

**AS PERCEPÇÕES SOBRE O “SER OBESO” SOB A ÓTICA DO PACIENTE E DOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE⁺****PERCEPTIONS ABOUT BEING OBESE FROM THE POINT OF VIEW OF
PATIENTS AND HEALTH PROFESSIONALS***Danitielle K Marques Grejanin^{*#}**Tiago H Pezzo^{**#}**Valéria Nastri^{***#}**Virginia P Paula Sanches^{§#}**Débora D. Gonçalves do Nascimento^{§§}**Michele P Quevedo^{§§§}*

Grejanin DKM, Pezzo TH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum. 2007; 17(3): 37-47.

Resumo: O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção que profissionais da saúde têm em relação ao paciente obeso e a percepção do paciente obeso sobre si mesmo em uma UBS. Optou-se por um estudo de caráter exploratório e descritivo de corte qualitativo. Empregou-se a técnica de análise de conteúdo. A amostra do estudo constituiu-se de 19 sujeitos. A coleta de dados foi realizada em dois grupos: dos profissionais e dos obesos, utilizando-se a técnica projetiva, por meio da escolha de figuras de recortes de revistas. Para a apresentação e discussão dos resultados, as categorias formuladas a partir das falas dos grupos de profissionais e de obesos foram agrupadas conforme a possibilidade de confronto entre os discursos desses dois grupos. As categorias formadas foram as seguintes: a obesidade relacionada à não aceitação e baixa auto-estima, percepção social do obeso, a força de vontade do obeso para perder peso, o preconceito e a discriminação que envolvem o obeso, o tratamento da obesidade e a obesidade interferindo nas atividades da vida diária. As percepções encontradas nas falas dos profissionais evidenciam o obeso como uma pessoa doente e com uma baixa auto-estima. As percepções dos obesos mostram que o ato de comer é visto como um alívio para as tensões por eles vividas, percebendo-se como diferentes, inconformados com sua aparência física e excluídos socialmente. Por fim, vêem-se como pessoas com dificuldades e limitações em seu dia-a-dia.

Palavras-chave: Obesidade. Percepção. Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

* Psicóloga, danitimarkes@yahoo.com.br

** Fisioterapeuta, thpezzo@uol.com.br

*** Terapeuta Ocupacional, valnastri@yahoo.com.br

§ Enfermeira, vi13enf@yahoo.com.br

§§ Fisioterapeuta, Especialista em Saúde Coletiva e Mestranda em Enfermagem em Saúde Coletiva, Preceptora da Pós Graduação Lato Sensu do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. ddupas@uol.com.br

§§§ Psicóloga, Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Saúde Pública, Preceptora da Pós Graduação Lato Sensu do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. mquev@hotmail.com

Residentes da Pós Graduação Lato Sensu do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Ministério da Saúde, Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina - Rua Cachoeira Utupanema, 40 – Itaquera CEP 08270-140 - São Paulo - SP

+ Este artigo foi baseado no Trabalho de Conclusão de Curso de uma equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Ministério da Saúde, Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina.

INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu do interesse em conhecer a forma como profissionais de saúde percebem o obeso, e como ele se auto-percebe. Acredita-se que essas percepções podem influenciar no acompanhamento desses pacientes, além disso, vivenciamos em nossa prática que poucas são as ações direcionadas aos obesos e que eles possuem diversos fatores de risco para desenvolvimento de outras doenças.

Como residentes vinculados à Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), escolhemos desenvolver a pesquisa exclusivamente com profissionais e usuários obesos de uma Unidade Básica Saúde (UBS), que usa como estratégia de atendimento a saúde da família.

O Programa Saúde da Família – PSF foi criado a partir de 1994 e tem como estratégia a reorganização da Atenção Básica, respondendo a uma nova concepção de saúde, não mais centrada somente na assistência à doença, mas sobretudo na prevenção e promoção da saúde.

Esse novo modelo de atuação em saúde tem como ações prioritárias: a saúde da criança, da mulher e bucal, o controle da tuberculose, da hipertensão e da diabetes, e a eliminação da hanseníase, dentre outras prioridades levantadas a partir do diagnóstico local¹. Ades e Kerbauy² mostram que a obesidade é um fator de risco para patologias graves, como a diabetes e a hipertensão, e como pode ser percebido, a prevenção, o controle e o tratamento da obesidade nem sempre são contemplados por essa estratégia.

De acordo com Mancini³, a falta de motivação dos profissionais da saúde envolvidos no acompanhamento de pacientes obesos ocorre devido à percepção negativa que esses profissionais têm sobre a obesidade. A mudança em tal percepção depende de uma modificação na atitude do profissional em relação ao paciente.

A percepção da obesidade e de seu tratamento é diferenciada para obesos e profissionais, uma vez que os dois têm papéis distintos nessa relação. Por esse motivo, torna-se necessário ao profissional conhecer as práticas populares de saúde para alcançar maior efetividade

no atendimento dessa população⁴.

A abordagem utilizada pelos profissionais que trabalham com obesos deve buscar a auto-reflexão sobre os próprios conceitos e conhecimentos a respeito da obesidade, o que proporciona maior capacidade para a ação⁵. É preciso que se ampliem os conceitos sobre saúde/doença nas atividades clínicas. Para tanto, é necessário realizar adaptações das práticas que possibilitem maior conhecimento e respeito ao paciente⁶. Enfim, a obesidade é uma alteração complexa e de difícil entendimento, portanto há necessidade de abordagens multi e interdisciplinares.

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde – OPAS⁷, a obesidade alcançou proporções epidêmicas globais com mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, sendo que 300 milhões são clinicamente obesos.

No Brasil, a Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE⁸ mostra que 38,8 milhões de pessoas com 20 anos de idade ou mais estão acima do peso, o que significa 40,6% da população total do país, e dentre esse contingente, 10,5 milhões são obesos. Devido a essa grande predominância e suas graves dimensões sócio-econômicas e psicológicas, a obesidade tem merecido maior atenção e estudos.

Segundo Carvalho & Martins⁵, um corpo gordo é algo considerado anormal em nossa cultura, sendo o modelo de corpo magro a imagem ideal mais valorizada na contemporaneidade. Além disso, pacientes obesos costumam referir-se ao peso como um fator agravante nas interações sociais, sofrendo discriminações que interferem nos relacionamentos sociais e afetivos⁹. Os aspectos sócio-culturais também devem ser considerados, pois podem influenciar na formação da auto-imagem corporal do paciente obeso e dos distúrbios a ela associados.

Ao saber que todos esses pontos citados acima influenciam no controle da obesidade, e que é escasso o número de estudos desenvolvidos sobre essa temática por equipes multiprofissionais na atenção primária, justifica-se assim o interesse em ter como objeto de estudo a percepção em relação ao paciente obeso.

Assim, este trabalho tem por objetivo ana-

lisar a percepção do profissional da saúde em relação ao paciente obeso e a percepção do paciente obeso sobre si mesmo em uma UBS.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado por uma equipe de profissionais inseridos na RMSF – Casa de Saúde Santa Marcelina, Faculdade Santa Marcelina e Ministério da Saúde – composta por enfermeira, psicóloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Esta pesquisa é de caráter exploratório e descritivo de corte qualitativo, e foi desenvolvida em uma UBS, que se baseia na Estratégia Saúde da Família (ESF)*, localizada na região leste II do Município de São Paulo.

A amostra do estudo constituiu-se de 19 sujeitos, sendo 10 usuários obesos e 9 profissionais da UBS. Para caracterização dessa amostra, foi utilizado o programa EPI-INFO versão 3.3.2.

Os critérios de inclusão dos usuários na pesquisa foram: serem referidos obesos pelos agentes comunitários de saúde (ACS); possuírem entre 20 e 59 anos de idade; terem participado da avaliação antropométrica e sócio-demográfica; possuírem índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 30 Kg/m².

Por se tratar de um trabalho de conclusão de curso, houve a necessidade de se estabelecer um cronograma para cada uma das etapas do estudo. Por esse motivo, as pessoas que não puderam ser contactadas, por meio do ACS ou por telefone em tempo hábil, foram excluídas do estudo. Os demais critérios de exclusão foram: não ter número de família na lista entregue pelos ACS para o levantamento de outras informações no prontuário e recusa em participar do estudo por não mostrar-se interessado.

Os profissionais foram selecionados aleatoriamente por meio de sorteio, para compor dois grupos, cada um com: um médico, um enfermei-

ro, dois auxiliares de enfermagem e dois ACS. Não compareceram à pesquisa por motivo de trabalho: um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e um agente comunitário de saúde.

Todos os participantes desta pesquisa estavam cientes dos objetivos da pesquisa, foram informados sobre a gravação das falas e concordaram em participar.

A coleta de dados foi realizada nos grupos, utilizando-se a técnica projetiva, que foi empregada pela primeira vez por Lawrence K. Frank na década de 30. Esse método consiste em confrontar o sujeito com uma situação na qual responderá de acordo com seus sentimentos e com o sentido que a situação tem para ele¹⁰. Anzieu¹¹ afirma que a técnica projetiva colabora para uma investigação de conteúdos inconscientes, dessa forma, transpondo respostas racionais e socialmente pré-estabelecidas.

Para o uso dessa técnica foram utilizadas 51 figuras de recortes de revistas diversas, selecionadas aleatoriamente e cujos temas estavam relacionados a pessoas; natureza; bebidas; cuidados com a saúde, dentre outros. As figuras foram anteriormente utilizadas e testadas, em pacientes crônicos, pela orientadora do presente estudo em sua atuação profissional como psicóloga, tendo sido observado que o uso das figuras estimulava e facilitava a verbalização dos sentimentos.

As figuras foram dispostas de modo a facilitar a visualização a todos os participantes e aos dois grupos: de profissionais e de usuários. Foi solicitado que cada sujeito escolhesse duas figuras. No primeiro, a escolha esteve relacionada com a percepção que os profissionais têm do paciente obeso e as dificuldades que encontram no acompanhamento do mesmo. Já no grupo dos usuários, a escolha foi de acordo com a percepção que eles têm a respeito de si mesmo e das dificuldades que encontram no cotidiano por serem obesos. Em ambos os grupos, os participantes relataram o motivo pelo qual fizeram a escolha das figuras.

* O termo Estratégia Saúde da Família (ESF) foi utilizado ao longo do texto considerando a transformação do Programa Saúde da Família (PSF) em uma estratégia de abrangência nacional conforme Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.

Após a gravação das falas, foi realizada a transcrição, respeitando-se o vocabulário utilizado pelos participantes. Para a manutenção do anonimato, os sujeitos foram denominados como O (obesos) e P (profissionais). A partir das transcrições, foram realizadas diversas leituras do material para identificação dos núcleos de sentido, os quais posteriormente constituíram as categorias. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, segundo os procedimentos preconizados por Bardin¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a apresentação e discussão dos resultados, foi realizada a caracterização dos sujeitos participantes e as categorias formuladas a partir das falas dos grupos de profissionais e de obesos foram agrupadas conforme a possibilidade de confronto entre os discursos desses dois grupos. Ainda assim, existiam categorias relevantes que não puderam ser confrontadas, mas foram apresentadas e discutidas.

Todos os obesos que participaram da pesquisa eram do sexo feminino, tendo em média 39,4 anos de idade, 36,77 kg/m² de I.M.C., com R\$490,00 de renda familiar. Em relação à escolaridade, 5 sujeitos tinham de 1 a 4 anos de estudo, 3 tinham de 5 a 8 anos e apenas dois tinham 9 ou mais anos de estudo.

No grupo dos profissionais, participaram 7 sujeitos do sexo feminino e 2 do sexo masculino, tendo em média 32,11 anos de idade e 2,42 anos de tempo de serviço. Quanto à escolaridade, 5 tinham ensino médio completo e 4 tinham ensino superior completo.

As categorias agrupadas foram as seguintes:

A obesidade relacionada à não aceitação e baixa auto-estima

A auto-estima citada nessa categoria temática é um termo usualmente utilizado pelos profissionais e usuários, no entanto, foi verificada uma escassez de trabalhos científicos no Brasil que a definem. Apesar disso, neste estudo a auto-estima se resume à avaliação que o indivíduo faz

de si mesmo. Essa avaliação pode ser negativa ou positiva e indica o grau em que o indivíduo se considera valorizado, capaz e importante¹³.

Segundo Zottis e Labronici¹⁴, os sentimentos de tristeza e baixa auto-estima nos obesos podem estar presentes pela insatisfação com a própria imagem devido ao padrão estético da “beleza magra” imposto pela sociedade, como evidenciado em ambos os grupos pelas falas abaixo:

P6: “eu vejo como uma pessoa doente, tanto fisicamente (...) mas principalmente psicologicamente, eu acho que a maioria, senão todos os obesos devem, tem uma baixa auto estima (...)”.

O3: “Antes eu era uma pessoa de saúde, né! Agora sou totalmente diferente, um lixo”.

No dia-a-dia de trabalho, os profissionais identificam que alguns pacientes têm maior dificuldade em se assumirem obesos, o que segundo eles interfere no cuidado.

P4: “(...) a pessoa pode tá do tamanho do mundo, ela não acha que ela é obesa, ela acha que ela tá um pouquinho acima do peso, (...)”.

P1: “(...) Agora a pessoa acha que não, que enquanto ela tá passando no espelho e tá bem, ela não é obesa. Daí fica difícil cuidar, né? De usuários assim, é complicado. (...)”.

De acordo com Stuart e Laraia (apud¹⁴), a negação da própria imagem corporal é uma fuga das realidades desagradáveis, que o indivíduo ignora ou recusa reconhecer.

Algumas falas, tanto dos profissionais quanto dos obesos, mostram uma imagem do obeso como um indivíduo triste e infeliz, esse fator também pode estar fortemente relacionado aos estereótipos de corpo magro veiculados pela mídia¹⁵.

P5: “E outra coisa que eu tenho pra mim, nenhum gordo é feliz, gente (...)”.

O1: “ (...) E eu acho que nenhum gordinho ele é conformado, ai eu sou alegre por-

que eu sou gordo, não é, (...) as veze você se acha diferente dos outro, que você vai passá num lugar vê tanta gente magrinha, mais magra e você fica meia, assim, né, diferente, né, o meu Deus não poderia tá assim, mais tô né”.

Nos discursos dos obesos e também em algumas pesquisas, foram abordados aspectos emocionais e psicológicos ligados à obesidade, tais como depressão e ansiedade, onde o ato de comer, para essa população, pode ser vivenciado como um alívio para situações desagradáveis e satisfação em situações agradáveis^{2, 16}. Porém, em diversos estudos, ainda não foi possível determinar se esses sintomas são os causadores ou a consequência do desenvolvimento da obesidade, o que se sabe, no entanto, é que ocorre um processo de retroalimentação entre os sintomas psicológicos e a doença^{17, 18}:

O8: “(...) no fundo, no fundo, tem aquela coisinha (...) aquela depressãozinha, que as vezes fica, aquela agonia, né, eu sou muito ansiosa, sabe, aí a minha ansiedade vai pra comida (...)”.

O1: “tem tempo que parece que ataca uma fome e mesmo que você não queira você come (...) os pobrema, as dificuldade, as preocupação, o dia a dia, (...) você come naquela hora e exagera, (...)”.

Percepção social do obeso

Em outros períodos da história da humanidade, o excesso de peso era considerado um aspecto positivo relacionado ao poder e saúde. Porém essa visão da obesidade foi sendo transformada ao longo do tempo, e hoje é desvalorizada e estigmatizada socialmente^{15, 19}.

O9: “Não é porque a gente é obeso tem que ser excluído da sociedade (...) Cada um tem que enxergar suas diferenças e necessidades e a necessidade de cada um (...)”.

A força de vontade do obeso para perder peso

A força de vontade do paciente obeso foi

um fator levantado pelos profissionais como um aspecto facilitador para perda de peso:

P5 : “(...) Eu acho que pra alguém perder peso, não importa se é obeso, gordinho (...) é a pessoa querer, é o número um (...) se não quiser, não tem orientação, não tem nada que funcione”.

P8: “ (...) então eu vejo o obeso assim, comodismo mesmo”.

Essa visão dos profissionais pode vir ao encontro da opinião da sociedade de que “o gordo” está sob essa condição devido a uma incapacidade de se controlar e é visto como relaxado e preguiçoso, como se ele perdesse seu “livre-arbítrio” e por uma questão moral fosse obrigado a aceitar as condutas propostas^{2, 5, 20}.

O preconceito e a discriminação que envolvem o obeso

P4: “(...) Entala na catraca do ônibus: “Olha lá o gordo, elefante (...)” Então a pessoa já se sente mal, (...)”

O6: “Existe dentro lá da minha casa mesmo (...) Além de gordinha, feinha e baixinha e dizem coisas que não vale a pena, não só lá em casa, quando eu ando (...)”.

Como visto nas frases acima, os obesos enfrentam no dia-a-dia preconceitos e discriminações e deparam com comentários de contatões negativas e pouco honrosos, tanto no círculo familiar como fora dele, o que sugere, segundo Zottis e Labronici¹⁴, a idéia de que o obeso é responsável por sua condição, além de falta de vontade e auto-controle. Por isso, a obesidade deveria ser encarada como uma doença e não uma questão de “falta de vergonha na cara”²⁰.

Os sujeitos obesos da pesquisa também encontram dificuldades inclusive para trabalhar, não só em decorrência das suas limitações físicas, mas também devido a seu padrão corporal.

O1: “(...), eu tenho dificuldade em muita coisa, até pra trabaia mesmo. Quando você vai arrumá um trabaio, conforme o seu, o seu

peso, a sua gordura, ninguém te quer, porque você é gorda, eles querem uma pessoa de corpo normal, né (...)”.

Além disso, segundo Segal e Fandiño²¹, os obesos são pessoas que estudam menos porque encontram dificuldades quanto à sua aceitação o que, conseqüentemente, resulta em salários mais baixos quando inseridos no mercado de trabalho.

Tratamento da obesidade

Um dos aspectos apontados pelos usuários com relação ao tratamento foi a dificuldade financeira para seguir as recomendações feitas pelos profissionais da saúde:

O9: “Porque não é fácil você se alimentar do jeito que o médico pede. É muito difícil. (...) Você não vai viver só de verdura e fruta. Então eu penso assim: tem que ser uma alimentação que se adequie, que fique adequada ao nosso tipo de vida, ao nosso salário que a gente recebe. (...) tem que ter uma alimentação em conta pra gente (...)”.

Pela caracterização feita com os sujeitos obesos da pesquisa, observou-se que a média da renda familiar é de R\$ 490,00, sendo a média de integrantes por família de 3,85 pessoas, o que reforça a dificuldade apresentada na fala acima. Isso demonstra a necessidade de o profissional compreender a realidade vivida pelo paciente e seus familiares, possibilitando melhor adesão ao tratamento e maior satisfação por parte dos usuários em relação aos serviços de saúde²².

A ESF favorece a aproximação entre profissionais e usuários; apesar disso, há dificuldade de conhecer a realidade vivida pelo paciente:

P6: “Eu acho também que eles precisam passar das dificuldades deles, que às vezes você fala, de uma dieta, de um acompanhamento, eles falam: “sei (...) tem que fazer, tem que fazer”. E depois eles não têm condições de fazer, mas não fala isso: “eu não tenho condições””.

Entretanto, há falas que evidenciam o conhecimento da realidade vivida pela comunidade, como demonstrado na frase abaixo:

P5: “E o acesso a comida aqui é fácil, você sobe ali na rua (...), salgado e refrigerante é um real, é barato, né?”.

Segundo a literatura¹⁹, essa preferência por alimentos de alta densidade calórica deve-se ao fato de serem itens mais acessíveis às suas condições sócio-econômicas, além de serem agradáveis ao paladar. Deve-se levar em consideração que os hábitos alimentares são resultantes de experiências apreendidas ao longo da vida²³, como se pode perceber no depoimento abaixo:

P5: “(...) se você vê como as mães preparam as comidas dos nenês, é batata, cenoura, arroz. Não põe uma verdura, não põe um legume. Por que? Porque dá trabalho, porque tem que cozinhar, rende pouco, tem que descascar, fica mais fácil dá miojo, uma bolacha, um pão pra a criança comer, aí cresce com esse hábito”.

Para a aproximação com a realidade, é preciso a construção do vínculo, cuja formação, segundo o Ministério da Saúde²⁴:

“... parece ser um caminho promissor na busca da adesão ao tratamento e acompanhamento sobrepeso/obesidade. O estabelecimento da relação de confiança entre usuários e profissionais de saúde é, sem dúvida, um ponto prioritário. Este é um processo que deve ser construído no dia-a-dia, por meio das rotinas das relações pessoais, da integração dos profissionais envolvidos no cuidado da saúde. Segredos, questões íntimas, aspectos da sexualidade, de violência, por vezes associados à obesidade, só são relatados após o estabelecimento de vínculo, de confiança, de cumplicidade. Em contrapartida, o profissional também precisa ter confiança, acreditar no potencial de prendizado, de mudança quando se almeja a autonomia da po-

pulção.”

P5: “(...) se você conseguir ter um bom vínculo e explicar, ele confia em você. Confia, e não importa se é médico, enfermeiro ou auxiliar, se você tiver um bom vínculo, ele vai te escutar (...)”.

Outro fator importante na adesão ao tratamento é o apoio familiar, já que as pessoas que fazem parte da rede social do obeso exercem grande influência sobre ele²⁵. Por isso, o profissional da saúde deve considerar a família como núcleo de atendimento²⁶, pois as dificuldades de adesão ao tratamento estão muito associadas aos hábitos alimentares reforçados pela família.

P4: “(...) a família inteira que tem que mudar o hábito dela pra podê ajudá esse paciente obeso (...)”.

O2: “(...) meu marido sempre incentivava, ele: “não é assim que se deve emagrecê, entendeu, tem que procurar um médico, fazê as coisa direitinho, né, não vai querê emagrecê em casa assim, passando fome” (...)”.

Outro aspecto levantado pelos profissionais foi a inclusão da atividade física como importante proposta terapêutica para o tratamento da obesidade:

P3: “(...) não precisa entrar numa academia pra fazer atividade física, (...) faz uma caminhada de dois, três quilômetros, uma volta no quarteirão já tá valendo pra sua saúde, (...)”.

O exercício físico freqüente traz inúmeros benefícios, dentre eles a melhora da capacidade cardiovascular e respiratória, diminuição da pressão arterial, e ainda eleva o gasto energético, colaborando assim para redução do peso²⁷.

Contudo constatou-se, durante a avaliação, que nove dos sujeitos obesos participantes não praticam exercícios físicos, além disso, nos grupos foram mencionados obstáculos para a realização da atividade física.

O7: “ (...) porque eu como obesa não

posso praticar mais esporte, nem caminhar (...)”.

O3: “ (...) eu sou mais presa dentro de casa com meus filhos, é difícil praticar um esporte, alguma coisa. Por isso sou gordinha.”.

Apesar de não terem sido encontrados trabalhos na literatura a respeito dos principais obstáculos apresentados pelos pacientes para a não realização de atividades físicas, neste estudo observou-se a colocação de empecilhos como: atividades domésticas, cuidados com a família, queixas de dores e/ou limitações físicas e a própria obesidade. Tais empecilhos podem contribuir para não realização do exercício físico e em consequência aumentar os riscos associados à obesidade e prejudicar o tratamento.

Outro fator que pode ser prejudicial ao tratamento é o desconhecimento, por parte do paciente, dos riscos que a obesidade ocasiona.

P5: “(...) ele não tem conhecimento que a obesidade é uma doença, o que pode causar de males, de como tratar isso, né?”.

Geralmente, a procura pelos serviços de saúde está vinculada à percepção de dor e/ou incapacidade relacionada à doença²². Na obesidade essas queixas não ocorrem a princípio, o que pode estar vinculado ao fato de esses pacientes retardarem a busca por um serviço. Soma-se a isso a dificuldade do paciente em perceber a obesidade como uma doença. E ao procurar o tratamento, alguns esperam resultados imediatos:

P5: “(...) tratar um obeso não é uma coisa rápida e milagrosa, o que eles vem buscando normalmente é um tratamento milagroso e não tem (...)”.

Além da busca por resultados imediatos, encontrou-se na fala de usuários a realização de tratamentos sem a orientação de um profissional:

O1: “(...) eu mesma nunca vim em médico, assim, por esse problema, (obesidade) né, então você vai, você faz a sua dieta por ca-

beça, aí toma remédio (...)”.

O2: “(...) porque por causa desse negócio de ser gordinha eu já fiz várias besteira, já tomei remédio, comecei a ter problema de pressão alta, um monte de coisa (...)

Os aspectos citados acima podem ser justificados, uma vez que o obeso, na ânsia de reduzir o peso, aceita qualquer tipo de sugestão, principalmente em se tratando de fórmulas milagrosas com resultados rápidos, sem levar em consideração os riscos de um tratamento sem uma orientação adequada¹⁴.

Apesar dos riscos e da gravidade da obesidade, acredita-se que a procura pela perda de peso não ocorre objetivando-se a melhora da saúde e da qualidade de vida, mas a melhora da aparência física na busca pelo corpo magro que atualmente é veiculado pelos meios de comunicação de massa^{2, 28}.

O2: “(...) *ela emagreceu e ficou com aquelas pelanca, mole, aí eu falei não eu prefiro ser gordinha mesmo, tá tudo durinho aqui, num tem nada caído. Eu sempre tive medo de emagrecer por causa disso, ficava olhando as pessoa que emagrece demais que fica aquelas pelanca caída, aí eu ah! não*”.

Por outro lado quando procuram tratamento de um profissional da saúde, nem sempre estão satisfeitos com a conduta, caso esse não seja um endocrinologista:

P7: “ (...) *Eles quer sabe o quê? O endócrino. Não serve médico, não serve enfermeira, não serve auxiliar, não serve ninguém, tem que ser o endócrino*”.

O5: “*Tinha que ter endócrino no posto. É muito difícil marcar consulta com endócrino. Nossa, é muito difícil. Era mais prático (...)*”.

De acordo com a vivência dos pesquisadores na atenção primária, acredita-se que culturalmente o usuário e o profissional estão vinculados ao modelo medicocêntrico e curativo, o que dificulta a abordagem de outros profissionais não médicos, prejudicando uma visão inte-

gral do paciente obeso.

Apesar do relato dos usuários sobre a necessidade do tratamento com o endocrinologista, todos os profissionais referiram que na UBS há condições de acolher e tratar o paciente:

P6: “*Pode ser que tenha um caso ou outro que você tá fazendo tudo direitinho e não vê resultado.(...) Mas, eu acho que a maioria tem como tratar aqui*”.

P5: “*O obeso precisa de quê? De uma balança e de uma fita métrica. Os exames pra obeso, são exames básicos, que a gente tem aqui*”.

P4: “(...) *Algumas medicações são um pouco mais caras? São, (...) mais por exemplo você tem a fluoxetina, tem amitriptilina, você tem por exemplo, pra pessoas que tem muita ansiedade você tem o diasepam, tudo isso é dado na unidade. (...)*”.

A obesidade pode e deve ser foco de atenção das equipes de saúde da família, mas é importante ressaltar que o tratamento não deve se resumir a solicitação de exames, prescrição de medicamentos e avaliações antropométricas. É necessário priorizar ações de prevenção dos agravos e surgimento de novos casos, além da necessidade de inserção de outras categorias profissionais na atenção primária, buscando-se a integralidade no atendimento.

É importante reforçar que, para alcançar a integralidade, os casos que necessitem de encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde devem continuar o acompanhamento na atenção primária²².

Além da possibilidade do atendimento do obeso na UBS, foram formuladas pelos profissionais algumas sugestões de intervenção:

P4: “(...) *falta um protocolo pra obesidade, não tem um centro de referência (...)*”.

P6: “*Então, o legal é fazer troca de experiência, então eu acho que trazer depoimento para um grupo eu acho que é legal*”.

P5: “*O próprio grupo de caminhada também é uma maneira de estimular, né? (...) talvez pudesse fazer um grupo na unidade fixo*”.

P5: “Eu penso que a obesidade tem que ser tratada na prevenção, nos grupos de prevenção”.

A respeito do contato dos usuários com o serviço de saúde (UBS), pode-se destacar dois tipos de relação: uma positiva, centrada na aceitação, no respeito ao obeso, tal como relatado:

O9: “Aonde fui pedir ajuda, fui bem aceita, né? Sempre me respeitaram. Nunca falaram nada que eu não gostei”.

E outra negativa, mostrando preconceito e falta de respeito com a condição obesidade, observados no discurso:

O9: “Muita gente assim que eu já vi na área da saúde mesmo que fala: “lá vem esse gordo pra cá com um monte de problema”. Já ouvi gente falar isso.”.

Obesidade interferindo nas atividades de vida diária

A obesidade aumenta os riscos de morbidade e mortalidade, além disso acarreta limitações físicas devido ao excesso de peso, isso prejudica o desenvolvimento até mesmo de atividades simples do cotidiano:

O1: “As dificuldade é de, assim, tem muita coisa que você não pode fazer, como que antigamente eu me ajoelhava, ficava de coque, eu não fico mais, não agüento”.

O2: “Aí quando eu vou subir uma ladeira eu quero subi correndo, aí eu não agüento, começa a me dar falta de ar, aí, o cansaço (...)”.

O7: “ (...) to tendo dificuldade para poder pegar meu neto no colo (...)”.

Segundo Zottis e Labronici¹⁴, para realizar tais atividades com mais facilidade, ter melhor qualidade de vida e recuperar a auto-estima, a perda de peso é essencial.

Conforme os resultados e a discussão apresentada em relação ao obeso, observa-se

que muitos aspectos podem interferir no tratamento e na sua qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, nota-se que as percepções mais relevantes encontradas nas falas dos profissionais evidenciam o obeso como uma pessoa doente, com uma baixa auto-estima, e que sua realidade sócio-econômica e cultural favorece o desenvolvimento da obesidade. Além disso, acreditam que o tratamento é simples, podendo ser realizado na UBS, dependendo principalmente da força de vontade do usuário, embora percebam que o mesmo busca tratamento rápido e milagroso.

As percepções dos obesos demonstram que o ato de comer é simbolizado como um alívio para as tensões por eles vividas, e que se percebem como diferentes, inconformados com sua aparência física e excluídos socialmente. Por fim, vêem-se como pessoas com dificuldades e limitações em seu dia-a-dia.

Entretanto, foram mostradas percepções em ambos os grupos de que o obeso é infeliz, sofre preconceitos sociais e que o apoio familiar é fundamental para o sucesso do tratamento.

Acredita-se que as percepções citadas acima podem influenciar positiva ou negativamente no tratamento da obesidade, que deve envolver ações inter e multidisciplinares, com abordagens que incluam além da farmacologia, a dietoterapia, a atividade física, a psicoterapia, intervenções cirúrgicas, entre outras.

Contudo, não foi observada, na fala dos obesos, a inclusão de outras categorias não médicas, havendo uma maior procura por endocrinologistas e por tratamento medicamentoso. Acredita-se que isso ocorre porque a população ainda está acostumada com o modelo de atendimento medicocêntrico. A falta de informações a respeito da doença e do reconhecimento da necessidade de envolvimento de outros profissionais no tratamento reforça esse pensamento equivocado.

Apesar disso, como já mencionado, os profissionais acreditam que a obesidade pode ser tratada na UBS. Porém, foi observado em suas falas que as ações ainda estão restritas e redu-

zidas, necessitando de ampliação. Somando-se a isso, ainda é escasso o número de profissionais como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros para o acompanhamento da obesidade na atenção primária. E ainda as referências e contra-referências são precárias, dificultando os encaminhamentos realizados e o acompanhamento.

Um outro fator para o sucesso do tratamento é a necessidade da construção de vínculo, não apenas com o obeso, mas também com a sua família, já que ela é importante para adesão e apoio no tratamento. Além do vínculo com a família, a aproximação do profissional às condições sócio-econômicas e culturais do paciente facilita a adesão às orientações e condutas dos profissionais. Como visto no estudo, algumas dificuldades referidas pelos obesos demonstraram a falta de conhecimento da realidade por parte dos profissionais, com conseqüente prejuízo no tratamento.

Isso mostra a importância de o foco do tratamento não estar somente relacionado à perda

de peso, e sim a questões pessoais e familiares que possam impedir que o obeso inicie e dê continuidade ao tratamento²⁹.

Por outro lado, percebeu-se a importância de se considerar os aspectos psicológicos e emocionais, tais como depressão e ansiedade, pois a atenção dos profissionais a esses aspectos pode influenciar na melhora ou não da qualidade de vida dos obesos.

Sabendo que a obesidade é uma doença multifatorial, envolvendo mais que aspectos fisiológicos, faz-se necessária uma mudança de concepções por parte do paciente obeso, assim como uma nova abordagem dos profissionais da saúde, considerando os diversos fatores relacionados ao cuidado da obesidade. Portanto, este estudo é de grande relevância, uma vez que evidenciou que as percepções sobre o obeso podem contribuir para o sucesso do tratamento.

Enfim, acredita-se que este trabalho possa oferecer contribuição àqueles que, dentro da ESF, pretendam atender o obeso em sua integralidade, além de oferecer subsídios para posteriores trabalhos.

Abstract: The aim of the present work is to analyze, in a Health Center, the health professional's perception in relation to the obese patient, and the obese patient's perception about him/herself. This is a qualitative and descriptive study which uses the content analysis technique according to Bardin in a sample of 19 individuals. The data collection was carried out with two groups, health professionals and obese patients, using the projective methods after having them choosing pictures from magazines. For results presentation and discussion, categories were established based on the differences and similarities between the individuals' opinions. The established categories were the following: obesity related to non-acceptance and low self-esteem; social perception of the obese; the obese individuals' will power to lose weight; discrimination and prejudice against the obese; obesity treatment; and how obesity interferes in daily activities. It was concluded that the health professionals see the obese individual as a sick person with low self-esteem. The obese patients' perceptions show that the act of eating is a relief to their tensions. They see themselves as different, they do not accept their body shape and are socially rejected. Finally, they see themselves as people with difficulties and limitations in their daily activities.

Keywords: Obesity. Perception. Family Health Program. Primary Health Care.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família, Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Ades L, Kerbauy RR. Obesidade: realidades e indagações. *Psicol. USP* 2002; 13(1): 197-216.
3. Mancini MC. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001; 45(6): 584-608.
4. Spink MJ. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo do saber. In: Campos FCB, organizador. *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec; 1992. p. 11-23.
5. Carvalho MC, Martins AA. Obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-

- conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 1003-12.
6. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2002; 6(10): 63-74.
 7. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. 2003. [Acesso em 28 junho 2006]. Disponível em: www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf.
 8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. 2004. [Acesso em 06 dezembro 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/pof2002analise.pdf>.
 9. Ferriani MGC, Dias TS, Silva KZ, Martins CS. Auto imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2005; 5(1): 27-33.
 10. Frank LK. *Projective Methods*. 1939.
 11. Anzieu D. *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro (RJ): Campos; 1984.
 12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70; 2002.
 13. KEMP VH, PAGE C. Maternal self-esteem and prenatal attachment in high-risk pregnancy. *Matern Child Nurs Journal* 1987; 16(3): 195-206.
 14. Zottis C, Labronici LM. O corpo obeso e a percepção de si. *Cogitare enferm.* 2002; 7(2): 21-29.
 15. Almeida GAN, Santos JE, Pasian SR, Loureiro SR. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo* 2005; 10(1): 27-35.
 16. Cataneo C, Carvalho AMP, Galindo EMC. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e crítica* 2005; 18(1): 39-46.
 17. Vasques F, Martins FC, Azevedo AP. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev. Psiq. Clín.* 2004; 31(4): 195-98.
 18. Fonseca JGM, Silva MKS, Félix DS. Obesidade: uma visão geral. In: Fonseca JGM. Editor. *Obesidade e outros distúrbios alimentares*. Rio de Janeiro: Medsi 2001; 1/2(A): 257-78.
 19. Ferreira VA, Magalhães, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6):1792-800.
 20. Paula ID. Obesidade: abordagem clínica. *Rev. Bras. Hipertens.* 2005; 12(4): 269-71.
 21. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 4(3): 68-72.
 22. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(3):647-54.
 23. Monteiro RCA, Riether PTA, Burini RC. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. *Rev. Nutr.* 2004; 17(4): 479-89.
 24. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. Brasília; 2006. *Cadernos de Atenção Básica* 12, Série A. Normas e Manuais Técnicos.
 25. Cavalcanti APR, Dias MC, Costa MJC. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia* 2005; 10(1): 121-9.
 26. Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(1): 246-55.
 27. Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Vieira P, Lancha Júnior AHL. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev. Nutr., Campinas* 2000; 13(1): 17-28.
 28. Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia: reflexão e crítica* 2002; 15(2): 283-92.
 29. Burd M. Obesidade e Família. In: Mello Filho J, Burd M, organizadores. *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004; 299-310.

Recebido em: 14/02/2007

Modificado em: 30/05/2007

Aprovado em: 10/06/2007