

RESSALVA

Atendendo solicitação da autora, o texto completo desta **Tese** será disponibilizado somente a partir de 05/11/2021.

Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

**Avaliação da adesão às orientações ao manejo
da obesidade em pacientes na fila para a
cirurgia bariátrica no SUS: um ensaio clínico
randomizado**

Mayara Martins Evangelista

Tese apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Alimentos e
Nutrição para obtenção do título de
Doutor em Alimentos e Nutrição

Área de concentração: Ciências
Nutricionais

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita
Marques de Oliveira
Coorientadora: Sinara Laurini
Rossato

Araraquara

2019

Avaliação da adesão às orientações ao manejo da obesidade em pacientes na fila para a cirurgia bariátrica no SUS: um ensaio clínico randomizado

Mayara Martins Evangelista

Tese apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Alimentos e
Nutrição para obtenção do título de
Doutor em Alimentos e Nutrição

Área de concentração: Ciências
Nutricionais

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita
Marques de Oliveira
Coorientadora: Sinara Laurini
Rossato

Araraquara

2019

E92a

Evangelista, Mayara Martins.

Avaliação da adesão às orientações ao manejo da obesidade em pacientes na fila para a cirurgia bariátrica no SUS: um ensaio clínico randomizado / Mayara Martins Evangelista. – Araraquara, 2019. 129 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista. "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição. Área de Concentração em Ciências Nutricionais.

Orientadora: Maria Rita Marques de Oliveira.

Coorientadora: Sinara Laurini Rossato.

1. Cirurgia Bariátrica. 2. Obesidade. 3. Ensaio Clínico. 4. Educação Permanente. 5. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Oliveira, Maria Rita Marques de, orient. II. Rossato, Sinara Laurini, coorient. III. Título.

Diretoria do Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação - Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP – Campus de Araraquara

CAPES: 33004030055P6

Esta ficha não pode ser modificada

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. MARIA RITA MARQUES DE OLIVEIRA (orientadora)

Instituição: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

JULGAMENTO: Aprovado

Profa. Dra. Jacqueline Alejandra Araneda Flores

Instituição: Departamento Nutrición y Salud Pública en Universidad del Bio-Bio

JULGAMENTO: Aprovado

Prof. Dra Giovanna Rampazzo Teixeira

Instituição: Faculdade de Ciências e Tecnologia (UNESP)

JULGAMENTO: Aprovado

Prof. Dr. Irineu Rasera Junior

Instituição: Faculdade de Medicina Anhembi Morumbi Piracicaba

JULGAMENTO: Aprovado

Prof. Dra. Ana Lúcia de Jesus Almeida

Instituição: Faculdade de Ciências e Tecnologia - UNESP

JULGAMENTO: Aprovado

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)
- Código de Financiamento 001, pela bolsa de doutorado.

À minha orientadora Profa Dra Maria Rita Marques de Oliveira pelos ensinamentos e confiança durante o desenvolvimento do trabalho.

À minha coorientadora Profa Dra Sinara Laurini Rossato por toda disponibilidade, dedicação e rigor na avaliação dos trabalhos.

À Profa. Dra Carla Maria Vieira pela dedicação e auxílio.

Às profissionais Loiane Leticia dos Santos, Nayara Cabral Barradas, Ludmila Crespo Buzello, Iara Tocico Ito, Simone Cristina Veltroni Sanches e Talita Cardoso Rossi pelos momentos de saber compartilhados na especialização e nos grupos de intervenção.

À Prof. Dra Rozangela Verlengia e aos estudantes Rayli Bossa, Tainara Murai Carvalho, Hadilan Nascimento da Silva, Alex Harley Crisp, Olavo Roberto Borges Neto e Andreia Ricardo Evangelista pela colaboração na coleta de dados.

Aos professores Dra Juliana Alvares Duarte Bonini Campos (UNESP) e Dr. Gilberto Borges Britto (FAMERP), e a aluna Bianca Gonzales Martins (UNESP) pela revisão dos artigos os quais são coautores.

À Faculdade de Ciências Farmacêuticas (UNESP, campus Araraquara).

À Seção técnica do programa de Pós-graduação em Alimentos e Nutrição.

Ao corpo docente do programa de Pós-graduação em Alimentos e Nutrição.

AGRADECIMENTOS PESSOAIS

Agradeço a Deus por me permitir viver esse momento.

Agradeço aos meu país, José e Lucília e ao meu esposo Bruno pela paciência, pelo incentivo e compreensão durante essa jornada. Passamos por muitos desafios, mas todos foram essenciais para nos fortalecer e para conquistar esse grande sonho.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira por ter permitido realizar este estudo, que é a conquista de um grande sonho e por ter sido agraciada com a possibilidade de compartilhar momentos ao seu lado e de sua família, em especial sua mãe, dona Maria (in memoriam). Quero agradecer por ter me acolhido e por ter me direcionado na vida acadêmica. Seu apoio fez com que esse processo fosse menos árduo e que os meus sonhos não fossem apagados do coração. Tenho uma admiração enorme pela senhora. Vejo dedicação, humildade e tranquilidade em seus olhos. Me sinto honrada por ser sua orientanda e guardarei para sempre todos os momentos dessa jornada.

Agradeço a minha coorientadora Profa. Dra. Sínara Laurini Rossato por todo apoio, gentileza, carinho e cuidado. Me sinto imensamente honrada por ter compartilhado momentos com você, que és tão sábia.

Agradeço a Profa. Dra. Carla Maria Vieira pela parceria, pelos ensinamentos, pelos conselhos, e por nos acompanhar durante todo esse processo. Seu carinho e atenção foi admirável, você me ajudou a tirar os ferrolhos dessa jornada, a aceitar e viver os desafios. Obrigada por nunca ter me deixado só e sempre ter me estendido as mãos.

Agradeço ao **Dr. Gilberto Borges Britto** por ter aberto as portas para que o projeto fosse realizado e por todo apoio durante a realização do estudo. É uma honra tê-lo conhecido.

Agradeço a **Profa. Dra. Rozangela Verlengia** por todo apoio durante a coleta de dados e também pela parceria. É uma honra contar com o auxílio de uma profissional tão experiente e competente

Agradeço ao **Prof. Dr. Kazuo Kawano Nagamine** por ter confiado em meu trabalho, por ter me apresentado parceiros de trabalho que se tornaram meu amigos, Iara e Olavo. Obrigada pelos bons momentos, pelos cafezinhos, pelos conselhos, pelos ensinamentos e principalmente pela paz e tranquilidade que emana.

Agradeço a equipe pela experiência de trabalharmos interdisciplinarmente, por aprimorar nossos conhecimentos e por ter tornado esse estudo possível. Vocês se tornaram uma grande família e cada um, sem exceção são especiais em minha vida. Minha gratidão eterna: **Loiane, Nayara, Ludmíla, Olavo, Simone, Iara, Hadílan, Alex e Talita.**

Agradeço aos meus amigos e parceiros durante a coleta de dados: **Alex, Rayli, Tainara, Hadílan e Olavo.** Todos muito dedicados e atenciosos. Tenho muita gratidão por contar com a dedicação de cada um de vocês e também por presenciar todo o carinho que vocês compartilharam com os pacientes.

Agradeço aos profissionais do ambulatório de cirurgia geral do **Hospital de Base** por toda atenção e carinho comigo e com os pacientes.

Agradeço ao Sr. Domíngos por disponibilizar o laboratório de hístotecnología para armazenarmos as amostras e por todo carinho conosco.

Agradeço aos colegas de pós-graduação: Paulína, Gabriel, Adríana, Maítu e Luciana pela convivência, pelos momentos de troca de experiência, é sempre maravilhoso estar com vocês.

Agradeço aos voluntários da pesquisa, sou eternamente grata pela participação de cada um, sem vocês nada disso seria possível. Também agradeço por terem compartilhado a vida de vocês conosco.

RESUMO

Tendo em conta a demanda premente de alternativas e de aprimoramento das estratégias de cuidado à obesidade grave, dado o elevado número de brasileiros nas filas de espera para a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS), o presente trabalho se propôs a avaliar se o cuidado desenvolvido em grupo de educação em saúde, proporcionado por equipe interdisciplinar sob formação permanente pautada em metodologia ativa promove, no intervalo de um ano, melhora significativa em indicadores de saúde e bem-estar de pacientes da fila de espera para a cirurgia bariátrica, em São José do Rio Preto/SP. Essa pesquisa originou quatro artigos. O primeiro estudo descreveu o protocolo de ensaio clínico randomizado e resultados de linha de base dos efeitos de intervenção interdisciplinar de um ano, com usuários do sistema público de saúde na fila de espera para cirurgia bariátrica. Oitenta e oito participantes foram recrutados e randomizados entre o grupo controle (n=44) que recebe o tratamento habitual e entre o grupo intervenção (n=44) que realizou a intervenção educativa. Foi investigado o consumo alimentar, afetividade negativa e inatividade física/comportamento sedentário, medidas antropométricas e de composição corporal, amostras de sangue e testes de capacidade física. Quando comparados quanto as características demográficas e bioquímicas, não houve diferença entre os grupos, exceto para glicose sérica (GC=110,4 ±46,8mg/dL e GI 93,1±16,9mg/dL; $p=0,039$). Os resultados mostraram que há semelhança entre os grupos de comparação na linha de base. Objetivo do segundo estudo foi estimar as propriedades psicométricas do Questionário Alimentar de Três Fatores (TFEQ-18) e Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e verificar a influência da depressão, ansiedade, estresse, variáveis sociodemográficas e presença de doenças pré-existent nas dimensões do comportamento alimentar de pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica. Os pacientes preencheram o TFEQ-18, a DASS-21 e um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra. Foram testadas as propriedades psicométricas dos instrumentos por meio da análise fatorial confirmatória e um modelo hipotético para pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica foi desenvolvido e testado. Participaram do estudo um total de 545 pacientes, a maioria mulheres que vivem com um companheiro, recebe entre 3 e 7 salários mínimos, sedentária, não fuma, não bebe, com índice de massa corporal acima de 40 kg/m² e já apresenta alguma comorbidade. O modelo refinado do instrumento TFEQ-18 explicou 51% da restrição cognitiva, 80% da alimentação emocional e 60% do descontrole alimentar. A escala DASS 21 apresentou variância explicada de 43% para depressão, 33% para ansiedade e 46% para o estresse. A afetividade negativa e as variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, IMC e nível de atividade física, foram significativamente importantes nas dimensões do comportamento alimentar. Esses resultados podem auxiliar no diagnóstico e monitoramento das intervenções nutricionais, de modo a evitar ou minimizar consequências ruins para a saúde da pessoa com obesidade. Já o terceiro estudo,

apresentou como objetivo analisar os resultados de uma intervenção educativa durante o período pré-operatório, na busca por mudanças de comportamento alimentar, físico e emocional. Oitenta e oito pacientes foram recrutados no ambulatório de cirurgia geral de hospital universitário, divididos igualmente em dois grupos com iguais condições físicas e clínicas, mas apenas um dos grupos participou de atividades educativas com equipe multidisciplinar, imersa em um processo específico de reflexão da prática e formação. Ao final de 12 meses de formação da equipe e 15 encontros com os pacientes, selecionou-se aleatoriamente 10 pacientes do grupo intervenção e 10 grupo acompanhamento para aplicação do grupo focal e avaliação dos resultados. Análise dos resultados foi realizada com base no conteúdo dos relatos associadas às percepções não verbais identificados nas observações dos grupos focais. Nos relatos analisados, a intervenção promoveu diminuição de medicamentos, melhora na auto percepção e aumento nas atividades envolvendo movimento corporal. Barreiras na mudança de comportamento, preconceito, ansiedade e depressão marcaram fortemente os relatos, fatores amenizados com o apoio da equipe interdisciplinar. A intervenção educativa apresentou resultados promissores no que tange a mudança de comportamento em pacientes obesos, promovendo integração e possibilitando trocas de experiências. O 4º artigo avaliou a efetividade de uma intervenção educacional de longo prazo, sobre a perda de peso corporal em obesos que estão na fila de espera para a cirurgia bariátrica. Foram avaliadas medidas antropométricas, composição corporal, análises bioquímicas e questionários (comportamento alimentar e afetividade negativa), antes e após 6 e 12 meses de intervenção. Embora se tenha observado alguma melhora nas medidas antropométricas, a intervenção educacional multidisciplinar de 12 meses não resultou em alteração quantitativamente significativa nas variáveis avaliadas. Mostrou redução do descontrole alimentar após 6 e 12 meses e da depressão após 6 meses. A intervenção educacional multidisciplinar de 12 meses não produziu resultados quantitativamente significativos, sugerindo a necessidade de aprofundamentos nos estudos, com abordagens que levem em conta as causas da não adesão e também a forma de avaliação dos resultados.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica; Obesidade; Ensaio Clínico; Educação Permanente; Sistema Único de Saúde (sus).

ABSTRACT

Given the urgent demand for alternatives and improvement of care strategies for severe obesity, given the high number of Brazilians waiting for bariatric surgery at SUS, The present work aimed to evaluate if the care developed in a health education group, provided by an interdisciplinary team under permanent training based on active methodology, promotes, over a period of one year, significant improvement in health and well-being indicators of patients waiting for bariatric surgery, in São José do Rio Preto / SP. This research four studies. The first study described the randomized clinical trial protocol and baseline results of the effects of one year interdisciplinary intervention, with public health care users queued for bariatric surgery. Eighty-eight participants were recruited and randomized between the control group (n = 44) receiving the usual treatment and the intervention group (n = 44) participating in the educational intervention. Food intake, negative affectivity and physical inactivity / sedentary behavior were evaluated, anthropometric and body composition measurements, blood samples and physical capacity tests. When comparing demographic and biochemical characteristics, there was no difference between groups, except for serum glucose (CG = 110.4 ± 46.8 mg / dL and GI 93.1 ± 16.9 mg / dL; p = 0.039). The results showed that there is similarity between the comparison groups at baseline. The objective of the second study was to estimate the psychometric properties of the Three Factors Eating Questionnaire (TFEQ-18) and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and to verify the influence of depression, anxiety, stress, sociodemographic variables and disease presence in the dimensions of eating behavior of obese patients who are candidates for bariatric surgery. Patients completed TFEQ-18, DASS-21 and a sociodemographic questionnaire for sample characterization. The psychometric properties of the instruments were tested by confirmatory factor analysis and a hypothetical model for obese patients candidates for bariatric surgery was developed and tested. A total of 545 patients participated in the study, mostly women, living with a partner, receiving between 3 and 7 minimum wages, sedentary, do not smoke, do not drink, with body mass index above $40 \text{ kg} / \text{m}^2$ and already have some comorbidity. The refined model of the TFEQ-18 instrument explained 51% of cognitive restriction, 80% of emotional eating and 60% of uncontrolled eating. The DASS 21 scale presented explained variance of 43% for depression, 33% for anxiety and 46% for stress. Negative affectivity and sociodemographic variables such as gender, age, BMI and level of physical activity were significantly important in the dimensions of eating behavior. These results may assist in the diagnosis and monitoring of nutritional interventions to avoid or minimize bad health consequences for the obese person. These results may help in the diagnosis and monitoring of nutritional interventions, in order to avoid or minimize bad consequences for the health of the obese person. The third study aimed to

analyze the results of an educational intervention during the preoperative period, seeking changes in eating, physical and emotional behavior. Eighty-eight patients were recruited from the general surgery outpatient clinic of a university hospital, divided equally into two groups with equal physical and clinical conditions, but only one group participated in educational activities with a multidisciplinary team, immersed in a specific process of reflection of the practice and formation. At the end of 10 months of team building and 15 patient meetings, 2 subgroups of 10 patients were randomly selected each approach for focus group application and outcome evaluation. Analysis of the results was made based on the content of the reports associated with nonverbal perceptions identified in the focus group. In the reports analyzed, the intervention promoted a decrease in medications, improved self-perception and increased activities involving body movement. Barriers in behavior change, prejudice, anxiety and depression strongly marked the reports, alleviated factors with the support of the interdisciplinary team. The educational intervention presented promising results regarding behavior change in obese patients, promoting integration and enabling exchange of experiences. The 4th article evaluated the effectiveness of a long-term educational intervention, about body weight loss in obese who are waiting for bariatric surgery. Anthropometric measurements, body composition, biochemical analyzes and questionnaires (eating behavior and negative affectivity) were evaluated before and after 6 and 12 months of intervention. Although there was some improvement in anthropometric measurements, the 12-month multidisciplinary educational intervention did not result in a quantitatively significant change in the evaluated variables. It showed a reduction in uncontrolled eating after 6 and 12 months and depression after 6 months. The 12-month multidisciplinary educational intervention did not produce quantitatively significant results, suggesting the need for further study, with approaches that take into account the causes of non-adherence and also the way to evaluate the results.

Keywords: Bariatric Surgery; Obesity; Clinical trial; Permanent Education; Health Unic System.

SUMÁRIO

Resumo	viii
1. Introdução	13
2. Capítulo 1	20
Artigo: Randomized controlled trial protocol: a quanti-quali approach for analyzing the results of an intervention on the waiting list for bariatric surgery	
3. Capítulo 2	42
Artigo: Influência da depressão, ansiedade e estresse em dimensões do comportamento alimentar de candidatos à cirurgia bariátrica	
4. Capítulo 3	67
Artigo: Intervenção educativa com pacientes na fila de espera para cirurgia bariátrica no SUS	
5. Capítulo 4	98
Artigo: Efeitos de uma intervenção educacional em obesos que aguardam na fila de espera para cirurgia bariátrica: um ensaio clínico randomizado controlado	
6. Considerações Finais	122
Referências	123

1. INTRODUÇÃO

A obesidade tem sido um tema preocupante em todo o mundo, devido aos custos, efeitos à saúde e prevalência^{1,2}. De acordo com a organização mundial de saúde, o indivíduo é classificado com obesidade quando índice de massa corporal (IMC) for $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$, com grau de obesidade grau I (IMC 30–34.9 kg/m^2), grau II (IMC 35.0–39.9 kg/m^2), e grau III (IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$)³.

No mundo, as taxas de obesidade continuam aumentando com o passar dos anos^{1,2}, atualmente mais de 650 milhões de adultos (13% da população mundial)⁴ são obesos. No Brasil, o excesso de peso acomete 54% da população e 18,9% dos adultos apresentam obesidade⁵. É visto que a epidemia da obesidade não é reversível e os custos aumentam gradualmente, impactando financeiramente no Sistema Único de Saúde brasileiro⁶.

O ganho excessivo e contínuo de peso ao longo da vida, desacompanhado de manejo clínico e autocuidado está associado ao desenvolvimento de comorbidades, contribuindo para mortalidade prematura^{7,8}. Frequentemente, indivíduos com obesidade grave estão expostos a fatores desencadeantes de alterações psicológicas⁹. Distúrbios emocionais vinculados à obesidade grave se manifestam por meio de alterações no padrão de sono, ansiedade, estresse, na libido e nas práticas alimentares ou comportamento alimentar tal como a compulsão alimentar¹⁰⁻¹³. Em meio a tantos fatores o tratamento da obesidade é considerado desafiador ao

sistema público de saúde e aos profissionais que buscam métodos para alcançar a efetividade do tratamento.

A cirurgia bariátrica (CB) também conhecida como gastroplastia, é apontada como alternativa de primeira escolha para o tratamento da obesidade grave por apresentar redução de peso em média de 40% em um ano após procedimento cirúrgico e por garantir melhora de comorbidades¹⁴. Porém, há prejuízos aos que aguardam sem tratamento por anos na fila de espera e há ônus para o SUS e sociedade^{15,16}.

O candidato à cirurgia bariátrica (CB) deve ser avaliado por profissionais especializados e apresentar critérios para indicação a CB: IMC acima de 50kg/m² ou acima 40Kg/m² sem sucesso no tratamento clínico realizado por pelo menos dois anos, ou acima de 35Kg/m² com comorbidades graves envolvidas e sem sucesso no tratamento clínico realizado no mínimo por dois anos^{17,18}.

No Brasil, os recursos investidos pelo SUS com CB no período de 2010 a 2016 foram estimados em R\$ 233,1 milhões¹⁹. No período de 2006 a 2015 o aumento de CB foi de 300% em todo o país²⁰. No entanto, o SUS tem uma grande demanda não atendida o que reflete no longo período de espera para CB, podendo perdurar por 7 anos^{15,16}, o que contribui para alterações comportamentais e afetivas, redução da capacidade física, aumento de doenças, aumento do peso corporal, óbito devido ao agravamento da obesidade e abandono do tratamento pré-operatório por falta de vagas²¹⁻²³.

Mediante ao cenário crítico de demandas crescente de CB faz-se necessário fortalecer os serviços públicos de saúde no Brasil, de modo a superar a fragmentação que se institucionalizou há anos nos serviços, a qualificar a assistência e promover a autonomia aos pacientes com obesidade grave²⁴.

Discussões sobre o cuidado e as necessidades de pacientes com sobrepeso e obesidade foram realizadas no Brasil. Em fevereiro de 2013 foi lançada a Portaria 252 que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS²⁵. Essa rede é vista como estratégia para superar as persistentes práticas pautadas no modelo biomédico, possibilitando a oferta singular do cuidado, como vem sendo preconizado pelo SUS²⁶.

Além da portaria sobre a Rede, o Ministério da Saúde com a finalidade de estruturar a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade publicou as Portarias 424 e 425 de 2013, em atendimento ao recomendado no Plano Nacional de Saúde^{17,18}. Outro documento utilizado como estratégia para fortalecer o sistema de saúde e direcionar as ações e que tem como eixo o cuidado integral é o "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil 2011-2022"²⁶. No entanto, na prática essas medidas ainda necessitam de aprimoramento para que se tornem efetivas.

Os profissionais de saúde encontram dificuldades para desempenhar ações clínicas vinculadas ao processo da doença

instalada, ampliando as necessidades de cuidados esperadas²⁷. O enfrentamento da obesidade nem sempre é visto como uma demanda que exige um processo de cuidado moroso, singularizado e dependente de relações de corresponsabilização entre as pessoas em tratamento e a equipe de saúde, a família, a rede de cuidado e rede de apoio social²⁷.

Realizar o atendimento a pessoa com obesidade de forma singular não está ligado apenas ao conhecimento técnico dos profissionais, mas também a ação acolhedora, que valoriza a comunicação da equipe de saúde com os usuários enquanto espaço de escuta ativa; ao vínculo que se estabelece por permitir a ampliação dos laços relacionais, ampliando afetos e potencializando o processo terapêutico^{28,29}.

Para alcançar resolutividade adequada dos problemas de saúde o SUS esclarece por meio da portaria 2.488 que a assistência deve pautar-se na interdisciplinaridade e intersetorialidade³⁰, fazendo-se necessária a participação de uma equipe multiprofissional para que tenha diferentes percepções. Porém, é fundamental que a equipe multiprofissional tenha o objetivo de realizar o cuidado interdisciplinar compartilhado para compreender o indivíduo em sua totalidade²⁶.

A interdisciplinaridade permeia entre os saberes e a prática³¹ e assume papel norteador quanto aos serviços disponíveis. No entanto, convive com a luta constante por reconhecimento e superação das dificuldades de implantação, junto ao SUS^{32,33}.

Em todo território nacional o modelo hierárquico tradicional deve ser desconstituído em um ambiente interdisciplinar, mas ainda é

comum uma pessoa da equipe assumir papel hierárquico e distribuir tarefa às demais. Mediante a troca de paradigma é importante compartilhar conhecimento, promover a facilitação do diálogo, tendo em vista a promoção de um ambiente criativo, saudável e prazeroso³⁴.

Outro ponto que chama a atenção, é o pouco tempo direcionado as atividades interdisciplinares ocasionadas pela saturação de demanda e pela falta de tempo para a prática das reuniões de discussão de casos³⁵.

Além da interdisciplinaridade a instrumentalização dos profissionais de saúde também é recomendada a fim de explorar maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para transformação de práticas. A linha de cuidado da obesidade destaca que são responsabilidades da atenção especializada ambulatorial e hospitalar a assistência terapêutica clínica, o acompanhamento pré e pós cirurgia bariátrica com profissionais especializados para o cuidado do indivíduo obeso. A Educação Permanente em Saúde, realizada com base na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizada em pequenos grupos, sempre tendo como referência as questões do mundo do trabalho, é essencial para garantir uma assistência ampliada^{17,36}.

Maior alcance e continuidade da educação permanente é conquistado quando se utiliza de plataformas de ensino on-line, afim de contribuir no processo de educação e capacitação profissional. Esses espaços permitem o desenvolvimento de ações a fim de capacitar sujeitos a trabalharem enquanto equipes interdisciplinares, possibilitando o cuidado integral³⁷. Porém, cabe destacar que o ensino à distância deve conversar e se

relacionar com o ensino presencial. E para desenvolvimento das atividades deve haver boa articulação entre ensino e serviço, proporcionando espaços onde docentes, discentes e trabalhadores, juntos, podem ampliar os saberes, viabilizar o aumento do cuidado e desencorajar as relações de poder^{38,39}.

A ampliação da capacitação profissional aumenta os cuidados direcionados a população em tratamento voltado para sua condição crônica e reduzindo efeitos psicossocial em pacientes obesos⁴⁰. A percepção negativa de pacientes obesos sobre o corpo gera sentimentos como vergonha e culpa, devido as tentativas frustradas de perda de peso, por enxergarem seu corpo fora dos padrões atuais, impostos pela sociedade, sentindo-se desvalorizada. Essas ações provocam o afastamento da pessoa obesa do seu meio social, acarretam baixa autoestima, sentimento de incapacidade e inutilidade, ansiedade, depressão e comportamentos compensatórios⁴⁰⁻⁴².

A sociedade atual valoriza o corpo magro e recria a pessoa obesa, que frequentemente relata dificuldade em inserir-se no mercado de trabalho por conta da sua aparência, dificuldade em comprar roupas ou encontrar ambientes adaptados para realização de atividade física. Essas questões fazem com que a pessoa obesa se renda ao controle social e as pressões impostas pelo ambiente, perdendo sua autonomia e se sentindo marginalizada⁴⁰, sendo assim a obesidade não é tão somente um problema individual, é também social⁴¹. Desta maneira é percebido que classe social, saúde, religião, gênero e a mídia em todos os momentos influenciam os

ideais corporais e preferências quanto ao peso⁴³ o que explicita a relação existente no indivíduo obeso quanto a carregar no corpo o "peso" de não se adequar às exigências da sociedade, suscitando prejuízo quanto ao seu bem-estar.

A pessoa obesa deseja ser tratada de maneira empática, condolente, respeitosa e não crítica⁴². Pedem aconselhamento para gestão do peso, inclusive durante o período de espera na fila para cirurgia bariátrica e envolvimento de toda família nesse processo para se fortalecerem⁴¹. Dessa forma destaca-se a importância de valorizar a singularidade das pessoas com obesidade. Considerando então, que a obesidade é uma manifestação de um corpo, que não se resume em carne, mas sim em complexa comunicação sobre o sujeito, se faz necessário avaliar as alterações nos aspectos do comportamento alimentar e ingestão alimentares, medidas corporais, práticas de atividades físicas, indicadores do estado psicológico e da bioquímica sérica. No entanto, ainda são pouco explorados os resultados relativos ao impacto a longo prazo das intervenções na fila de espera enquanto estes pacientes aguardam para a realização da cirurgia bariátrica⁴⁴. Por isso, neste estudo foi proporcionado o cuidado desenvolvido em grupo de educação em saúde realizado por equipe interdisciplinar sob formação permanente pautada em metodologia ativa, no intervalo de um ano.

Considerações Finais

Estar em uma lista de espera para realização da cirurgia bariátrica, especialmente durante um longo período de tempo, implica seriamente na saúde e bem-estar da pessoa obesa. Em um sistema público de saúde como o nosso, que busca pela promoção do cuidado faz com que esse trabalho seja altamente relevante para tomada de decisões políticas. Portanto, esperamos contribuir para o fortalecimento do cuidado à pessoa com obesidade grave, proporcionar qualidade de vida ao paciente na fila de espera e, ao mesmo tempo, melhor prepará-lo para a cirurgia bariátrica.

Referências

1. Agha M, Agha R. The rising prevalence of obesity: part A: impact on public health. *Int J Surg Oncol*. 2017;2(7):e17.
2. Kudel I, Jefferson S, Alves T, Goncalves T de M, Kull K, Emil N. The Association Between Body Mass Index and Health and Economic Outcomes in the United States. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2018;57(10):2–11. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00043764-201510000-00003>
3. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.
4. World Health Organization. World Health Statistics 2018- Monitoring Health for the SDG's (Sustainable development goals). 2018. 4, 25 p.
5. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais d [Internet]. Vigitel. 2017. 132 p. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf
6. Oliveira M L, Santos L M P, Silva, E, V. Direct Healthcare Cost of Obesity in Brazil: An Application of the Cost-of-Illness Method from the Perspective of the Public Health System in 2011. *PLoS One*. 2015; 10(4).
7. Bjorntorp P, Bray GA, Carroll KK, Chuchalin A, Dietz WH, Ehrlich GE, et al. Obesity : Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Tech Rep Ser [Internet]. 2000;253. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n1/15.pdf>
8. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary

- Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Aff* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2018 Mar 19];36(1):149–58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28069858>
9. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez De La Cruz A, et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2010;20(2):161–7.
 10. Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, Dartora EG, da Silva Miozzo IC, de Barba MEF, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med*. 2011;12(1):70–5.
 11. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):215–20.
 12. Thiel R do RC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricceto CLZ, Ramos M de F. Tradução para português , adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index Translation into Portuguese , cross-national adaptation and validation of the Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2008;30(10):504–10.
 13. Dias JCR, Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Perceived Stress Scale Applied to College Students: Validation Study. *Psychol Community Heal* [Internet]. 2015;4(1):1–13. Available from: <http://pch.psychopen.eu/article/view/90>
 14. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 5-Year Outcomes. *N Engl J Med* [Internet]. 2017;376(7):641–51. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1600869>
 15. Cohen R V, Luque A, Junqueira S, Ribeiro RA, Le Roux CW. What is the impact on the healthcare system if access to bariatric surgery is delayed? *Surg Obes Relat Dis*. 2017;13(9):1619–27.
 16. Rasera I, Luque A, Junqueira SM, Brasil NC, Andrade PC. Effectiveness and Safety of Bariatric Surgery in the Public Healthcare System in Brazil: Real-World Evidence from a High-Volume Obesity

- Surgery Center. *Obes Surg* [Internet]. 2017;27(2):536–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-016-2439-y>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, 19 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Diário Oficial da União. 2013;
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, 19 de Março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o serviço de Assistência de Alta Complexidade. Brasília: Diário Oficial da União. 2013;
 19. De Oliveira ML, Santos LMP, Silvada EN. Direct healthcare cost of obesity in brazil: An application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. *PLoS One*. 2015;10(4):1–15.
 20. Mundial C, Ifso DA, Brasil NO. A importância da sociedade brasileira de cirurgia bariátrica e metabólica e sua atuação no xxi congresso mundial da ifso no brasil. *ABCD Arq Bras Cir Dig Editor ABCD Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2016;29(1):1–2. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v29s1/pt_0102-6720-abcd-29-s1-00001.pdf
 21. Tapsell LC, Thorne R, Batterham M, Russell J, Ciarrochi J, Peoples G, et al. Feasibility of a community-based interdisciplinary lifestyle intervention trial on weight loss (the HealthTrack study). *Nutr Diet*. 2016;73(4):321–8.
 22. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in Bariatric Surgery Candidates: A Review of Studies Using Structured Diagnostic Interviews. *Compr Psychiatry*. 2014;55(2):248–59.
 23. Rego AL de C, Cruz GKP, Carvalho DP de SRP, Azevedo IC de, Vitor AF, Júnior MAF. Tempo de espera de pacientes em fila para realização de cirurgia bariátrica e complicações relacionadas. *Rev*

- Enferm (Lisboa). 2017;11:1025–31.
24. Silva EM da, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Cien Saude Colet*. 2015;
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 252 - 19 de fevereiro de 2013, Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União. 2013;
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. 2014. 116 p.
 27. Favoreto CAO. A prática clínica e o desenvolvimento do Cuidado Integral à Saúde no contexto da Atenção Primária^{ipt}. *RevAPS* [Internet]. 2008;11(1):100–8. Available from: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v011n1/100-108.pdf>
 28. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *O Trab em Saúde olhando e Exp o SUS no Cotid*. 2003;002:125–34.
 29. Assis MMA, Nascimento MAA do, Pereira MJB, Cerqueira EM de. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015;68(2):333–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200333&lng=pt&tlng=pt
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de. Brasília: Diário Oficial da União. 2011;
 31. Scherer MD dos A, Pires DEP de, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família The implementation of interdisciplinarity in the work routine of the family health care team. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3203–12.

32. Silva DAJ da, Tavares M de FL. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* [Internet]. 2016;40(111):193–205. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400193&lng=pt&tlng=pt
33. Miranda L, Javier F, Rivera U, Artmann E. saúde como um espaço de reconhecimento : contribuições da teoria de Axel Honneth. 2012;
34. Brasil., Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde., Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2007. 60 p.
35. Ferro LF, Da Silva EC, Zimmermann AB, Titotto Castanharo RC, Leite De Oliveira FR. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: Potencialidades e desafios. *Mundo da Saude*. 2014;38(2):129–38.
36. 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. Ministério da Saúde. 2013;28.
37. Lunde L, Moen A, Rosvold EO. Learning Clinical Assessment and Interdisciplinary Team Collaboration in Primary Care. MOOC for Healthcare Practitioners and Students. *Stud Health Technol Inform*. 2018;250:68.
38. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017;33(9). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt&tlng=pt
39. França T, Medeiros KR de, Belisario SA, Garcia AC, Pinto IC de M, Castro JL de, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração

- Ensino-Serviço. Cien Saude Colet [Internet]. 2017;22(6):1817–28.
Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601817&lng=pt&tlng=pt
40. Megías Á, González-Cutre D, Beltrán-Carrillo VJ, Gomis-Díaz JM, Cervelló E, Bartholomew KJ. The impact of living with morbid obesity on psychological need frustration: A study with bariatric patients. *Stress Heal*. 2018;(October 2016):1–14.
 41. Macedo TTS de, Portela PP, Palamira CS, Mussi FC. Obese people's perception of their own bodies. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2015;19(3):505–10. Available from:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150067>
 42. M.Chugh, Friedman AM, Clemow LP, J.M. Ferrante. Women Weigh In: Obese African-American and White Women's Perspectives on Physicians' Roles in Weight Management M. *J Am Board Fam Med*. 2013;26(4):421–8.
 43. Couch D, Thomas SL, Lewis S, Blood RW, Holland K, Komesaroff P. Obese people's perceptions of the thin ideal. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016;148:60–70. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.034>
 44. Gade H, Friberg O, Rosenvinge JH, Småstuen MC, Hjeltnesæth J. The Impact of a Preoperative Cognitive Behavioural Therapy (CBT) on Dysfunctional Eating Behaviours, Affective Symptoms and Body Weight 1 Year after Bariatric Surgery: A Randomised Controlled Trial. *Obes Surg*. 2015;25(11):2112–9.