

Influências Psicossociais e Econômicas no Acesso à Cirurgia Bariátrica na Rede Pública de Saúde

Psychosocial and Economic Influences on Access to Bariatric Surgery in the Public Health System

Influencias Psicossociales y Económicas en el Acceso a la Cirugía Bariátrica en la Red Pública de Salud

RESUMO

Objetivo: Analisar como os determinantes sociais, econômicos e psicológicos influenciam o acesso à cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Manaus-AM. **Método:** Estudo qualitativo de caráter descritivo, com base em revisão narrativa da literatura e observação participante realizada em unidade básica de saúde e ambulatório especializado no período de maio a julho de 2025, correlacionando dados teóricos e práticos, obtidos nas visitas e diálogos com os profissionais de saúde de cada estabelecimento abarcado pelo estudo. **Resultado:** Verificou-se que fatores como baixa renda, escolaridade limitada, dificuldades de deslocamento, estigma da obesidade e falta de preparo técnico das equipes impactam negativamente a adesão ao tratamento e a continuidade do cuidado. A ausência de ações educativas e falhas na articulação entre níveis de atenção agravam o cenário. **Conclusão:** A obesidade é agravada por barreiras estruturais e psicossociais. A superação dessas limitações demanda políticas públicas integradas, educação em saúde e fortalecimento dos diversos níveis de atenção à saúde. **DESCRIPTORIOS:** Obesidade; Cirurgia bariátrica; Sistema Único de Saúde; Determinantes sociais da saúde; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze how social, economic, and psychological determinants influence access to bariatric surgery in the Brazilian Unified Health System (SUS) in the city of Manaus-AM. **Method:** A qualitative descriptive study based on a narrative literature review and participant observation conducted in a primary healthcare unit and a specialized outpatient clinic, correlating theoretical and practical data. **Results:** Factors such as low income, limited education, transportation difficulties, obesity-related stigma, and lack of professional training negatively impact treatment adherence and continuity of care. The absence of educational actions and gaps in coordination among levels of care worsen the situation. **Conclusion:** Obesity is aggravated by structural and psychosocial barriers. Overcoming these limitations requires integrated public policies, health education, and strengthening of primary care.

DESCRIPTORS: Obesity; Bariatric surgery; Unified Health System; Social determinants of health; Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar cómo los determinantes sociales, económicos y psicológicos influyen en el acceso a la cirugía bariátrica en el Sistema Único de Salud (SUS) en la ciudad de Manaus-AM. **Método:** Estudio cualitativo descriptivo, basado en revisión narrativa de la literatura y observación participante en una unidad de atención primaria y un ambulatorio especializado, correlacionando datos teóricos y prácticos. **Resultados:** Factores como baja renta, educación limitada, dificultades de transporte, estigmatización relacionada con la obesidad y falta de capacitación profesional impactan negativamente en la adherencia al tratamiento y en la continuidad del cuidado. La ausencia de acciones educativas y fallas en la articulación entre niveles asistenciales agravan el cuadro. **Conclusión:** La obesidad se ve agravada por barreras estructurales y psicossociales. Superar estas limitaciones requiere políticas públicas integradas, educación en salud y fortalecimiento de la atención primaria.

DESCRIPTORIOS: Obesidad; Cirugía bariátrica; Sistema Único de Salud; determinantes sociales de la salud; Atención primaria de salud.

RECEBIDO EM: 16/10/2025 APROVADO EM: 04/11/2025

Como citar este artigo: Santos CRR, Costa ACM, Dantas JCN, Mota IA, Coelho ABM, Herculano ILQ, Fernandes LVS, Reis TSCR, Perez JEM, Maciel LHG, Martins FM, Evaristo JSG, Souza CSM. Influências Psicossociais e Econômicas no Acesso à Cirurgia Bariátrica na Rede Pública de Saúde. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];17(104):19084-19099. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v17i104p19084-19099

ID **Caio Rodrigo Reis dos Santos**
Graduando em medicina. Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5257-7140>

ID **Ana Carolina Marques da Costa**
Graduanda em medicina. Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0449-7079>

ID **Júlio César Neves Dantas**
Graduando em medicina. Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8617-3240>

ID **Iane de Araújo Mota**
Graduanda em medicina. Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2398-4591>

ID **Ana Beatriz Mendes Coelho**
Graduanda em medicina. Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4542-9479>

ID **Isadora Lúcia Queiroz Herculano**
Graduanda em medicina. Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4901-9374>

ID **Luana Victoria dos Santos Fernandes**
Graduanda em medicina. Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2928-5256>

ID **Thierry Sander Coelho dos Reis**
Graduando em medicina. Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2958-2732>

ID **Julia Evan Mendes Perez**
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7064-1272>

ID **Luiz Henrique Gonçalves Maciel**
Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas, Universidade do Estado do Amazonas. Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1625-8255>

ID **Fabiana Mânica Martins**
Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4440-2680>

ID **Jucyette da Silva Gomes Evaristo**
Mestra em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amazonas. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6935-9652>

ID **Celsa da Silva Moura Souza**
Doutora em Saúde Baseada em Evidência, Universidade Federal de São Paulo. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1669-1462>

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, capaz de comprometer a saúde e aumentar o risco de doenças crônicas^{1,3}.

Trata-se de uma condição multifatorial, influenciada por determinantes genéticos, comportamentais, socioeconômicos e ambientais, o que torna seu manejo clínico e preventivo especialmente desafiador^{3,4}. Desde 1975, sua prevalência global triplicou, alcançando mais de 650 milhões de adultos, configurando-

-se como uma epidemia de grande impacto na saúde pública^{2,4}. É considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, dislipidemias, apneia do sono e certos tipos de câncer^{1,2}.

No Brasil, o crescimento da obesidade tem sido expressivo. Mais da metade

da população adulta apresenta excesso de peso, e aproximadamente 20% já são classificados como obesos^{3,4}. Entre 2006 e 2019, a prevalência da obesidade praticamente dobrou, afetando de forma desproporcional mulheres, pessoas negras e populações de baixa renda⁴. O aumento também é relevante entre crianças e adolescentes, contribuindo para a ampliação da carga de doenças crônicas e elevando os custos assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^{4,5}.

A atenção à obesidade no SUS está organizada em três níveis. A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelo rastreamento, prevenção e abordagem inicial dos casos, com ações educativas, nutricionais e de incentivo à atividade física⁵. Casos com maior complexidade clínica são encaminhados aos níveis secundário e terciário, onde pode ser indicada a cirurgia bariátrica, conforme critérios estabelecidos em portarias ministeriais⁶. Entretanto, a oferta de cirurgias ainda é limitada e concentrada em determinadas regiões: em 2018, cinco estados brasileiros, incluindo o Amazonas, não possuíam centros habilitados pelo SUS para a realização do procedimento⁷. Essa disparidade territorial compromete o acesso da população amazônica ao tratamento cirúrgico da obesidade e reforça desigualdades históricas em saúde⁷. Embora existam diretrizes assistenciais e tecnologias eficazes para o manejo da obesidade, as taxas de abandono do tratamento clínico permanecem elevadas, variando entre 40% e 50% dos pacientes^{8,9}. Entre os que buscam a cirurgia bariátrica, o percurso é marcado por barreiras institucionais, exigências técnicas rigorosas e obstáculos socioeconômicos que dificultam o acesso efetivo, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade^{3,7}.

Neste contexto, este estudo propõe analisar de que forma fatores sociais, econômicos e psicológicos interferem no acesso à cirurgia bariátrica na rede pública de saúde, com foco na região amazônica. Trata-se de um território

marcado por grandes distâncias geográficas, fragilidades na infraestrutura de saúde e barreiras de acesso que amplificam os efeitos dos determinantes sociais da saúde. Compreender esses entraves é essencial para subsidiar políticas públicas e estratégias de cuidado que promovam maior equidade e melhores desfechos em saúde para pessoas com obesidade na Amazônia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, estruturado na forma de relato de experiência, desenvolvido no contexto da disciplina de Saúde Coletiva II do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.

As atividades foram realizadas entre maio de 2025 e julho de 2025, com visitas técnicas e participação em palestras em instituições de saúde dos três níveis de atenção: primária, secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade). Os locais incluíram a Unidade Básica de Saúde Japiim, o projeto PET-Saúde Equidelas, o Distrito de Saúde Sul, o CONSEA, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e o Ambulatório Araújo Lima.

Durante as visitas, os dados foram coletados aplicando-se um questionário semiestruturado elaborado pelos autores, contendo questões abertas e fechadas baseadas na pergunta norteadora do estudo: *“Como os aspectos sociais, econômicos e psicológicos influenciam o acesso à cirurgia bariátrica na rede pública de saúde na Amazônia?”*. A pesquisa não necessitou de comitê de ética em função da metodologia de relato de experiência e pelo caráter eminentemente impessoal das perguntas realizadas, que abordaram de forma integrada, aspectos relacionados à organização dos serviços e à estrutura física das unidades visitadas; ao funcionamento das equipes multiprofissionais e fluxos de encaminhamento para atendimento especializado; às principais barreiras socioeconômicas enfrentadas pelos usuários na adesão ao

tratamento da obesidade; aos impactos de fatores emocionais e psicológicos no percurso terapêutico; e à percepção dos profissionais quanto à efetividade da linha de cuidado da obesidade e à integralidade da atenção.

As perguntas foram direcionadas aos profissionais de saúde presentes nos locais visitados — incluindo médicos, nutricionistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde —, sendo realizadas de forma oral. As respostas foram registradas por escrito em diário de campo e, quando autorizado pelos participantes, também gravadas em áudio para posterior transcrição e análise. Os dados obtidos foram examinados por meio de análise qualitativa, pautada na Nota Técnica nº 008/2024 – NUDRON/GECC/DAP/SUBGS/SEMSA, que organiza o manejo do paciente com obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com enfoque na análise temática de conteúdo, buscando identificar recorrências, divergências e padrões discursivos sobre os determinantes sociais da saúde e o acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade.

RESULTADOS

Entre maio de 2025 e julho de 2025, foram realizadas visitas técnicas e participações em palestras com o objetivo de observar o cuidado em saúde no contexto da obesidade. As atividades buscaram compreender como a Atenção Primária funciona como porta de entrada para pacientes com obesidade, identificar barreiras no acesso à atenção especializada e analisar a influência dos determinantes sociais sobre a adesão ao tratamento e à efetividade dos serviços ofertados. Observou-se que a fragilidade estrutural da rede, somada à desarticulação entre os níveis de atenção e à ausência de suporte psicossocial adequado, compromete diretamente a adesão ao tratamento clínico e à cirurgia bariátrica como desfecho terapêutico.

Os achados revelam que longos tempos de espera, ausência de exames

laboratoriais e limitação de encaminhamentos especializados dificultam a continuidade do cuidado. Questões emocionais, condição socioeconômica

e barreiras geográficas também desestimulam a permanência do paciente na linha de cuidado. Os quadros a seguir apresentam uma síntese, respectivamente,

das atividades desenvolvidas em cada visita e uma comparação entre o que preconiza as diretrizes institucionais e o que foi observado em campo:

Quadro 1. Resumo das visitas e palestras realizadas, com local, data, metodologia utilizada e objetivos de cada atividade.

Local da visita/palestra	Data	Metodologia Utilizada	Objetivo
1. UBS Japiim	21/05/2024	Visita com roteiro de perguntas aos profissionais	Observar o manejo da obesidade na APS e o papel da equipe multiprofissional
2. PET-Saúde (Equidelas)	14/05/2025	Participação em seminário temático	Analisar barreiras geográficas e sociais no acesso à saúde
3. Distrito de Saúde Sul	23/05/2025	Visita institucional com palestras	Buscar dados sobre ações territoriais relacionadas à obesidade
4. CONSEA	11/06/2025	Palestra em sala sobre Segurança Alimentar e Nutricional	Relacionar SAN com estratégias preventivas de obesidade
5. SEMSA (com ACS)	18/06/2024	Palestra com agentes comunitários de saúde	Compreender o fluxo assistencial e os desafios da rede municipal
6. Ambulatório Araújo Lima	02/07/2025	Observação de atendimentos em Estomaterapia	Analisar aspectos socioeconômicos e estruturais no tratamento de feridas e possíveis vínculos com obesidade

Fonte: Autoria Própria.

Quadro 2. Perspectivas e Resultados da Visita Observacional

Perspectiva Teórica (Diretrizes)	Resultado Observado (Visitas Técnicas)
APS estruturada com triagem, plano terapêutico e equipe multiprofissional.	APS sem exames laboratoriais, com farmácia restrita e sem grupos educativos.
Encaminhamentos especializados com fluxos definidos e ágeis.	Espera prolongada via SISREG; pacientes desistem do processo.
Oferta de grupos educativos e acompanhamento nutricional sistematizado.	Não há grupos estruturados; acompanhamento nutricional limitado.
Suporte psicossocial garantido em todos os níveis de atenção.	Inexistência de assistência psicológica contínua.
Consideração dos DSS no plano terapêutico.	DSS reconhecidos, mas pouco incorporados à prática clínica.
Rede articulada para preparação e realização da cirurgia bariátrica.	Centros habilitados inexistentes na região até 2018; preparação fragmentada.

Fonte: Autoria Própria.

Essa análise evidencia que, embora existam protocolos normativos para o manejo da obesidade, a aplicação efetiva desses fluxos ainda é comprometida por falhas estruturais, logísticas e assistenciais. A adesão à cirurgia bariátrica depende de um percurso assistencial longo e complexo, que, na prática, é interrompido por limitações da rede e pela ausência de apoio integral ao paciente com obesidade.

I. Unidade Básica de Saúde Japiim

A visita realizada em 21 de maio de 2025 à UBS Japiim teve como foco a análise prática da linha de cuidado da obesidade no nível primário. A profissional responsável pelas explicações e acompanhamento foi uma enfermeira e uma nutricionista que trabalham no local. Elas contribuíram com as seguintes informações: a triagem ocorre a partir da escuta qualificada, com pesagem, aferição de altura e encaminhamento ao clínico geral. O atendimento médico inclui anamnese, solicitação de exames laboratoriais (inativos na unidade)

e, quando necessário, encaminhamento via SISREG para nutricionista, geralmente em outra unidade. Encaminhamentos diretos a endocrinologistas são inviáveis, com espera média de seis meses a um ano e meio. A unidade conta com equipe multiprofissional (e-Multi), com fisioterapeuta e educador físico acionados em situações específicas. Como estratégia complementar, o médico pode indicar o uso de espaços comunitários para atividade física. Relatos da nutricionista indicam que a adesão ao tratamento depende mais da disposição

emocional do paciente do que de fatores econômicos. Pacientes com maior comprometimento pessoal apresentam melhores desfechos.

Não há oferta de grupos educativos voltados à obesidade. O acompanhamento nutricional existe, mas sem dados sistematizados sobre sua efetividade. A ausência de exames, a limitação da farmácia e a dificuldade de acesso a especialistas comprometem o cuidado integral. Também não foram identificadas ações de educação permanente voltadas à obesidade entre os profissionais da unidade.

II. PET-Saúde Equidelas

O seminário realizado em 14 de maio de 2025 destacou como os determinantes sociais afetam o acesso a serviços básicos de saúde, por meio de palestras apresentadas por estudantes do curso de psicologia. Foram feitos relatos de comunidades com escassez de profissionais, dependência exclusiva dos agentes comunitários e baixa adesão à tele saúde foram apresentados. Em locais distantes, a viabilidade de acesso aos serviços depende de condições econômicas ou da evolução do quadro clínico. A atividade reforçou a influência dos fatores geográficos e sociais na efetividade do cuidado em saúde.

III. Distrito de Saúde Sul

Durante a visita institucional, não foi possível obter informações específicas sobre a linha de cuidado da obesidade, pois os dados foram atribuídos a outro setor não presente na ocasião.

IV. CONSEA

A palestra do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), conduzida por duas nutricionistas, foi realizada em 11 de junho de 2025, tratou da articulação entre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e prevenção da obesidade. A SAN foi apresentada como direito humano e como base para a formulação de políticas públicas que promovem alimentação adequada e saudável. A atuação do

CONSEA busca integrar ações interseoriais para garantir acesso a alimentos de qualidade e ambientes promotores de saúde. O conteúdo abordado evidenciou a relevância da SAN na promoção da saúde e na redução das desigualdades associadas à obesidade.

V. SEMSA

A palestra ocorrida em 18 de junho de 2025, promovida por dois agentes comunitários da SEMSA, tratou do fluxo assistencial para pacientes com obesidade no SUS. Foram discutidas práticas adotadas pelas equipes de saúde da família, dificuldades no acesso a especialidades e limitações no cuidado das alterações endócrinas associadas à obesidade. A escassez de endocrinologistas, barreiras geográficas e transporte precário dificultam o seguimento terapêutico, especialmente entre populações vulneráveis.

Também foi destacada a fragilidade na assistência psicológica, ainda limitada nas UBS. A capacitação dos profissionais ocorre pontualmente e não contempla, de forma sistematizada, temas como obesidade e determinantes sociais. A Nota Técnica nº 008/2024 orienta o atendimento com base no IMC, mas as ações permanecem insuficientes diante da sobrecarga da rede. A ausência de centros habilitados no Amazonas até 2018 reflete desigualdade territorial. A preparação pré-operatória ideal permanece restrita e pouco acessível.

VI. Ambulatório Araújo Lima

A visita técnica realizada em 2 de julho de 2025 no Ambulatório Araújo Lima teve como foco a observação do cuidado em estomaterapia. Os casos acompanhados, conduzidos por uma enfermeira que trabalha no local, não estavam relacionados à cirurgia bariátrica, mas permitiram observar a influência de fatores socioeconômicos na adesão ao tratamento. Um dos pacientes relatou que sua capacidade de manter o seguimento clínico estava diretamente relacionada à carga de trabalho. Outro

paciente, com ferida cirúrgica complexa, realizava parte dos cuidados em UBS e parte no ambulatório, revelando falhas na integração da rede. A enfermeira responsável destacou a ausência de pacientes bariátricos no SUS naquela unidade. O acompanhamento de casos no setor privado inclui suporte remoto e curativos especializados, recursos ainda não acessíveis amplamente no serviço público.

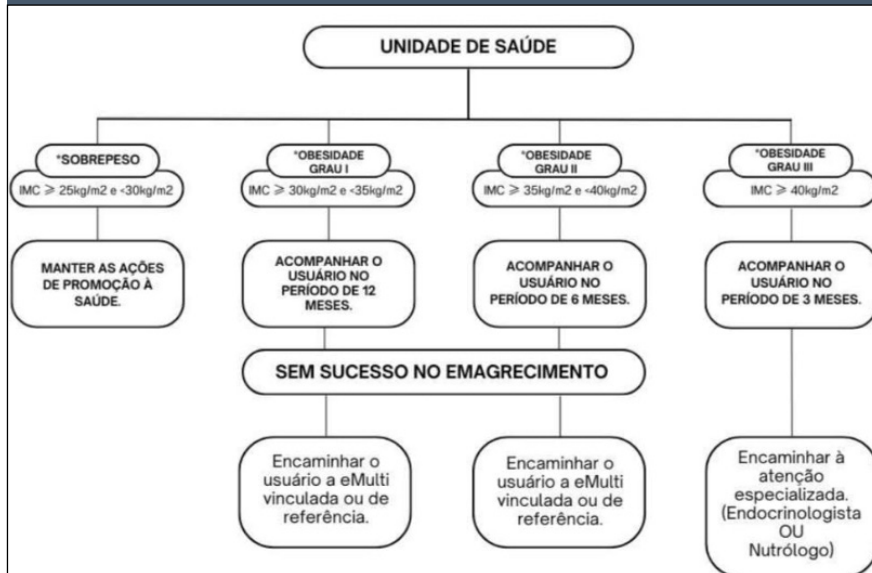
DISCUSSÃO

Para a discussão dos achados, utilizou-se como principal referencial a Nota Técnica nº 008/2024 – NUDRON/GECC/DAP/SUBGS/SEMSA, que organiza o manejo do paciente com obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o grau de obesidade identificado¹³. Essa regulamentação está representada no Fluxograma 1, que estrutura o atendimento ao usuário adulto com sobrepeso e obesidade nas diferentes etapas da linha de cuidado.

A cirurgia bariátrica é um procedimento de alta complexidade reservado para casos graves de obesidade, após tentativa de abordagem clínica e avaliação multiprofissional rigorosa. Essa complexidade envolve não apenas aspectos fisiológicos, mas também sociais e psicológicos, exigindo articulação entre diversos níveis de atenção à saúde. Os dados deste estudo evidenciaram que a efetividade da linha de cuidado está comprometida por fatores estruturais da rede de atenção, limitações no acesso a especialistas e ausência de suporte contínuo ao paciente.

Um dos principais elementos que impactam o acesso ao cuidado e à adesão ao tratamento cirúrgico são os determinantes sociais da saúde (DSS), especialmente as condições socioeconômicas e psicológicas. Baez et al. destacam que tais determinantes não apenas influenciam a prevalência da obesidade, como também interferem no prognóstico e no seguimento terapêutico dos pacientes¹.

Fluxograma 1. atendimentos de usuários adultos com sobrepeso e obesidade.



Fonte: MANAUS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Nota Técnica nº 008/2024 – NUDRON/GECC/DAP/SUBGS/SEMSA: Processo de trabalho das unidades de saúde no atendimento ao usuário com alteração do IMC.* Manaus: SEMSA, 24 maio de 2024.

I. Condição Socioeconômica

A literatura mostra que renda, moradia e escolaridade afetam diretamente o risco de desenvolvimento de obesidade. Em países de alta renda, pessoas em situação de vulnerabilidade apresentam maiores taxas de obesidade ao passo que em países de baixa renda a obesidade pode coexistir com desnutrição, especialmente em áreas onde há insegurança alimentar⁵⁻¹⁰. A escolaridade influencia a formação de hábitos saudáveis com indivíduos com menor nível de instrução apresentando maior prevalência de sobrepeso e obesidade^{3,4}. Fatores ambientais como ausência de espaços públicos seguros para atividade física e altos índices de violência contribuem para o sedentarismo – especialmente em contextos urbanos periféricos¹⁰⁻⁶. Esses fatores também afetam o acesso aos serviços públicos de saúde, fundamentalmente aos de maior complexidade como a cirurgia bariátrica^{5-10,8}. A instabilidade financeira e o baixo poder aquisitivo se associam a

dificuldades de adesão, abandono de tratamento e insegurança alimentar, como já evidenciado na literatura⁹. Em Manaus, dados do HIPERDIA revelam uma prevalência elevada de obesidade (27%) e sobrepeso (65,2%)²⁰. Ao mesmo tempo, os serviços da Atenção Primária permanecem insuficientemente estruturados para atender à crescente demanda com escassez de exames laboratoriais, profissionais especialistas e ações educativas regulares⁵⁻⁶. Essa discrepância entre demanda e capacidade instalada compromete a efetividade do cuidado.

II. Condição Psicológica

Fatores psicológicos também impactam a adesão ao tratamento, mesmo quando as condições socioeconômicas são minimamente adequadas. O estresse crônico, a ansiedade e experiências adversas na infância estão associados à obesidade – por meio de mecanismos de regulação emocional e da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que favorece o consumo alimentar desregulado e a compulsão alimentar⁹. A solidão, discriminação e estigmatização social também dificultam o engajamento em práticas de autocuidado

– afetando negativamente o sucesso do tratamento e a manutenção dos resultados da cirurgia bariátrica^{3,9-16}. A literatura recomenda abordagens integradas que considerem aspectos emocionais e sociais como parte do plano terapêutico. No entanto – observou-se que a assistência psicológica está ausente ou fragmentada nas unidades visitadas. Profissionais relataram dificuldade em acompanhar pacientes com sofrimento psíquico, o que indica a necessidade de ampliação das equipes multiprofissionais.

III. Retroalimentação entre DSSs e Obesidade

A obesidade pode tanto ser causada por determinantes sociais quanto agravá-los, configurando uma retroalimentação positiva. As barreiras de acesso aos serviços de saúde – aliadas à exclusão social – reforçam ciclos de vulnerabilidade e dificultam a reversão do quadro clínico. A literatura sugere que estratégias educativas podem atenuar esses ciclos, promovendo empoderamento e combate à gordofobia institucionalizada⁹⁻¹⁶. No campo, identificou-se ausência de ações educativas voltadas aos usuários e de formação continuada para os profissionais. Tais lacunas dificultam o desenvolvimento de abordagens humanizadas e técnicas – e reforçam práticas inadequadas. A educação permanente é apontada como estratégia essencial para qualificar o cuidado e reduzir preconceitos que impactam negativamente a adesão ao tratamento.

IV. Comparações Práticas com a Literatura

A comparação entre a teoria e a realidade observada demonstrou discrepâncias importantes. O tempo de espera para encaminhamento especializado foi relatado como superior a seis meses – contrariando as recomendações da Nota Técnica nº 008/2024 – que propõe acompanhamentos trimestrais⁶⁻¹⁸. Essa morosidade compromete a conti-

Santos CRR, Costa ACM, Dantas JCN, Mota IA, Coelho ABM, Herculanio ILQ, Fernandes LVS, Reis TSCR, Perez JEM, Maciel LHG, Martins FM, Evaristo JSG, Souza CSM. Influências Psicossociais e Econômicas no Acesso à Cirurgia Bariátrica na Rede Pública de Saúde

O estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, as visitas técnicas foram restritas a um número limitado de unidades e instituições, o que pode comprometer a generalização dos achados. Além disso, não foi possível obter dados específicos sobre o fluxo da linha de cuidado para obesidade no Distrito de Saúde Sul, o que reduziu o escopo da análise territorial. Outro ponto a destacar é que o levantamento qualitativo não abarcou diretamente a percepção dos usuários – limitando-se à observação institucional e entrevistas com profissionais. Apesar dessas limitações, os dados obtidos permitem identificar barreiras recorrentes e apontar direções para o aprimoramento da rede de atenção à obesidade. A triangulação com a literatura reforça a validade dos achados e indica a necessidade de políticas públicas que promovam integração, formação continuada e maior equidade na oferta de serviços.

```

graph TD
    A([APS]) --> B[Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade; avaliação do estado nutricional]
    B -.-> C{Identificação das pessoas com sobrepeso e obesidade?}
    C -- não --> D[IMC ≤ 25 Kg/m²]
    C -- sim --> E[IMC 25 a 39,99 Kg/m²]
    C -- sim --> F[IMC ≥ 35 kg/m² com comorbidades descompensadas ou IMC ≥ 40 Kg/m²]
    D --> G[Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade; oferta de grupos sobre promoção de alimentação adequada e saudável; e prática de atividade física]
    E --> H([APS])
    F --> I([AE])
    H --> J{Regulação}
    I --> J
    J --> K[Abordagem inicial, estratégias de sensibilização e avaliação de comorbidades, estratificação de risco e encaminhamento para AE se necessário]
    J --> L[Ações de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade; acompanhamento longitudinal, integral, multiprofissional, com abordagens individuais, coletivas e transversais]
    J --> M[Encaminhamento para AE se esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS]
    J --> N[Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos; exames complementares ao diagnóstico e tratamento e transporte sanitário]
    J --> O[AE - Ambulatorial Especializado: acompanhamento longitudinal multiprofissional, com abordagens individuais, coletivas e transversais, incluindo tratamento de comorbidades, encaminhamento para tratamento cirúrgico; acompanhamento pré e pós intervenção cirúrgica, -]
    J --> P[AE - Atenção Hospitalar: tratamento cirúrgico e acompanhamento pré e pós intervenção]
    J --> Q[AE - Atenção de urgência e emergência pré e pós intervenção cirúrgica]
  
```

Abordagens transversais: suporte psicológico, prática de atividade física, PICS, ações intersetoriais para promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade

Legendas:

- * APS: Atenção Primária à Saúde
- * AE: Componente Atenção Especializada
- * Abordagens individuais: acompanhamento individual com equipe multiprofissional
- * Abordagens coletivas: atividades em grupo para manejo da condição de obesidade
- * Abordagens transversais: atividades a serem realizadas simultaneamente durante todo o tratamento e acompanhamento (atividade física, suporte psicológico, atividades intersetoriais, práticas integrativas e complementares - PICS)

Esse estudo evidenciou que os fatores psicossociais e econômicos exercem impacto significativo no acesso à cirurgia bariátrica e ao serviço de saúde de maneira geral. Tanto que, ao longo das visitas, foi possível observar que eles influenciam negativamente a adesão e o prognóstico do paciente, bem como, a qualidade dos serviços oferecidos, de modo a gerar desvios significativos entre as diretrizes normativas

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2026v17i104p19084-19099>
 Todo o conteúdo desse periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4ª ed. São Paulo: ABESO; 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
4. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Mapa da obesidade 2021. São Paulo: ABE-SO; 2021.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine os critérios e os parâmetros para a realização de cirurgia bariátrica no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2013 mar 20; Seção 1.
7. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Censo 2019: dados nacionais sobre cirurgia bariátrica. São Paulo: SBCBM; 2019.
8. Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Linha de cuidado da obesidade: protocolo clínico da SES/DF. Brasília: SES-DF; 2021.
9. Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M. Disrupted eating behaviors and psychological symptoms in individuals seeking obesity treatment: the role of emotional regulation. *Eat. Behav.* 2019;33:23-30.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 40).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Jun 27]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: alimentação saudável e prevenção da obesidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Jun 27]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_alimentacao_saudavel.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade de Brasília. Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Jun 27]. (Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira; v. 1). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2025 Jun 27]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo para a metodologia de trabalho em alimentação e nutrição na atenção básica em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2025 Jun 27]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao.pdf
16. Brasil. Ministério da Saúde. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2025 Jun 27]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2025 Jun 27]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. 1ª ed., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2025 Jun 27]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
20. Manaus (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Programa HIPERDIA: Núcleo de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Circulatórias e Diabetes. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde; 2024.
21. Manaus (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica nº 008/2024 – NUDRON/GECC/DAP/SUBGS/SEMSA: Processo de trabalho das unidades de saúde no atendimento ao usuário com alteração do IMC. Manaus: SEMSA; 2024 maio 24.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento terapêutico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [s.d.] [cited 2025 Jul 4]. Available from: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/>