essa etapa focalizou os significados, representações, expectativas e contexto social em que o tema está inserido. Nesta fase buscamos demarcar os núcleos de sentido e suas principais categorias analíticas, ocorrendo modificações ao longo da análise, conforme descritas a seguir, considerando o conteúdo empírico das entrevistas. Nesse sentido, as categorias analíticas inicialmente pensadas consistiram:

1. Construção social da obesidade e percepção do processo saúde doença;
2. Dificuldades e desafios da qualidade de vida;
3. Acesso e impressões sobre o cuidado e a rede de atenção à saúde;
4. Expectativas sobre as melhorias no modelo assistencial.

Após análise do material transcrito, tais categorias analíticas foram redesenhadas a fim de melhor expressar o conteúdo das entrevistas, permanecendo as seguintes:

1. Percepção dos usuários sobre o tratamento e abordagem profissional do cuidado em sobrepeso e obesidade:
 - a) Importância da integralidade, longitudinalidade e diálogo;
 - b) Desafios do cuidado nutricional;
 - c) Olhar atento para a saúde mental.
2. Expectativas de melhorias e sugestões dos usuários para o aprimoramento do cuidado em sobrepeso e obesidade:
 - a) Necessidade de cuidado considerando o estigma do “corpo gordo” inserido num contexto social complexo
 - b) Necessidade de acesso, prevenção e promoção da saúde.

Terceira fase: Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: etapa da análise, sendo uma fase interpretativa, de construção de relações críticas entre as idéias contidas nas entrevistas, explícitas e implícitas, e o contexto apresentado no referencial teórico apresentado no estudo.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Antônio Pedro – Parecer CEP 508.687 de 09/01/2014 – CAE 22822413.0.0000.5243. Participaram do estudo os indivíduos que, após a explicação dos objetivos do projeto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Metodologia do Produto Técnico:

Este desdobramento da pesquisa é um dos requisitos para conclusão do curso de mestrado profissional, onde o objetivo principal é utilizar as pesquisas acadêmicas para o aprimoramento de serviços. Conforme previamente indicado, o produto técnico consistiu no desenvolvimento de uma proposta de formação voltada aos profissionais de saúde, que considerou os elementos trazidos pelas entrevistas semiestruturadas dos usuários. Foram propostos módulos de discussões que abordaram temas relacionados às categorias analíticas acima citadas.

A proposta inicial para o desenvolvimento do produto técnico consistiu na realização da atividade de formação, de maneira multiprofissional, em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, a fim de qualificar os serviços responsáveis pela coordenação do cuidado. No entanto, em função da pandemia de COVID-19, foi necessário adequar o planejamento, considerando as medidas de mitigação para contenção do vírus e o envolvimento dos profissionais de saúde no enfrentamento da doença. Nesse sentido, a proposta de formação foi revista para ser desenvolvida de forma remota, no formato de encontros síncronos *online* na plataforma *Zoom*[®].

Como ponto de partida, foi realizado um projeto piloto com profissionais nutricionistas de diversas áreas de atuação, dentre elas atenção primária, nutrição ambulatorial, hospitalar, materno infantil, esportiva, coordenação, docência e saúde mental.

O objetivo deste projeto piloto foi avaliar a viabilidade de reprodução da atividade e o impacto da apresentação das falas dos usuários como base para discussões e reflexões acerca do cuidado em sobrepeso e obesidade. Esses encontros foram gravados, com o consentimento dos participantes, para posterior utilização.

Título: O cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade: uma proposta de formação para profissionais da saúde elaborada a partir das experiências dos usuários do SUS.

A divulgação da atividade foi realizada para profissionais nutricionistas por meio da plataforma digital WhatsApp[®], contendo uma mensagem acerca do tema e os respectivos

módulos propostos. Foram convidadas 20 nutricionistas de diferentes frentes de atuação, justamente para enriquecer as discussões a partir de diferentes pontos de vista.

Das 20 nutricionistas selecionadas, todas se mostraram interessadas ao tema, porém apenas 15 tinham a disponibilidade para participar dos encontros. Antes de iniciarem, as participantes responderam um questionário por meio da ferramenta digital *Google Forms* contendo perguntas acerca de suas áreas de atuação, tempo de experiência, tipo de vínculo empregatício, além de coleta de dados de e-mail para envio do Termo de Consentimento de Som e Imagem (ANEXO 4).

Os quatro módulos foram organizados em quatro encontros remotos síncronos pela plataforma *Zoom*[®], com planejamento de duração de aproximadamente uma hora. As atividades foram realizadas na segunda quinzena de novembro do ano de 2020, as segundas e quartas às 20 horas, com a participação de 15 nutricionistas.

A avaliação dos encontros foi realizada com o objetivo de conhecer a opinião dos participantes sobre as melhorias e ajustes necessários para a reprodutibilidade da atividade. Para tal, foi utilizada a ferramenta digital *Google Forms*, preenchida ao final de cada módulo pelos participantes e pela moderadora.

(ANEXO 2 e ANEXO 3)

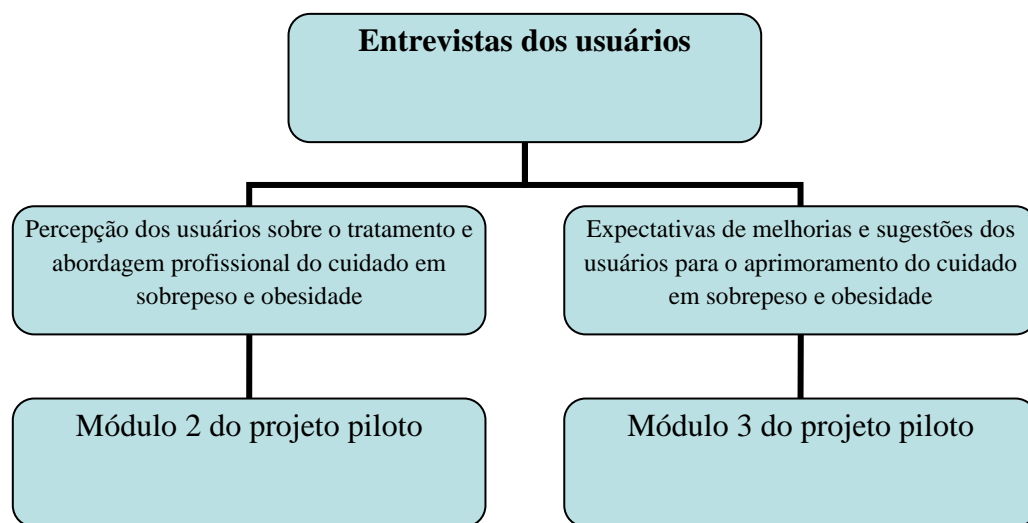


Figura 1

Conteúdo programático - Módulo 1

Objetivo: Apresentação dos participantes e expectativas, contextualização da atividade e cronograma de temas a serem abordados nos próximos módulos.

Recursos necessários: Slides do powerpoint

Atividades:

Prática 1: Dinâmica de apresentação: QUEM SOU EU? Nesse primeiro momento, foi realizada a dinâmica de quebra gelo, com apresentação dos participantes.

Prática 2: Apresentação introdutória da atividade através de slides, com os objetivos dessa dissertação de mestrado profissional, bem como o produto técnico a ser desenvolvido, destacando o tema da obesidade como um desafio multifatorial.

Prática 3: Dinâmica da nuvem de palavras: Para finalizar o primeiro módulo, foi perguntado as expectativas quanto à atividade em apenas uma palavra e por meio do aplicativo *Mentimeter*, foi montada a nuvem de palavras e apresentada ao grupo.

Conteúdo programático - Módulo 2

Objetivo: Trazer para a atividade as falas dos usuários com sobrepeso/obesidade contidas na primeira categoria analítica da dissertação: Percepção dos usuários sobre o tratamento e abordagem profissional do cuidado em sobrepeso e obesidade.

Recursos necessários: Slides do powerpoint

Atividades:

Prática 1: Apresentação da nuvem de palavras construída no módulo 1, para fazer o link com as próximas atividades.

Prática 2: Apresentação das falas dos usuários. Foi realizada a leitura das falas e posterior construção coletiva de ideias e reflexões sobre o tema.

Falas utilizadas:

“Foi a atenção e preocupação dos médicos, se isso não tiver, não adianta ter todos os equipamentos do mundo. [...] O cardiologista, o policial, o político, o presidente, se não tiver isso, a preocupação do ser humano um com o outro, não vai rolar”.

“Precisamos de cuidado integral! Que os profissionais da saúde cuidassem daquela pessoa integral. Eu, por exemplo, eu fiquei rodando agora, atualmente, com problema de pulmão aqui. Um fala uma coisa, outro fala outra coisa.”

“As vezes o médico nem olhar pra tua cara ele olha, entendeu? Então eu acho que você quando procura um profissional, você ou confia nele, ou você tem a tal da simpatia, empatia. Se não tem, então não adianta. Eu acho que o médico tá ali pra te ouvir, entender, saber das suas necessidades, saber o porquê que você tá ali. E ele, sabe, te dá uma direção "olha, vamos ver isso, vamos pesquisar isso, ver o que é que tá acontecendo”

“Você vai no médico, o médico fala "olha, você tá acima do peso. Vou te encaminhar pro nutricionista.” Eu acho que precisa disso, né? Aí você vai indo. Você vai tendo acompanhamento [...] Hoje em dia a gente não tem mais isso. Não tem um médico que olhe pra gente e fale "olha, vou te passar pro nutricionista. Você quer? Você quer se cuidar? Você tá acima do peso. Vamos fazer um regime, vamos fazer uma dieta. [...] Pô, isso é legal.”

“[...] De repente você começa a levar mais a sério o tratamento, por quê? Porque você tá passando a entender o que que está acontecendo contigo. Você está fazendo uma coisa e você está sendo informada daquilo. Você não está fazendo aquilo simplesmente porque "ah, o médico passou". Não, eu estou fazendo isso por causa disso, disso e disso.”

“A questão é você vive mal e a consequência é ganhar peso né? Tudo que você vive reflete no que hoje você é [...] A doutora não entendeu isso sabe, ela queria que eu estivesse emagrecendo mais, ela ficou chateada porque eu não emagreci, só que ela tem que entender que não é assim, nem sempre a gente consegue”

“É eu tive pouco, eu acho que eu não tive esse tipo de parceria. [...] eu tinha mais medo da

nutricionista, do que uma parceira, entendeu? Parceira que pudesse dar um incentivo.”

“Será que a nutrição é só para passar dieta? Se a nutrição for só pra passar dieta, ela não vai chegar a lugar nenhum, não vai. Acho que a nutrição tem que ter essa parceria para trabalhar o emocional das pessoas, né? [...] Eu sou outra pessoa. Eu penso diferente, eu vivo diferente, eu tenho um ganho diferente! Eu tenho um ambiente diferente, eu preciso que ela me encoraje, entendeu? Eu preciso cumprir algumas diretrizes sim, como preciso! Preciso ter força de vontade? Preciso, mas preciso por encorajamento e não por ameaças. Acho que é por aí!”

Acho que eu tava com 2 quilos a mais, entendeu? 2 quilos a mais do normal. Aí quando eu pesei, que ela olhou, ela ficou estressada. Aí eu também não tava bem naquele momento, aí de lá pra cá foi indo, foi indo, eu também fui ficando meio chateada, falei “poxa, a nutricionista não quis me atender, não quis me ouvir.”

“Sabe. Aí ela passa chá, tudinho. Aí de repente ela passa as coisas às vezes que não dá pra comprar. [...] É difícil de achar, é caro, tudo isso assim. Mas eu procuro comer as coisas que eu vejo que é menos, né...”

“O povo trabalha muito, não tem tempo de chegar em casa na hora certa pra se alimentar, aí come qualquer coisa na rua. Isso é que tá matando o povo: excesso de alimentação. Não faz exercício físico porque também não tem tempo. Isso também tá incluído nesse quadro”

“Eu fiquei muito depressiva, queria morrer. As pessoas falam muito: para de comer! Mas não é a comida em si que faz engordar e sim, eu sou doente! Quando eu estava em uma fase bem depressiva, eu não queria sair de casa. E eu não parava de comer, passava o dia inteiro comendo. Como se eu estivesse me vingando, pra eu poder morrer logo. Entendeu?”

“Eu vivia acamado, praticamente. Só levantava pra ir trabalhar e voltar, mais nada. Mais nada. Não queria ver nada, não queria ler um jornal, não queria ver uma televisão, desanimado pra tudo e isso leva a um desânimo grande [...] Sempre arrumando uma desculpa de que eu não estou bem, que eu estou doente, estou cansado, não dá, mas é porque estou sempre cansado.”

“Porque eu falo, de que adianta eu me arrumar, me enfeitar, quando você não pode estar sorrindo, você não pode estar fazendo as coisas que você gostaria de fazer. [...] Então isso eu já tenho consciência mesmo, entendeu? Não tem problema não. Mas não gosto da balança, que ela é o espelho que eu não estou a fim de ver, né?”

Conteúdo programático - Módulo 3

Objetivo: Trazer para a atividade as falas dos usuários com sobrepeso/obesidade contidas na segunda categoria analítica da dissertação: Expectativas de melhorias e sugestões dos usuários para o aprimoramento do cuidado em sobrepeso e obesidade

Recursos necessários: Slides do powerpoint

Atividades:

Prática 1: Retrospectiva das principais reflexões do módulo 1 e 2;

Prática 2: Apresentação das falas dos usuários. Foi realizada a leitura das falas e posterior construção coletiva de ideias e reflexões sobre o tema.

Falas utilizadas

“Então, eu... eu tenho que começar a ter uma força de vontade, de ter domínio próprio. Eu preciso me dominar, resistir a mim mesmo, né? As minhas vontades, minhas preferências, meus desejos. Entendeu? Por amor a mim mesmo, entendeu?”

“Primeiro tem que partir de cada um, né? Se a pessoa não tiver esse interesse em perder o peso, em mudar a alimentação ela não vai conseguir atingir o objetivo. [...] A obesidade é uma doença que pode te levar a outras doenças.”

“Há uma necessidade pra minha melhora. Entendeu? Que se, primeiro eu tenho que me amar. Se eu não me amar, não adianta ninguém me amar, entendeu?”

“ [...] a situação que vive o país no momento né, todo o povo sem condições, de se alimentar direito, de se locomover, enfim, o direito de ir e vir está sendo tirado, o direito da vida, o direito da saúde, o povo não tem direito a saúde mais, então isso tudo dificulta para o povo cuidar da saúde. O estado não faz o papel que devia fazer. Que é saúde, segurança, educação, transporte, tudo. Não tem como [...] Se todos os obesos, tivesse condições financeiras, para se tratar, tivesse facilidade de ser acolhido nos hospitais, nos postos de saúde, mas não tem. Então, aí ele se relaxa, não tem como, ele se deixa levar, e aí ele fica ali, obeso, com problema de excesso de peso, porque

realmente não tem condições de se tratar.”

“Eu realmente acho que tem que ter esse acompanhamento psicológico, porque muitas das pessoas que eu converso falam a mesma coisa que eu sinto, de transferir a maioria dos problemas pra comida, né?”

“Psicólogos, nutricionistas, fazer tipo uma junta médica. Tratar cabeça e físico. Nossa cabeça tem que ir, aí o resto vai e facilita mais.”

“Eu acho o seguinte: eu acho que como eles fizeram essas, tipo essas academias que tem na praça, se botasse em mais lugares, se tivesse mais educação, acho que pedisse pra todo mundo acho que começar a fazer o tratamento, eu acho que melhoraria. Entendeu?”

“Prevenção na Clínica da Família, o clínico geral falar mais sobre isso com os pacientes com sobrepeso e com os magros também, para prevenir e alertar a população.”

“Eu acho que ter uma política mais de alertar cada dia mais os produtos que são enganosos, tem muitos produtos, que muita pessoa, que é light, é diet, você não sabe, a maioria das pessoas não sabem.”

“É... Eu acho que o SUS...Ele tem o papel de dar... de deixar sempre a porta aberta pra algumas pessoas buscarem esse caminho. Ter os programas de nutrição abertos para que as pessoas possam buscar ajudar, né? E que o SUS pode dar aos pacientes é esse respaldo, porque se deixar as pessoas pela oferta do mercado.... pela oferta que hoje tem... se vê que em cada esquina é uma proporção de gente vendendo comida, a televisão toda hora oferecendo, né? Ninguém está se importando com o que a população está comendo. Então o SUS deve ter um programa sempre de conscientização, né?”

“Eu acho que hoje em dia está difícil para as pessoas conseguirem um tratamento. E eu acho que deveria prestar mais atenção nisso, pois hoje em dia as crianças já estão obesas e o SUS tinha que abrir um critério para atender essas pessoas o mais rápido possível e morrem esperando atendimento e não tem atendimento adequado é muito difícil conseguir.”

“Aqui no Rio de Janeiro, sempre tem campanha para alguma coisa. Campanha da doação de sangue... Por que não fazer uma campanha contra obesidade com profissionais da área? ... Com nutricionistas, com psicólogos.... Fazer uma campanha dessa.”

“Olha, eu acho que o SUS tinha que pegar isso e fazer uma campanha pro pessoal se cuidar mais,

né? Porque tem muita gente que não vai no médico, não vai na nutrição, ele não vai no cardiologista. Ele tá morrendo ali e não vai. Eu acho que se fosse o SUS, apertava mais o povão pra ir pra ele, pra ele ajudar, dar uma orientação pro povo.”

Conteúdo programático - Módulo 4

Objetivo: Apresentação do conceito das tecnologias em saúde como base para as reflexões acerca da construção conjunta de ideias de aprimoramento do cuidado em sobrepeso e obesidade.

Recursos necessários: Slides do powerpoint

Atividades:

Prática 1: Apresentação de temas relacionados à discussão bibliográfica da dissertação, acerca da humanização do cuidado, promoção da autonomia, alimentação como direito político para toda a população. Papel das tecnologias em saúde.

Prática 2: Dinâmica QUE BOM, QUE PENA E QUE TAL acerca do cuidado em obesidade. Cada participante deverá dar sua opinião em poucas palavras sobre os seguintes aspectos:

QUE BOM: potencialidades e pontos positivos do cuidado

QUE PENA: desafios do dia a dia

QUE TAL: possíveis soluções/melhorias

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desenvolvimento da pesquisa:

Dos 25 pacientes entrevistados, 9 eram homens e 16 mulheres, com faixa etária entre 29 e 79 anos e a maioria depende exclusivamente do SUS para o cuidado em saúde. Três dos entrevistados já foram submetidos à cirurgia bariátrica, todos pela rede particular, mas procuraram o IECAC para tratar de acometimentos cardíacos. Dentre as profissões mais prevalentes dos entrevistados temos: donas de casa, empregadas domésticas, vigilantes, aposentados, taxistas, copeiras e secretárias.

1 - Percepção dos usuários sobre o tratamento e abordagem profissional do cuidado em sobrepeso e obesidade;

- *Importância da integralidade, longitudinalidade e diálogo*

O cuidado em saúde experienciado como positivo foi aquele com perfil de escuta atenta, acolhimento e maior humanização no manejo das questões referentes ao sobrepeso e obesidade. Ou seja, embora seja central a formação do profissional para o cuidado em saúde, as falas dos usuários valorizam questões outras que não apenas o conhecimento técnico ou a infraestrutura. A necessidade da integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado se apresenta como ponto central. Quando questionados sobre o que consideravam importante para o cuidado em saúde, os entrevistados responderam da seguinte forma:

*“Foi a atenção e preocupação dos médicos, se isso não tiver, **não adianta ter todos os equipamentos do mundo.** [...] O cardiologista, o policial, o político, o presidente, se não tiver isso, **a preocupação do ser humano um com o outro, não vai rolar**” (Entrevista 1 - grifos nossos).*

*“**Precisamos de cuidado integral!** Que os profissionais da saúde cuidassem daquela pessoa integral. Eu, por exemplo, **eu fiquei rodando agora, atualmente, com problema de pulmão aqui. Um fala uma coisa, outro fala outra coisa**” (Entrevista 15 - grifos nossos):*

*“As vezes o médico **nem olhar pra tua cara ele olha**, entendeu? Então eu acho que você quando procura um profissional, você ou confia nele, ou você tem a tal da simpatia, empatia. **Se não tem, então não adianta**. Eu acho que o médico tá ali pra te ouvir, entender, saber das suas necessidades, **saber o porquê que você tá ali**. E ele, sabe, te dá uma direção "olha, vamos ver isso, vamos pesquisar isso, ver o que é que tá acontecendo” (Entrevista 19 - grifos nossos).*

O que tais falas apontam não é novidade: a centralidade de práticas de cuidado mais humanizadas. Reconhecer na fala do usuário a necessidade de que as práticas de cuidado em saúde demandam não apenas conhecimentos técnicos para “dar a direção”, como o entrevistado aponta, mas também diálogo, clareza de informações, acolhimento, vínculo, respeito, empatia remete às questões que Merhy aponta como as tecnologias leves de cuidado, tão primordiais para a integralidade.

Ter o entendimento sobre o estado de saúde e conseqüente tratamento são direitos básicos e estão presentes como princípios e diretrizes do SUS. Esta percepção por parte dos entrevistados deflagra a necessidade da comunicação, diálogo e corresponsabilização do cuidado como pontos integrantes da garantia de longitudinalidade.

*“Você vai no médico, o médico fala "olha, você tá acima do peso. Vou te encaminhar pro nutricionista.” Eu acho que precisa disso, né? Aí você vai indo. **Você vai tendo acompanhamento [...] Hoje em dia a gente não tem mais isso**. Não tem um médico que olhe pra gente e fale "olha, vou te passar pro nutricionista. **Você quer? Você quer se cuidar? Você tá acima do peso. Vamos fazer um regime, vamos fazer uma dieta. [...] Pô, isso é legal”** (Entrevista 3 - grifos nossos).*

*“[...] De repente você começa a levar mais a sério o tratamento, por quê? Porque você tá passando a entender o que que está acontecendo contigo. **Você está fazendo uma coisa e você está sendo informada daquilo**. Você não está fazendo aquilo simplesmente porque "ah, o médico passou”.*

Não, eu estou fazendo isso por causa disso, disso e disso” (Entrevista 19 - grifos nossos).

“Eu não tenho um acompanhamento. Eu tenho, assim, tipo uma emergência. Eu preciso, vou lá. Mas às vezes, tu quer ter um acompanhamento, teu prontuário, tudo ali direitinho” (Entrevista 3 - grifos nossos).

“[...] às vezes as pessoas não procuram por não saber onde tem. Você vai em uma unidade pública, não tem um nutricionista. Entendeu? Isso afeta muito, você não tem recursos. Você não tem onde ir” (Entrevista 6 - grifos nossos).

As experiências citadas acima evidenciam a importância de estabelecimento de fluxos e serviços mais acessíveis à população, incluindo suas diversas necessidades. Tanto a demanda por acolhimento, quanto por escuta, continuidade e participação nas decisões refletem a importância de espaços de troca e planejamentos multiprofissionais e multisetoriais para além da visão biológica, com maior fortalecimento do olhar integral sobre as questões de saúde e adoecimento.

Em estudo desenvolvido por Conz *et al* (2020), foi observado por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com 17 pessoas com obesidade mórbida, que as necessidades desse público corroboram com os dados das entrevistas apresentadas acima. O estudo foi realizado na clínica médico-cirúrgica de um hospital público. Os participantes relataram que, no cuidado à obesidade, enfrentaram escassez de recursos nos serviços, almejam que as ações de saúde sejam fortalecidas no âmbito da APS, uma vez que este nível de atenção é responsável pela coordenação do cuidado e estabelecimento de vínculos de acordo com as realidades locais. De acordo com os entrevistados, a falta de um olhar profissional diferenciado para a pessoa com obesidade impactou negativamente o direcionamento do cuidado.

Segundo Canesqui (2018) entende-se que a experiência do adoecimento e do sofrimento é singular, esse ponto de vista torna-se um contraponto ao se pensar na organização dos serviços de saúde de maneira setORIZADA por fluxos e protocolos de linhas de cuidado definidas. Apesar desta organização se fazer necessária considerando a

complexidade de uma RAS, é importante pensar o quanto este modelo contribui para a fragmentação e promove o distanciamento da integralidade do cuidado se não estiver baseado nas necessidades individuais.

Nessa perspectiva, segundo Mattos (2009) cuidar é mais que um desafio político e organizacional, trata-se também de um desafio para além do tratamento, prevenção ou recuperação da saúde. Cuidar é participar da construção compartilhada dos projetos de felicidade do outro, produzindo novos horizontes possíveis. Essa visão extrapola qualquer divisão que exista entre os fluxos, serviços e as categorias profissionais, pois fala de atitudes básicas a todos os que estão dispostos a produzir cuidado.

Para Merhy (2005) ao trabalharmos, todos nós, modificamos o outro e a nós mesmos. O trabalho vivo em ato é o trabalho humano no exato momento em que é executado e ele determina a produção do cuidado. Este trabalho interage com as linhas de cuidado e com as relações, formando assim um processo composto por diversos tipos de tecnologias. O cuidado em saúde tem a particularidade de uma certa materialidade simbólica, pois é centrado no ‘trabalho vivo em ato’, com a efetivação da ‘tecnologia leve’ que se traduz como o ato de se relacionar, dialogar e construir em conjunto. Existe um potencial de trabalho e tecnologia leve em todos os profissionais, que ao ser valorizado, eleva a capacidade resolutiva dos serviços. É necessário reestruturar a base das relações e do diálogo como fontes de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde. Ofertar saúde não se define como medicalização, ausência de doença ou oferta de algum tipo de tratamento, ofertar saúde significa despertar o desejo de vida, os significados e sonhos de felicidade do outro.

Na busca pela organização das ações assistenciais em sobrepeso e obesidade foi publicada a Portaria nº 424 GM/MS de 19 de março de 2013, com a proposta de uma linha de cuidado para a prevenção e controle do sobrepeso e obesidade a partir do Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011. Essa linha de cuidado estabelece e organiza um conjunto de ações e serviços envolvendo diversos atores dos pontos de atenção da RAS em diversos Estados e Municípios. No entanto, segundo Brandão et al 2020, em um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa a partir dos dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-

AB), quando verificada a oferta de ações no Brasil para o cuidado em obesidade, foi observado que cerca de 42,9% das equipes de APS não realizam essas ações, 53,7% das equipes não realizam consultas destinadas a obesidade e 64,1% não programam a agenda de acordo com classificação de risco para obesidade. Esses dados sugerem ainda a fragilidade da oferta de cuidado e a continuidade da assistência.

Cabe ainda destacar que a publicação da Portaria nº 62 GM/MS, de 6 de janeiro de 2017, altera a Portaria nº 424/2013, apresentando um retrocesso ao desvincular os procedimentos de alta complexidade em obesidade da obrigatoriedade de aprovação da linha de cuidado como um todo. Dessa forma, a organização do cuidado integral em obesidade se fragilizou, em especial na oferta de ações e serviços em outros pontos da RAS para além da intervenção cirúrgica hospitalar, este fator implicou em retrocesso na construção de linhas de cuidado orientadas pela integralidade.

A concretização da multiprofissionalidade e da intersetorialidade são as decorrências esperadas dos processos de trabalho em saúde orientados pela concepção de integralidade. É essencial a clareza de que a linguagem é um veículo de encontro e não haverá reconstrução de expressões de necessidade, redefinições de finalidades e articulação de recursos sem que haja transformações nas interações entre os sujeitos. Buscar pela integralidade perpassa pela necessidade de enriquecer o diálogo entre os sujeitos implicados nas práticas de saúde, trazendo a intersubjetividade como ponto central dessa discussão.

- *Desafios do cuidado nutricional*

Nos relatos acerca das tentativas de mudanças alimentares, foi observado que parte das dificuldades em conquistar mudanças de estilo de vida está no perfil prescritivo e muitas vezes reducionista do profissional de saúde, aliado a questões mais amplas determinantes do ganho de peso. Quando questionados sobre as impressões do cuidado nutricional experienciado, os entrevistados responderam da seguinte maneira:

“A questão é você vive mal e a consequência é ganhar peso né? Tudo que você vive reflete no que hoje você é [...] A doutora não entendeu isso sabe, ela queria que eu estivesse emagrecendo mais, ela ficou chateada

porque eu não emagreci, só que ela tem que entender que não é assim, nem sempre a gente consegue” (Entrevista 1 - grifos nossos).

*“É eu tive pouco, eu acho que eu não tive esse tipo de parceria. [...] eu tinha mais medo da nutricionista, do que uma parceira, entendeu? Parceira que pudesse dar um incentivo [...] Será que a nutrição é só para passar dieta? Se a nutrição for só pra passar dieta, ela não vai chegar a lugar nenhum, não vai. Acho que a nutrição tem que ter essa parceria para trabalhar o emocional das pessoas, né? [...] Eu sou outra pessoa. Eu penso diferente, eu vivo diferente, eu tenho um ganho diferente! **Eu tenho um ambiente diferente**, eu preciso que ela me encoraje, entendeu? Eu preciso cumprir algumas diretrizes sim, como preciso! Preciso ter força de vontade? Preciso, **mas preciso por encorajamento e não por ameaças**. Acho que é por aí!” (Entrevista 4 - grifos nossos).*

*“Acho que eu tava com 2 quilos a mais, entendeu? 2 quilos a mais do normal. Aí quando eu pesei, que ela olhou, **ela ficou estressada**. Aí eu também não tava bem naquele momento, aí de lá pra cá foi indo, foi indo, **eu também fui ficando meio chateada**, falei poxa, a nutricionista não quis me atender, não quis me ouvir” (Entrevista 17 - grifos nossos).*

Além do perfil prescritivo é interessante observar que a antropometria também é um fator a ser pensado. Será que a antropometria precisa ser ofertada na primeira oportunidade de cuidado? Ou pode ser uma ferramenta de motivação ao longo do processo? Por vezes, o foco no emagrecimento e redução de medidas traz para o usuário uma grande sensação de impotência e frustração. Embora tais falas reflitam o atendimento realizado por uma profissional específica, nesse caso, uma nutricionista, as questões aqui apontadas trazem reflexões que transcendem a atuação desta categoria profissional. São reflexões que trazem como preocupação central, as práticas de cuidado verticalizadas e muitas vezes desconectada com os determinantes sociais relacionados ao processo saúde-doença.

Tais falas nos fazem questionar: estamos nós, profissionais de saúde, contribuindo para projetos de felicidade ou de infelicidade nas pessoas que estão sob nossos cuidados? Que tipo de poder acreditamos ter para submeter nossos usuários a sentimentos como

medo, tristeza, impotência? Refletindo sobre o modelo de sociedade que vivemos e dialogando com o estudo de Rios et al (2017), é evidente o quanto ele contribui para o adoecimento coletivo, uma vez que exige que os indivíduos estejam sempre bem-dispostos, bem resolvidos profissionalmente, emocionalmente equilibrados e com atitudes positivas em relação à saúde e bem-estar. Esse padrão claramente emerge a uma sensação de impotência, uma vez que a visão de mundo em que estamos imersos reproduz estilos e de vida “ideais”, distante da realidade.

Em que medida essa visão de mundo influencia na maneira como o cuidado em saúde é direcionado? Estamos reproduzindo padrões e obedecendo às lógicas que subjazem interesses corporativos? Estes questionamentos precisam estar presentes nas discussões de aprimoramento dos cursos de formação em saúde, nos desdobramentos do cuidado, não apenas em relação ao cuidado nutricional, mas também em outros campos do cuidado.

Como sinalizado anteriormente, as reflexões que os usuários apontam se aplicam às práticas de cuidado de qualquer categoria profissional. Mas, como nutricionista, chama à atenção as críticas apontadas a este profissional, que muitas vezes é tido como a personificação do profissional que ajuda a “perder peso”, quer por uma construção social, quer por uma concepção reforçada pelos próprios profissionais.

De acordo com as Diretrizes Curriculares dos cursos de Nutrição, estabelecidas em 2001, “o profissional nutricionista deve ter uma formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural”.

Retomando a contribuição de Recine *et al* (2012), o cenário epidemiológico que vem se configurando no Brasil e no mundo demanda um novo perfil de profissionais de saúde, tanto em relação á nutrição, quanto demais categorias, com ideias mais amplas e profundas sobre o cuidado. Refletir sobre o quanto a formação profissional está sintonizada

com tais desafios e complexidades é estratégico para aumentar a eficácia da atenção à saúde.

Em estudo realizado por Burlandy *et al* (2020), foram realizadas análises sobre as características dos “modelos assistenciais” relatados por profissionais da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro. Os métodos incluíram entrevistas e grupos focais com profissionais e gestores da atenção básica e das ATAN de 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, e análise documental de normativas federais e estaduais. Os principais desafios apresentados estão relacionados com a dificuldade de adesão dos usuários às propostas terapêuticas, o que resulta em sentimento de frustração e impotência por parte dos profissionais diante de um cenário terapêutico complexo. Neste sentido, alguns princípios e diretrizes são estratégicos para o enfrentamento desses desafios, dentre estes está a corresponsabilização do cuidado entre profissional e usuário, que resulta em maior promoção da autonomia e menor culpabilização do usuário, uma vez que as propostas de cuidado passam a ser compartilhadas e não multiplicadas de maneira unilateral. O fortalecimento de trocas multiprofissionais, também se apresenta como potente, oportunizando trocas de diferentes pontos de vista sobre os modos de viver e acolhimento das demandas dos próprios profissionais sobre seus sentimentos e estigmas em relação à pessoa com obesidade, fato este que influencia diretamente na maneira como o cuidado se desdobrará.

Outro fator importante a ser acrescentado na discussão, é que por vezes, as propostas de mudanças alimentares e estilo de vida, mesmo que na tentativa da corresponsabilização e empatia, ficam desconectadas da realidade das pessoas, por questões mais amplas como: dificuldade de acessibilidade de alimentos saudáveis, ambientes alimentares desfavoráveis e um sistema alimentar atravessado por questões políticas que ultrapassam a tentativa de modificações no cuidado no âmbito profissional-usuário. Quando questionados sobre cuidado nutricional, os entrevistados relataram as seguintes experiências:

“[...] Aí ela passa chá, tudinho. Aí de repente ela passa as coisas às vezes que não dá pra comprar. [...] É difícil de achar, é caro, tudo isso assim.

Mas eu procuro comer as coisas que eu vejo que é menos, né...”
(Entrevista 5 -grifos nossos).

*“Olha, por ser uma família com pouca estrutura, **a gente não pode comer só comida sadia**. Você sabe, né, que a situação financeira não dá. Mas eu tento ter uma salada, eu tento fazer muito legumes, entendeu? Mas no dia a dia é complicado”* (Entrevista 16 - grifos nossos).

*“O povo trabalha muito, não tem tempo de chegar em casa na hora certa pra se alimentar, aí come qualquer coisa na rua. **Isso é que tá matando o povo: excesso de alimentação**. Não faz exercício físico porque também não tem tempo. Isso também tá incluído nesse quadro”*
(Entrevista 25 - grifos nossos).

Esses trechos de fala destacados ampliam a visão da complexidade dos determinantes da qualidade de vida. A questão do aprimoramento do cuidado mostra-se de extrema importância no enfrentamento desses desafios complexos, mas ele não é autossuficiente. Retomando a discussão de Shekar e Popkin (2020), a organização de ambientes saudáveis e a garantia de um sistema alimentar e político que leve em consideração a complexidade do processo saúde-doença, são de extrema necessidade, para além do aprimoramento dos serviços de saúde. Dentre os fatores a serem modificados podemos citar as políticas fiscais para tributação de alimentos não saudáveis e subsídios para os saudáveis; a obrigatoriedade da rotulagem de alimentos processados; a regulação de *marketing* e publicidade, criação de espaços públicos que favoreçam a prática de atividades físicas, cultura e lazer, melhoria do transporte público e qualidade de vida; leis trabalhistas que garantam maior dignidade.

- *Olhar atento para a saúde mental*

Outro aspecto a ser destacado e interligado com as reflexões citadas anteriormente, são as demandas de saúde mental. Demandas essas que se mostram como causa e consequência de um mesmo nó crítico. Além de todos os entraves profissionais, pessoais, ambientais e políticos, em muitos relatos, foi observado o quanto a obesidade está fortemente associada ao sofrimento emocional e o quanto considerar esse contexto torna o

tratamento mais significativo. A rejeição social do corpo gordo torna ainda mais grave um desafio social que já é suficientemente preocupante. Quando questionados sobre a relação do estado emocional com o comportamento alimentar e percepção da imagem corporal, os entrevistados responderam:

*“Eu fiquei muito depressiva, queria morrer. As pessoas falam muito: para de comer! Mas não é a comida em si que faz engordar e sim, **eu sou doente!** Quando eu estava em uma fase bem depressiva, eu não queria sair de casa. E eu não parava de comer, passava o dia inteiro comendo. **Como se eu estivesse me vingando, pra eu poder morrer logo. Entendeu?**”* (Entrevista 2 - grifos nossos).

*“Eu realmente acho que tem que ter esse acompanhamento psicológico, porque muitas das pessoas que eu converso falam a mesma coisa que eu sinto, **de transferir a maioria dos problemas pra comida, né?**”* (Entrevista 21 - grifos nossos).

*“**Eu vivia acamado, praticamente. Só levantava pra ir trabalhar e voltar, mais nada. Mais nada. Não queria ver nada, não queria ler um jornal, não queria ver uma televisão, desanimado pra tudo e isso leva a um desânimo grande [...]** Sempre arrumando uma desculpa de que eu não estou bem, que eu estou doente, estou cansado, não dá, mas é porque estou sempre cansado”* (Entrevista 18 - grifos nossos).

*“Porque eu falo: de que adianta eu me arrumar, me enfeitar, **quando você não pode estar sorrindo, você não pode estar fazendo as coisas que você gostaria de fazer. [...]** Então isso eu já tenho consciência mesmo, entendeu? Não tem problema não. **Mas não gosto da balança, porque ela é o espelho que eu não estou a fim de ver, né?**”* (Entrevista 22 - grifos nossos).

Segundo Stenzel (2003), o excesso de peso é considerado um desafio cada vez mais visto como uma preocupação mundial, mas também acompanhado de muito preconceito. Dentro de tantas discriminações em pauta nos últimos tempos, seria o problema da discriminação do corpo gordo, pouco relevante? Pessoas com obesidade se sentem cada vez

mais isoladas e inadequadas no “mundo dos magros”. As consequências desse sentimento são a depressão, isolamento, problemas com álcool e outras drogas e transtornos alimentares. Quanto mais discriminados, maior a chance do comer compulsivo, como alívio momentâneo das suas dores e emoções. Esse parece ser um círculo vicioso sem fim. Diante disso, é necessário naturalizar a obesidade? Estimular que as pessoas permaneçam assim sem pensar nos possíveis prejuízos à saúde em longo prazo? Não, mas se faz necessária uma mudança de postura diante disso. Um posicionamento que não agrave o sentimento de inadequação e acolha esse desafio como fruto de fragilidades sociais e políticas.

Retomando a discussão feita por Francisco e Diez-Garcia (2015), enquanto o corpo magro é visto como moral, desejável e sinônimo de empenho, o corpo obeso significa preguiça, gula e doença, fazendo com que a perda de peso seja uma busca pela aceitação social. Quanto maior a rejeição do corpo gordo e idolatria do corpo magro, maior a reprodução de padrões de beleza e felicidade inatingíveis e maior a reprodução de problemas relacionados ao comer e ao sentir. A aceitação social do corpo gordo não é a única garantia de solução para o problema, mas em contrapartida, discriminá-lo não evita o crescimento exponencial da obesidade.

Segundo Melca e Fortes (2014), a obesidade está diretamente relacionada aos transtornos mentais comuns, como a depressão e a ansiedade. Essa associação é constatada em ambas as direções, onde os transtornos mentais favorecem o desenvolvimento da obesidade assim como a obesidade parece aumentar a incidência de depressão, transtorno bipolar, transtorno do pânico ou agorafobia. Estes dados reforçam a associação do ato de comer como um importante recurso emocional, sendo de extrema importância considerar este aspecto nas abordagens sobre melhorias das condições de saúde.

Ao analisar as falas dos usuários com obesidade em relação ao sofrimento que carregam, é importante refletir até que ponto os serviços de saúde entendem essa demanda como uma questão que deve ser abordada não apenas pelos serviços de saúde mental, mas sim pela RAS como um todo. Neste sentido, além da ampliação das possibilidades clínicas no trabalho vivo em ato, é importante o fortalecimento do diálogo e troca de saberes com as

demais categorias profissionais, configurando as equipes multiprofissionais e trocas intersetoriais como passos fundamentais.

As falas remetem também a algo já apontado anteriormente, mas que aqui é ofertado com mais clareza: a importância de reconhecermos que o simples ato de insistir na realização da antropometria, sem considerar o olhar e as necessidades do usuário, simplesmente como um protocolo a ser seguido, pode desencadear muitos processos de sofrimento mental que em sua maioria não são levados em consideração nas propostas de cuidado.

“[...] não gosto da balança, *porque ela é o espelho que eu não estou a fim de ver, né?*” (Entrevista 8 -grifos nossos).

Essa frase destacada mostra claramente o quanto é desafiador para o obeso se deparar com sua medida de peso e Índice de Massa Corporal (IMC), e a questão que fica para a reflexão é: qual a finalidade desses valores antropométricos para a oferta de cuidado? Será mesmo necessário ou é apenas uma tentativa de promover mudanças a partir da sensação de inadequação dessas pessoas?

Não se trata aqui de demonizar a realização da antropometria, mas de chamar a atenção para qual o lugar que essa prática ocupa dentro do cuidado em saúde. Estes dados levantam o questionamento de que, para além do controle das condições de saúde, é necessário que o tratamento esteja levando em consideração não só a face biomédica das condições acima citadas, mas também a individualidade do modo de viver e de que forma isso interfere nas condições de saúde. Toda ação em saúde desconectada com a complexidade do viver, será meramente multiplicação de protocolos.

Em um estudo realizado por Alvarenga *et al* (2015), por meio de uma pesquisa online sobre atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos, os nutricionistas responderam questões com relação à: 1) fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade; 2) características atribuídas a pessoas obesas; 3) características atribuídas à obesidade e indivíduos obesos. Foi observado que os profissionais participantes consideram a obesidade um problema comportamental e psicológico, sendo o sedentarismo a principal “causa”, atrelada a alterações emocionais e vício em comida.

Essa visão remete a um cuidado focado em performances de atividade física, emagrecimento, controle bioquímico e consequente reforço do estigma do corpo gordo como inadequado e distante do peso “ideal”. Mas afinal, o que é ser “ideal”? Será mesmo que a obesidade é um problema a ser “combatido”? Ou precisa ser acolhido e considerado sob outro ponto de vista? O foco no emagrecimento, como combate, pode ser uma grande armadilha para as pessoas que procuram ajuda, pois as propostas de cuidado nem sempre estarão conectadas com o sofrimento mental e discriminação que atravessam e podem reforçar ainda mais a ideia do excesso de peso como algo “inadequado” socialmente.

Resultado interessante para reforçar a ideia de que questões sociais mais amplas ainda precisam ganhar mais espaço nas abordagens não só em relação a nutrição, como nas demais categorias profissionais e espaços de discussão de aprimoramento do cuidado em sobrepeso e obesidade.

2 - Expectativas de melhorias e sugestões dos usuários para o aprimoramento do cuidado em sobrepeso e obesidade.

- *Necessidade de cuidado considerando o estigma do “corpo gordo” inserido num contexto social complexo*

Quando questionados sobre as expectativas e sugestões para melhorias no cuidado em saúde, muitos usuários trouxeram o sentimento de culpa e impotência diante do autocuidado e autocontrole sobre suas escolhas, sugerindo que ao conseguirem ter força de vontade, boas escolhas e amor-próprio, conquistariam melhorias em sua condição de saúde. Fato este que mostra o quanto rejeição social do corpo gordo, resulta em sentimentos de frustração e culpabilização individual. Reflexão evidenciada nas falas a seguir:

*“Então, eu... eu tenho que **começar a ter uma força de vontade, de ter domínio próprio.** Eu preciso me dominar, **resistir a mim mesmo, né?** As minhas vontades, minhas preferências, meus desejos. Entendeu? **Por amor a mim mesmo, entendeu?**” (Entrevista 4: grifos nossos).*

*“Primeiro **tem que partir de cada um, né?** Se a pessoa não tiver esse interesse em perder o peso, em mudar a alimentação ela não vai*

conseguir atingir o objetivo. [...] A obesidade é uma doença que pode te levar a outras doenças” (Entrevista 6 - grifos nossos).

*“Há uma necessidade pra minha melhora. Entendeu? **Que primeiro eu tenho que me amar.** Se eu não me amar, não adianta ninguém me amar, entendeu?” (Entrevista 10 - grifos nossos).*

Segundo Poulain (2013), a obesidade é um problema social, por isso é importante chamar atenção para um posicionamento político-administrativo, para além do cuidado em saúde e culpabilização individual sobre o “descontrole” alimentar. Este cenário global é fruto da expansão do neoliberalismo, incluindo o setor agroalimentício e um sistema alimentar complexo que oferece quantidades excessivas de alimentos de alta densidade calórica, com a promessa da praticidade, acessibilidade e atratividade. Em contrapartida a este cenário, as pressões para homogeneização de hábitos alimentares e estilos de vida se inserem nessa discussão como uma contradição que precisa ser considerada nas reflexões sobre as estratégias de promoção da saúde.

Brandão *et al* (2020), reforça a presente discussão quando afirma que dada a complexidade global desse tema, é pertinente que as soluções surjam a partir de um pensar e agir igualmente complexos. É urgente discutir qual o sentido da proliferação de discursos e técnicas nutricionais que reforçam estratégias de padronização centradas na auto-responsabilização e no autocontrole. O domínio exacerbado de si aparece como a solução para uma situação global incontrolável, trazendo uma grande contradição e estratégias ineficientes. Ao responsabilizar apenas o indivíduo pela sua situação de saúde, ocorre a diminuição da responsabilidade do Estado e das políticas públicas como atores importantes deste contexto.

A partir de tais constatações, e dialogando com o estudo de Figueiredo *et al* (2020), torna-se cada vez mais urgente a oportunidade de mudanças políticas deste cenário, aliada a uma maior conscientização coletiva de que é preciso mudanças mais profundas no sistema alimentar para que haja uma mudança efetiva na qualidade de vida da população. Neste sentido, atividades de troca de saberes entre profissionais, serviços e com a própria população, se torna uma atitude fundamental uma vez que é notório o quanto a exposição

das dificuldades vivenciadas por pessoas com sobrepeso e obesidade legitima todo um arsenal de estudos sobre o tema.

Nada mais potente do que ouvir a voz daqueles que vivenciam as dificuldades diariamente e mostram o caminho que podemos seguir para melhor contextualizar o ato de cuidar. Aproveitando o ensejo dessa reflexão, é importante entender, que o ato de cuidar não é tudo, não é a única solução para os desafios. O cuidado é uma ferramenta importante de todo o processo de mudanças estruturais e ideológicas que precisam existir em conjunto.

O ato de cuidar é um grande desafio para quem oferta e para quem recebe, pois ambas as partes vão trocar experiências e expectativas humanas no processo. É importante a reflexão do que é possível e o que é desejável para determinada situação, tanto para a realidade dos serviços de saúde, quanto para as condições de vida das pessoas. Idéias posicionadas fora do contexto, podem contribuir para a disseminação de padrões de vida e beleza inatingíveis, excesso de peso como algo socialmente inadequado, reforçar soluções baseadas na culpabilização individual, no autocontrole como solução para problemas com raízes mais profundas. Ou então podem ser verdadeiros agentes de mudanças, levando à população e aos ambientes em que circula a ideia de que são necessárias mudanças ambientais e coletivas maiores (BRASIL, 2014).

Apesar do sentimento de culpa e inadequação como desafios a serem ultrapassados, os usuários também se reconhecem dentro de uma complexidade social, mencionando questões de acesso, qualidade de vida e políticas como fatores contribuintes para o atual estado de saúde. Quando questionado sobre como enxerga a qualidade de vida e de que maneira isso interfere na saúde, o entrevistado 9 respondeu da seguinte maneira:

“ [...] a situação que vive o país no momento né, todo o povo sem condições, de se alimentar direito, de se locomover, enfim, o direito de ir e vir está sendo tirado, o direito da vida, o direito da saúde, o povo não tem direito a saúde mais, então isso tudo dificulta para o povo cuidar da saúde. O estado não faz o papel que devia fazer. Que é saúde, segurança, educação, transporte, tudo. Não tem como [...] Se todos os obesos, tivesse condições financeiras para se tratar, tivesse facilidade de ser acolhido nos hospitais, nos postos de saúde, mas não tem. Então, aí ele se relaxa,

não tem como, ele se deixa levar, e aí ele fica ali, obeso, com problema de excesso de peso, porque realmente não tem condições de se tratar” (grifos nossos).

Retomando o estudo de Araújo *et al* (2019), dada à natureza complexa da obesidade, ela deve ser pensada como um fenômeno para além das escolhas individuais, apesar de etiologias teoricamente comuns, cada indivíduo se insere de maneira diferente nas complexidades sociais. Por essa razão, deve-se buscar um olhar para além do diagnóstico, entendendo esse fenômeno como algo intersubjetivo e nutrido a partir de construções sociais. O papel político nesse cenário precisa ser valorizado, entendendo seu papel central nas condições de saúde da população.

A percepção dos usuários sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e necessidade de melhores condições de vida como fatores condicionantes para a melhoria da saúde dialoga com Burlandy *et al* (2020), uma vez que é evidenciado importância da inovação dos modelos assistenciais e práticas de cuidado.

A reorientação dos modelos vigentes é um processo complexo que implica mudanças em distintas dimensões, tais como: (1) gerencial – referente aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; (2) organizativa - referente ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando os níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e (3) técnico assistencial, ou operativa, referente às relações que se estabelecem entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação).

Dentro deste contexto, a APS se apresenta como fundamental nesta discussão, uma vez que é caracterizada como ponto de articulação entre os demais níveis de atenção e setores responsáveis pela saúde em seu sentido ampliado. Fundamentada na construção e ordenação das RAS, articula atividades de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, com foco nas particularidades locais, culturais e comunitárias (BRASIL, 2012).

- *Necessidade ações de prevenção e promoção à saúde e acesso aos serviços*

Quando questionados sobre o que gostariam que melhorasse nos serviços de saúde, apesar das entrevistas terem sido realizadas em outro ponto da rede, os usuários mencionaram os dispositivos presentes na APS como promotores de saúde e potentes espaços de troca de informações e construção compartilhada de caminhos para o tratamento em saúde.

*“Prevenção na Clínica da Família, o clínico geral falar mais sobre isso com os **pacientes com sobrepeso e com os magros** também, para prevenir e alertar a população”* (Entrevista 6- grifos nossos).

*“É... Eu acho que o SUS....Ele tem o papel de dar... de deixar sempre a porta aberta pra algumas pessoas buscarem esse caminho. Ter os programas de nutrição abertos para que as pessoas possam buscar ajudar, né? E que o SUS pode dar aos pacientes é... esse respaldo, **porque se deixar as pessoas pela oferta do mercado.... pela oferta que hoje tem... se vê que em cada esquina é uma proporção de gente vendendo comida, a televisão toda hora oferecendo, né? Ninguém está se importando com o que a população está comendo. Então o SUS deve ter um programa sempre de conscientização, né?**”* (Entrevista 4 - grifos nossos).

Esses trechos mostram a questão da informação como algo valorizado pelos usuários, nas falas evidenciam que *“os **pacientes com sobrepeso e [...] os magros**”*, deveriam ter acesso a informações de qualidade para que pudessem se responsabilizar e prevenir possíveis agravos de saúde. A questão da educação em saúde e educação nutricional se apresentam como necessidades e oportunidades de troca de saberes e informações.

Retomando a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), as práticas e as metodologias da Educação Popular em Saúde (EPS) oportunizam esses encontros entre trabalhadores e usuários, entre as equipes de saúde e os espaços das práticas populares de cuidado, sendo esta uma chave importante para os processos de melhorias do cuidado a partir da promoção da autonomia, olhar crítico sobre os ambientes alimentares e indústria de alimentos, trazendo maior sentido para as escolhas saudáveis. O conhecimento

produzido no contato com o usuário precisa construir sentido e mobilizá-lo à mudança de suas práticas em saúde de maneira emancipatória (BRASIL, 2013).

Trazendo a discussão da Educação Popular para as práticas alimentares, a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) amplia as questões alimentares, para além da classificação dos alimentos como bons ou ruins. Sua missão é reforçar o conceito de alimentação adequada e saudável como um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular aos alimentos, de forma consciente e socialmente justa, atendendo aos princípios da cultura local, soberania, equilíbrio nutricional e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis. Neste sentido, reforçar estas práticas nos serviços de saúde é de grande valia, considerando a potência da multiplicação de informações em saúde como um pilar da prevenção e promoção da saúde.

Ainda dentro do contexto da necessidade de informações, alguns usuários entrevistados expressaram a necessidade de organização de campanhas “contra a obesidade” e para a população “se cuidar mais”.

*“Aqui no Rio de Janeiro, sempre tem campanha para alguma coisa. Campanha da doação de sangue... **Por que não fazer uma campanha contra obesidade com profissionais da área? Com nutricionistas, com psicólogos.... Fazer uma campanha dessa**” (Entrevista 25 - grifos nossos).*

*“Olha, eu acho que o SUS tinha que pegar isso e **fazer uma campanha pro pessoal se cuidar mais, né? Porque tem muita gente que não vai no médico, não vai na nutrição, ele não vai no cardiologista. Ele tá morrendo ali e não vai. Eu acho que se fosse o SUS, apertava mais o povão pra ir pra ele, pra ele ajudar, dar uma orientação pro povo**” (Entrevista 25 - grifos nossos).*

*“Eu acho que hoje em dia está difícil para as pessoas conseguirem um tratamento. E eu acho que deveria prestar mais atenção nisso, pois hoje em dia as crianças já estão obesas e o **SUS tinha que abrir um critério para atender essas pessoas o mais rápido possível e morrem esperando atendimento e não tem atendimento adequado é muito difícil conseguir**” (Entrevista 2 - grifos nossos).*

A ideia das campanhas e atendimento “o mais rápido possível” é uma necessidade clara de ampliação do acesso aos serviços de saúde. A ampliação do olhar sobre a obesidade como um desafio social complexo, o aprimoramento do cuidado, a organização das redes, a disseminação de informações em saúde, só fazem sentido a partir do momento em que também garantem o acesso da população aos serviços de saúde.

De acordo com Mendes (2012), o Brasil vive uma situação de saúde que combina uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga de causas externas e uma presença hegemônica das condições crônicas. A falta de coerência entre essas necessidades em saúde da população e a organização do acesso aos serviços determina a crise fundamental do SUS. A solução para essa crise está em acelerar a transição do sistema de atenção pautado na medicalização e atendimento às necessidades agudas, para uma lógica de acolhimento de coordenação RAS fundamentada na APS.

Esta realidade, em conjunto com as necessidades dos usuários observadas nas entrevistas, evidencia o quanto aprimorar o cuidado em sobrepeso e obesidade e construir uma linha de cuidado que garanta o acolhimento de todas as complexidades sociais e políticas, é um desafio histórico. Falar de sobrepeso e obesidade requer conhecimento dos entraves políticos e ambientais que afetam diretamente essa condição. Cuidar de uma pessoa com excesso de peso também requer dizer que ela não é culpada pelo seu estado de saúde, ela é fruto de uma complexidade histórica maior. (BORGES; PORTO, 2014).

Promover ações de saúde é ofertar o cuidado em forma de conhecimento e clareza sobre os problemas sociais, é garantir que exista conexão com as necessidades do outro que, na maioria das vezes, nada tem a ver com o desejo de emagrecimento e controle de comorbidades, e sim com a oportunidade de recuperar a anergia de viver e a autonomia para realização de tarefas cotidianas.

Retomando essas reflexões, considerando o contexto da SAN e dialogando com o estudo de Anjos e Burlandy (2010), é importante destacar que a concepção que se fortalece no país, expressa processos históricos e sociais mais amplos que ultrapassam os limites teóricos e que assumiram uma dinâmica bastante peculiar no caso brasileiro. Envolvem tanto espaços acadêmicos, quanto intervencionistas, de construção de políticas, programas e ações concretas, tanto governamentais quanto societárias. É possível observar que a ótica

do direito humano à alimentação adequada, o direito ao acesso à saúde e qualidade de vida como algo inerente à uma vida digna vem ganhando um lugar significativo no país, capaz de influenciar o planejamento das políticas públicas, fato raramente identificado em outros contextos nacionais. A mentalidade de acesso à saúde como algo mais amplo também já está presente nas discussões da sociedade civil.

Contextualizando essa reflexão com o panorama atual da pandemia de COVID 19, é possível observar que cada ponto aqui apresentado ganha ainda maior relevância considerando os entraves políticos, sociais e de qualidade de vida que assola o mundo, em especial o Brasil. O papel do SUS e da RAS como um todo, mostra-se cada vez mais claro para a população.

Segundo Alpino et al (2021), sabe-se que a segurança alimentar e nutricional pode ser afetada pelos impactos sociais e econômicos da COVID-19, especialmente considerando as situações de desigualdade social, de renda, étnico-racial, de gênero e de acesso a serviços de saúde. A pandemia está em permanente movimento, e pouco se sabe sobre sua duração e impactos a longo prazo. É observado que apesar de fortemente necessárias, as medidas de isolamento social já impactam o acesso à empregos, renda, alimentação, dentre outros direitos básicos e consequente garantia da segurança alimentar e nutricional e do Direito Humano a Alimentação Saudável (DHAA).

Desenvolvimento e avaliação do Produto Técnico

Os participantes dos encontros, antes de iniciarem, responderam um questionário sobre suas principais características como forma de conhecer um pouco mais sobre o perfil do grupo. Os dados demonstram que o perfil foi bem heterogêneo, sendo que os participantes atuavam em distintas áreas como: atenção primária, nutrição ambulatorial, hospitalar, materno infantil, esportiva, coordenação, docência e saúde mental e com distintos vínculos empregatícios, sendo autônomos, servidores e contratados via CLT. Em relação ao tempo de prática, o grupo variou entre profissionais recém-formados e profissionais com mais de 20 anos de experiência. Esses dados iniciais mostram a riqueza de proporcionar um debate sobre cuidado em sobrepeso e obesidade para um grupo heterogêneo e com pontos de vista diferentes.

Módulo 1

Avaliação da moderadora

Estiveram presentes 14 participantes. Neste primeiro encontro foi possível observar grande interatividade entre os profissionais, criando um ambiente em que a maioria se sentiu confortável para se apresentar e iniciar o debate sobre o tema. Esse comportamento do grupo se apresenta como positivo, uma vez que a troca de experiências é um quesito fundamental para ao compartilhamento de saberes e construção conjunta de caminhos de aprimoramento do cuidado.

Na atividade da nuvem de palavras, foi perguntado sobre as expectativas dos profissionais participantes sobre os encontros, resultando nas seguintes palavras:



Figura 2

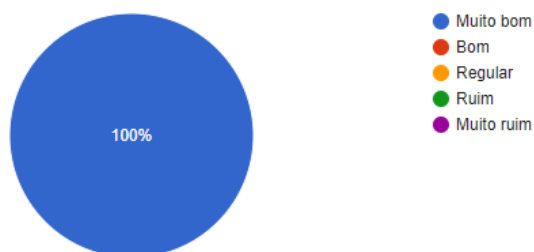
Tais palavras reforçam a importância e potência desse tema como propulsor de mudanças no olhar sobre o cuidado em obesidade de maneira mais profunda e a partir da fala dos usuários.

Avaliação dos participantes

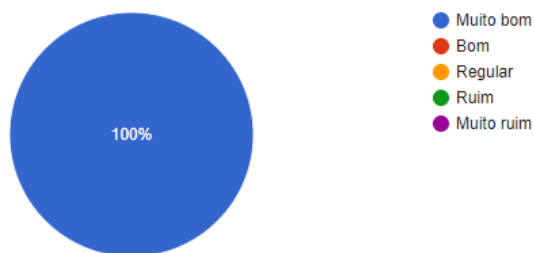
Conforme apontado na metodologia, a avaliação dos encontros foi realizada por meio da ferramenta digital *Google Forms*, e foram preenchidos ao final de cada módulo, sendo uma avaliação realizada pelos participantes de forma individual e outra realizada pela moderadora da atividade.

Nesse sentido, 100 % dos participantes responderam que a divulgação e organização da atividade foi muito boa, 100% responderam que o tema escolhido e planejamento dos módulos foi muito bom, 92,9% responderam que a duração da atividade foi muito boa, 7,1% responderam boa. Em relação ao formato ensino aprendizagem, 71,4% responderam ser muito bom e 28,6% bom.

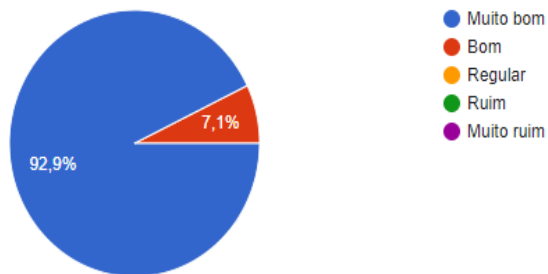
- Divulgação e organização da atividade



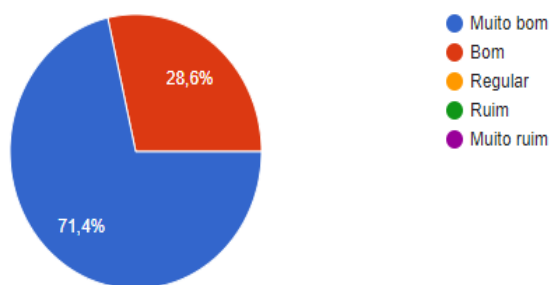
- Tema escolhido e planejamento dos módulos



- Duração da atividade



- Formato ensino aprendizagem



Módulo 2

Avaliação da moderadora

Estiveram presentes 15 participantes, neste segundo encontro foi observado assiduidade, pontualidade, atenção e interesse ao tema proposto. Após leitura das falas dos usuários, foi observada grande iniciativa para debater ideias e troca de reflexões entre os participantes. O diferencial de iniciar o debate a partir das falas foi um aspecto importante que instigou a participação dos mesmos, oportunizou que eles ressignificassem conceitos e impressões sobre o cuidado e de que forma torna-lo mais próximo das necessidades reais da população.

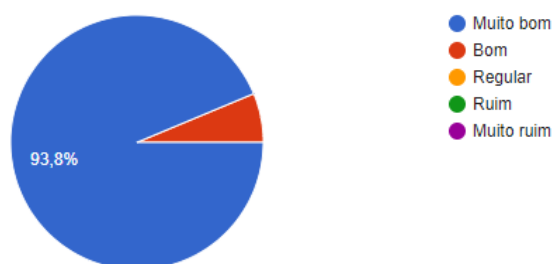
As discussões giraram em torno da importância de mudança de paradigmas no cuidado em saúde, principalmente relacionados às condutas nutricionais muitas vezes com pouco diálogo, perfil prescritivo, com foco em emagrecimento. Foi falado sobre a importância de um olhar integral para as questões de saúde mental e contexto social como um ponto de partida para melhorias da assistência. Foi falado sobre os significados de uma

vida saudável, sobre o que é ter uma alimentação saudável para além dos padrões sociais e profissionais de saúde reprodutores da gordofobia e terrorismo nutricional. Todos concordam que o tema é relevante para ser multiplicado, principalmente pelo diferencial de incluir as falas dos usuários como norteadoras das reflexões.

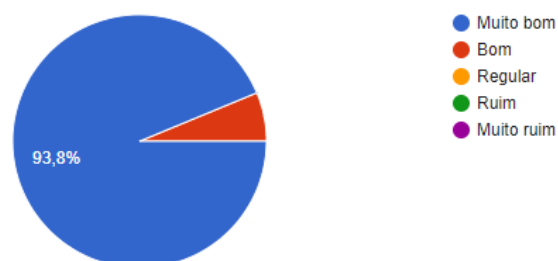
Avaliação dos participantes

Em relação a apresentação dos dados da pesquisa, 93,8% dos participantes responderam ser muito bom, 6,3% bom. Em relação a interação da moderadora com os participantes, 93,8% dos participantes responderam ser muito bom, 6,3% bom. Em relação à condução das discussões e reflexões, 81,3% dos participantes responderam ser muito bom, 18,8% bom. Em relação á dinâmica de ensino aprendizagem, 93,8% dos participantes responderam ser muito bom, 6,3% bom.

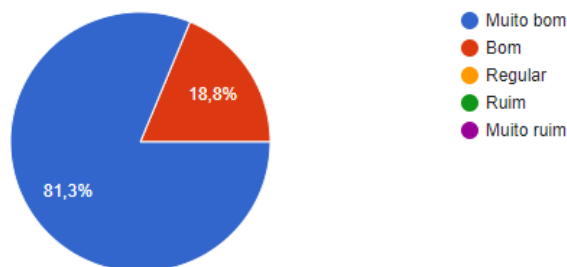
- Apresentação dos dados da pesquisa



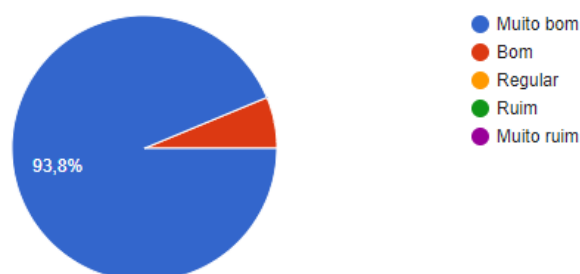
- Interação da moderadora com os participantes



- Condução das discussões e reflexões



- Dinâmica de ensino aprendizagem



Módulo 3

Avaliação da moderadora

Estiveram presentes 13 participantes, todos com pontualidade e interesse na continuidade dos encontros. Como também observado no segundo módulo, a interação entre os participantes e a vontade de compartilhar reflexões foi um ponto muito positivo. Nesse módulo, as discussões atingiram maior amplitude por conta do tema proposto, que continha a necessidade de um olhar para as necessidades das pessoas com obesidade sem uma atitude de culpabilização individual, trazendo para as discussões a reflexão sobre a influência dos ambientes e sistemas alimentares sobre as escolhas individuais.

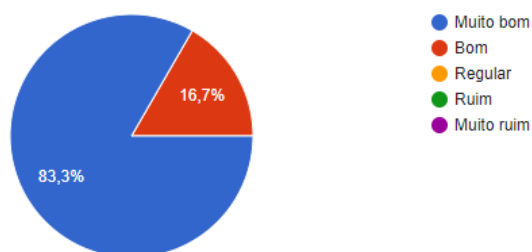
Como no módulo 2, ocorreu grande ressignificação sobre o olhar dos determinantes sociais, trazendo uma maior importância dos meios externos no delineamento das escolhas, uma vez que todos os indivíduos estão inseridos em ambientes sociais cheios de complexidades. Essa percepção fez o grupo refletir sobre condutas e visões simplificadas que muitas vezes ocorrem na oferta de cuidado.

Foi falado sobre a importância e valorização do Guia Alimentar para População Brasileira como ponto de partida para reflexões acerca da cadeia de produção de alimentos e valorização da culinária. Foi discutido o quanto ele ainda é pouco explorado e pouco conhecido entre os profissionais da saúde e sociedade. Foi levantada também a discussão acerca do planejamento de campanhas de promoção da saúde que sejam acessíveis para maior parte da população com a garantia de acesso aos serviços de saúde e informações responsáveis.

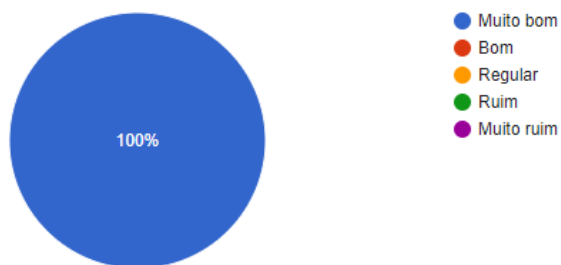
Avaliação dos participantes

Em relação a apresentação dos dados da pesquisa, 83,3% dos participantes responderam ser muito bom, 16,7% bom. Em relação a interação da moderadora com os participantes, 100% dos participantes responderam ser muito bom. Em relação à condução das discussões e reflexões, 100% dos participantes responderam ser muito bom. Em relação á dinâmica de ensino aprendizagem, 83,3% dos participantes responderam ser muito bom, 16,7% bom.

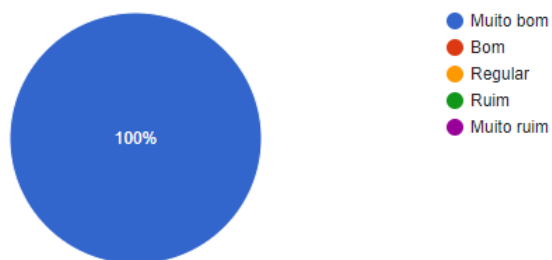
- Apresentação dos dados da pesquisa



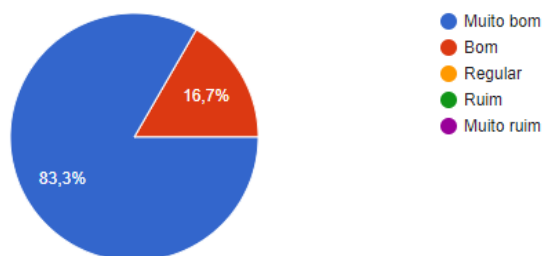
- Interação da moderadora com os participantes



- Condução das discussões e reflexões



- Dinâmica de ensino aprendizagem



Módulo 4

Avaliação da moderadora

No último módulo tiveram presentes 12 participantes. Todos mostraram-se interessados no tema das tecnologias em saúde proposto no cronograma e pertinente para a continuidade dos conhecimentos construídos ao longo dos encontros. O debate emergiu a importância da tecnologia dura, leve-dura e leve como um conjunto de fatores importantes, que precisam interagir entre si, cada um com sua devida função estabelecida, como instrumentos para operacionalizar e tornar possível o cuidado integral.

Foi levantada a questão do reconhecimento da obesidade como um agravo clínico apesar de todas as discussões acerca da gordofobia. Foi debatido sobre até que ponto está ocorrendo a naturalização da obesidade. E a conclusão do grupo girou em torno do desafio de encontrar o equilíbrio entre os dois pontos de vista. De acordo com as reflexões apresentadas ao longo dessa dissertação, ainda é um nó crítico para os profissionais e

serviços de saúde conseguirem considerar a obesidade para além de questões físicas e bioquímicas.

Foi levantada a questão da naturalização da medicalização, tanto em torno do emagrecimento e estética, quanto a outros aspectos da vida. Foi falado sobre a cultura do imediatismo, das resoluções de curto prazo para problemas complexos. Em relação às questões nutricionais, até que ponto a nutrição reforça essa ideia com prescrições de fórmulas e receitas específicas, como uma espécie de “medicalização por meio dos alimentos”.

Como pontos positivos do cuidado (QUE BOM) foi falado sobre a importância da nutrição como agente de mudanças em vários ciclos da vida, com um debate interessante sobre a potência da categoria no incentivo ao aleitamento materno e introdução da alimentação complementar e o quanto essa oportunidade agrega qualidade de vida ao longo da vida.

Como desafios do dia a dia (QUE PENA) foi falado sobre a dificuldade de se construir um caminho de cuidado na RAS que seja possível em longo prazo. Foi falado sobre a dificuldade de quebra de paradigmas sobre a cultura do emagrecimento como foco principal das intervenções, além da cultura “fast” para obtenção de resultados, o que acaba por incentivar a medicalização e intervenções cirúrgicas.

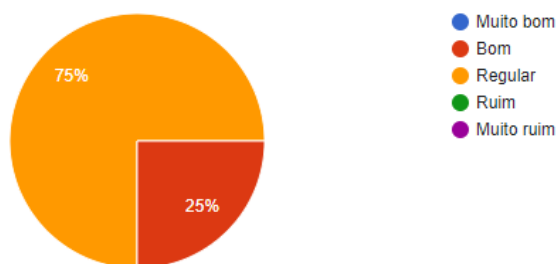
Como possíveis soluções e melhorias (QUE TAL) foi falado da importância da busca de equilíbrio das tecnologias em saúde, com o entendimento que todas elas são ferramentas importantes para o cuidado. Foi falado sobre a potência dos encontros deste projeto como espaço de reflexão a partir da fala dos usuários, característica e ponto chave que trouxe maior legitimidade ao tema. Foi destacado o desejo do grupo de que esta atividade seja reproduzida também para profissionais de outras categorias profissionais.

Avaliação dos participantes

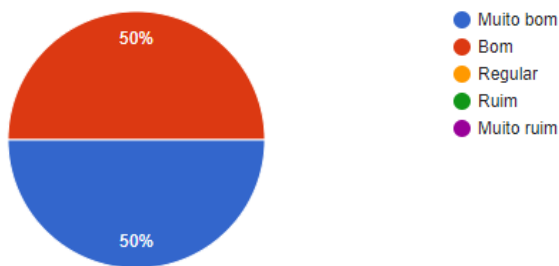
Em relação ao conhecimento sobre o tema antes da atividade, 75% dos participantes responderam ser regular e 25% responderam bom, em relação ao conhecimento sobre o tema após a atividade, 50% respondeu muito bom e 50% responderam bom. Em relação ao alcance dos objetivos dos encontros propostos, 100% responderam que foi alcançado. Na questão sobre promoção de melhorias do processo de trabalho a partir das reflexões, 100%

responderam muito bom. Como sugestões de melhorias tivemos que estas atividades poderiam abranger outros temas e que deveria existir maior organização para a inscrição de momentos de fala, considerando que o espaço foi criado para a troca entre os profissionais participantes.

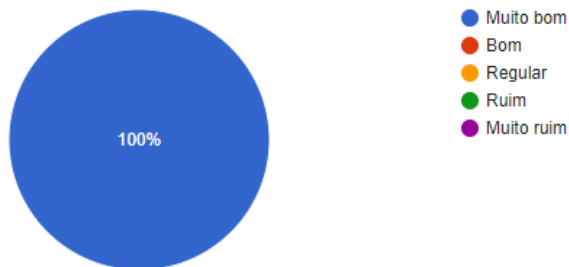
- Conhecimento sobre o tema antes da atividade



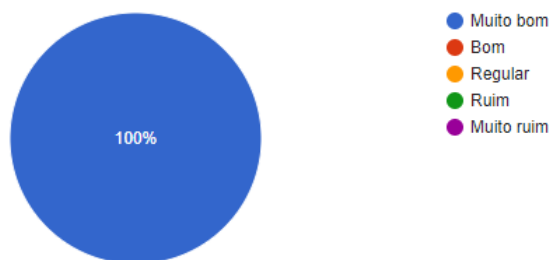
- Conhecimento sobre o tema após a atividade



- Alcance dos objetivos dos encontros



- Promoção em melhorias em no processo de trabalho



- Sugestões de melhorias (resposta livre):

Os participantes responderam que as atividades poderiam abranger outros temas e contemplar profissionais de saúde de outras categorias profissionais, devido à relevância do tema. Outra sugestão foi que deveria existir maior organização para a inscrição de momentos de fala, a fim de fortalecer a expressão de ideias e trocas entre os participantes.

Apesar do contexto atual da pandemia de COVID-19, de todos os desafios pessoais e profissionais, os participantes mesmo sobrecarregados com a jornada de trabalho, participaram assiduamente dos encontros. Isso é um aspecto de grande gratidão pela escolha do tema, esperança de dias melhores e certeza da relevância desse tema para o nosso sistema de saúde.

Aplicabilidades futuras do produto técnico

Após a experiência remota realizada com nutricionistas, a proposta é reproduzir os encontros acima descritos com outras categorias profissionais, podendo estas pertencer a diferentes pontos da rede, uma vez que todos os níveis de complexidade são essenciais para o cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade.

Pela maior proximidade e possibilidade de aplicação, os primeiros encontros serão reproduzidos nas unidades de Atenção Primária à Saúde, com os profissionais das Clínicas da Família da AP 3.3, Município do Rio de Janeiro. Serão convidados os gestores locais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos. Pelo

momento histórico da pandemia de COVID 19, os encontros permanecem no modelo remoto, sendo oportuna a ampliação das reflexões sobre o cuidado num momento em que a população mais carece de amparo, acolhimento e generosidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de conteúdo das falas dos usuários, desenvolvida nessa dissertação de mestrado profissional, permitiu o aprofundamento de questões referentes à obesidade como um problema social complexo, a partir do olhar da população, das pessoas que carregam esse estigma e uma soma de desafios diários. Foi possível observar que o pano de fundo dos agravos referentes ao excesso de peso está conectado com histórias familiares, identidades culturais, entraves de acesso aos serviços de saúde e a uma boa qualidade de vida, rotinas de trabalho que tornam as escolhas e oportunidades de viver com saúde, um tanto quanto inatingíveis.

Equipamentos potentes, estruturas impecáveis e fluxos bem definidos, serão insuficientes se não houver diálogo e construção de significados sobre esse cuidado. O ato de cuidar, para ser modificado, precisa fazer sentido tanto para os profissionais de saúde envolvidos, quanto para os usuários. Do contrário, haverá mais uma vez a reprodução dos modelos de atenção à saúde que tanto identificamos falhas e necessidade de reestruturação.

Por essas e outras reflexões, essa dissertação deixa a missão de reproduzir esse conhecimento, não por fontes teóricas, e sim pela fala dos usuários como fonte de inspiração. Abrir espaço para compreender o outro é sem dúvidas o segredo para que os caminhos do cuidado produzam sentido tanto a nível individual quanto coletivo.

A riqueza das falas e a coragem de exposição de vulnerabilidades por parte dos usuários tornou a oportunidade de analisar as entrevistas um mergulho em reflexões sobre o viver, sobre a humanidade, sobre os desafios de manutenção de um bem-estar mínimo em meio a um caos político e sistêmico.

Desenvolver uma proposta formação para profissionais da saúde, a partir desses relatos parece um ponto de partida interessante para a construção de novos olhares em relação a oferta de cuidado em sobrepeso e obesidade. Despertar reflexões contextualizadas com as experiências de cuidado e possíveis sugestões de melhorias dos serviços de saúde trouxe maior significado e sentido para a prática educativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALPINO, T, M, A; SANTOS, C, R, B, BARROS, D, C; FREITAS C.M. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. Cadernos de Saúde Pública, 2020.

ALVARENGA, M.S; CORI, G.C; PETTY, M.L.B. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. Ciência e Saúde Coletiva, 2015.

ARAKAWA, A. M.; LOPES-HERRERA, S. A.; CALDANA, M. DE L.; TOMITA, N. E. Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. Revista CEFAC, 2012.

ARAUJO, F. M.; GONZÁLEZ, A. D.; DA SILVA, L. C.; GARANHANI, M. L.; Obesity: Possibilities of developing and care practices. Saúde e Sociedade, 2019.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo, Editora Edições 70, 2001.

BORFE, L; KRUNG, S, B, F. As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. Researchgate, 2020.

BORGES, S.A.C; PORTO, P. N; Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. Saúde em Debate, 2014.

BRANDÃO, A.L; REIS, E.C; SILVA, C.VC; SEIXAS, C.M; CASEMIRO, J.P. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. Saúde Debate, 2020.

BRANDÃO, A.L; Seixa, C.M; Casemiro, J.P; Coutinho,C.O; Conde,T.N. Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre as novas abordagens comportamentais. Revista de Saúde Coletiva, 2020.

BRASIL, M. S; Cadernos de Atenção Básica N 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; Guia Alimentar para a População Brasileira Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014.

BRASIL, M.D.S.C.F, Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade – Recomendações para estados e municípios, 2014.

BRASIL. CONSEA, Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, - Proposições do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional para sua elaboração, 2009.

BRASIL. CONSEA, Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, - Proposições do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional para sua elaboração, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde – Secretaria de gestão estratégica e participativa, Política Nacional de Educação Popular em Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria - Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, 2013.

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

BRASIL. Ministério da saúde; Organização pan-americana da saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde; Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde; Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 2018.

BRASIL. 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, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico Vigitel 2016.

BRASIL. Ministério da saúde; Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Manual Instrutivo, 2014.

BURLANDY, L.; ALEXANDRE, V. P.; GOMES, F. DA S, et al. Health promotion policies and potential conflicts of interest involving the commercial private sector. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2016.

BURLANDY, L; TEIXEIRA, M.R.M; CASTRO, L.M.C; CRUZ, M.C.C; SANTOS, C.R.B, SOUZA, S.R; BENCHIMOL, L. S; ARAÚJO, T.S; RAMOS, D.B.N; SOUZA, T.R. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020.

CANESQUI, A.M. Considerações sobre a experiência do adoecimento e do sofrimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2018.

COELHO, M. O; JORGE, M.S.B; Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009.

CONZ, C.A; JESUS, M.C.O; KORTCHMAR, BRAGA, V.A.S; OLIVEIRA, D.M; MERIGHI, M.A.B, O cuidado experienciado por pessoas com obesidade mórbida nos Serviços Públicos de Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2020.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; DOS ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesity and public policies: The Brazilian government's definitions and strategies. Cadernos de Saúde Pública, 2017.

FIGUEIREDO, A.T.T; TAVARES, F.C.L.P; SILVEIRA, P.R.R.M; COSTA, E.C; OLIVEIRA, A.A; LIRA, P.I.C; Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. Revista de Atenção à Saúde, 2020.

FRANCISCO, L.V; DIEZ-GARCIA, R.W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde, 2015.

JAIME, P.C; TRAMONTT. C.R. Improving knowledge, self-efficacy and collective efficacy regarding the Brazilian dietary guidelines in primary health care professionals: a community controlled trial. BMC family practice, 2020.

KORZ, V; GEISSLER. M. Atitudes de enfermeiros de equipe de Saúde da Família em relação à obesidade. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva, 2020.

MAKSUD. I. “Doenças/Adoecimentos/Sofrimentos de longa duração”: diálogos das ciências sociais com a saúde coletiva. Revista de Ciências Sociais, 2015.

MATTOS, R; PINHEIRO, R, Os Sentidos da Integralidade, 2009.

MELCA, I.A; FORTES, S. Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2014.

MENDENHALL, E; SINGER, M. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change, 2019.

MENDES, E. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

MENDES, E. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

MENDES, E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

MENDES, E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família, Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

MERHY, E.E; CAMARGO, L.F.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea, 2009.

MERHY, E.E; FRANCO, B. Trabalho em Saúde. Dicionário Da Educação Profissional Em Saúde, 2005.

MINAYO, M.C; O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde, Editora Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, D. C. Sociologia da obesidade. Ciência & Saúde Coletiva, 2017.

POULAIN, J.P. Sociologia da obesidade. Editora SENAC, 2013.

RECINE. E, GOMES, R.C.F, FAGUNDES, A. A; PINHEIRO, A. R. O; TEIXEIRA, B.A; SOUSA, J.S; TORAL, N; MONTEIRO, R.A. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. Revista de Nutrição, 2012.

RIBEIRO, A.F; ABRANCHES, M.V; OLIVEIRA, T.C; MIRANDA, R.F; BATISTA, D.A. Eu sou como você: reflexões sobre a formação e práticas em nutrição a partir de blogs de aceitação do corpo gordo. Demetra: alimentação, nutrição & saúde, 2017.

RIOS, M.T.C.A; BRUIN, M.C.B; SANTOS, P.L. Ensino Superior: a Psicologia na Formação do Nutricionista. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2017.

SHEKAR, M; POPKIN, B. Obesity Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge, Word Bank Group, 2020.

SOUZA, P. A.; BATISTA, R. C. R.; LISBOA, S. DA F.; COSTA, V. B. DA; MOREIRA, L. R. Primary Care Users' Perception of the Nursing Consultation. Reme: Revista Mineira de Enfermagem, 2013.

VASCONCELLOS, A. B. P. A; MOURA, L. B. A. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. Cadernos de saúde pública, 2018.

WANDERLEY E. N; FERREIRA V.A. Obesidade: uma perspectiva plural. Ciência e Saúde Coletiva, 2010.

ANEXO 1

Roteiro da entrevista semiestruturada

1. Nome e idade.
2. O que te trouxe ao IECAC? (qual a patologia, para que possamos traçar um perfil)
3. Qual foi o caminho que você percorreu, dentro da rede do SUS, até chegar ao IECAC?
4. Durante esse processo, o que você mais gostou no atendimento?
5. Você enfrentou alguma dificuldade no atendimento?
6. Por quais profissionais que atuam na área de saúde (médico, psicólogo, nutricionista, educador físico, assistente social) você já foi atendido ao longo da sua vida?
7. Você teve alguma experiência marcante (positiva ou negativa) com algum profissional que atua na área de saúde (médico, psicólogo, nutricionista, educador físico, assistente social) ao longo da sua vida que tenha te influenciado em sua forma de lidar com os profissionais de saúde e com o tratamento?
8. Em que momento da sua vida e como você percebeu que começou a engordar? Porque começou a engordar? Em algum momento você foi diagnosticado acima do peso por um profissional de saúde? Como se deu esse diagnóstico? Como você se sentiu/reagiu?
9. Na sua família, há outros casos de excesso de peso?
10. Como era a alimentação na sua família?
11. Como está sua alimentação? (Algo mudou desde o início do seu tratamento no IECAC?)
12. Você acha que o excesso de peso afeta de alguma forma a sua saúde? E o problema do coração e as outras doenças?
13. Como o excesso de peso impacta no seu dia a dia? (cansaço, dificuldade para dormir, sudorese intensa, dificuldade de locomoção, vida sexual, roupas etc.).
14. O excesso de peso hoje atinge mais da metade da população brasileira. O que você acha que pode ser feito para reverter esse quadro? (Qual o papel do SUS nesse processo?).

ANEXO 2

AValiação POR MÓDULOS – PARTICIPANTES

| Avaliação módulo 1 | Muito ruim | Ruim | Regular | Bom | Muito bom |
|---|-------------------|-------------|----------------|------------|------------------|
| Divulgação e organização da atividade | | | | | |
| Tema escolhido e planejamento dos módulos | | | | | |
| Duração da atividade | | | | | |
| Formato de ensino e aprendizagem | | | | | |

| Avaliação módulo 2 | Muito ruim | Ruim | Regular | Bom | Muito bom |
|--|-------------------|-------------|----------------|------------|------------------|
| Apresentação dos dados da pesquisa | | | | | |
| Interação da moderadora com os participantes | | | | | |
| Condução das discussões e reflexões | | | | | |
| Dinâmica de ensino e aprendizagem utilizada | | | | | |

| Avaliação módulo 3 | Muito ruim | Ruim | Regular | Bom | Muito bom |
|--|-------------------|-------------|----------------|------------|------------------|
| Apresentação dos dados da pesquisa | | | | | |
| Interação da moderadora com os participantes | | | | | |
| Condução das discussões e reflexões | | | | | |
| Dinâmica de ensino e aprendizagem utilizada | | | | | |

| Avaliação módulo 4 | Muito ruim | Ruim | Regular | Bom | Muito bom |
|---------------------------------------|-------------------|-------------|----------------|------------|------------------|
| Seu conhecimento antes da atividade | | | | | |
| Seu conhecimento depois da atividade | | | | | |
| Alcance dos objetivos do curso | | | | | |
| Promoção de melhorias em seu trabalho | | | | | |
| Sugestões de melhorias da atividade | | | | | |

ANEXO 3

AVALIAÇÃO REALIZADA AO FINAL DE CADA MÓDULO – MEDIADORA

| Organização da atividade | Muito ruim | Ruim | Regular | Bom | Muito bom |
|--|-------------------|-------------|----------------|------------|------------------|
| Organização dos módulos | | | | | |
| Participação dos profissionais | | | | | |
| Interesse dos profissionais pelo tema proposto | | | | | |
| Construção de saberes conjuntos | | | | | |
| Reflexões e propostas de aprimoramento do cuidado em saúde | | | | | |

ANEXO 4

TERMO DE CESSÃO DE DIREITO DE USO DE IMAGEM E VOZ

(Maior de 18 anos)

Cedente/nome completo:

RG: _____ CPF: _____

Endereço completo: _____

Cidade/UF: _____ CEP: _____

Atividade: Produto Técnico Científico criado a partir da dissertação de mestrado profissional do PPGSAN/UNIRIO intitulada: EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE COMO FERRAMENTA DE APRIMORAMENTO DO CUIDADO EM SOBREPESO E OBESIDADE

AUTORIZO o uso de imagem em canais do Youtube para fins educacionais, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral e/ou apenas para uso interno da instituição, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, por período indeterminado. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização.

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2020.

Assinatura