

Caminho percorrido por obesos mórbidos em busca da cirurgia bariátrica no sistema público de saúde*

Claudete Aparecida Conz^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-1204-185X>

Maria Cristina Pinto de Jesus³

 <https://orcid.org/0000-0002-4720-0478>

Estela Kortchmar¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0581-3049>

Vanessa Augusta Souza Braga^{1,4}

 <https://orcid.org/0000-0001-6714-9318>

Renata Evangelista Tavares Machado¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9004-3941>

Miriam Aparecida Barbosa Merighi¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9705-2557>

Objetivo: compreender o caminho percorrido no sistema público de saúde pela pessoa com obesidade mórbida em busca da cirurgia bariátrica. **Método:** pesquisa qualitativa fundamentada na fenomenologia social de Alfred Schütz, com 17 pessoas obesas mórbidas hospitalizadas, com data agendada para a cirurgia bariátrica. Utilizou-se a entrevista fenomenológica com questões abertas e os depoimentos foram analisados à luz do referencial teórico-metodológico e literatura referente ao tema. **Resultados:** os participantes conseguiram agendamento para a cirurgia bariátrica por meio da indicação de amigos, familiares e pessoas públicas. A fila de espera pelo procedimento gerou angústia e ansiedade devido ao medo da cirurgia, aumento do peso, risco de agravamento da saúde e das limitações físicas, mas auxiliou na preparação para sua realização. A experiência vivida na busca pela cirurgia bariátrica levou essas pessoas a desejarem a continuidade da assistência na Unidade Básica de Saúde, após a cirurgia, por profissionais capacitados para atender as suas necessidades. **Conclusão:** os aspectos inscritos no caminho de pessoas em busca de cirurgia bariátrica sinalizam a necessidade de fortalecimento dos fluxos assistenciais do sistema público de saúde e de investimento na capacitação profissional para redução das desigualdades no acesso à cirurgia bariátrica e incremento da qualidade dos serviços.

Descritores: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Serviços de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

* Artigo extraído da tese de doutorado "A busca pela Cirurgia Bariátrica: itinerário terapêutico vivido no Serviço Público de Saúde", apresentada à Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁴ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Como citar este artigo

Conz CA, Jesus MCP, Kortchmar E, Braga VAS, Machado RET, Merighi MAB. Path taken by morbidly obese people in search of bariatric surgery in the public health system. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3294. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3579.3294>.

Introdução

A obesidade é um problema de saúde pública mundial que exige a organização do sistema de saúde para atender àqueles que vivenciam esse agravo. Trata-se de uma doença complexa, multicausal, enraizada na natureza sedentária da vida moderna, proporcionada pela oferta de alimentos mais amplamente disponíveis e acessíveis, pela mudança na natureza e composição de dietas e pelos estímulos para o consumo dos alimentos multiprocessados. O ganho excessivo de peso é multifatorial, por isso deve ser considerado de forma multidimensional, em ações que potencializam os aspectos envolvidos na busca pelo tratamento da obesidade⁽¹⁾.

Pesquisa realizada em 186 países demonstrou que o número de obesos no mundo cresceu seis vezes nas últimas quatro décadas, passando de 105 milhões de indivíduos acima do peso em 1975 para 641 milhões em 2014. Se continuar a engordar no ritmo atual, cerca de um quinto da população mundial estará acima do peso saudável em menos de dez anos. Em 2025, a prevalência da obesidade global atingirá 18% em homens e ultrapassará 21% em mulheres, e a obesidade grau III ou mais irá superar 6% em homens e 9% em mulheres⁽²⁾.

Entre as possibilidades de tratamento da obesidade encontra-se a cirurgia bariátrica, especialmente em se tratando de obesos graves, com resultados efetivos e duradouros no controle do peso e das doenças associadas⁽³⁾. Para a realização deste procedimento cirúrgico no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, as políticas e programas preconizam que o acesso inicial seja feito preferencialmente pelo nível de Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que ordenam o fluxo assistencial nos serviços com densidades tecnológicas variadas⁽⁴⁾.

Para favorecer o caminho percorrido pela pessoa com obesidade no sistema de saúde, evidências apontaram que se torna necessário estabelecer uma rede de comunicação forte entre prestadores de assistência, compartilhar informações, respeitar crenças e culturas regionais⁽⁵⁾, utilizar ferramentas disponíveis para avaliação clínica e encaminhamento para especialistas, quando necessário⁽⁶⁾, e promover ação multidisciplinar centrada no paciente⁽⁷⁾.

Entretanto, durante o percurso em busca da cirurgia bariátrica, pessoas obesas podem encontrar entraves nos serviços de saúde que impactam negativamente a continuidade de seu tratamento, podendo dificultar o manejo do agravo e elevar os riscos de comorbidades. Estudo realizado no Canadá revelou que a maioria dos médicos que atua na APS já encaminhou pacientes

para a realização de cirurgia bariátrica, no entanto percebe a escassez de recursos e capacitação para gerenciar o conjunto de cuidados à saúde antes e depois desse procedimento⁽⁸⁾. Essa situação interfere no encaminhamento e na trajetória percorrida em busca da cirurgia, uma vez que há limitações no direcionamento desse fluxo de cuidado no sistema de saúde.

As pessoas obesas buscam o atendimento no sistema público de saúde para a resolução das questões relativas ao excesso de peso corporal com base em saberes do senso comum, influenciados por construções e interpretações subjetivas, individuais ou coletivas, que nem sempre se adequam aos fluxos preconizados. Isso provoca uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que levam essas pessoas a encontrar diferentes formas de construir o caminho com vistas a resolver seus problemas de saúde⁽⁹⁾.

A compreensão da realidade vivenciada pelas pessoas com obesidade mórbida no caminho percorrido no sistema público de saúde brasileiro poderá fornecer evidências para o desenvolvimento de políticas eficazes, com potencial para diminuir a lacuna existente entre o que é vivido e o atendimento recebido. Nessa perspectiva, a construção desta pesquisa deu-se pela seguinte indagação: como pessoas com obesidade mórbida percebem o caminho percorrido no sistema público de saúde, desde a entrada no sistema de saúde até a internação para realização da cirurgia bariátrica? Assim, o objetivo deste estudo é compreender o caminho percorrido no sistema público de saúde pela pessoa com obesidade mórbida em busca de cirurgia bariátrica.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa, ancorada na fenomenologia social de Alfred Schütz. Este referencial preconiza que a compreensão da experiência subjetiva é pautada no cotidiano das pessoas, permeado pelas relações que constituem o mundo social. O homem expressa suas vivências que foram experienciadas no passado e presente (motivos porque) e projeta o alcance de objetivos (motivos para) com base na intersubjetividade que lhe permite identificar e ser identificado dentro de um determinado grupo social. A intersubjetividade possibilita a interação em um contexto social caracterizado pelo ambiente físico, sociocultural em que experiencia as situações cotidianas⁽¹⁰⁾.

O estudo foi realizado em um hospital público da cidade de São Paulo, Brasil, considerado um dos maiores complexos hospitalares da América Latina. O referido estabelecimento possui um centro de referência para tratamento de obesos e procedimentos de cirurgia bariátrica, conta com um ambulatório de assistência

multidisciplinar e um hospital de retaguarda, onde os pacientes com índice de massa corporal acima de 40 kg/m² permanecem em acompanhamento por seis meses para redução do peso ponderal e diminuição dos riscos operatórios.

Foram incluídas no estudo pessoas com obesidade mórbida, maiores de 18 anos, que buscaram tratamento para a obesidade no sistema público de saúde e que preencheram os critérios para realização da cirurgia bariátrica. Buscou-se os pacientes que estavam internados na clínica médico-cirúrgica da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do hospital cenário do estudo com agendamento para realização da cirurgia bariátrica, tendo sido, portanto, intencional a seleção dos participantes. Ressalta-se que, nesta Unidade de Internação, aqueles que estão com a cirurgia agendada ficam hospitalizados por sete a dez dias antes do procedimento e são preparados pela equipe de saúde, objetivando a manutenção da reeducação alimentar e perda de peso após a cirurgia.

Antes de abordar os pacientes, a pesquisadora principal, que se encontrava em processo de doutoramento, estabeleceu uma relação de interação com todos os possíveis participantes, a fim de interpretar o significado das expressões faladas e não faladas no momento da coleta de dados. Após esclarecimentos sobre a pesquisa, foi feito o convite para participação.

Com o aceite dos participantes, foram agendados dia e horário de melhor conveniência para cada um participar da entrevista, e todos foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, aspectos éticos envolvidos e a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Realizaram-se 17 entrevistas e nenhum paciente se recusou ou desistiu de participar do estudo.

Para a coleta dos dados, utilizou-se a entrevista fenomenológica realizada entre janeiro e abril de 2017, norteada pelas questões: Considerando sua vivência com a obesidade e o fato de estar com cirurgia bariátrica agendada, como foi sua busca por este procedimento cirúrgico no sistema público de saúde? Quais caminhos percorreu? Como espera continuar sendo atendido(a) após a cirurgia no sistema público de saúde? A entrevista fenomenológica foi adotada por possibilitar ao entrevistado um encontro com o fenômeno vivenciado e tem peculiaridades que devem ser consideradas pelo pesquisador, como a abstenção de juízos morais e preconceitos, para que possa se constituir como base da análise fenomenológica. As perguntas norteadoras permitem à pessoa expressar aquilo que está em sua consciência⁽¹¹⁾.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada, privativa, na unidade de clínica médico-cirúrgica do hospital e foram gravadas em áudio após

permissão dos participantes. O tempo de duração das entrevistas foi de 30 a 50 minutos. Os 17 depoimentos obtidos foram incluídos na pesquisa, considerando a riqueza de significados e, portanto, não houve perdas amostrais.

A coleta dos dados encerrou-se quando o conteúdo significativo dos dados foi alcançado e não surgiram novos temas, indicando que o objetivo do estudo foi atingido e as indagações da pesquisa, respondidas⁽¹²⁾. Para garantia do anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra P, inicial da palavra "Participante", seguida de numeração arábica correspondente à ordem das entrevistas (P1 a P17).

Foram atendidas as recomendações éticas sobre pesquisas com seres humanos, conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução nº 466/2012. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, obtendo pareceres favoráveis nº 1.915.867 e nº 1.956.427, respectivamente.

Para a organização, categorização e análise das entrevistas, adotaram-se os passos propostos em estudo que destaca as principais concepções da fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para o cuidar e o investigar em Enfermagem⁽¹³⁾. Esses passos consistiram na transcrição, leitura em profundidade dos depoimentos para obter as vivências passadas e presentes das pessoas com obesidade mórbida em busca da cirurgia bariátrica no sistema público de saúde (motivos porque), assim como suas expectativas relacionadas ao atendimento após o procedimento cirúrgico (motivos para). O conjunto dos motivos porque e motivos para identificados permitiu a construção das categorias temáticas do estudo. Estas foram discutidas à luz do referencial teórico-metodológico e temática do estudo.

O rigor e a credibilidade foram mantidos durante as entrevistas, transcrições, análise, construção das categorias e discussão dos dados. A transcrição das falas preservou a confiabilidade, atendo-se somente ao que foi verbalizado. As entrevistas, as transcrições e a análise foram feitas pela pesquisadora principal, com o propósito de captar os sentimentos, as percepções e as experiências com a maior riqueza de detalhes possível.

A pesquisa atendeu aos passos recomendados pelos Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa (COREQ)⁽¹⁴⁾.

Resultados

O estudo se compôs de quatro homens e 13 mulheres, com idade entre 18 e 70 anos, com grau de

instrução desde ensino fundamental até ensino superior. A variação do índice de massa corporal foi de 40,44 a 80,89 kg/m² e o tempo de espera pela cirurgia bariátrica variou de 15 dias a nove anos.

A partir da fundamentação da fenomenologia social de Alfred Schütz, chegou-se a três categorias temáticas, a saber: o caminho percorrido na busca pela cirurgia bariátrica; a espera pela cirurgia bariátrica; necessidade de continuidade da assistência após a cirurgia bariátrica. A primeira e a segunda categorias estão relacionadas aos motivos "porque" da experiência das pessoas com obesidade mórbida no percurso pelo sistema público de saúde em busca da cirurgia bariátrica, representando o passado e o presente dessa experiência. A terceira categoria refere-se à expectativa dos participantes quanto ao cuidado no sistema de saúde e está relacionada aos motivos "para".

O caminho percorrido na busca pela cirurgia bariátrica

A maior parte dos pacientes referiu percorrer diversos caminhos até chegar à cirurgia bariátrica. Tais caminhos não são os considerados no fluxo preconizado pelo Sistema Único de Saúde: *uma colega me disse que aqui estavam fazendo avaliação para a cirurgia. Eu vim e fiquei na fila por nove anos. Nesse tempo todo, eu passei por vários médicos e psicólogo (P3); Quando comecei a engordar, procurei o posto de saúde, mas não fizeram nada para me ajudar a emagrecer, só me disseram que eu estava gordinho e que tinha que fazer dieta [...] passei pelo endócrino, fiz a entrevista com a enfermeira, mas não tinha um acompanhamento para obesos [...] tentei dieta e exercício físico, mas sempre acabava engordando novamente. [...] procurei o serviço de obesidade daqui [hospital] porque tem uma fila para funcionários na cirurgia (P5); Tenho uma amiga que faz tratamento aqui no hospital. Ela conversou com o médico dela a meu respeito [...] eu vim e comecei a tratar o reumatismo. Depois ele me encaminhou para o psiquiatra, que viu que eu estava acima do peso e me encaminhou para o atendimento da cirurgia bariátrica (P6); Fui em outra instituição e não me aceitaram porque não atendiam pessoas fora da região deles. Então vim sozinha aqui, perguntei onde deveria me inscrever para fazer a cirurgia bariátrica (P10); [...] cheguei aqui no hospital, fiz minha inscrição, passei por todo grupo da obesidade. [...] devido ao meu peso e a minha pouca idade, já me colocaram direto na fila (P11); A minha sobrinha trabalhava com o Governador. Ela escreveu uma carta para o secretário de Estado, que ligou aqui assegurando uma vaga para mim (P12); No lugar onde minha mãe morava, tem uma universidade, com uma clínica que atende a população, e por meio da enfermeira de lá foi que conheci o Hospital. [...] a enfermeira é funcionária daqui*

e me apresentou o médico que me colocou na fila em 2014 (P13); [...] meu sobrinho é filho de um cirurgião bariátrico e trabalha como psicólogo aqui. [...] como minha esposa faz tratamento aqui, eu sempre vindo com ela, resolvi que queria operar [...] então fiz minha inscrição [...] passei em consulta com o médico e entrei na fila. Quinze dias depois, fui chamado (P14); [...] eu fazia acompanhamento no posto de saúde com a psicoterapia, com psicóloga e com a terapeuta ocupacional, e não me encaminharam. [...] também cheguei a tomar remédio e não consegui emagrecer [...] em 2009, vim procurar o serviço sozinha. Depois que me inscrevi, fiquei sendo acompanhada no hospital e no posto de saúde (P15).

Somente um dos participantes referiu ter seguido o fluxo preconizado pelo Sistema Único de Saúde para chegar à cirurgia bariátrica: *[...] passei pela unidade básica de saúde e o clínico geral me deu encaminhamento para o ambulatório médico de especialidades. Lá fui direcionada para o endocrinologista, que calculou meu índice de massa corporal e disse que a única coisa que resolveria era a cirurgia bariátrica [...] então vim e fiz a ficha no guichê (P16).*

A espera pela cirurgia bariátrica

Os participantes relataram que a fila de espera para a realização da cirurgia bariátrica gerou angústia e ansiedade devido ao medo do procedimento cirúrgico, aumento do peso, risco de agravamento da saúde e das limitações físicas: *[...] estou na fila de espera há mais de seis anos. Nesse tempo, o que senti foi uma ansiedade muito grande. Cada vez meu peso ia aumentando mais (P1); Ficar na fila foi angustiante. Quando comecei a passar nas consultas, estava com muita coragem, mas, com o passar do tempo, tive vontade de desistir muitas vezes. [...] tenho vários amigos que são diabéticos e estão perdendo o pé, o dedo, o nariz por causa da diabetes. Mas, a possibilidade da cirurgia me dá um ânimo novo (P2); [...] eu fiquei três meses na fila, mas a espera é uma luta, uma ansiedade, porque eu não sabia se teria uma nova chance. Subia na balança e só via o peso aumentando (P4); [...] é angustiante esperar porque tem aquela coisa de querer emagrecer e não conseguir. [...] depois da última vez que me ligaram para fazer avaliação, eu pensei que fosse a cirurgia de imediato, mas não é bem assim, ainda demora um pouco, e isto angustia (P5); [...] a cada ano que permaneço na fila, pioro mais porque fico mais gorda e mais velha (P6); [...] eu tinha muito medo da cirurgia. [...] ao mesmo tempo que eu queria, tinha medo e ficava pensando: se me chamarem, o que eu farei? (P7); Nesses sete anos me controlando, não engordava, não emagrecia, fiquei assim, estagnada. Fui para a fila com 139 quilos. [...] às vezes passava pela cabeça desistir, tentar outra coisa. [...] são muitas sensações e emoções diferentes. Muitas vezes cheguei a ficar angustiada, triste [...] (P8); [...] durante o tempo na fila, sentia que piorava a cada ano. Cheguei ao*

ponto de não conseguir fazer coisas do dia a dia, como varrer a casa, tomar banho e amarrar o cadarço do sapato (P13); [...] a espera foi um processo deprimente, angustiante (P16); [...] fiquei na fila por sete anos. [...] eu achava que nunca iam me chamar. [...] quando vim na consulta e o médico me disse que estava chegando a minha vez, eu estava com 104 quilos e me encaminhou para a psicóloga (P17).

De acordo com um dos participantes, esse tempo favoreceu o amadurecimento necessário à realização da cirurgia bariátrica: [...] ficar todo esse tempo na fila para mim foi bom porque eu amadureci. Se tivesse operado em seis meses, já teria feito bobagem (P15).

Necessidade de continuidade da assistência após a cirurgia bariátrica

Os participantes esperam continuar sendo acompanhados na Unidade Básica de Saúde após a cirurgia bariátrica, mas desejam que existam profissionais capacitados para permitir o atendimento de suas necessidades: [...] espero continuar fazendo acompanhamento aqui [hospital], mas, depois da cirurgia, vou ter que continuar no posto [...] espero que o posto tenha estrutura física e profissionais preparados para me receber e me acompanhar (P1); [...] o posto de saúde poderia ter uma cópia do meu prontuário e saber do meu caso para me dar um suporte [...] (P5); [...] depois da cirurgia, vou precisar de acompanhamento para não voltar a engordar, porque não é só fazer a cirurgia. [...] eu gostaria que tivesse um profissional que fosse referência para mim, que eu pudesse confiar. [...] alguém lá do posto de saúde, que me acompanhasse, para me ajudar a continuar (P7); [...] eu acho que os profissionais dos postos de saúde têm que ter um preparo. [...] ter horários de atendimento diferentes para acolher as pessoas para que não cheguem ao estágio de obesidade maior como eu cheguei. [...] (P8); [...] seria muito bom se tivesse acompanhamento com a nutricionista associado com a psicóloga para me ajudar não só com a cirurgia, mas com acompanhamento pelo menos nos próximos anos e, se possível, para o resto da vida. [...] se houvesse grupos de tratamento para pessoas obesas nos postos de saúde, campanhas de incentivo, ir atrás da pessoa, não esperar que procurem o posto, fazer um censo no bairro para saber quantos são obesos, porque os obesos do bairro se conhecem, promover um agrupamento e juntar estas pessoas para esclarecer dúvidas, falar sobre as dietas e exercício físico (P9); [...] depois que eu fizer a cirurgia, eu espero continuar sendo atendida por todos os profissionais que já me atenderam. [...] comecei o tratamento no posto de saúde e continuei no hospital [...] então eu espero que continue porque o tratamento é bom, os profissionais estão sempre dispostos a nos ajudar em qualquer coisa e são competentes (P11); [...] eu espero poder voltar na unidade básica de perto da minha casa e ser acompanhada por eles também.

[...] espero ser acompanhada pelos profissionais de lá, acho importante (P12).

Discussão

No contexto dos “motivos porque”, os depoimentos remetem à vivência da pessoa com obesidade mórbida ao longo de sua convivência com este agravo, especialmente no caminho percorrido em busca da cirurgia bariátrica no sistema público de saúde.

Nessa perspectiva, a maioria dos participantes relatou não ter recebido o encaminhamento de profissionais da UBS para a realização da cirurgia bariátrica e que teve acesso ao procedimento por meio de indicação de amigos, familiares e pessoas públicas. Desta forma, o nível de APS apresentou lacunas quanto ao fluxo preconizado pelo sistema público de saúde e ao acesso aos cuidados de maior densidade tecnológica. A integração entre os serviços também apresenta fragilidades em alguns países que têm o nível de APS bem consolidado, como o Reino Unido e a Holanda⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se a importância de fortalecer a APS, ampliar e qualificar o escopo de ações fornecidas por meio de capacitação dos profissionais das equipes multidisciplinares, da intersetorialidade, da utilização de protocolos e ferramentas para a efetiva gestão da obesidade⁽¹⁶⁾. O fortalecimento desse nível de atenção à saúde possibilitará o encaminhamento adequado e oportuno da pessoa com obesidade aos serviços de atenção secundária e terciária.

Pesquisas científicas apresentam outras dificuldades vividas pelas pessoas com obesidade em busca da cirurgia bariátrica. No Canadá, um estudo mostrou que menos de um terço de pessoas que procuravam pela cirurgia bariátrica recebeu orientações sobre como proceder quanto às especificidades da cirurgia. Na maioria dos casos, as informações foram adquiridas pelo contato com pacientes que já haviam realizado a cirurgia, amigos, familiares e por meio da Internet⁽¹⁷⁾.

O conteúdo das entrevistas mostrou que não houve encaminhamento para a cirurgia bariátrica baseado no gerenciamento da obesidade pelos profissionais da APS, o que evidencia lacunas no manejo da obesidade nesse nível de atenção e limita o cuidado longitudinal às pessoas obesas.

Pesquisa com 31 profissionais da APS dos Estados Unidos mostrou que as principais dificuldades na assistência às pessoas obesas eram a falta de integração interprofissional e limitações na conceituação da obesidade como condição crônica, prejudicando a condução e encaminhamento dos casos⁽¹⁸⁾. Estudo realizado com 24 médicos na Austrália apontou que a maioria dos encaminhamentos de pacientes com

obesidade ocorreu sem evidências sistemáticas da necessidade de intervenção cirúrgica, sendo estes baseados nas próprias atitudes e experiências profissionais, bem como na motivação dos pacientes⁽¹⁹⁾.

O caminho realizado pela pessoa com obesidade mórbida em busca da cirurgia bariátrica aponta a individualidade de sua vivência e ao mesmo tempo sinaliza a experiência do grupo de pacientes que procura esse procedimento. Isso porque, de acordo com a fenomenologia social de Alfred Schütz, embora individual, a experiência humana é situada no contexto das relações sociais vivenciadas no cotidiano. Esse contexto mostra a subjetividade de cada pessoa, cujos propósitos e objetivos estão enraizados no passado e presente da sua história de vida. Contudo, a intersubjetividade própria do contexto social torna comuns esses propósitos e objetivos, fazendo emergir um sentido social⁽¹⁰⁾.

De acordo com os entrevistados, a permanência na fila de espera por tempo prolongado gerou sentimentos de ansiedade e angústia motivados pelo medo da cirurgia, aumento do peso e piora da saúde. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada na Austrália com 17 pessoas que aguardavam pela cirurgia bariátrica. Os participantes consideraram a espera pelo procedimento como um período emocionalmente desafiador (frustrante, deprimente, estressante) e causador do ganho de peso e da deterioração da saúde física, com desenvolvimento de comorbidades ou agravamento da mobilidade e depressão⁽²⁰⁾.

Considerando que aqueles que aguardam na fila de espera pela cirurgia bariátrica possuem comorbidades associadas à obesidade, a demora na realização do procedimento pode agravar as condições de saúde preexistentes. Pesquisa realizada na Espanha mostrou que os atrasos na realização do procedimento geraram repercussões clínicas para os pacientes. Entre os profissionais de saúde participantes da pesquisa, 46,2% relataram casos de pacientes que, nos últimos cinco anos, sofreram eventos cardiovasculares com sequelas enquanto aguardavam cirurgia, e 21,2% citaram a ocorrência de eventos cardiovasculares fatais nesse período⁽²¹⁾.

Estudo realizado no Canadá revelou que o tempo de espera prolongado para realização da cirurgia bariátrica e o nível elevado de comprometimento exigido no programa do pré-operatório obrigatório integraram o conjunto de barreiras que motivaram a busca pela cirurgia bariátrica em outro país⁽²²⁾.

Ressalta-se que aqueles que aguardam pela cirurgia bariátrica sofrem impactos em sua qualidade de vida, gerados pelo grau elevado de obesidade. Investigação desenvolvida com pacientes iranianos obesos que decidiram se submeter à cirurgia bariátrica

identificou que tais pessoas relataram dor, fadiga, mobilidade prejudicada, dificuldade para dormir, medo das doenças associadas, autocuidado deficiente e problemas psicológicos, o que as motivou a realizar o procedimento⁽²³⁾.

Chama atenção o fato de que, para alguns, o longo tempo de espera pela cirurgia bariátrica ajudou a refletir sobre a importância do amadurecimento frente à necessidade de submeter-se ao procedimento cirúrgico. Ações profissionais visando ao acompanhamento dessas pessoas, preparando-as para adotar hábitos saudáveis de vida, assim como para a manutenção dos cuidados após a cirurgia, podem ajudar esses pacientes.

No que diz respeito à questão da obesidade grave, a avaliação e a seleção dos pacientes, candidatos à cirurgia bariátrica, demandam certo tempo de preparo. De acordo com a fenomenologia social, esse tempo é existencial e é experienciado individualmente, embora situado em um contexto de interações sociais. O mundo intersubjetivo é constituído por relações interpessoais que se acumulam ao longo da vida e estão dispostas em um determinado tempo e espaço geográfico. Essas relações podem ser ou não recíprocas, mas de alguma forma influenciam o modo de agir e reagir das pessoas diante de determinada conjuntura⁽¹⁰⁾.

Os participantes do presente estudo expressaram a expectativa (motivos para) de ser acompanhados após a submissão à cirurgia bariátrica com vistas ao atendimento de suas necessidades e ao alcance dos resultados almejados para o pós-operatório, demandando recursos humanos qualificados nas UBS.

Os entrevistados referem à importância do acompanhamento na UBS das pessoas que se submeterem à cirurgia bariátrica e daquelas que não atingiram a obesidade mórbida, com vistas à prevenção do avanço da doença. Essas falas reforçam o que é preconizado pelas políticas de saúde brasileiras no que diz respeito ao cuidado da pessoa com obesidade, estando a APS como nível de atenção capaz de solucionar grande parte das necessidades de saúde da população e como coordenadora do cuidado na Rede Assistencial de Saúde.

A continuidade do cuidado após a cirurgia bariátrica constitui um importante indicador na verificação do alcance das metas estabelecidas, além de proporcionar condições de avaliar se as expectativas dos pacientes foram atingidas. Pesquisa desenvolvida com 18 adultos que realizaram a cirurgia bariátrica na Inglaterra identificou que as percepções em relação ao atendimento recebido após o procedimento cirúrgico não foram avaliadas pelos profissionais dos serviços de saúde, o que gerou nos participantes frustração e sentimento de não resolução dos problemas⁽²⁴⁾.

O tratamento da obesidade deve consistir em uma abordagem integrada e multidisciplinar, para que os profissionais da APS possam executar os planos de ação junto aos pacientes. Para tal, é preciso capacitação da equipe de saúde para tratar os aspectos psicológicos, comportamentais e físicos das pessoas obesas, bem como os riscos envolvidos nesse agravo e os tipos de tratamento que podem ser oferecidos. Entretanto, somente o conhecimento não é suficiente para atender às demandas dessa população. Para que o cuidado seja efetivado, é necessário recurso financeiro e estrutural, bem como dimensionamento adequado de profissionais em várias modalidades do saber^(18,25).

Salienta-se que os profissionais de saúde precisam incorporar em sua prática estratégias de incentivo ao paciente para que ele faça a gestão da própria saúde, por meio de orientações sobre os impactos do excesso de peso e da cirurgia bariátrica em médio e longo prazo, proporcionando a ampliação da corresponsabilidade no tratamento e a mudança no estilo de vida⁽²⁶⁾. A efetividade dessas orientações pode ser ampliada se os profissionais considerarem as vivências do paciente, por meio de uma relação horizontal e cooperativa que acontece na interação social cotidiana, segundo os pressupostos da fenomenologia social de Alfred Schütz⁽¹⁰⁾.

O controle de peso da pessoa com obesidade pode ser alcançado com a atuação dos profissionais de saúde, principalmente na APS, por meio da adoção de estratégias que forneçam orientação e apoio às pessoas com excesso de peso. Nesse aspecto, estudo realizado em Salvador, Bahia, Brasil, mostrou que um monitoramento remoto realizado pelo enfermeiro por meio de ligações telefônicas baseadas em aconselhamento para adoção de hábitos saudáveis foi capaz de reduzir o peso e o índice de massa corporal em mulheres obesas⁽²⁷⁾.

O envolvimento entre os atores sociais que fizeram parte do caminho percorrido pelos participantes em busca da cirurgia bariátrica permeou as interações intersubjetivas e propiciou às pessoas com obesidade perceber as falhas e potencialidades desse caminho. Destaca-se que a expectativa da continuidade do acompanhamento das necessidades de saúde é uma potencialidade a ser conquistada.

Segundo a fenomenologia social, o mundo da vida é a realidade social que pode ser modificada pelas pessoas que nele agem, a partir de suas próprias intencionalidades e propósitos, modificando a estrutura em que estão situadas. Projetos e propósitos são elementos que formam o sistema relacional entre aqueles que compartilham o mesmo tempo e espaço no mundo social. Desse modo, qualquer escolha será fundamentada no que já foi experienciado e se torna sensível ao questionamento sobre a situação vivida.

Isso possibilita às pessoas reconstruir novas escolhas e novos planos de vida no âmbito individual e social⁽¹⁰⁾.

Este estudo traz como limitação a vivência singular das pessoas com obesidade na busca pela cirurgia bariátrica acompanhadas em uma metrópole situada na região Sudeste do Brasil. Realidades diferentes podem permitir outros achados em virtude da estruturação dos serviços de saúde que pode diferir em outras regiões do Brasil e do mundo, impedindo a generalização dos resultados.

O presente estudo traz como contribuição para o avanço do conhecimento científico a identificação de aspectos inscritos no caminho das pessoas com obesidade em busca da cirurgia bariátrica no sistema público de saúde, sinalizando a necessidade de fortalecer a Rede de Atenção à Saúde. Dessa maneira, a efetivação do fluxo assistencial preconizado poderá contribuir para o cuidado integral às pessoas obesas. Esses resultados poderão impulsionar o desenvolvimento de estratégias junto a essa população e de novas pesquisas que subsidiem a prática baseada em evidências.

Recomenda-se investir nos fluxos de referência e contrarreferência nos diferentes níveis do sistema de saúde, consolidados em políticas públicas, que poderão reduzir as desigualdades no acesso à cirurgia bariátrica, e no aprimoramento dos programas de capacitação profissional para instrumentalizar as equipes multidisciplinares que atuam junto a pessoas com obesidade, incrementando a qualidade dos serviços de saúde.

Conclusão

A compreensão do caminho percorrido no sistema público de saúde no Brasil por pessoas com obesidade mórbida, na ótica da fenomenologia social de Alfred Schütz, revelou lacunas que necessitam de investimento por parte de gestores públicos quanto à efetividade dos fluxos de referência e contrarreferência nos diferentes níveis do sistema de saúde para o atendimento desse público. O fluxo preconizado e acesso aos cuidados de maior densidade tecnológica não atendem às necessidades dessas pessoas, impondo a busca por indicação de amigos, familiares e pessoas públicas para conseguirem o agendamento para cirurgia.

Para a maioria, a fila de espera pelo procedimento cirúrgico gera angústia e ansiedade devido a medo da cirurgia bariátrica, aumento do peso, risco de agravamento da saúde e limitações físicas. Nesse contexto, os participantes têm como expectativa após a cirurgia bariátrica continuar recebendo assistência na Unidade Básica de Saúde por profissionais capacitados com vistas ao atendimento de suas necessidades de saúde.

Referências

- Dobbs R, Sawers C, Thompson F, Manyika J, Woetzel J, Child P, et al. Overcoming obesity: an initial economic analysis executive summary. McKinsey Global Institute [Internet]. 2014 Nov [cited 2019 Apr 13]. Available from: https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Business%20Functions/Economic%20Studies%20TEMP/Our%20Insights/How%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/MGI_Overcoming_obesity_Full_report.ashx
- NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19,2 million participants. *Lancet*. [Internet]. 2016 Apr [cited 2019 Apr, 13];387(10026):1377-96. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2930054-X>
- Takemoto E, Andrea SB, Wolfe BM, Nagel CL, Boone-Heinonen J. Weighing in on bariatric surgery: effectiveness among Medicaid beneficiaries-limited evidence and future research needs. *Obesity*. [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Apr, 13];26(3):463-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29464910>
- Bandeira ID, Mendoza J. Medical education and leadership: a call to action for Brazil's mental health system. *Int J Med Educ*. [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Apr, 13];22(9):170-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6129155/pdf/ijme-9-170.pdf>
- Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. [Internet]. 2015 Feb [cited 2019 Apr, 13];16(1):12. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4340610/pdf/12875_2014_Article_219.pdf
- Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Factors influencing the implementation of chronic care models: a systematic literature review. *BMC Fam Pract*. [Internet]. 2015 Aug [cited 2019 Apr, 13];16:102. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-015-0319-5>
- Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC et al. Le "Montreal model": Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 Avr, 13];27(1):41-50. Disponible en: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
- Auspitz M, Cleghorn MC, Azin A, Sockalingam S, Quereshy FA, Okrainec A et al. Knowledge and perception of bariatric surgery among primary care physicians: a survey of family doctors in Ontario. *Obes Surg*. [Internet]. 2016 Sep [cited 2019 Apr, 13];26(9):2022-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29464910>
- Bonet O. Itineration and meshwork to rethink therapeutic itineraries. *On tim in gold. Sociol Antropol*. [Internet]. 2014 Dec [cited 2019 Apr, 13];4(2):327-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sant/v4n2/2238-3875-sant-04-02-0327.pdf>
- Schütz A. A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva. Petrópolis: Vozes; 2018.
- Guerrero-Castañeda RF, Menezes TMO, Ojeda-Vargas MG. Characteristics of the phenomenological interview in nursing research. *Rev Gaucha Enferm*. [Internet]. 2017 Jul [cited 2019 Apr, 13];38(2):e67458. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/en_0102-6933-rgenf-1983-144720170267458.pdf
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual*. [Internet]. 2017 Abr [Acesso 13 abr 2019];5(7):1-12. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
- Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 Jun [cited 2019 Nov, 18];47(3):736-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2007 Sep [cited 2019 Apr, 13];19(6):349-57. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
- Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable development goals? *Lancet*. [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 Apr, 13];392(10156):1461-72. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)31829-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)31829-4.pdf)
- Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesity and public policies: the Brazilian government's definitions and strategies. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr, 13];33(7):e00006016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/en_1678-4464-csp-33-07-e00006016.pdf
- Wharton S, Serodio KJ, Kuk JL, Sivapalan N, Craik A, Aarts MA. Interest, views and perceived barriers to bariatric surgery in patients with morbid obesity. *Clin Obes*. [Internet]. 2016 Apr [cited 2019 Apr, 13];6(2):154-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26910303>

18. Hayes S, Wolf C, Labbé S, Peterson E, Murray S. Primary health care providers' roles and responsibilities: a qualitative exploration of who does what in the treatment and management of persons affected by obesity. *J Comm Healthc*. [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 Apr, 13];10(1):47-54. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17538068.2016.1270874?needAccess=true>
19. Kim KK, Yeong LL, Caterson ID, Harris MF. Analysis of factors influencing general practitioners' decision to refer obese patients in Australia: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Apr 13];16:45. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-015-0262-5>
20. Sharman MJ, Venn AJ, Jose KA, Williams D, Hensher M, Palmer AJ, et al. The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery - implications for health service planners. *Clin Obes*. [Internet]. 2017 Feb [cited 2019 Apr, 13];7(1):46-53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cob.12169>
21. Arteaga-González IJ, Martín-Malagón AI, Ruiz de Adana JC, de la Cruz Vigo F, Torres-García AJ, Carrillo-Pallares AC. Bariatric surgery waiting lists in Spain. *Obes Surg*. [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Apr, 13];28(12):3992-6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-018-3453-z>
22. Jackson C, Snyder J, Crooks VA, Lavergne MR. I didn't have to prove to anybody that I was a good candidate: a case study framing international bariatric tourism by Canadians as circumvention tourism. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2018 Jul [cited 2019 Apr, 13];18(1):573. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30029651>
23. Keleidari B, Jamalouee SD, Mahmoudieh M, Zolfaghari B, Gharzi M. Aspects of quality of life affected in morbidly obese patients who decided to undergo bariatric surgery: a qualitative study to design a native questionnaire. *J Res Med Sci*. [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Apr, 13];22:56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426087/>
24. Homer CV, Tod AM, Thompson AR, Allmark P, Goyder E. Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study. *BMJ Open*. [Internet]. 2016 Feb [cited 2019 Apr, 13];6(2):e009389. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/2/e009389.full.pdf>
25. Turner M, Jannah N, Kahan S, Gallagher C, Dietz W. Current knowledge of obesity treatment guidelines by health care professionals. *Obesity*. [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Apr, 13]; 26(4):665-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29570250>
26. Camolas J, Santos O, Moreira P, Carmo I. Individual results from a patient-centered lifestyle intervention for obesity surgery candidates. *Obes Res Clin Pract*. [Internet]. 2017 Jul-Aug [cited 2019 Apr, 13];11(4):475-88. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27569864>
27. Palmeira CS, Mussi FC, Santos CAST, Lima ML, Ladeia AMT, Silva LCJ. Effect of remote nursing monitoring on overweight in women: clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2019 Mar [cited 2019 Apr, 13];27:e3129. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3129.pdf> Em vitroximus hor poptierum ment.

Recebido: 17.07.2019

Aceito: 12.03.2020

Editora Associada:
Andrea Bernardes

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Claudete Aparecida Conz
E-mail: clauenf@uol.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-1204-185X>