

**EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA**

Claudia Regina Felicetti Lordani<sup>1</sup>, Marcia Dalla Costa<sup>2</sup>  
 Ligiane de Lourdes Silva<sup>2</sup>, Jaquiline Barreto da Costa<sup>3</sup>  
 Allan Cezar Faria Araújo<sup>2</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** Descrever a experiência da implantação e evolução de um serviço ambulatorial multiprofissional e interdisciplinar de obesidade e cirurgia bariátrica em um hospital escola do oeste do Paraná, no período entre 2012 e 2018. **Métodos:** Analisou-se de forma descritiva este processo de implantação, com reflexões sobre a abordagem individual e sua evolução para o atendimento em grupo com suporte psicoeducativo no tocante à assistência ao indivíduo obeso grave. **Resultados:** Após esta mudança metodológica com foco no incentivo ao autocuidado tornando o paciente o sujeito das mudanças, foi observado uma redução no número de desistências do tratamento e, mesmo, de faltas devido, sobretudo, às relações horizontais proporcionadas por esta modalidade, em que se percebeu, efetivamente, o vínculo de afeto e amizade oriundos do contato próximo entre paciente e equipe nesta esfera social resultando em maiores perdas de peso. **Conclusão:** o trabalho em grupo em obesidade é uma ferramenta importante para melhorar a adesão ao tratamento, dar sustentação a fragilidade do paciente e continência no enfrentamento das suas dificuldades, respeitando, sobretudo, sua individualidade e subjetividade. A partir deste relato, outros serviços podem se beneficiar com esta metodologia de trabalho, que vem ao encontro de programas do Sistema Único de Saúde, a exemplo da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, possibilitando auxiliar os profissionais de saúde que trabalham nesta área.

**Palavras-chave:** Obesidade. Cirurgia bariátrica. Educação em Saúde. Humanização da assistência. Equipe de assistência ao paciente.

1-Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP (SOCB/HUOP), Departamento de Nutrição Clínica, Cascavel, Paraná, Brasil.

**ABSTRACT**

Experience of a multidisciplinary and interdisciplinary ambulatory service for obesity and bariatric surgery

**Objective:** To describe the experience of the implementation and evolution of a multi-professional and interdisciplinary ambulatory service for obesity and bariatric surgery in a university hospital in the west of Paraná state, in the south of Brazil, from 2012 to 2018. This implementation process was analyzed descriptively, based on reflections from an individualized approach and its evolution to the group care with psychoeducational support regarding assistance to the severely obese individual. **Results:** After this methodological change focused on encouraging self-care, making the patient the subject of the changes, there was a reduction in the number of treatment withdrawals and even absences, due to horizontal relationships provided by this modality. The bond of affection and friendship from the close contact between patient and team in this social sphere resulted in higher weight loss. **Conclusion:** The group work on obesity is a valuable tool to improve adherence to treatment, support patient's fragility and continence in coping with their difficulties, respecting, above all, their individuality and subjectivity. According to this report, other services can benefit from this methodology, which is in accordance with the programs of the Sistema Único de Saúde (Unified Health System), such as HumanizaSUS, making it possible to assist health professionals working in this field.

**Key words:** Obesity. Bariatric surgery. Health Education. Humanization of assistance. Patient care team.

2-Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP (SOCB/HUOP), Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, Cascavel, Paraná, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma pandemia, presente em todas as idades e gêneros, sendo um importante problema de saúde pública, tanto pelo seu impacto na expectativa de vida quanto pela piora na sua qualidade (Wanderley e Ferreira, 2010).

No Brasil, o percentual de pessoas com excesso de peso superou, em 2017, mais da metade da população adulta, de acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL), realizada anualmente pelo Ministério da Saúde (MS), chegando a alarmantes 54,0%. Já a obesidade passou de 11,8% para 18,9% nos últimos 10 anos, ligeiramente maior em homens (19,2%) que em mulheres (18,7%) (Ministério da Saúde, 2017).

Sua etiologia é complexa e multifatorial, resulta da interação de aspectos genéticos, metabólicos (Velloso, 2006; Francischi e colaboradores, 2000; Bouchard, 1992) e ambientais (Organización Mundial de La Salud, 2003), bem como fatores socioculturais, simbólicos e psíquicos (Dobrow, Kamenetz e Devlin, 2002; Brown e Konner, 1987; Merleau-Ponty, 1994; Fischler, 1989).

As mudanças no padrão de consumo alimentar da população, com prevalência cada vez maior de alimentos energéticos que, associados ao sedentarismo, explicam, em boa medida, o ganho de peso em todas as idades (World Health Organization, 2017).

A obesidade visceral e, principalmente nos níveis mais elevados de Índice de Massa Corporal (IMC), associam-se, significativamente, à maior mortalidade e contribuem para o desenvolvimento de inúmeras comorbidades (Pan American Health Organization, 2015), dentre elas, a hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemias, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (Backes e colaboradores, 2016).

Neste contexto, os cuidados interdisciplinares tendem a produzir maior perda de peso, clinicamente significativa e sustentada, em comparação aos cuidados habituais, bem como melhora em outros desfechos em saúde, demonstrando que a prevenção e controle da obesidade torna-se mais eficaz nesta modalidade de atenção à saúde (Tapsell e colaboradores, 2017).

Vale lembrar que, por sua complexidade e prevalência, a obesidade deve

ser prioritariamente assistida, baseada, sobretudo, na promoção da saúde e no cuidado clínico.

Desta forma, simultaneamente, reeducação alimentar; criação de rotinas para a prática de atividade física; possibilidade de tratamento farmacológico e da realização da cirurgia bariátrica - para os indivíduos obesos criteriosamente selecionados - pode ser o caminho para o combate deste mal.

Assim, sem a pretensão de 'reinventar a roda', tampouco de 'fazê-la girar mais rápido', este estudo tem por objetivo descrever a experiência da implantação e evolução de um serviço ambulatorial multiprofissional e interdisciplinar de obesidade e cirurgia bariátrica, podendo subsidiar outros serviços que sentem a necessidade de mudanças para melhor atender o indivíduo obeso na sua integralidade.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo sobre a experiência de implantação e evolução do trabalho ambulatorial desenvolvido por equipe multiprofissional e interdisciplinar com pacientes obesos graves atendidos no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB-HUOP), situado no município de Cascavel, oeste do estado do Paraná, entre o período de 2012 e 2018.

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado: 'Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP' o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob nº do parecer 1.180.202/2015.

## RESULTADOS

Relatando a implantação e evolução do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB-HUOP).

O SOCB-HUOP iniciou suas atividades ambulatoriais em março de 2012 com o objetivo principal de prestar assistência integral ao indivíduo com obesidade grave por meio do cuidado clínico multiprofissional e interdisciplinar, com vistas à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

O atendimento profissional é constituído pelas áreas de assistência social,

cirurgia do aparelho digestivo, endocrinologia, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, nutrologia e psicologia.

Por se tratar de um hospital escola, os atendimentos são acompanhados por alunos de graduação e pós-graduação *lato senso e stricto senso* das áreas da saúde pois há, também, uma preocupação constante em qualifica-los, enquanto futuros profissionais e, reconceituá-los para o cuidado em saúde dos indivíduos obesos em todos os níveis da atenção, vindo de encontro à Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) - HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2010), pois, contemporaneamente, vive-se em um ambiente obesogênico (Cypress, 2004), porém, submerso em uma cultura obesofóbica (Niola, 2018), inclusive entre os profissionais de saúde (Mancini, 2001; Cori, Blanques e Petty, 2015).

Os pacientes que ingressam neste serviço devem atender aos critérios de indicação para cirurgia bariátrica (Ministério da Saúde, 2013a; Ministério da Saúde, 2013b), ou seja, devem apresentar  $IMC \geq 40Kg/m^2$ , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Básica e/ou na atenção ambulatorial especializada, por, no mínimo, dois anos e/ou, indivíduos com  $IMC >35kg/m^2$  e com comorbidades associadas, tais como doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono e/ou doenças articulares degenerativas, entre outras.

O processo de encaminhamento para este serviço é realizado a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para as Regionais de Saúde do oeste e sudoeste paranaense que gerenciam uma fila de espera para este tipo de atendimento.

Na fase inicial do serviço, os atendimentos multiprofissionais eram realizados de forma individualizada em consultórios do ambulatório por meio de agendamento prévio das consultas.

Entretanto, ao longo dos atendimentos e, durante as discussões da própria equipe sobre a modalidade de atendimento, foram surgindo preocupações e inquietações que refletiam, sobretudo, no tocante à humanização do atendimento e à atenção integral do usuário do SUS, uma vez que, o longo tempo de espera para os agendamentos e retornos com as especialidades; a necessidade de retornar algumas vezes ao mês para consulta pelos diferentes

profissionais, estaria gerando prejuízos ao tratamento recebido e, conseqüentemente, à qualidade do serviço prestado, ocasionando, por vezes, a evasão de pacientes, devido, sobretudo, à dificuldade de mobilidade (em virtude da limitação motora ou dificuldades no agendamento de veículo municipal para transporte); faltas recorrentes no trabalho (mesmo sob a condição dos atestados médicos), entre outros fatores.

Assim, a fim de evitar tais prejuízos, a equipe repensou seu modelo assistencial substituindo este padrão individualizado para uma forma de atendimento multiprofissional e interdisciplinar em grupo, realizado mensalmente. Esta mudança foi baseada em experiências prévias de um serviço de alta complexidade para obesidade de Campinas - São Paulo, coordenado por profissionais da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Desta forma, todos os participantes poderiam ser atendidos pela equipe de forma integrativa e dialogada, seguindo um cronograma mensal pré-determinado ao longo do ano, discutido e planejado, antecipadamente, em reuniões administrativas da equipe multiprofissional.

Além disso, o fato de apresentarem características comuns em relação a sua condição clínica, enfrentando dificuldades semelhantes, ajudou a criar um ambiente de colaboração mútua e de coesão entre os pacientes e equipe multiprofissional, o que facilitou a adesão a esta modalidade.

O cronograma de atividades é estabelecido nas reuniões administrativas da equipe que ocorrem duas vezes ao mês.

Neste momento, além do planejamento das atividades e estratégias de ação, faz-se a avaliação dos resultados obtidos em cada encontro do grupo e, também, individualmente. Uma das reuniões é destinada para a educação continuada dos profissionais e alunos.

As reuniões em grupo com os pacientes ocorrem uma vez ao mês, em agenda previamente estabelecida, em um espaço físico compatível para este atendimento.

Na primeira reunião, é preenchida uma anamnese individual, em salas individuais no ambulatório, a fim de evitar possíveis constrangimentos, contendo as seguintes informações: nome completo, idade, gênero, comorbidades presentes, tratamento medicamentoso atual, história familiar e

individual de obesidade e tratamentos realizados para obesidade anteriores a este serviço.

Após a coleta destes dados, ocorre o acolhimento dos participantes no anfiteatro com conseqüente apresentação da equipe e esclarecimentos sobre a metodologia de trabalho do serviço.

Finalizados os esclarecimentos, os pacientes recebem o termo de consentimento livre e esclarecido para levarem para suas casas e, aqueles que consentirem em participar das atividades, retornam, assinados, no próximo encontro.

Além disso, também se estabelece um 'contrato de compromisso' entre os pacientes e a equipe que se baseia em: 1. Redução do peso corpóreo ao longo do tratamento; 2. Não faltar às reuniões e; 3. Chegar sempre no horário de início das atividades. No caso de faltas, estas devem ser devidamente justificadas aos profissionais do serviço social colaboradores do serviço. Ao longo das reuniões, a presença do paciente é confirmada pela sua assinatura em lista de presença, sendo considerado desistente e/ou excluído do serviço, aquele que faltar mais de duas vezes consecutivas sem justificativa.

Na segunda reunião do grupo, são coletados os dados antropométricos, como peso e altura, para cálculo do IMC, circunferências abdominal e cervical, além de bioimpedância.

Assim como na anamnese, estas medidas são coletadas em salas individuais pela equipe multiprofissional. Esta avaliação antropométrica completa é repetida semestralmente, com exceção do peso corpóreo que é aferido mensalmente no início de cada reunião em grupo.

Além disso, são solicitados exames laboratoriais, os quais, conforme seus resultados, recebem tratamento e orientação individualizados para correção das alterações detectadas, bem como o encaminhamento para sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de origem para acompanhamento clínico.

Em todas as reuniões subsequentes, os participantes são acolhidos pela equipe no anfiteatro, juntamente com o café da manhã (tendo em vista que os pacientes necessitam, por vezes, sair de madrugada de suas casas). As atividades em grupo são iniciadas pelo relato de cada indivíduo que avalia o seu comportamento e o resultado atingido naquele mês com relação a sua meta individual mensal proposta - que inclui perda de peso corpóreo,

reeducação alimentar e prática de atividade física, sendo moderada pelo coordenador do serviço juntamente com a equipe multiprofissional. Trata-se de um momento importante de troca de experiências exitosas entre os pacientes, mas, também, de motivação para aqueles que, porventura, não conseguiram alcançá-las.

Todas as demais atividades do dia são baseadas em educação em saúde para melhoria nos hábitos de vida, especialmente, relacionadas à reeducação alimentar, aspectos psicológicos e comportamentais, autocuidado, orientação farmacêutica e estímulo à atividade física.

Com base neste debate, uma meta individual mensal é proposta pelo paciente que deve procurar cumpri-la no decorrer do período até a próxima reunião. Para isto, a equipe o auxilia a pensar estratégias práticas que o incentivem a alcançar a meta.

Em todas estas atividades, procura-se desenvolver e utilizar técnicas específicas do trabalho em grupo, como rodas de conversa, dinâmicas em subgrupos e debates.

Desta forma, no contexto da interdisciplinaridade, esta modalidade, amplamente difundida, constitui parte integrante do atendimento ao paciente obeso que se influencia reciprocamente por meio da interação entre os participantes e a própria equipe na busca pelos objetivos comuns como, também, a própria reformulação dos seus comportamentos.

O trabalho em grupo desenvolvido no referido serviço, tem a finalidade de proporcionar um suporte psicoeducativo, porém, com características terapêuticas por pautar o seu funcionamento em alguns pontos importantes: comprometimento com o grupo e tratamento proposto, bem como a assiduidade, no qual os participantes irão trabalhar na busca de atingir as metas propostas.

Nesta corrente, busca-se o envolvimento ativo dos participantes em todo o processo, seja pela reflexão, práticas de exercícios, compartilhamento de experiências ou inquietações, bem como na motivação pela pactuação de metas individuais mensais e, estratégias de possibilidade de superação delas.

Nos grupos, a equipe multiprofissional procura atuar por meio de relações horizontais que implicam em igualdade de condições entre todos os participantes. Para conseguir tais relações, a equipe de profissionais



trabalha evitando a formalidade, tanto para obter fluidez na comunicação como para conseguir uma boa resolução dos problemas levantados.

O sucesso das estratégias de educação em saúde promovidas por este serviço procura envolver, sobretudo, o incentivo ao autocuidado, na busca pela superação de barreiras importantes, entre elas: a desinformação, a resistência à mudança, a exclusão social e outros conflitos sociais, daí a importância de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar integrada e atuante.

Além disso, os pacientes são constantemente incentivados a atuarem como multiplicadores dos conhecimentos adquiridos no serviço em seu meio social e familiar, sendo confirmados pelo relato e presença voluntária de amigos e familiares nas reuniões mensais ao longo do tratamento.

Em períodos estratégicos do ano, como, por exemplo, início de um grupo ou as festas de final de ano, os familiares são convidados a participar da reunião. Neste momento, procura-se estimular a família a, também, praticar hábitos alimentares e de vida saudáveis, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do seu meio familiar e social.

Esta nova metodologia permitiu, ainda, identificar necessidades especiais demandadas pelo paciente e, paralelamente, redirecioná-lo para um atendimento individualizado, quando necessário.

Desta forma, portanto, as reuniões em grupo não excluem o atendimento individualizado.

Ao todo, são realizados onze encontros mensais em grupo no primeiro ano de atendimento. Na última reunião deste período, os pacientes são divididos em dois grupos distintos, denominados pela equipe de: 1. Grupo Pré-Operatório e, 2. Grupo Clínico.

Fazem parte do Grupo Pré-Operatório, os pacientes elegíveis para o procedimento cirúrgico, conforme recomendação do Ministério da Saúde (2013a; 2013b), que atingiram as metas propostas ao longo do cronograma, refletindo com isso, a redução mínima de 10% do peso corporal e; consentiram em fazê-la.

Neste novo grupo, os encontros são bimestrais e as atividades são direcionadas para o preparo da cirurgia bariátrica. Após o procedimento cirúrgico, os pacientes retornam para atendimento individual durante os seis

primeiros meses com retornos ambulatoriais, inicialmente de quinze dias no primeiro mês e mensal nos meses subsequentes. Após este período, retornam para acompanhamento em grupo pós-cirúrgico, trimestralmente, conforme protocolo do serviço.

No Grupo Clínico, fazem parte os pacientes não elegíveis para o procedimento cirúrgico; aqueles que atingiram as metas propostas, cuja redução do IMC o retira da necessidade de procedimento ou; que não atingiram as metas propostas ao longo do cronograma, e, portanto, não houve redução mínima de 10% do peso corporal e; ainda, aqueles cuja decisão pessoal optaram por não serem submetidos a cirurgia bariátrica. As reuniões de educação em saúde, neste caso, são trimestrais até completar os dois anos de seguimento ambulatorial, momento em que são redirecionados à Atenção Básica como forma de manter o seguimento.

Após esta mudança metodológica, foi observado uma redução no número de desistências do tratamento e, mesmo, de faltas. Em levantamentos realizados anteriormente neste grupo (Younes, Rizzotto e Araújo, 2017; Felicetti Lordani, Ruscheinsky e Veronese, 2017), algumas das possíveis justificativas dizem respeito, em boa medida, às relações horizontais proporcionadas por esta modalidade, em que se percebe, efetivamente, as relações de afeto e amizade oriundas do contato próximo nesta esfera social, como nos exemplos extraídos dos depoimentos de alguns pacientes:

A gente busca apoio, porque sozinho a gente não chega a lugar nenhum; aqui eu encontrei, a gente encontrou muito apoio que não teve no município da gente, que não tem, que faz falta (Paciente 09).

Mas o que pesou foi encontrar a equipe que encontrei aqui; não é só o médico, o nutricionista, o psicólogo, é mais, são os amigos, mais amigos do que profissionais, excelentes profissionais, que fazem a gente se sentir bem (Paciente 11).

[...] porque eu tentei em outros lugares que não trata a gente com carinho igual vocês tratam, sabe? Eu acho aqui muito importante [...] todo mundo tem seus problemas e a gente se ajuda, a gente é uma família, e aqui todo mundo fala a mesma língua. [...] depois que nós começamos a fazer esse tratamento no Hospital Universitário, [...] a gente vê as coisas de outra maneira (Paciente 02).

Estes dias atrás, eu não ia vim, sabe, mas ia justificar, eu não estava bem, muita dor

no joelho, mas aí eu acordei bem cedinho e pensei: eu preciso ver minhas amigas, eu fiquei de dar pra Dona R\*, uma mudinha de hortelã (Paciente 26).

Como consequência direta, foi observado, ainda, maior motivação dos pacientes e uma importante redução do peso corpóreo. Ao longo dos dois anos de atendimento em grupo, os 64 participantes perderam, no total, 422Kg (média de 6,6kg/pessoa), resultando em uma redução média de IMC de 47,15Kg/m<sup>2</sup> para 44,64 Kg/m<sup>2</sup>, sendo maior que na modalidade de atendimento individual.

Por fim, ao relacionar a perda de peso com a assiduidade, foi possível observar que, aqueles que compareceram a todos os encontros tiveram uma média de perda de peso maior quando comparados aqueles que tiveram alguma falta, 7,3 Kg e 1 Kg, respectivamente (Alcântara, 2017).

## DISCUSSÃO

Partindo do pressuposto de que a cirurgia bariátrica deve ser a última modalidade de escolha de tratamento para o paciente obeso grave, um dos grandes diferenciais que este modelo de atendimento procura priorizar, sobretudo, é o acolhimento humanizado do sujeito e oportuniza-lo a uma assistência qualificada que promova a mudança do estilo de vida de forma gradual e harmônica, em vez de, apenas, do seguimento de ordens fixas.

Assim, o serviço organiza-se como um apoiador das estratégias a ser identificadas e tomadas pelo paciente e em sua rede de relações, sendo ele, portanto, o sujeito das mudanças.

Mendes, Fernandez e Sacardo (2016) demonstram a necessidade dos profissionais de saúde em se aproximarem da realidade com quem trabalham para conhecer e transformá-la, não apenas os sujeitos com quem interagem, mas, sobretudo, gerando transformações internas.

Foi necessário, ainda, afastar-se das receitas e modelos prontos, de modo a aguçar o 'olhar' e, com isso, (re) inventar os próprios modos de promover saúde, em permanente elaboração.

Neste contexto, a equipe multiprofissional e interdisciplinar deve compartilhar este 'olhar' para a obesidade, proporcionando a construção individual e coletiva de forma permanente, valorizando as

experiências vivenciadas pelos sujeitos para promover a mudança.

Assim, a humanização é estabelecida, segundo Freyre (2004), enquanto uma construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e, entre estes e os usuários, na produção de saúde.

De acordo com a Política HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2004), o SUS deve ser contagiado por esta atitude humanizadora, articulando-se por meio deste eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde.

Lepargneur (2003) complementa em afirmar que humanizar é contribuir com a promoção do bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um grupo. A exemplo disto, percebeu-se entre os participantes, ao longo das reuniões, uma maior adesão e satisfação a esta modalidade em grupo quando comparada à versão individual, já relatado em outras publicações (Alcântara, 2017).

Outra característica importante a ser mencionada é a forma de abordagem do cuidado, reforçando o diálogo da troca de experiências e de saberes entre os indivíduos, lidando com a variabilidade e a imprevisibilidade que permeia suas vidas. A cada reunião, criam-se estratégias e remodelam os saberes sofisticados e necessários ao cuidado da obesidade e comorbidades.

Como pode ser observado nos depoimentos acima, para muitos participantes, o dia da reunião em grupo é considerado como um 'evento festivo', um momento de grande prazer e alegria, demonstrando que o processo de humanização do cuidado fortalece o vínculo não apenas do paciente-equipe, como também e, principalmente, entre paciente-paciente, por se identificarem, sob vários aspectos, seja por suas histórias de vida, por suas limitações motoras, seus anseios, suas preocupações. Um momento de conforto mútuo e de inclusão em que não há distinção entre sua aparência física, quer seja pela corpulência, pela vestimenta ou calçado, tão frequente em seu meio social, fato que o leva, constantemente, à marginalização e, mesmo, à exclusão social (Niola, 2018; Costa, 2004; Stenzel, 2004; Sant'Anna, 2004).

Estando em grupo, os sujeitos, impulsionados pelas forças motivacionais da

equipe, de seus colegas, da própria rede social e de si mesmos, traduzem suas insatisfações em linguagem pública que os auxilia nas mudanças necessárias para a melhoria da qualidade de vida, vindo ao encontro da proposta de trabalho deste serviço.

Este processo de humanização só é possível, segundo Pessini (2002), a partir da presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

## CONCLUSÃO

O trabalho em grupo com pacientes obesos graves, dentro de uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, com característica psicoeducativa, pode ser um recurso muito útil desde que se tenha clareza dos objetivos do grupo e criatividade nas técnicas de trabalho desenvolvidas.

Portanto, o trabalho em grupo na obesidade é uma ferramenta importante para melhorar a adesão ao tratamento, dar sustentação a fragilidade do paciente e continência no enfrentamento das suas dificuldades, respeitando, sobretudo, sua individualidade e subjetividade.

Ao longo desta experiência de construção coletiva, percebeu-se que o trabalho em grupo proporcionou maior motivação e satisfação por parte dos pacientes obesos graves permitindo, ainda, a inclusão da família e amigos na mudança de hábitos.

Com esta metodologia, foi observado resultados positivos que incentivaram a divulgar esta experiência, a fim de auxiliar outros serviços, da mesma forma em que se buscou, anteriormente, exemplos bem-sucedidos que instigaram a olhar a obesidade sob uma outra ótica.

Embora seja uma assistência de alta complexidade e, considerando que a obesidade é um problema de saúde pública e sua prevalência cresce anualmente, este trabalho reitera a fundamental importância da articulação intra e intersetorial para organização e implementação da linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade implementando as políticas públicas que abrangem os 'determinantes sociais da obesidade' como forma de assistir o usuário nos diversos pontos de atenção, bem como estimular as equipes

de Atenção Básica a empoderar os usuários sobre suas condições de saúde, desenvolvendo o autocuidado, uma vez que o custo do tratamento é, consideravelmente, maior que o custo da sua prevenção.

## REFERENCIAS

1-Alcântara, M.C. Melhora de indicadores antropométricos em atendimentos em grupo de pacientes obesos – análise de 64 pacientes acompanhados por um período de até 4 anos com tratamento não cirúrgico. TCC de Residência Médica. UNIOESTE. HUOP. Cascavel. 2017.

2-Backes, C.F.; Lopes, E.; Tetelbom, A.; Heineck, I. Medication and nutritional supplement use before and after bariatric surgery. São Paulo Med J. Vol. 134. Num. 6. 2016. p. 491-500.

3-Bouchard, C. Etiology of obesity: genetic factors. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Vol. 42. Num. 3. 1992. p. 127-130.

4-Brown, P.J.; Konner, M. An anthropological perspective on obesity. Ann N Y Acad Sci. Vol. 499. 1987. p. 29-46.

5-Cori, G.C; Blanques, M.L.; Petty, M.S.A. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos - um estudo exploratório. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 20. Num. 2. 2015. p. 565-576.

6-Costa, J.F. O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro. Garamond. 2004.

7-Cypress, M. Looking upstream. Diabetes Spectrum. Vol. 17. Num. 4. 2004. p. 249-253.

8-Dobrow, I.J.; Kamenetz, C.; Devlin, M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. Rev. Bras. Psiquiatr. Vol. 24. Supl. 3. 2002. p. 63-67.

9-Felicetti Lordani, C.R.; Ruscheinsky, A.; Veronese, M.V. O sujeito em situação de obesidade: (re)construção das possibilidades de satisfação em uma sociedade insatisfeita. in Alves, F.L.; Barros, E.P.; Gadea, C.A. Ciências sociais e sociedade: políticas e práticas sociais na contemporaneidade. São Leopoldo. Trajetos Editorial. 2017.

10-Fischler, C. Obeso Benigno Obeso Maligno. In: Sant'Anna, D.B. Políticas do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo. Estação Liberdade. 1989. p. 69-80.

11-Francischi, R.P.P.; Pereira, L.O.; Freitas, C.S.; Klopfer, M.; Santos, R.C.; Vieira, P.; Lancha Júnior, A.H. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev Nutr. Vol. 13. Num. 1. 2000. p. 17-28.

12-Freyre, K. Era uma vez: laboratório de sonhos. Recife. Editora Universidade de Pernambuco. 2004.

13-Merleau-Ponty, M. Fenomenologia da percepção. São Paulo. Martins Fortes. 1994. p. 662.

14-Lepargneur, H. Princípios de autonomia. Bioética clínica. Rio de Janeiro. Revinter. 2003.

15-Mancini, M.C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. Arq Bras Endocrinol Metab. Vol. 45. Num. 6. 2001. p. 584-608.

16-Mendes, R.; Fernandez, J.C.A.; Sacardo, D.P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. Saúde Debate. Vol. 40. Num. 108. 2016. p. 190-203.

17-Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília. 2004. p. 20.

18-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. 2010. p. 242.

19-Ministério da Saúde. 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. Portaria interministerial, Num. 424 de 19 de março de 2013. Brasília. 2013a.

20-Ministério da Saúde. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a

Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Portaria interministerial, Num. 425 de 19 de março de 2013. Brasília. 2013b.

21-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da 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 dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília. 2017. p. 130.

22-Niola, M. Humiliated and obese. Arc. Antrop. Medit. Vol. 1. Num. 20. 2018. p. 1-11.

23-Organización Mundial de La Salud; Organización Panamericana De La Salud. Obesidad, alimentación y actividad física. In: OMS/OPAS. 37º Sesión Del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.: OMS/OPAS. 2003.

24-Pan American Health Organization. Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications. Washington, DC. PAHO. 2015.

25-Pessini, L. Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. Rev Bioética. Vol. 10. Num. 2. 2002. p. 51-72.

26-Sant'Anna, D.B. Cultos e enigmas do corpo na história. in Strey, M.N.; Cabeda, S.T.L. Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar. Porto Alegre. Edipucrs. 2004.

27-Stenzel, L.M. Servir (vir a ser): o imperativo do corpo magro na contemporaneidade. In Strey, M.N.; Cabeda, S.T.L. Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar. Porto Alegre. Edipucrs. 2004.

28-Tapsell, L.C.; Lonergan, M.; Batterham, M.J.; Neale, E.P.; Martin, A.; Thorne, R.; Deane, F. Peoples, G. Effect of interdisciplinary care on weight loss: a randomized controlled trial. BMJ Open. Vol. 7. Num. 7. 2017.

29-Velloso, L.A. O controle hipotalâmico da fome e da termogênese: implicações no



desenvolvimento da obesidade. Arq Bras Endocrinol Metab. Vol. 50. Num. 2. 2006. p. 165-176.

30-Wanderley, E.N., Ferreira, V.A. Obesidade: uma perspectiva plural. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 15. Num. 1. 2010. p. 185-194.

31-World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet N°311. Updated October. 2017.

32-Younes, S.; Rizzotto, M.L.F.; Araújo, A.C.F. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. Saúde Debate. Vol. 41. Num. 115. 2017. p. 1046-1060.

3-Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP (SOCB/HUOP), Departamento de Psicologia Clínica, Cascavel, Paraná, Brasil.

E-mail dos autores:

clafelicetti@yahoo.com.br  
marciacdc@uol.com.br  
ligianes@gmail.com  
jaquihuop@yahoo.com.br  
allanCFaraujo@uol.com.br

Autor para correspondência:

Claudia Regina Felicetti Lordani.  
Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP).  
Av. Tancredo Neves, 3224.  
Santo Onofre, Cascavel-PR.  
CEP: 85806-470.

Recebido para publicação em 10/05/2019

Aceito em 21/06/2019