



ORGANIZAÇÃO

Eduarda Cesse

Ana Coelho

Marcela Abreu

**ABORDAGENS E
PRÁTICAS SOBRE
O SOBREPESO
E A OBESIDADE
NO SUS**

ORGANIZAÇÃO

Eduarda Cesse

Ana Coelho

Marcela Abreu

**ABORDAGENS E
PRÁTICAS SOBRE
O SOBREPESO
E A OBESIDADE
NO SUS**

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE

Reitora: Profa. Dra. Maria do Socorro de Mendonça Cavalcanti

Vice-Reitor: Prof. José Roberto de Souza Cavalcanti

Conselho Editorial da Editora Universidade de Pernambuco – EDUPE

Membros Internos

Prof. Dr. Ademir Macedo do Nascimento

Prof. Dr. André Luis da Mota Vilela

Prof. Dr. Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos

Prof. Dr. Carlos André Silva de Moura

Profa. Dra. Danielle Christine Moura dos Santos

Profa. Dra. Emilia Rahnemay Kohlman Rabbani

Prof. Dr. José Jacinto dos Santos Filho

Profa. Dra. Márcia Rejane Oliveira Barros Carvalho Macedo

Profa. Dra. Maria Luciana de Almeida

Prof. Dr. Mário Ribeiro dos Santos

Prof. Dr. Rodrigo Cappato de Araújo

Profa. Dra. Rosângela Estevão Alves Falcão

Profa. Dra. Sandra Simone Moraes de Araújo

Profa. Dra. Silvânia Núbia Chagas

Profa. Dra. Sínara Mônica Vitalino de Almeida

Profa. Dra. Virgínia Pereira da Silva de Ávila

Prof. Dr. Waldemar Brandão Neto

Membros Externos

Profa. Dra. Ester Fraga Vilas-Bôas Carvalho do Nascimento - Universidade Tiradentes (Brasil)

Profa. Dra. Gabriela Alejandra Vasquez Leyton - Universidad Andres Bello (Chile)

Prof. Dr. Geovanni Gomes Cabral - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Brasil)

Prof. Dr. Gustavo Cunha de Araújo - Universidade Federal do Norte do Tocantins (Brasil)

Prof. Dr. José Zanca - Investigaciones Socio Históricas Regionales (Argentina)

Profa. Dra. Leticia Virginia Leidens - Universidade Federal Fluminense (Brasil)

Prof. Dr. Luciano Carlos Mendes de Freitas Filho - Instituto Federal da Bahia (Brasil)

Prof. Dr. Pedro Gil Frade Morouço - Instituto Politécnico de Leiria (Portugal)

Prof. Dr. Rosuel Lima-Pereira - Universidade da Guiana - França Ultramarina (Guiana Francesa)

Profa. Dra. Verónica Emilia Roldán - Università Niccolò Cusano (Itália)

Prof. Dr. Sérgio Filipe Ribeiro Pinto - Universidade Católica Portuguesa (Portugal)

Diretor Científico e Coordenador: Prof. Dr. Carlos André Silva de Moura

Secretário Executivo: Felipe Ramos da Paixão Pereira Rocha

Assistente Administrativo: Renan Cortez da Costa

Diagramador e designer: Eni Vieira

Foto de capa: Aliomar Pinheiro

Este livro foi submetido à avaliação do Conselho Editorial da Universidade de Pernambuco.



Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução deste livro, ou de seus capítulos, para fins comerciais.

A referência às ideias e trechos deste livro deverá ser necessariamente feita com atribuição de créditos aos autores e à EDUPE.

Esta obra ou os seus artigos expressam o ponto de vista dos autores e não a posição oficial da Editora da Universidade de Pernambuco – EDUPE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade de Pernambuco (UPE)

Núcleo de Gestão de Bibliotecas e Documentação (NBID)

Faculdade de Ciências Médicas (FCM)

Biblioteca Prof. Milton Lins (BPML)

Campus Saúde Santo Amaro

Alessandra Jácome de Santana CRB4/1847(Bibliotecária)

A154 Abordagens e práticas sobre o sobrepeso e a obesidade no SUS /
Organização de Eduarda Cesse; Ana Coelho; Marcela Abreu
[recurso eletrônico]. -- Recife : EDUPE, 2024.
238 p.: il.

Vários autores
Bibliografia

ISBN: 978-65-85651-77-6

1. Obesidade. 2. Gordofobia. 3. Sistema Único de Saúde
(Brasil). I. Título.

CDD: Ed. 23 -- 616.398

SUMÁRIO

ORGANIZADORAS	6
AUTORES	7
PREFÁCIO	15
APRESENTAÇÃO	18
DA ESCALA GLOBAL À REALIDADE LOCAL: A EPIDEMIA DE OBESIDADE NO MUNDO, BRASIL E PERNAMBUCO	25
LINHA DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NO BRASIL: O QUE PRECISA AVANÇAR?	45
GORDOFOBIA: BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA E CAMINHOS PARA SUPERAÇÃO	65
PERCEPÇÃO DO ACESSO À CIRURGIA BARIÁTRICA EM PERNAMBUCO PELOS USUÁRIOS COM OBESIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	87
ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO AO USUÁRIO COM SOBREPESO E OBESIDADE, PERNAMBUCO, BRASIL	111

A VISÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS NAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E DA OBESIDADE EM PERNAMBUCO	127
QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM OBESIDADE: EXPERIÊNCIA DO PROJETO ECOASUS-PE	149
FACILITADORES E BARREIRAS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÃO DE CONTROLE À OBESIDADE INFANTIL	167
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE: UMA EXPERIÊNCIA EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS	189
IMPACTOS ECONÔMICOS DA OBESIDADE NA ATUALIDADE: UM OLHAR SOBRE A INTER-RELAÇÃO ENTRE ECONOMIA E EXCESSO DE PESO	219

ORGANIZADORAS

EDUARDA ÂNGELA PESSOA CESSÉ

Odontóloga. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE. Coordenadora do LAM-Saúde/IAM/FIOCRUZ/PE.

E-mail: eduarda.cesse@fiocruz.br

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE

Nutricionista. Doutora em Ciências. Docente no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira IMIP.

E-mail: anacoelhoalbuquerque@gmail.com

MARCELA ALVES DE ABREU

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora Colaboradora do LAM-Saúde/IAM/Fiocruz-PE e do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: marcela.abreu@fiocruz.br

AUTORES

AGUYDA NAIARA DE LIMA PEREIRA BENTO

Cirurgiã-Dentista. Especialista em Saúde Coletiva (Residência Multiprofissional). Servidora da Prefeitura da Cidade do Recife.

E-mail: aguydanaiaara14@gmail.com

ALETHEIA SOARES SAMPAIO

Médica infectologista. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (Fiocruz/ PE).

E-mail: aletheia.sampaio@fiocruz.br

ANA CLÁUDIA FIGUEIRÓ

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora em Saúde Pública no Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE.

E-mail: ana.figueiro@fiocruz.br

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE

Nutricionista. Doutora em Ciências. Docente no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira IMIP.

E-mail: anacoelhoalbuquerque@gmail.com

ANNICK FONTBONNE

Médica. Doutora em Medicina, Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), à disposição do Institut de Recherche pour le Développement (IRD), França. E-mail: annickmfontbonne@gmail.com

CARLA CAROLINE SILVA DOS SANTOS

Nutricionista. Doutoranda em Saúde Pública. Nutricionista da Equipe Multiprofissional (eMulti) na APS de Recife - PE e consultora técnica da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição no Ministério da Saúde (CGAN/DEPPROS/SAPS/MS). E-mail: carlaline@gmail.com

CARLA RENATA DOS SANTOS MARQUES

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Atua no grupo de pesquisa Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, Laboratório de Situações Endêmicas Regionais, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz - LASER/ENSP/FIOCRUZ. E-mail: carla.renata.marques.1@gmail.com

CYBELLE ROLIM DE LIMA

Nutricionista. Doutora em Nutrição. Docente do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE). E-mail: cybelle.lima@ufpe.br

DENISE CAVALCANTE DE BARROS

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e coordenadora do Laboratório de Ensino em Pesquisa em Alimentação e Nutrição/ENSP/Fiocruz.

E-mail: barrosdc61@gmail.com

EDUARDA ÂNGELA PESSOA CESSÉ

Odontóloga. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE. Coordenadora do LAM-Saúde/IAM/FIOCRUZ/PE.

E-mail: eduarda.cesse@fiocruz.br

EMÍLIA CHAGAS COSTA

Nutricionista. Doutora em Nutrição. Docente do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV-UFPE).

E-mail: emilia.costa@ufpe.br

ESTEFANY KAROLAYNE DOS SANTOS MACHADO

Nutricionista. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

E-mail: estefany_karolayne@hotmail.com

GABRIELLA CARRILHO LINS DE ANDRADE

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Consultora Técnica da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, CGAN.

E-mail: andrade.gabriella@gmail.com

JÉSSICA MASCENA DE MEDEIROS

Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Pública.

E-mail: jessicamascena@yahoo.com.br

JULIANA SOUZA OLIVEIRA

Nutricionista. Pós-doutorado em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal de Pernambuco no Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE.

E-mail: juliana.souza@ufpe.br

LARYSSA REBECA DE SOUZA MELO

Nutricionista. Mestre em Nutrição. Residente no Programa Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde pela CAV/UFPE.

E-mail: laryssa.rebeca@ufpe.br

LUCIANA GONÇALVES DE ORANGE

Nutricionista. Pós - doutoranda em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória.

E-mail: luciana.orange@ufpe.br

MARCELA ALVES DE ABREU

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora Colaboradora do LAM-Saúde/IAM/Fiocruz-PE e do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: marcela.abreu@fiocruz.br

MARIANA FARIAS GOMES

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Servidora do Estado de Pernambuco e Docente da Escola de Saúde Pública de Pernambuco, ESPPE.

E-mail: marianafarias1992@gmail.com

MARIANA IZABEL SENA BARRETO DE MELO CAVALCANTI

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória.

E-mail: marianasenabarreto@gmail.com

MARIANA LUIZA DO NASCIMENTO SILVA

Enfermeira. Especialista (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Sanitarista estatutária da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

E-mail: mariana.lnascimento1@gmail.com

MARÍLIA SANTANA DA SILVA

Nutricionista. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Nutrição. Atua como gerente de Monitoramento do Programa Mãe Coruja Pernambucana e docente da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão dos Guararapes.

E-mail: marilia.santanadasilva@gmail.com

MARLY MARQUES DA CRUZ

Psicóloga. Pós-Doutora em Ciências da Saúde. Pesquisadora em Saúde Pública do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP/ENSP). Onde atua.

E-mail: marlycruz12@gmail.com

MICAELA MARQUES SANTANA ALVES

Nutricionista. Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde. Doutoranda em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ.

E-mail: micalamsa@gmail.com

NATHÁLIA PAULA DE SOUZA

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Docente do Centro Acadêmico de Vitória (CAV/UFPE), Vitória de Santo Antão.

E-mail: nathalia.psouza@ufpe.br

PEDRO ISRAEL CABRAL DE LIRA

Médico. PhD em Medicina/London School of Hygiene and Tropical Medicine, LSHTM, Grã-Bretanha. Docente do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde/UFPE.

E-mail: pedro.clira@ufpe.br

POLIANA CARDOSO MARTINS

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Docente do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: policmartins@gmail.com

REBECCA SOARES DE ANDRADE

Fisioterapeuta. Doutorado em Saúde Pública. Pesquisadora colaboradora do LAM-Saúde/IAM/Fiocruz-PE.

E-mail: rebecca_soaresandrade@yahoo.com.br

SANDRA CRISTINA DA SILVA SANTANA

Nutricionista e Educadora Física. Doutora em Nutrição. Docente da Universidade Federal de Pernambuco no Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão.

E-mail: sandra.santana@ufpe.br

SANTUZZA ARREGUY SILVA VITORINO

Nutricionista. Doutorado em Saúde Pública. Pesquisadora Colaboradora no Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: santuzzavitorino@gmail.com

SOFIA GUERRA ÁVILA

Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Pesquisadora colaboradora do LAM-Saúde/IAM/Fiocruz-PE.

E-mail: sofia guerraavila@gmail.com

SYDIA ROSANA DE ARAÚJO OLIVEIRA

Odontóloga. Doutora em Saúde Pública/Instituto de Saúde Coletiva. Docente-Pesquisadora do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE.

E-mail: sydia.oliveira@fiocruz.br

VALENTINA CARRANZA WEIHMÜLLER

Graduada em Comunicación Social. Doutora em Educação em Ciências e Saúde. Atua como colaboradora no Projeto CUIDA Chagas - Equipe Central Brasil, Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz.

E-mail: cw.valentina@gmail.com

VANESSA SÁ LEAL

Nutricionista. Doutora em Nutrição. Docente do Centro Acadêmico de Vitória da UFPE.

E-mail: vanessa.leal@ufpe.br

VERENA DUARTE DE MORAES

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - Ensp/Fiocruz. Docente do Departamento de Nutrição Social e Aplicada do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

E-mail: moraes.veve@gmail.com

PREFÁCIO

A obesidade integra a lista das doenças crônicas que desafiam diariamente os sistemas de saúde na práxis da transversalidade, intersetorialidade e multidisciplinariedade das políticas públicas. Fatores biológicos, genéticos, econômicos, sociais, culturais e psicológicos ensejam as múltiplas causas de um problema complexo, constatado como uma epidemia mundial e o seu impacto, que não se limita ao contexto da saúde, mas afeta diversos campos individuais e coletivos, é subestimado quando se desvelam os fatores intervenientes da doença.

A obra une autores que têm dedicado seu tempo de vida profissional ao tema, seja na implementação dos serviços de saúde no SUS, seja nas instituições de ensino e pesquisa, expondo uma diversidade de olhares e trazendo à luz questões completamente imbricadas a ele como: vulnerabilidade social, insegurança alimentar e nutricional, estigma, preconceito, discriminação, acessibilidade, acesso, inclusão, equidade. Nesse ínterim, importante é ressaltar a contribuição da pandemia de Covid-19, nos anos de 2020 e 2021, e todas as consequências deixadas por ela nesses anos subsequentes, inclusive o aumento da obesidade e do sobrepeso, causados pelo isolamento social, ansiedade e medo.

Assim, não restam dúvidas de que o estilo de vida contemporâneo/conjuntural carrega ambiguidades e tensões para dentro desse tema, visto que a obesidade não é consequência de uma livre escolha que pode ser prevenida ou revertida pela força de vontade. Se de um lado, os determinantes

sociais contribuem para o seu crescimento, com o sedentarismo reforçado pelas telas; o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados de alto teor calórico e baixo valor nutricional; a praticidade das fast-foods, marcados pela industrialização da agricultura e dos próprios alimentos; do outro lado, há na sociedade um comportamento que supervaloriza a magreza e o culto ao corpo perfeito, estigmatizando pessoas com sobrepeso e obesas. A discriminação é vivenciada em vários espaços de convivência social: no local de trabalho, nas instituições de ensino, nos serviços de saúde, gerando consequências físicas e psicológicas.

A educação permanente dos profissionais e gestores da saúde para aprenderem a lidar com a complexidade do tema, com discussão do processo de trabalho, a definição de fluxos assistenciais de uma linha de cuidado para a obesidade, e a melhoria da comunicação entre profissionais, pacientes e serviços de saúde; a realização de ações de promoção da saúde, visando elucidar os consumidores acerca da composição dos alimentos, leitura de tabelas nutricionais e rótulos, promovendo autonomia dos indivíduos e escolhas mais conscientes e saudáveis; a regulação estatal quanto à publicidade e rotulagem de alimentos adequadas ao nível educacional da população; o incentivo às cadeias de consumo local, visando o consumo de alimentos saudáveis; o debate da problemática da obesidade com a sociedade; o fortalecimento da Atenção Primária para que seja de fato a (co)ordenadora do cuidado; o fomento às políticas de estímulo às práticas corporais e atividades físicas, como o Programa Academia da Cidade e suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde Família (NASF); a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em todos os níveis de complexidade do SUS, são algumas das diversas estratégias sugeridas como medidas para qualificação das ações e enfrentamento do problema, deixando claro a necessidade de políticas públicas firmes e sustentáveis.

A leitura atenta de todos os capítulos, ao final, traz inquietações, e particularmente, me leva a diversas reflexões, pelo meu lugar de fala e, principalmente, de ação: tratamos do tema nos seus devidos e diversos lugares?

Fazemos a “melhor” política ou a política “possível” diante das limitações que não buscamos superar? Fato é: mesmo diante das tantas iniciativas implementadas não só no Brasil, mas em todo o mundo, para prevenção, controle, tratamento e conscientização sobre a obesidade e adjacências, a epidemia cresce, certamente agravada por questões que pela clareza e riqueza das informações descritas nos capítulos só serão superadas quando superarmos a dialética da práxis daqueles princípios tão caros ao SUS, quanto necessários à efetividade de qualquer política pública.

LUCIANA ALBUQUERQUE
Secretaria Municipal de Saúde de Recife/PE

APRESENTAÇÃO

Com imensa satisfação, apresentamos a obra intitulada “Abordagens e Práticas sobre o Sobrepeso e a Obesidade no SUS”, organizada pelo LAM-Saúde – Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde, pertencente ao Departamento de Saúde Coletiva, do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco.

Cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, desde 1999, o laboratório completa 25 anos em 2024 e tem sua trajetória marcada pela liderança de pesquisas em colaboração com instituições brasileiras e estrangeiras e pela formação de profissionais nos campos da epidemiologia e da avaliação das políticas, programas e serviços de saúde, com ênfase na atenção às doenças crônicas não transmissíveis.

O sobrepeso e a obesidade são problemas de saúde pública que atingem proporções alarmantes na atualidade. A obesidade é uma condição crônica, multifatorial e complexa, resultante da interação de determinantes genéticos, metabólicos, sociais, ambientais e comportamentais. São diversas as consequências atribuídas ao sobrepeso e à obesidade, tais como aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis e os impactos negativos na qualidade de vida e na autoestima dos indivíduos afetados.

É importante ressaltar que o sobrepeso e a obesidade têm raízes profundas em diversos aspectos da sociedade contemporânea, como mudanças

nos padrões alimentares, sedentarismo, publicidade de alimentos não saudáveis, falta de acesso a alimentos saudáveis, dentre outros.

A coletânea de 10 capítulos foi construída a partir de resultados de pesquisas e de experiências desenvolvidas nos serviços de saúde, a maior parte em Pernambuco, Nordeste do Brasil, no campo da atenção à pessoa com sobrepeso e obesidade. Os capítulos abordam, de forma abrangente, a epidemia da obesidade e suas implicações globais e locais, contribuindo para uma melhor compreensão do fenômeno.

No primeiro capítulo, intitulado “*Da Escala Global à Realidade Local: A Epidemia de Obesidade no Mundo, Brasil e Pernambuco*”, busca-se compreender a epidemia da obesidade, analisando aspectos globais e os fatores que influenciam a realidade local. Para o seu desenvolvimento, as autoras realizaram uma revisão narrativa, analisando as características dessa epidemia, e dividiram o documento em três partes: a primeira traz uma abordagem global do tema; a segunda apresenta a realidade do Brasil e do estado de Pernambuco; e a terceira discorre sobre os macrodeterminantes da obesidade e possíveis caminhos para seu enfrentamento.

Observou-se que a obesidade, anteriormente vista como um problema de saúde apenas em países de alta renda, atualmente, cresce mais rapidamente em países de baixa e média renda. No Brasil, e especificamente em Pernambuco, identifica-se o incremento nas taxas de obesidade e redução nas taxas de baixo peso, sendo atribuído, segundo pesquisadores, a iniquidades no acesso aos serviços e/ou a uma menor possibilidade de exercerem hábitos considerados saudáveis. Como fatores macrodeterminantes foram destacados a redução de alimentos saudáveis e o aumento do consumo de ultraprocessados, além da exposição aos disruptores endócrinos, sendo estes os fatores que podem auxiliar na compreensão das limitações das estratégias de prevenção que visam somente na busca individual de melhora nos comportamentos alimentares e de atividade física. Para as autoras, o enfrentamento da obesidade deve ser pautado

na elaboração de políticas firmes e medidas regulatórias que limitam a produção, comercialização e marketing de produtos prejudiciais à saúde.

O capítulo 2, “*Linha de cuidado às pessoas com obesidade no Brasil: o que precisa avançar?*”, pretendeu-se a partir da revisão integrativa, identificar barreiras ao acesso à assistência para pessoas com obesidade, além de contribuir com subsídios para tomada de decisões a partir de uma abordagem mais efetiva no cuidado às pessoas com obesidade, delineando uma proposta de intervenções mais inclusivas e sustentáveis para a linha de cuidado à obesidade no Brasil.

A revisão identificou a necessidade de fortalecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) com destaque para a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado no sistema de saúde; educação permanente dos profissionais envolvidos no cuidado às pessoas com obesidade; a regulação estatal de publicidade e rotulagem de alimentos, o incentivo às cadeias de consumo local, visando o consumo de alimentos saudáveis; o debate da problemática da obesidade com a sociedade, a fim de reduzir o estigma e a culpabilização frequentemente enfrentados pelas pessoas com obesidade; a promoção de maior interlocução entre setores, para propiciar ambientes não obesogênicos à população em geral; e maior suporte financeiro para investimento nas ações voltadas à melhoria da saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade.

O capítulo 3, “*Gordofobia: breve abordagem histórica e caminhos para superação*”, contextualiza o estigma enfrentado por pessoas com obesidade na sociedade, suas implicações sociais e individuais, e propõe estratégias para superação desse problema de saúde pública. Para tanto, aponta que é essencial que o tema seja abordado durante toda a formação de profissionais de saúde, bem como em ações de educação permanente em saúde que ocorrem no cotidiano do trabalho, promovendo práticas de cuidado centradas no usuário e na sua saúde. O combate à gordofobia deve garantir respeito e dignidade para todos, independentemente do

tamanho do corpo. A aceitação do tamanho corporal, as compreensões de que as pessoas precisam ser respeitadas pela sua história e das múltiplas dimensões que definem a obesidade podem ser estratégias eficazes para que a sociedade reduza o estigma.

No capítulo 4, *“Percepção do acesso à cirurgia bariátrica em Pernambuco pelos usuários com obesidade da Estratégia de Saúde da Família”*, são abordados aspectos relacionados ao acesso à cirurgia bariátrica pelos pacientes elegíveis que utilizam a rede SUS em Pernambuco, elencando as barreiras enfrentadas pelos usuários no acesso à cirurgia e na continuidade do cuidado, ressaltando a necessidade de melhorar a oferta de procedimentos; a formação e capacitação dos profissionais; a comunicação e divulgação de informações aos usuários; adoção de novas rotulações de alimentos e melhoria nas estratégias de promoção da saúde.

No capítulo 5, intitulado *“Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção ao usuário com sobrepeso e obesidade, Pernambuco, Brasil”*, buscou-se descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a atenção nutricional na linha de cuidado da obesidade, visando compreender os desafios e necessidades de melhorias na promoção de uma alimentação saudável e cuidados intersetoriais e multiprofissionais, para o avanço do cuidado à obesidade. Para tanto, foi indicado a necessidade da formulação de plano de educação continuada desses profissionais e da elaboração de protocolos e normativas baseados em evidência científica, capazes de nortear as ações previstas na Linha de Cuidado à Obesidade.

Em sequência, o capítulo 6, nomeado *“A visão dos atores envolvidos nas ações de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade em Pernambuco”*, analisa as impressões de profissionais de saúde da Atenção Primária e de lideranças comunitárias no estado de Pernambuco, buscando compreender as barreiras locais identificadas para a realização de ações de prevenção e controle da obesidade. Dentre os desafios elencados, pode-se destacar a necessidade da realização do diagnóstico situacional no território e o

mapeamento dos usuários que precisam ser acompanhados como prioridades para o planejamento e priorização das ações em saúde. Com relação a realização de atividades de prevenção foi destacado que durante a pandemia da Covid-19 todos os projetos que eram desenvolvidos foram paralisados, porém, o período também deu visibilidade à população adscrita nas regiões de saúde com sobrepeso e obesidade, visto que com a definição dos grupos prioritários para vacinação estes demandaram dos serviços a emissão de laudo. Por fim, reforçou-se a necessidade da oferta de capacitações e realização de ações de educação permanente para qualificação do atendimento aos usuários com sobrepeso e obesidade.

No capítulo 7, *“Qualificação do cuidado à pessoa com obesidade: experiência do projeto ECOASUS-PE”*, foi detalhado o projeto ECOASUS-PE, voltado para a qualificação dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, no âmbito da Atenção Básica. Para tanto, o projeto foi subdividido em três eixos: pesquisa, a partir da realização de diagnóstico da assistência; a formação, com a realização do curso destinado aos profissionais da saúde e reflexões acerca do uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA); e difusão científica, com um olhar para as Tecnologias de Informação e Comunicação no processo de cuidado. A realização do diagnóstico foi destacada como uma ferramenta com potencial de auxílio aos profissionais da assistência, permitindo maior conhecimento sobre a realidade local, na perspectiva do cuidado em rede. Já a estrutura do curso e suas ferramentas pedagógicas contribuíram para a qualificação dos recursos humanos em seus processos de trabalho e para a sensibilização acerca do cuidado integral e humanizado para pessoas com obesidade, que, em contexto pandêmico, contribuíram para resgatar o pensar e o agir crítico, um imperativo ético para (re)transformação social.

No capítulo 8, *“Facilitadores e barreiras no processo de implementação de intervenção de controle à obesidade infantil”*, buscou-se descrever os facilitadores e as barreiras no processo de implementação do Programa Bom Dia Infantil, na visão dos profissionais de saúde e usuários envolvidos,

em Recife, Pernambuco. A análise indicou que é preciso reorientar o processo para melhor atender às necessidades dos pacientes, além de indicar a necessidade de ser explorado positivamente a presença de várias especialidades no mesmo espaço e do engajamento da equipe. Também foi destacado que se deve melhorar a efetividade da intervenção, considerando a necessidade de fornecer suporte de características estruturais, rede e comunicações e recursos disponíveis.

O capítulo 9, *“Vigilância Alimentar e Nutricional e o cuidado às pessoas com obesidade: uma experiência em municípios de Minas Gerais”*, reflete sobre os desafios da estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade em municípios de grande porte de Minas Gerais. Ele analisa a disponibilidade da estrutura, organização do processo de trabalho e os resultados alcançados. Os resultados demonstraram que não foram priorizados a disponibilização de espaços físicos para a garantia de ambientes com privacidade e para a existência de academias da saúde, porém identificou-se boas condições de recursos materiais. Com relação ao processo de trabalho, foi destacado a ausência de treinamentos, de contrarreferência e da linha de cuidado para a obesidade. Apontam a necessidade de investimentos na Atenção Primária como o caminho para a estruturação da VAN, além do avanço na expansão de serviços públicos de qualidade e ações de sensibilização de gestores e profissionais de saúde para o maior envolvimento e compreensão com a temática.

Para o capítulo 10, *“Impactos econômicos da obesidade na atualidade: um olhar sobre a inter-relação entre economia e excesso de peso”*, foi realizada uma revisão de literatura, buscando descrever os impactos econômicos diretos e indiretos da obesidade e do excesso de peso na sociedade atual. A partir do estudo realizado foi possível dimensionar a magnitude dos custos diretos e indiretos para o sistema de saúde, avaliando os impactos das políticas implementadas. Como proposta, foi apresentado a necessidade de elaboração de políticas públicas arrojadas, que possibilitem a redução da prevalência do excesso de peso na população brasileira. Para tanto,

se faz necessário priorizar políticas integradas e intersetoriais, com foco nas ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento, centradas nos determinantes sociais da obesidade e, sobretudo, nas ações estratégicas para a garantia da segurança alimentar das populações.

Pela abrangência dos temas abordados, o livro é um recurso valioso para estudantes, profissionais de saúde, gestores e pesquisadores interessados em compreender a ocorrência do sobrepeso e da obesidade, bem como as estratégias para seu enfrentamento no SUS.

Boa leitura!

As organizadoras

DA ESCALA GLOBAL À REALIDADE LOCAL: A EPIDEMIA DE OBESIDADE NO MUNDO, BRASIL E PERNAMBUCO

ANNICK FONTBONNE
EDUARDA ÂNGELA PESSOA CESTE
REBECCA SOARES DE ANDRADE
NATHÁLIA PAULA DE SOUZA

INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema de saúde pública que atinge proporções alarmantes em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população mundial conta com mais de 1 bilhão de pessoas com obesidade, sendo 650 milhões de adultos, 340 milhões de adolescentes e 39 milhões de crianças. Os números continuam aumentando (OPAS, 2022) – tanto em escala global quanto em realidades locais – e a obesidade tem se espalhado de forma preocupante, afetando não apenas países desenvolvidos, mas nações em desenvolvimento, como o Brasil e seus estados, incluindo Pernambuco.

No contexto global, a obesidade é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, isolada ou associada a outras doenças crônicas, com um aumento significativo de casos nas últimas décadas (World Health Organization, 2023). Fatores como urbanização, sedentarismo, alimentação inadequada e mudanças nos padrões de consumo têm contribuído para o aumento dos índices de obesidade em todo o mundo. A falta de acesso a alimentos saudáveis, a influência da cultura alimentar local e a falta de políticas públicas efetivas também contribuem para o aumento acelerado.

O objetivo deste capítulo é compreender a epidemia da obesidade, analisando aspectos globais e os fatores que influenciam a realidade local. Para o seu desenvolvimento, as autoras realizaram uma revisão narrativa, analisando as características dessa epidemia, e dividiram o documento em três partes: a primeira traz uma abordagem global do tema; a segunda apresenta a realidade do Brasil e do estado de Pernambuco; e a terceira discorre sobre os macrodeterminantes da obesidade, lançando luz sobre alguns caminhos para seu enfrentamento.

PARTE I – OBESIDADE ENQUANTO DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA DO SÉCULO XXI: PERSPECTIVA GLOBAL

OBESIDADE: O QUE É?

Segundo a OMS, a obesidade é “uma doença crônica complexa definida por adiposidade excessiva que pode prejudicar a saúde” e, “na maioria dos casos, é uma doença multifatorial causada por ambientes obesogênicos, fatores psicossociais e variantes genéticas” (World Health Organization, 2023).

As definições da obesidade enquanto doença são de aparição muito recente (Burki, 2021). Durante séculos o excesso de peso foi considerado sinal de boa fortuna e saúde, porque proporcionava maiores chances de sobrevivência dos seres humanos às infecções e períodos de escassez alimentar. Essa percepção mudou ao longo do século XX, quando o recuo das doenças transmissíveis, sob efeito combinado da adoção de medidas de higiene, vacinação e antibióticos, entre outros, impactou positivamente a expectativa de vida. Isso abriu espaço para o aumento de doenças crônico-degenerativas e o excesso de peso se revelou ser fator determinante, ou pelo menos agravante, para muitas delas, como por exemplo diabetes, doenças cardiovasculares, várias neoplasias, apneias do sono, insuficiência respiratória, distúrbios mentais, dores articulares etc. (AFSHIN *et al.*, 2017).

O excesso de peso é mais comumente avaliado através do índice de massa corporal (IMC), calculado dividindo o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Em adultos, um IMC menor que 30 kg/m² e maior ou igual a 25 kg/m² define o sobrepeso. Um IMC maior ou igual a 30 kg/m² define a obesidade, que pode ser subdividida, pela diferença de riscos associados e cuidados requeridos, em grau 1 (30-34,9 kg/m²), grau 2 (35-39,9 kg/m²) e grau 3 (≥ 40 kg/m²). É importante ressaltar que o IMC não é uma medida suficientemente precisa para avaliar o excesso de adiposidade e suas possíveis consequências sobre a saúde de um indivíduo (World Obesity Federation, 2023), porém, em uma perspectiva epidemiológica, o IMC continua sendo o melhor indicador para descrever a obesidade em populações e fazer comparações através do tempo e do espaço.

1.2. TENDÊNCIA TEMPORAL E ESPACIAL DA OBESIDADE NOS ÚLTIMOS 50 ANOS.

Desde os anos 1970-1980, a prevalência da obesidade começou a crescer de maneira nunca vista antes, para atingir hoje, em âmbito mundial, proporções consideradas “epidêmicas” pela OMS (World Health Organization, 2023). Uma análise baseada em um grande conjunto de estudos de base populacional que mediram altura e peso em adultos com 18 anos ou mais, oriundos de 200 países, estimou que, em 2014, a prevalência da obesidade era de 10,8% em homens e 14,9% em mulheres, quase o triplo do estimado para 1975 (3,2% em homens e 6,4% em mulheres). Em números absolutos, isso correspondia a 641 milhões de pessoas com obesidade em 2014, contra 105 milhões em 1975 (NCD Risk Factor Collaboration, 2016). A partir dessas e outras estimativas, a World Obesity Federation realizou projeções para 2035 (World Obesity Federation, 2023), advertindo que o cálculo das projeções já desconsidera o aumento provável de ganho de peso associado aos períodos de confinamento durante a pandemia de COVID-19 (Bakaloudi *et al.*, 2022). Os resultados para adultos se encontram na tabela 1.

Tabela 1 – Número de adultos (≥ 20 anos) e percentagem da população com obesidade

	Homens 2020	Homens 2025	Homens 2030	Homens 2035
Número (milhões)	347	439	553	690
Em proporção de homens	14%	16%	19%	23%
	Mulheres 2020	Mulheres 2025	Mulheres 2030	Mulheres 2035
Número (milhões)	466	568	693	842
Em proporção de mulheres	18%	21%	24%	27%

Fonte: World Obesity Federation (2023).

Entre crianças e adolescentes (5-19 anos), o aumento estimado da prevalência da obesidade seria ainda mais acentuado no período entre 2020 e 2035, passando de 10% para 20% entre os meninos; e de 8% para 18% entre as meninas, apresentando uma expectativa de que tenhamos em torno de 375 milhões de crianças e adolescentes com obesidade em 2035. No total, as projeções apontam que, até o ano de 2035, a obesidade entre crianças, adolescentes e adultos deve atingir quase dois bilhões de pessoas (24% da população de 5 anos ou mais). Considerando também o sobrepeso (IMC entre 25 e 30 kg/m²), as estimativas sugerem que, em 2035, mais de quatro bilhões de pessoas podem ser acometidas pelo excesso de peso, com uma prevalência que ultrapassaria 51% da população mundial. Números semelhantes já podem ser observados – e muitas vezes superados – em vários países do Oceano Pacífico ou do Oriente Médio, mais atingidos pelo crescimento da obesidade ao longo das últimas décadas (World Obesity Federation, 2020).

A tendência demonstra que a obesidade, outrora vista como uma preocupação de saúde apenas para países de alta renda, cresce, atualmente, mais rapidamente em países de baixa ou média renda. Isso é

ilustrado pelo fato de que, em 1975, os Estados Unidos lideravam o *ranking* dos países com maior número de pessoas portadoras de obesidade (18 milhões), seguidos pela Rússia (14,5 milhões), a Alemanha (5 milhões) e, *ex aequo*, o Reino Unido e a Itália (3,8 milhões) (NCD Risk Factor Collaboration, 2016); enquanto em 2016 (últimas estimativas), os Estados Unidos ainda lideravam (90 milhões), mas chegava em segundo lugar a China (69 milhões) e em terceiro lugar, *ex aequo*, o Brasil e a Índia (33 milhões) (World Obesity Federation, 2020).

Assim, no decorrer dos últimos 50 anos, um mundo em que a prevalência de baixo peso era mais do dobro da obesidade se tornou um mundo em que há mais pessoas com obesidade do que com baixo peso, em todas as regiões, exceto (ao menos era a situação em 2016) partes da África Subsaariana e da Ásia, todavia os 20 países onde o aumento da prevalência da obesidade entre 1995 e 2016 foi o mais rápido (com taxas anuais de crescimento entre 5 e 10%) se situam justamente nessas partes do mundo, sinalizando perspectivas pouco animadoras. De fato, nenhum país até hoje está a caminho de cumprir a meta da OMS de “não aumentar a prevalência da obesidade adulta entre 2010 e 2025” e, pior ainda, nenhum relatou um declínio na prevalência da obesidade na sua população (World Obesity Federation, 2020).

PARTE 2 – OBESIDADE ENQUANTO DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA DO SÉCULO XXI: O CASO DO BRASIL E DO ESTADO DE PERNAMBUCO

2.1. TRAJETÓRIAS DO PESO E SEUS DETERMINANTES EM UM PAÍS CONTINENTAL

No Brasil, sobrepeso e obesidade têm sido acompanhados desde a década de 1970, quando o país dispôs de inquéritos efetivamente representativos da situação nutricional de suas diferentes macrorregiões (Batista Filho; Rissin, 2003; Brasil, 2007; IBGE, 1982; 1992;

2004; 2011). Também é desde 1975 que se tem registro da redução na prevalência da desnutrição no país e aumento no sobrepeso e obesidade (Ferreira; Szwarcwald; Damascena, 2019).

A tendência de incremento nas taxas de obesidade e redução nas taxas de baixo peso vêm ocorrendo há algum tempo no país. De 1975 a 2019, o baixo peso diminuiu de 9,1% para 2,5% entre os homens e de 12,2% para 3,4% entre as mulheres (Conde; Silva; Ferraz, 2022). Em contrapartida, a prevalência de obesidade aumentou de 3% para 22% entre os homens e de 9% para 30% entre as mulheres no mesmo período. Nas Regiões Metropolitanas do país, quase 57,2% da população brasileira está acima do peso recomendado e 22,4% encontra-se obesa, o que indica um incremento, nos últimos 10 anos, de aproximadamente 17,9% no número de pessoas com sobrepeso e de 41,8% no número de pessoas com obesidade (Brasil, 2012; 2021). Dessa forma, as trajetórias de baixo peso e obesidade nos últimos 45 anos no Brasil desenham o clássico X da transição nutricional (Conde; Silva; Ferraz, 2022).

Entretanto, esse cenário se apresenta de forma desigual entre as regiões do país. Batista Filho e Rissin (2003) apontaram que valores baixos de IMC permaneciam um problema no Nordeste rural em contraste com as demais regiões, uma vez que o baixo peso tende a diminuir na medida em que melhoram as condições demográficas, sociais, econômicas e de saúde de uma localidade, aliadas a uma melhor distribuição de renda e riqueza (Conde; Silva; Ferraz, 2022). O Brasil convive com diferentes realidades entre suas regiões: na região Sul, o coeficiente de Gini é de 0,462; na região Nordeste, esse coeficiente sobe para 0,556 e em Pernambuco é de 0,579 (Schiochet, 2023). O coeficiente de Gini mostra a desigualdade econômica de uma população: quanto mais próximo de um (1), maiores são as desigualdades; quanto mais próximo de zero (0), menores as desigualdades (Schiochet 2023).

Em Pernambuco, dados das III e IV Pesquisas Estaduais de Saúde e Nutrição (PESN) revelaram que, entre os anos de 2006 e 2015/2016, o excesso de peso (conjunto do sobrepeso e obesidade) passou de 50,9% para 64,7% e a obesidade abdominal de 53% para 69,6% (Souza *et al.*,

2020). O padrão alimentar considerado saudável – caracterizado pelo consumo predominante de frutas, vegetais, raízes e tubérculos – reduziu de 31,6% para 12%, enquanto o padrão predominante, caracterizado pelo grande consumo de alimentos processados e ultraprocessados, aumentou de 21,4% para 29,1% no período analisado. Em moradores de uma comunidade carente da Região Metropolitana do Recife, foi observado excesso de peso em 70,3% da população. O percentual de obesidade grave – grau 3 (3,4%) – foi equivalente a quase o dobro da frequência de casos de baixo peso (1,9%) (Melo, 2017). Esse resultado vai de encontro ao que tradicionalmente se apresentava no Nordeste brasileiro, onde era mais habitual se observar casos de desnutrição (Oliveira, 2007).

Alguns autores atribuem o aumento da obesidade entre famílias de baixa renda às iniquidades relativas ao acesso a serviços, e/ou a uma menor possibilidade de exercerem hábitos considerados saudáveis (Chaves *et al.*, 2012; Imbus; Voils; Funk, 2018; Sant’Anna, 2016). Para Chooi, Ding e Magkos (2019), o aumento da prevalência de obesidade nos países em desenvolvimento decorrem, principalmente, das rápidas mudanças no status socioeconômico e demográfico; da adoção de uma dieta rica em energia e gordura; e de um estilo de vida sedentário.

Nos últimos anos, tem-se observado uma redução na ingestão de comida caseira, ampliação do consumo de lanches, aumento do uso de ar condicionado (causando menor gasto energético para manter a temperatura corporal), atividade física reduzida, trabalho com predomínio do uso do computador, marketing de alimentos mais persuasivo, promoção de grandes porções em *fast-foods* e normalização de doces e refrigerantes, entre outras mudanças que coincidiram com o aumento de prevalência da obesidade (Blüher, 2019; Swinburn *et al.*, 2011).

Um estudo que buscou identificar fatores associados à obesidade na população adulta brasileira (Ferreira; Szwarcwald; Damacena, 2019) verificou que, no que se refere à alimentação, o hábito de comer frutas, legumes e verduras não mostrou associação com a enfermidade. Foi verificado que pessoas obesas aos vinte anos tinham risco significativamente mais alto de terem obesidade a posteriori, em ambos os sexos. Por

outro lado, a prática de atividade física no lazer e no trabalho diminuiu a chance de obesidade, porém a associação entre atividade física no lazer e o risco de obesidade só foi significativa para o sexo masculino. O hábito de assistir mais de quatro horas de televisão diariamente – comportamento sedentário – mostrou-se diretamente associado à obesidade.

Quanto à inatividade física, definida por menos de 150 minutos semanais de atividade física moderada ou menos de 75 minutos semanais de atividade física vigorosa (World Health Organization, 2010), ela tem efeitos fisiológicos importantes sobre a saúde, tais como: maior taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares e por todas as causas; piores marcadores de risco cardiometabólico (IMC, pressão arterial, circunferência da cintura abdominal, concentração plasmática de triglicédeos, colesterol, tolerância a glicose e concentração de insulina); e maior risco para sobrepeso, obesidade e diabetes (Mielke, 2013). Isso vale também para o comportamento sedentário, definido como qualquer comportamento no estado de vigília – ou seja, indivíduo acordado – que possua um gasto energético menor que 1,5 equivalentes metabólicos em uma postura sentada, deitada ou reclinada (Amorim; Faria, 2012; Oliveira, 2019; Sedentary Behaviour Research Network, 2012). Todavia, estudo realizado com indivíduos hipertensos e/ou com diabetes mellitus, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco, não mostrou associação entre IMC (obesos e pessoas com sobrepeso *versus* IMC normal) e o comportamento sedentário (Oliveira, 2019).

2.2. OS NÚMEROS INVISIBILIZADOS E OS IMPACTOS DA OBESIDADE GRAVE

A obesidade grau 3 (IMC ≥ 40 kg/m²), também chamada grave, compreende a forma mais severa de obesidade e apresenta associação com o aumento de comorbidades, redução da autoestima, comprometimento psíquico e outros prejuízos à saúde e qualidade de vida (Rigo; Santolin, 2012; Salas *et al.*, 2017). Em um estudo sobre a prevalência da obesidade grave no país, Oliveira (2007) revelou que, entre os anos de 1974

e 2003, a condição apresentou um crescimento de 255%, passando de 0,18% para 0,64%, respectivamente. Constatou, ainda, que o Nordeste, apesar de possuir a menor prevalência de obesidade, teve a evolução mais rápida, aumentando 760% no período analisado (1974 a 2003), estando bem acima da média nacional (255%) (Tabela 2). Pesquisa mais recente, utilizando dados do estudo “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)”, mostrou que a prevalência de obesidade grave passou de 1,1% em 2006 para 1,9% em 2021, com tendência de aumento significativo entre as mulheres das capitais do país (Dias *et al.*, 2023).

Tabela 2 – Tendência de prevalência e distribuição regional de obesidade grave (IMC 40 kg/m^2) na população adulta brasileira. Brasil, 1974 – 2003.

Região	1974-5		1989		2002-3		1974-2003 % aumento
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	
Norte	0,10	[0,03-0,17]	0,37	[0,17-0,58]	0,51	[0,36-0,67]	410
Nordeste	0,05	[0,03-0,08]	0,26	[0,11-0,41]	0,43	[0,34-0,52]	760
Sudeste	0,20	[0,16-0,25]	0,33	[0,15-0,50]	0,77	[0,57-0,96]	285
Sul	0,34	[0,26-0,42]	0,48	[0,31-0,64]	0,75	[0,56-0,95]	120
Centro-Oeste	0,12	[0,03-0,22]	0,25	[0,11-0,39]	0,49	[0,36-0,62]	308
BRASIL	0,18	[0,15-0,22]	0,33	[0,23-0,43]	0,64	[0,55-0,74]	255

Fonte: Oliveira, 2007

Estudo publicado em 2017 verificou que 4,5 milhões de brasileiros possuíam indicação formal para realização da cirurgia bariátrica. No Brasil, a cirurgia bariátrica pode ser realizada em pessoas com IMC acima de 35 kg/m^2 e outras comorbidades associadas; em pessoas com IMC acima de 40 que, mesmo sem a presença de comorbidades associadas, falharam no tratamento conservador (medicamentoso e mudança de hábitos); e pessoas com IMC acima de 50 kg/m^2 , como primeira opção terapêutica devido ao elevado risco de morte (Brasil, 2017). Naquele ano, a população estimada do Brasil foi de 207,7 milhões de indivíduos

(IBGE, 2017), o que representa cerca de 2,17% da população com recomendação para o procedimento. Essa taxa de prevalência (2,17%) é inferior à identificada no estado de Pernambuco (3,1%), corroborando para a ideia de que, apesar da obesidade ter seu aumento generalizado, ela apresenta sua face mais mórbida aos economicamente menos favorecidos.

A obesidade grave tem impactos importantes sobre a saúde do paciente e os sistemas de saúde. Há diversos desfechos clínicos relacionados a essa condição, entre os quais destacam-se: o câncer (pâncreas, colorretal, endométrio e mama); o Diabetes Mellitus tipo 2; as doenças cardiovasculares; a osteoartrose; a dislipidemia; e inúmeros outros agravos que reduzem a qualidade de vida, elevam as chances de mortalidade por diversas causas e aumentam os gastos para os sistemas de saúde (Vilas Bôas, 2019).

Estudos indicam que, nos Estados Unidos, o gasto per capita com indivíduos acima do peso é de 42% a 100% maior do que com indivíduos com peso saudável e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) estima que a obesidade é responsável por 1% a 3% do total de gastos em saúde na maioria dos países (Karmali *et al.*, 2013; OECD, 2014). No Brasil, estima-se que gastos diretos e indiretos com doenças associadas à obesidade representarão 4,66% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2060 (SBCBM, 2022).

Para cada 5 pontos a mais no IMC acima do ideal, o risco de morrer aumenta 20%. Homens com IMC > 40 kg/m², por exemplo, têm uma redução considerável da expectativa de vida: nove anos a menos do que aqueles com peso saudável. (Ferreira; Szwarcwald; Damacena, 2019). Ademais, possuem menor qualidade de vida, em virtude de dificuldades na mobilidade; redução da autoestima; e comprometimento psíquico. Estima-se que 60% dos pacientes com obesidade sofrem de algum distúrbio psiquiátrico, sendo os mais comuns depressão, ansiedade e compulsão alimentar, podendo vir acompanhados de distorções da imagem corporal e baixa autoestima (Gebara; Polli; Antunes, 2022; SBCBM, 2022)

Problemas de imagem corporal têm sido atribuídos ao estigma voltado à pessoa com obesidade. Pressões sociais e emocionais, traduzidas popularmente como “gordofobia”, comprometem a saúde mental,

dificultam o acesso de pessoas acima do peso ao mercado de trabalho e a tratamentos adequados nos serviços de saúde, além de afetar as relações interpessoais dos indivíduos (Silva *et al.*, 2006; SBCBM, 2022).

PARTE 3 -MACRODETERMINANTES DA OBESIDADE E ALAVANCAS DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO

Um quadro epidemiológico de aumento da obesidade tão assustador com certeza não pode ser atribuído a fatores anteriormente reconhecidos como facilitadores do ganho de peso, tais como gravidez, menopausa, envelhecimento, eventos de vida estressantes, depressão, transtornos alimentares etc. Nem a genética, mesmo que tenha um papel muito importante no desenvolvimento da obesidade, pode ter mudado em somente 50 anos. O que mudou de forma radical não é somente a abundância, variedade e regularidade sem precedentes da alimentação humana, a qual se somou à forte redução do exercício físico “espontâneo”, ligado às necessidades cotidianas do trabalho, dos deslocamentos e da vida doméstica. Essas mudanças geralmente se balancearam e precederam o aumento global da obesidade (Swinburn *et al.*, 2011). Na verdade, os mais óbvios impulsionadores da “epidemia” atual estão no sistema alimentar moderno, marcado pela industrialização da agricultura e dos próprios alimentos, na sua produção, distribuição e marketing (Souza; Cesse. Fontbonne, 2022). Mecanismos através dos quais a industrialização, hoje global e dominante, resulta em obesidade começam a ser seriamente pesquisados e evidências científicas estão se acumulando para designar ao menos dois potenciais fortes “culpados”: alimentos ultraprocessados e disruptores endócrinos.

Cada vez mais o mundo tem utilizado o sistema de classificação NOVA, que agrupa os alimentos de acordo com a extensão e a finalidade do processamento industrial, para analisar e orientar dietas. Nesse sistema, os ultraprocessados são tipicamente os alimentos industriais embotelhados

ou empacotados prontos para o consumo. No fundo, são “formulações feitas principalmente ou inteiramente de substâncias derivadas de alimentos e aditivos com pouco ou nenhum alimento intacto” (Monteiro *et al.*, 2018), produzidos para gerar lucro (Monteiro *et al.*, 2019). Uma forma simples de identificar esses alimentos é verificar se, na lista de ingredientes, existe pelo menos uma substância alimentícia nunca ou raramente utilizada na cozinha, ou aditivos químicos usados para realçar o sabor e tornar esses produtos mais atraentes (Monteiro *et al.*, 2019).

Com a globalização econômica da era neoliberal, tais “alimentos” invadiram os mercados do planeta: o volume de vendas *per capita* aumentou em todas as regiões do mundo durante o período 2002-2016, exceto na Europa Ocidental, América do Norte e Austrália – onde já é o mais elevado há décadas –, com uma taxa de crescimento podendo atingir entre 60 e 120%, particularmente na Ásia e na África (Vandevijvere *et al.*, 2019).

A literatura aponta uma consistente, e amplamente comprovada, associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e o risco de obesidade e de diversas doenças crônicas não transmissíveis, além de mortalidade por todas as causas (Srouf *et al.*, 2022). Vários mecanismos plausíveis podem explicar o efeito deletério dos alimentos ultraprocessados na saúde humana (Vandevijvere *et al.*, 2019; Srouf *et al.*, 2022): qualidade nutricional inferior – fartos em calorias, gorduras, açúcar e sal, pobres em fibras e vitaminas; perturbação dos mecanismos endógenos de saciedade – por não conter “verdadeiros” alimentos; produção de comportamentos de dependência, através dos ingredientes artificiais que intensificam os sabores e a palatabilidade. Ademais, o próprio processamento e a embalagem (muitas vezes em derivados do plástico) resultam na produção de compostos potencialmente tóxicos, pertencentes à grande família dos disruptores endócrinos.

Disruptores endócrinos são uma gama de substâncias químicas que interferem no sistema hormonal, alterando mecanismos naturais essenciais ao funcionamento correto do organismo. A contaminação de baixo nível, mas de longa duração, que eles promovem está associada ao aumento de várias doenças, como câncer, asma, doenças cardíacas, déficit

cognitivo etc., e, proeminente entre elas, a obesidade. Esses poluentes podem ser encontrados em uma infinidade de produtos industriais, desde cosméticos até revestimentos de estradas. No sistema alimentar, aos contaminantes oriundos do ultraprocessamento e do *packaging* dos alimentos já sinalizados, somam-se os agrotóxicos, emblemáticos da industrialização da agricultura, cujo mercado mundial não para de crescer, apesar dos alertas ambientais e dos riscos comprovados para a saúde global (World Obesity Federation, 2023).

Esses macrodeterminantes em constante progressão ajudam a entender os limites de estratégias de prevenção fundadas exclusivamente sobre apelos aos indivíduos para mudar seus comportamentos alimentares e de atividade física. Primeiro porque a obesidade não é consequência de uma livre escolha de estilo de vida que pode ser prevenida ou revertida simplesmente pelo exercício da força de vontade (Burki, 2021) e, sobretudo, porque o verdadeiro problema, no cenário atual, são as manobras das indústrias “patogênicas”, que somam-se, fora do sistema alimentar, aos gigantes da Internet e o resultante vício às telas, promotor de um grau inédito de sedentarismo, para proteger e ampliar seus lucros, assim como exemplifica o Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde, na Agenda de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (OPAS, 2020). A solução só pode vir de medidas políticas firmes, imunes a pressões corporativas, utilizando quadros jurídicos e regulamentações de restrições abrangentes na produção, comercialização e *marketing* de produtos prejudiciais à saúde dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

AFSHIN, Ashkan *et al.* Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 377, n. 1, p. 13-27, 2017.

AMORIM, Paulo Roberto dos Santos; FARIA, Fernanda R. Dispendio energético das atividades humanas e sua repercussão para a saúde. **Motricidade**, Vila Real, v. 8, n. 52, p. 295-302, 2012.

BAKALOUDI, Dimitra Rafailia *et al.* Impact of the first COVID-19 lockdown on body weight: A combined systematic review and a meta-analysis. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 41, n. 12, p. 3046-3054, 2022.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-191, 2003.

BLÜHER, Matthias. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. **Nat. Rev. Endocrinol.**, London, v. 15, n. 5, p. 288-298, 2019.

BRASIL. **Anexo 1 do Anexo IV Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade.** *In:* Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXO1ANEXOIV. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2006:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série G. Estatística e Informações em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006.pdf. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série G. Estatística e Informações em Saúde). Disponível em: <https://>

bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2021**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2021.pdf. Acesso em: 7 nov. 2023.

BURKI, Talha. European Commission classifies obesity as a chronic disease. **Lancet Diabetes Endocrinol.**, London, v. 9, n. 7, p. 418, 2021.

CHAVES, Luiz Claudio Lopes. *et al.* Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, por meio da aplicação do questionário BAROS. **Rev. para. med.**, Belém, v. 26, n. 3, 2012.

CHOOI, Yu Chung; DING, Cherlyn; MAGKOS, Faidon. The epidemiology of obesity. **Metabolism**, New York, v. 92, p. 6-10, 2019.

CONDE, Wolney Lisboa; SILVA, Isabela Venancio da; FERRAZ, Fabiana Ribeiro. Undernutrition and obesity trends in Brazilian adults from 1975 to 2019 and its associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, Supl. 1, e00149721, 2022.

DIAS, Flávia Santos Batista *et al.* Temporal Trend of Severe Obesity in Brazilian State Capitals (2006–2021). **Obesities**, Basel, v. 3, n. 2, p. 119-131, 2023.

FERREIRA, Arthur Pate de Souza; SZWARCOWALD, Célia Landmann; DAMACENA, Giseli Nogueira. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22, e190024, 2019.

GEBARA, Telma Souza e Silva; POLLI, Gislei Mocelin; ANTUNES, Maria Cristina. Representações sociais da obesidade e magreza entre pessoas com obesidade. **Psic: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 38, e38512, 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2017. **Agência IBGE Notícias**, Rio de Janeiro, 30 ago. 2017. Estatísticas Sociais. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017>. Acesso em: 19 out. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos nutricionais, 1974-75**. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF, 1982.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos nutricionais, 1989**. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF, 1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IMBUS, Joseph R.; VOILS, Corrine I.; FUNK, Luke M. Bariatric surgery barriers: a review using Andersen's Model of Health Services Use. **Surg. Obes. Relat. Dis.**, New York, v. 14, n. 3, p. 404-412, 2018.

KARMALI, Shahzeer. *et al.* Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. **Obes. Surg.**, New York, v. 23, n. 11, p. 1922-1933, 2013.

MELO, Silvia Pereira da Silva de Carvalho. **Excesso de peso em adultos de uma área urbana de pobreza do nordeste brasileiro**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

MIELKE, Grégore Iven. **Comportamento sedentário em adultos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

MONTEIRO, Carlos Augusto *et al.* The UN decade of nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. **Public Health Nutr.**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 5-17, 2018.

MONTEIRO, Carlos Augusto *et al.* Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutr.**, Oxford, v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. **Lancet**, London, v. 387, n. 10026, p. 1377-1396, 2016.

OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. **Obesity Update 2014**. OECD: Paris, 2014. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2023.

OLIVEIRA, Isabella Vasconcellos de. **Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde: tendências, custos e complicações**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

OLIVEIRA, Rebeca de Castro. **Fatores associados ao comportamento sedentário entre usuários da Estratégia Saúde da Família**

com diabetes mellitus tipo 2 e/ou hipertensão arterial sistêmica em Pernambuco. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Dia mundial da obesidade 2022: acelerar ação para acabar com a obesidade. **paho.org**, [s. l.], 4 mar. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-3-2022-dia-mundial-da-obesidade-2022-acelerar-acao-para-acabar-com-obesidade>. Acesso em: 17 nov. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde na Agenda de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.** Brasília: OPAS/OMS, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52975/OPASBRANMH20136_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 nov. 2023.

RIGO, Luiz Carlos; SANTOLIN, Cezar Barbosa. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. **Movimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 279-296, 2012.

SALAS, Ximena Ramos *et al.* A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. **Can. J. Public Health**, Ottawa, v. 108, n. 5-6, p. e598-e608, 2017.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. **Gordos, magros e obesos: uma história do peso no Brasil.** São Paulo: Estação Liberdade, 2016.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Especial XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Boletim 2022**, n. 73, p. 9-44. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/wp-content/uploads/2023/01/SBCBM-Boletim-4-2022.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

SCHIOCHET, Gabriel Augusto. Índice de Gini: um indicador da desigualdade. **Politize**, [s. l.], 6 jan. 2023. Básico da Política, Economia. Disponível em: <https://www.politize.com.br/indice-de-gini/>. Acesso em: 6 jan. 2023.

SEDENTARY BEHAVIOUR RESEARCH NETWORK. Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. **Appl. Physiol. Nutr. Metab.**, Ottawa, v. 37, p. 540-542, 2012.

SILVA, M. Paes da *et al.* Obesidade e qualidade de vida. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 247-250, 2006.

SOUZA, Nathália Paula de *et al.* Temporal variation in prevalence, awareness and control of hypertension in urban and rural areas in Northeast Brazil between 2006 and 2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00027819, 2020.

SOUZA, Nathália Paula de; CESTE, Eduarda Ângela Pessoa; FONTBONNE, Annick. Planeta, sociedades e humanidade em falência: um olhar à luz da comida e do comer. In: CAVALCANTI, Josefa Salete Barbosa; BUTTO, Andrea; AUBIN, Ludovic (org.). **Globalização, segurança alimentar, feminismo e agroecologia**. São Paulo: Anna-blume, 2022, p. 41-56.

SROUR, Bernard *et al.* Ultra-processed foods and human health: from epidemiological evidence to mechanistic insights. **Lancet Gastroenterol. Hepatol.**, Amsterdam, v. 7, n. 12, p. 1128-1140, 2022.

SWINBURN, Boyd A. *et al.* The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **Lancet**, London, v. 378, n. 9793, p. 804-814, 2011.

VANDEVIJVERE, Stefanie. *et al.* Global trends in ultraprocessed food and drink product sales and their association with adult body mass index trajectories. **Obes. Rev.**, Oxford, v. 20, Supl. 2, p. 10-19, 2019.

VILAS BÔAS, Marcos Leão. Obesidade, cirurgia bariátrica e desinformação, um risco a ser superado. **Sbcbm.org**, São Paulo, 28 nov. 2019. Artigos/Notícias. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/artigo-obesidade-cirurgia-bariatrica-e-desinformacao-um-risco-ser-superado/>. Acesso em 30 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: World Health Organization, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health service delivery framework for prevention and management of obesity**. Genebra: WHO, 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367784/9789240073234-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 set. 2023.

WORLD OBESITY FEDERATION. **Obesity: missing the 2025 global targets**. London: World Obesity, 2020. Disponível em: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/970_-_WOF_Missing_the_2025_Global_Targets_Report_ART.pdf. Acesso em: 26 set. 2023.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Atlas 2023**. London: World Obesity, 2023. Disponível em: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>. Acesso em: 26 set. 2023.

LINHA DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NO BRASIL: O QUE PRECISA AVANÇAR?

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE
SOFIA GUERRA ÁVILA
CARLA CAROLINE SILVA DOS SANTOS
REBECCA SOARES DE ANDRADE

INTRODUÇÃO

A epidemia global da obesidade impõe desafios significativos aos sistemas universais de saúde contemporâneos, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Este capítulo tem como objetivo apresentar uma revisão integrativa sobre o panorama das estratégias de cuidado empregadas no enfrentamento à obesidade no Brasil. Para além de aspectos clínicos, discutiu-se também os fatores facilitadores e dificultadores que permeiam a atenção à saúde, destacando a necessidade premente de uma articulação eficaz entre os diferentes níveis assistenciais.

Ao desvelar os entraves que podem dificultar o acesso à assistência, pavimentou-se um caminho para a formulação de intervenções mais eficazes e direcionadas. A intenção é contribuir com subsídios para a tomada de decisões que promovam uma abordagem mais efetiva no cuidado às pessoas com obesidade, colaborando para a saúde e bem-estar da população. Este capítulo mergulha na complexidade dessa problemática, oferecendo uma base para a compreensão da dinâmica multifacetada do enfrentamento à obesidade. E ao fazê-lo, não apenas aponta para os desafios que permeiam o sistema de saúde, mas também delinea um

caminho promissor na direção de intervenções mais inclusivas e sustentáveis adentro da linha de cuidado sobre a obesidade no Brasil.

Compreende-se a linha de cuidado como a produção de saúde de uma forma sistêmica – o itinerário da rede de assistência em suas dimensões macro e microinstitucionais – que deve estar centrada nas necessidades da pessoa usuária. Para tanto, realizou-se uma análise exploratória na base de dados SCIELO, a partir dos descritores ‘obesidade’, ‘cuidado’, ‘acesso’, ‘política’ e ‘enfrentamento’, em títulos, resumos ou assuntos, combinados entre si. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português (do Brasil) e inglês; que estivessem disponibilizados na íntegra; que retratassem a temática referente à revisão integrativa; e que tivessem sido publicados no período de janeiro de 2015 a agosto de 2023. No total, foram encontrados 223 artigos que, após a exclusão das duplicidades, resultaram em 141 artigos. Em seguida, foram excluídos 11 artigos que não estavam disponíveis em língua portuguesa (do Brasil) ou inglesa, totalizando 130 artigos, cujos resumos foram lidos na íntegra para seleção dos trabalhos que versassem sobre: a) políticas, programas e estratégias de enfrentamento à obesidade; b) a construção e o processo de trabalho na linha de cuidado da obesidade no SUS; c) o acesso dos usuários com obesidade aos serviços de saúde. Ao final da leitura, 20 artigos foram contemplados neste estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Título, ano da publicação e objetivo dos artigos selecionados.

Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo
1. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro	Dias <i>et al.</i>	2017	Analisar estratégias nacionais de enfrentamento da obesidade no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

2. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade	Almeida <i>et al.</i>	2017	Analisar as estratégias utilizadas no controle da obesidade, e apontar possíveis desafios a serem superados no âmbito da APS
3. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil	Henriques <i>et al.</i>	2018	Analisar as ações de prevenção e controle da obesidade infantil, especialmente as de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)
4. Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado	Araújo <i>et al.</i>	2019	Compreender quais comportamentos são vividos como cuidado pelas pessoas obesas e quais são as implicações disso para a prática profissional em saúde
5. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil	Burlandy <i>et al.</i>	2020	Analisar as características dos modelos assistenciais que fundamentam as ações de prevenção e controle da obesidade propostas nas políticas do SUS
6. O cuidado experienciado por pessoas com obesidade mórbida nos Serviços Públicos de Saúde	Conz <i>et al.</i>	2020b	Compreender a experiência de cuidado à saúde de pessoas com obesidade mórbida atendidas nos serviços públicos de saúde.
7. Caminho percorrido por obesos mórbidos em busca da cirurgia bariátrica no sistema público de saúde	Conz <i>et al.</i>	2020a	Compreender o caminho percorrido no sistema público de saúde pela pessoa com obesidade mórbida em busca da cirurgia bariátrica.

8. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira	Brandão <i>et al.</i>	2020	Analisar a disponibilidade de estrutura e adequação do processo de trabalho no cuidado à obesidade na Atenção Básica no Brasil e regiões.
9. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil	Bortolini <i>et al.</i>	2020	Apresentar o panorama atual das ações de alimentação e nutrição implementadas no âmbito da APS no SUS
10. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal	Ramos <i>et al.</i>	2020	Analisar as ações de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade que vêm sendo desenvolvidas nos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
11. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018	Nilson <i>et al.</i>	2020	Estimar os custos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em 2018.
12. O ambiente alimentar local está associado ao excesso de peso em adolescentes em São Paulo, Brasil?	Nogueira <i>et al.</i>	2020	Avaliar a associação entre o ambiente alimentar local e a prevalência de sobrepeso e obesidade em uma amostra representativa da população de adolescentes residentes na cidade de São Paulo, Brasil
13. Ideias em disputa sobre as atribuições do Estado na prevenção e controle da obesidade infantil no Brasil	Henriques <i>et al.</i>	2020	Analisar as ideias em disputa em torno das atribuições do Estado na prevenção e controle da obesidade infantil no Brasil.

<p>14. O manejo da obesidade na atenção primária à saúde no Brasil é adequado?</p>	<p>Lopes <i>et al.</i></p>	<p>2021</p>	<p>Descrever a adequação das unidades básicas de saúde (UBS) em relação à estrutura e ao processo de trabalho relacionados ao manejo da obesidade, além de avaliar a satisfação dos/as usuários/as com os serviços de saúde.</p>
<p>15. Fome conjuntural e obesidade estrutural no cenário global: reflexões sobre o que revelam as máscaras da Covid-19</p>	<p>Abreu <i>et al.</i></p>	<p>2021</p>	<p>Refletir sobre a inter-relação da pandemia da doença causada pelo novo coronavírus com a desigualdade social, a insegurança alimentar e a obesidade no cenário global.</p>
<p>16. Políticas públicas de combate à obesidade infantil uma visão do Brasil e do mundo</p>	<p>Silva e Zanella</p>	<p>2022</p>	<p>Identificar quais as estratégias e ações estão sendo aplicadas pelas políticas públicas para combater a obesidade infantil em âmbito nacional e internacional.</p>
<p>17. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo</p>	<p>Jesus <i>et al.</i></p>	<p>2022</p>	<p>Analisar as características dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família direcionados às pessoas com sobrepeso e obesidade no município de São Paulo</p>
<p>18. Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí</p>	<p>Alberto <i>et al.</i></p>	<p>2022</p>	<p>Apresentar a disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade no estado do Piauí.</p>

19. Percepção de gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado da obesidade infanto-juvenil no Sistema Único de Saúde	Silva <i>et al.</i>	2022	Analisar a percepção de gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado disponível para crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade no Sistema Único de Saúde em Sergipe, Brasil.
20. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021)	Rodrigues, Miranda e Cabrini	2023	Realizar uma análise crítica da narrativa das políticas públicas de saúde brasileiras no cuidado das pessoas com obesidade a partir de uma abordagem interseccional.

Fonte: As autoras, 2024.

DESENVOLVIMENTO

Em todos os artigos analisados, a obesidade é apontada como um dos principais problemas de saúde pública em diversos países, especialmente aqueles em desenvolvimento, incluindo o Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende a obesidade como uma epidemia global, predominantemente atribuída a um ambiente que favorece a ingestão excessiva de alimentos processados e ultraprocessados, ao mesmo tempo em que desencoraja a atividade física (World Health Organization, 2000). Outro ponto de semelhança refere-se à associação entre o aumento da obesidade e das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e, nesse sentido, a importância da prevenção e controle do agravo por meio de estratégias eficazes.

A obesidade representa uma grande carga para os sistemas de saúde, sociedades e economias nacionais, em decorrência de seu crescente custo somado aos seus efeitos negativos, diretos e indiretos (resultantes de doenças crônicas associadas). Estudo realizado em 2018 apontou que, no Brasil, os custos diretos atribuíveis apenas à obesidade totalizaram 370 milhões de reais, considerando os gastos do SUS com hospitalizações,

procedimentos ambulatoriais e medicamentos. Com a incorporação dos custos da obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos totais atribuíveis alcançaram R\$ 669 milhões em hospitalizações e gastos ambulatoriais; e R\$ 722 milhões em gastos com medicamentos. Ou seja, um total de R\$ 1,39 bilhão em 2018 (Nilson *et al.*, 2020). O estudo não contabilizou os custos da saúde suplementar no país, tampouco os custos econômicos e sociais associados ao adoecimento e morte por essas causas, o que elevaria ainda mais os custos atribuíveis à obesidade.

Dias e colaboradores (2017), baseados em uma revisão vasta de normativas e documentos institucionais, afirmaram que, no Brasil, a obesidade tornou-se objeto de políticas públicas a partir da década de 1990, com a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), do Ministério da Saúde, a qual definiu diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS, sendo revisada em 2012, abordando a temática de forma mais contundente. A PNAN visa aprimorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, promovendo hábitos alimentares adequados e saudáveis, fomentando o monitoramento alimentar e nutricional, bem como a oferta de um cuidado integral a problemas relacionados à alimentação e nutrição. No entanto, a complexidade e amplitude das ações da PNAN impõem desafios políticos e operacionais, demandando esforços consideráveis para o avanço da segurança alimentar e nutricional (SAN) no SUS (Silva; Zanella, 2022). Diante desse quadro, torna-se imperativo a implementação de ações intersetoriais de SAN em diversos níveis governamentais, com o intuito de atenuar o impacto e minimizar as consequências da obesidade no Brasil (Abreu *et al.*, 2021; Silva; Zanella, 2022).

Cabe ressaltar que a obesidade é uma forma de má nutrição que, junto a desnutrição e carências de micronutrientes, está associada a renda, nível de escolaridade e raça/etnia, e que suscita a implementação de programas e políticas mais equitativas, voltadas para a luta contínua contra essas condições, principalmente em países de baixa e média renda, como o Brasil (Batis *et al.* 2020).

No conjunto de políticas analisadas por Silva e Zanella (2022), foram observadas propostas do setor saúde – que privilegiam medidas individualizadas e socioambientais – e do Sistema Nacional de SAN (SISAN) – que enfatizam outras necessidades, como as transformações na forma como os alimentos são produzidos, seu abastecimento e comercialização. Esta última abarca vários espaços institucionais do governo federal e, portanto, complexifica o processo político ao exigir maior articulação entre setores e ampliar os pontos potenciais de conflito. O fato de a obesidade ser objeto da política intersetorial de segurança alimentar e nutricional no Brasil pode favorecer a gestão dos múltiplos processos que condicionam o problema e afetar, também, os termos das próprias políticas setoriais.

O setor saúde, que tradicionalmente focou a abordagem da obesidade na dimensão do consumo alimentar, vem interagindo em uma via de mão dupla, com as propostas que deslocam o foco das soluções para o conjunto de políticas do SISAN. A intersetorialidade, expressa nas propostas do SISAN, pode contribuir para fortalecer a perspectiva socioambiental pautada na conformação de sistemas alimentares que promovam a alimentação adequada e saudável de forma sustentável; e, na perspectiva da intrasetorialidade, a reorganização dos serviços de saúde em rede e linhas de cuidado favorecem uma abordagem mais integrada da obesidade.

A organização da prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade foi instituída como linha de cuidado prioritária dentro da rede de atenção à saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas, que estabelece normas e critérios para a construção de fluxos de atendimento integral, definição de mecanismos de comunicação e competências de cada ponto de atenção, segundo os princípios da universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade (Ramos *et al.*, 2020). As atividades delineadas na Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO) devem ser integradas à rotina dos serviços de saúde, mantendo a importância de políticas de grande escala que promovam ambientes e modos de vida saudáveis. Essas práticas abrangem os três níveis de cuidados de saúde, no entanto é na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das equipes de Saúde da Família (eSF), que elas devem ser centralizadas, devido ao

seu significativo potencial para ações interdisciplinares de promoção da saúde, além de ser o ponto de articulação com os demais níveis, por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência (Alberto *et al.*, 2022).

Ramos e colaboradores (2020) destacaram a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e dois programas que possuem potencial impacto na obesidade: o Programa Saúde na Escola, e o Programa Academia da Saúde. Além desses programas, a Política Nacional de Promoção da Saúde também foi considerada como indutora de ações de prevenção e controle da obesidade, porém os gestores e profissionais que participaram da pesquisa indicaram que a abordagem, na ótica da promoção da saúde e mesmo da prevenção da doença, ainda é frágil quando comparada ao peso das ações de tratamento (como as consultas após diagnóstico).

Silva e Zanella (2022) analisaram as ações das políticas de nutrição e alimentação voltadas ao combate da obesidade no Brasil e elencaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), o Programa Bolsa Família e o Programa Nacional de Alimentação Escolar como essenciais para redução da morbimortalidade infantil, no crescimento e desenvolvimento infantil, na prevenção da obesidade ao longo da infância e na idade adulta, bem como na melhoria do acesso a cuidados de saúde para crianças em grupos populacionais vulneráveis.

Vulnerabilidade social e biológica, na condição de pobreza, são sinérgicas e podem condenar segmentos da população ao agravamento das desigualdades, no que diz respeito à exposição, risco e gravidade da doença. Um círculo vicioso que fornece *feedback*: a insegurança alimentar e nutricional compromete o estado nutricional e a saúde do indivíduo, o quê, por sua vez, torna os indivíduos vulneráveis a piores prognósticos, enquanto se agrava as condições de insegurança alimentar e nutricional (Silva; Zanella, 2022).

Rodrigues, Miranda e Cabrini (2023) analisaram documentos e políticas públicas de saúde, publicados pelo Ministério da Saúde no período de 2001 a 2021. Os autores apresentaram uma crítica contundente à narrativa predominante nos discursos governamentais sobre a obesidade, cujo foco é o desequilíbrio energético causado pelo consumo excessivo de

calorias e pela falta de atividade física. Os autores questionaram a eficácia dessas abordagens, especialmente porque as principais estratégias de enfrentamento adotadas se concentram em intervenções individualizadas, dirigidas às escolhas alimentares e à prática de exercícios físicos.

Poucos são os documentos que apresentam a narrativa da obesidade como um problema social multifatorial, fortemente determinado pela vulnerabilidade social e pelas desigualdades relativas às questões de gênero/sexo, raça/cor e classe social. Na maioria das vezes, esses aspectos são apresentados de forma conceitual, não atrelados às causas da obesidade, auxiliando a narrativa dominante, centrada no balanço energético positivo. A análise da classe social foca primariamente no impacto da renda na aquisição de alimentos, sem considerar os outros efeitos desse determinante no cuidado das pessoas com obesidade. A raça/cor e o racismo não são bem explorados nos documentos, apesar de seu papel potencial como catalisadores para o surgimento e agravamento da obesidade. As questões relativas ao gênero/sexo, são tratadas de forma limitada, com um enfoque específico na cisgeneridade e suas implicações no sistema reprodutor, destacando o ganho excessivo de peso na gestação e a paridade como fatores associados à prevalência de obesidade em mulheres (Rodrigues; Miranda; Cabrini, 2023).

Os autores também referiram que, embora citado como necessário, o cuidado intersetorial não se traduz em estratégias para interação entre os diversos setores na atenção às pessoas com obesidade. Apresenta-se as linhas de cuidado como uma estratégia interdisciplinar, porém, na prática, as intervenções continuam sendo individualizadas e concentradas principalmente em escolhas alimentares e atividade física. A ênfase em ações de controle individual intensifica a culpabilização, estigmatização, preconceito e discriminação contra pessoas com obesidade. As dificuldades apresentadas na concretização de ações intersetoriais podem estar relacionadas com o modelo biologicista do cuidado em saúde – centrado na queixa e conduta –, bem como com a complexidade de transição para um modelo de cuidado em saúde mais abrangente (Rodrigues; Miranda; Cabrini, 2023).

Dentre os principais fatores desencadeadores da atual epidemia de obesidade estão o sedentarismo; o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, com alto teor calórico e baixa densidade nutricional; e a perda da tradição de cozinhar e da transmissão de habilidades culinárias entre as gerações (Silva; Zanella, 2022). Dessa forma, ações de educação alimentar e nutricional, quando são ampliadas para além da transmissão de informações e abarcam, por exemplo, práticas culinárias e compartilhamento de vivências em uma perspectiva dialógica, têm forte potencial de afetar condicionantes do sobrepeso e obesidade relacionados com as formas de preparo dos alimentos, a cultura alimentar, a sociabilidade e até mesmo os fatores psicossociais (Ramos *et al.*, 2020).

A introdução da educação nutricional nos ambientes escolares pode influenciar positivamente os hábitos de vida de crianças e de suas famílias, contribuindo para a redução da prevalência de obesidade e prevenção das diversas doenças crônicas associadas. É crucial que políticas públicas sejam elaboradas, executadas e rigorosamente avaliadas quanto ao seu real impacto. Dada a complexidade multicausal da obesidade, essas políticas devem ser constantemente atualizadas, capacitando os profissionais envolvidos e adaptando-se às realidades locais onde serão implementadas (Silva; Zanella, 2022).

Entretanto, de acordo com Henriques e colaboradores (2020), o arcabouço de ações propostas pelo governo brasileiro para o enfrentamento da obesidade infantil, formalizadas nas diversas políticas e programas anteriormente citados, têm seu ritmo de implementação descompassado, uma vez que esse processo é condicionado pelas ideias em disputa sobre as atribuições do Estado e sobre os limites de intervenção estatal na vida privada e nos setores econômicos, especialmente na regulação das práticas produtivas e comerciais da indústria alimentícia.

O estudo revelou as discordâncias quanto à atuação do Estado no mercado. Tanto o Estado quanto a sociedade civil enfatizam o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, o sedentarismo e a influência da mídia na propagação de produtos industrializados em ambientes frequentados por crianças, como casa e escola. Dessa forma,

propõe-se que o Estado exerça um papel regulatório crucial na indústria de alimentos ultraprocessados, visando proteger não apenas as crianças, mas toda a população. Isso inclui medidas como promover uma alimentação escolar saudável, implementar rotulagem frontal de advertência e taxar alimentos com alto teor de açúcar (Henriques *et al.*, 2020).

O setor privado comercial aborda a obesidade como resultado de escolhas individuais, como o sedentarismo e a entrada das mulheres no mercado de trabalho. Nesse sentido, a solução para a epidemia da obesidade infantil perpassa pela família, pela educação e pela autorregulamentação da publicidade de alimentos, sem intervenção regulatória estatal. Ainda como parte da mesma narrativa, o Estado deve “fornecer educação”, alimentação escolar, fazer comunicação sobre a alimentação “correta” e estimular o exercício físico. A superação de um problema que é amplo, complexo e socialmente condicionado, fica reduzida a uma escolha: “compra quem quer”, posição que isenta o setor privado da responsabilidade sobre as práticas que promovem o consumo de alimentos ultraprocessados (Henriques *et al.*, 2020).

Com esse discurso, além de se isentar de qualquer responsabilidade, atribui ao consumidor a culpa pelo consumo excessivo dos produtos por ele anunciados e pela condição de saúde decorrente desse consumo. São contraditórias as ideias de que o Estado não deve interferir nas liberdades individuais, porém é uma atribuição estatal dizer “o quê” e “quanto” a família deve consumir. As ações isoladas e descontextualizadas do ambiente obesogênico são insuficientes. A complexidade da mudança na alimentação reitera os limites da educação alimentar e nutricional e confirma a ideia de que o Estado deve regular o setor privado comercial e não os indivíduos (Henriques *et al.*, 2020).

Apesar do consumo alimentar ser compreendido como parte da escolha individual ou familiar, evidências demonstram a influência dos ambientes obesogênicos – ambientes com grande disponibilidade de alimentos ultraprocessados e grande variedade de processados caracterizados pelos altos níveis de calorias, gorduras, açúcares e sódio – na prevalência do sobrepeso e da obesidade. Nogueira e colaboradores (2020)

discutiram que a presença de restaurantes “*fast food*” dentro de um raio de áreas residenciais é positivamente associada ao sobrepeso/obesidade em adolescentes. Ainda, há uma associação inversa entre a densidade de supermercados e hipermercados e a prevalência de obesidade. Famílias que frequentavam mercados públicos e quitandas e residiam perto de restaurantes apresentaram maior probabilidade de vir a ter sobrepeso ou obesidade. Acerca do ambiente escolar, escolas que oferecem refeições preparadas nas dependências da escola apresentaram menores taxas de obesidade entre os alunos. Os resultados desse estudo reforçam a necessidade de repensar as políticas públicas brasileiras que busquem transformar esse ambiente, estimulando a adoção de práticas alimentares baseadas na culinária familiar, e reduzir os preços dos alimentos saudáveis para facilitar o acesso a esses alimentos (Nogueira *et al.*, 2020).

Uma análise da disponibilidade de estrutura e adequação do processo de trabalho no cuidado à obesidade na APS, realizada com dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – a partir de três dimensões: Vigilância Alimentar e Nutricional; Coordenação do cuidado e assistência; e Ações de promoção e educação em saúde – concluiu que a adequação dos processos de trabalho está em descompasso com a disponibilidade de estrutura (Brandão *et al.*, 2020). A análise dos dados do PMAQ-AB demonstrou que a disponibilidade de estrutura (equipamentos, materiais e insumos) nas unidades básicas de saúde é capaz de sustentar ações de cuidado à obesidade, porém sugere a necessidade de aprimorar os processos de trabalho no sentido de qualificar a atuação das equipes, no que se refere à coordenação e garantia de longitudinalidade do cuidado integral aos indivíduos com sobrepeso e obesidade (Brandão *et al.*, 2020). Nos últimos anos, na tentativa de qualificar essa assistência, o Ministério da Saúde tem investido na produção de materiais de suporte ao cuidado da pessoa com obesidade na APS (Brasil, 2021, 2022a; 2022b; 2022c).

A coordenação do cuidado é um atributo essencial da APS e uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, sua efetivação representa um desafio estratégico para a consolidação da integralidade do

cuidado. Coordenar o cuidado pressupõe organizar e acompanhar o caminho do usuário na RAS e implica capacidade resolutiva, comunicativa e de responsabilização da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destaca-se, aqui, um achado importante do estudo de Brandão e colaboradores (2020) sobre a coordenação do cuidado: 61,0% das equipes no país não mantêm o registro dos usuários com obesidade encaminhados para outros pontos de atenção, embora 77,9% das equipes relatem o encaminhamento desses usuários para serviço especializado. Observou-se, ainda, a existência de equipes que não realizam nenhuma conduta para as pessoas com obesidade.

Sabe-se que a fragilidade na coordenação do cuidado mostra-se mais evidente na atenção aos usuários com doenças crônicas, que requerem múltiplos profissionais e diversos serviços. Esse cenário exige uma APS robusta, capaz de coordenar o percurso terapêutico do usuário e facilitar a prestação de serviços e ações de saúde em local e tempo oportunos. Tais condições de registro, apontadas por Brandão e colaboradores (2020), sugerem deficiências na continuidade da assistência ao usuário com obesidade, pois a fragilidade no acompanhamento dos usuários compromete a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

Estabelecer adesão e continuidade ao tratamento e consolidar a integralidade entre os pontos de atenção do sistema são desafios a serem enfrentados e que demandam uma atuação profissional que possibilite uma terapêutica adequada às singularidades de cada caso (Brandão *et al.*, 2020). Esses desafios também foram referidos nos depoimentos de profissionais de saúde do estado do Rio de Janeiro, que sinalizaram um sentimento de impotência e despreparo para lidar com a complexidade da obesidade, incluindo os contextos pré e pós cirurgia bariátrica. Há pouca integração das ações de promoção da saúde no cotidiano de cuidado, o que remete à importância de um planejamento integrado de ações pelos múltiplos setores envolvidos (Burlandy *et al.*, 2020).

Em contraponto, uma pesquisa realizada no estado do Piauí evidenciou que a maioria dos municípios estudados apresentavam um panorama satisfatório de estrutura e atividades implementadas na LCSO no âmbito da APS, apesar de ainda se verificarem barreiras arquitetônicas nos

serviços que limitam o acesso, o início e/ou a continuidade do cuidado. Entretanto, o cenário “satisfatório” de disponibilidade, identificado em mais de dois terços dos municípios, ainda contrasta com o perfil crescente e elevado de obesidade (Alberto *et al.*, 2022). Isso levanta questionamentos sobre quais outros fatores locais estão influenciando o desenvolvimento desse problema de saúde e como ele está sendo abordado.

O trabalho de profissionais de saúde e gestores possuem um importante papel na organização da LCSO, mas pouco se conhece sobre sua percepção e experiência acerca das dificuldades que envolvem a garantia do cuidado integral e multiprofissional aos pacientes com obesidade. Estudo realizado no estado de Sergipe, que ainda não havia implementado a LCSO, evidenciou que profissionais de saúde e gestores consideram que não existe cuidado estruturado aos usuários com obesidade no estado e, quando existe, tal cuidado é extremamente fragmentado. Entre as principais causas elencadas, encontram-se: pouca ou inexistente vontade política para a resolução do problema; a ausência de coordenação/setor voltado para esse público; profissionais sobrecarregados em decorrência da inserção/atuação em diversos eixos/programas de saúde; desconhecimento sobre a demanda reprimida existente; cobertura insuficiente da APS; insuficiência de estrutura física, material e de recursos humanos, especialmente no tocante aos especialistas; baixa adesão ao tratamento; altos níveis de vulnerabilidade social; ausência de apoio familiar ao portador de obesidade; e falta de comprometimento profissional (Silva *et al.*, 2022).

Quanto à coordenação do cuidado, várias fragilidades foram evidenciadas: inexistência de protocolos e fluxo organizados para o atendimento; ausência de centro de referência para o cuidado da pessoa com obesidade; dificuldade na marcação de consultas e acesso às especialidades; baixo nível de comunicação entre níveis; ausência de contrarreferência, entre outros. Os autores reforçaram a necessidade de estruturação da LCSO, a capacitação dos profissionais – para um olhar ampliado sobre a obesidade – e a melhoria do aporte de estrutura física, material e de recursos humanos no estado, especialmente no tocante aos nutricionistas.

Ainda, a estruturação da LCSO e o fortalecimento da coordenação assistencial entre níveis são necessários para romper com a hegemonia do modelo biomédico predominante nas práticas de saúde do SUS, centrado na doença e na demanda espontânea, sendo pouco resolutivo frente ao atual cenário das condições crônicas não transmissíveis (Silva *et al.*, 2022).

O acesso com integralidade continua sendo um problema a ser superado e a coordenação entre níveis desempenha importante papel nesse contexto. Conz e colaboradores (2020a) evidenciaram lacunas quanto ao fluxo preconizado pelo sistema público de saúde e ao acesso da pessoa com obesidade aos cuidados de maior densidade tecnológica, a exemplo da cirurgia bariátrica. Os resultados apontaram entraves no manejo da obesidade, na integração entre níveis de atenção e limitações de acesso que comprometem o cuidado longitudinal dessas pessoas. Os autores refletiram que, para favorecer o caminho percorrido pela pessoa com obesidade no sistema de saúde, é necessário fortalecer o cuidado ofertado na APS, respeitar crenças e culturas regionais, promover ação multidisciplinar centrada no usuário, organizar fluxos de referência e contrarreferência, estabelecer uma forte rede de comunicação e compartilhamento de informações entre níveis, de forma a promover cuidado integral de pessoas obesas, com vistas à prevenção do avanço da doença.

CONCLUSÕES

Esta revisão integrativa apresentou diversos entraves à concretização de LCSO no Brasil, assim como elencou alguns avanços necessários para sua efetivação. Apontamos como essenciais o fortalecimento da RAS voltada à pessoa com obesidade, com destaque para o papel da APS como coordenadora do cuidado no sistema de saúde; a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado à pessoas com obesidade; a regulação estatal quanto à publicidade e rotulagem de alimentos considerados não saudáveis; o incentivo às cadeias de consumo local, visando o consumo de alimentos saudáveis; o debate da

problemática da obesidade com a sociedade, a fim de reduzir o estigma e a culpabilização frequentemente enfrentados pelas pessoas com obesidade; a promoção de maior interlocução entre setores, para propiciar ambientes não obesogênicos à população em geral; e maior suporte financeiro para investimento nas ações voltadas à melhoria da saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, Aline Miroski de *et al.* Conjunctural hunger and structural obesity in the global scenario: reflections on what Covid-19 masks reveal. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 34, e200221, 2021.

ALBERTO, Norma Sueli Marques da Costa *et al.* Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 405-420, 2022.

ALMEIDA, Luana Mirelle de *et al.* Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 114-139, 2017.

ARAÚJO, Flávia Maria *et al.* Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 249-260, 2019.

BATIS, Carolina *et al.* Malnutrition in all its forms by wealth, education and ethnicity in Latin America: Who are more affected? **Public Health Nutr.**, Wallingford, v.23, Supl. 1, p. S1-12, 2020.

BORTOLINI, Gisele Ane *et al.* alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 44, e39, 2020.

BRANDÃO, Ana Laura *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 678-693, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 5 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade de Brasília. **Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade** Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. (Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira, v. 2). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/programa-crescer-saudavel/publicacoes/instrutivo_crianca_adolescente.pdf/. Acesso em: 5 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1342840/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf. Acesso em: 29 nov. 2023.

BURLANDY, Luciene *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00093419, 2020.

CONZ, Claudete Aparecida *et al.* Caminho percorrido por obesos mórbidos em busca da cirurgia bariátrica no sistema público de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3294, 2020a.

CONZ, Claudete Aparecida *et al.* O cuidado experienciado por pessoas com obesidade mórbida nos Serviços Públicos de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 54, e03559, 2020b.

DIAS, Patrícia Camacho *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

HENRIQUES, Patrícia *et al.* Ideias em disputa sobre as atribuições do Estado na prevenção e controle da obesidade infantil no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00016920, 2020.

HENRIQUES, Patrícia *et al.* Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4143-4152, 2018.

JAIME, Patrícia Constante *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011.

JESUS, Juliana Gaj Levra de *et al.* O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 175-187, 2022.

LOPES, Mariana Souza *et al.* Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, Supl. 1, e00051620, 2021.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes *et al.* Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 44, e32, 2020.

NOGUEIRA, Luana Romão *et al.* Is the local food environment associated with excess body weight in adolescents in São Paulo, Brazil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, e00048619, 2020.

RAMOS, Doralice Batista das Neves *et al.* Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00116519, 2020.

RODRIGUES, Lorrany Santos; MIRANDA, Nayara Garcez; CABRINI, Danielle. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, e00240322, 2023.

SILVA, Érica Jamile da Silva e; ZANELLA, Priscila Berti. Políticas públicas de combate à obesidade infantil uma visão do Brasil e do mundo. **Braz. J. Health Rev.**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 2416-2425, 2022.

SILVA, Natanael de Jesus *et al.* Percepção de gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado da obesidade infanto-juvenil no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e320318, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, 894). Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42330/WHO_TRS_894.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 5 dez. 2023.

GORDOFOBIA: BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA E CAMINHOS PARA SUPERAÇÃO

REBECCA SOARES DE ANDRADE
MARIANA FARIAS GOMES
JÉSSICA MASCENA DE MEDEIROS
POLIANA CARDOSO MARTINS

INTRODUÇÃO

A obesidade não é um fenômeno recente. Sabe-se da existência de indivíduos com excesso de peso corporal desde o período paleolítico, na pré-história, há mais de 25 mil anos. Durante muito tempo, o sobrepeso e a obesidade foram desejáveis aos seres humanos, simbolizando fartura e fertilidade. Entretanto, apesar de cada vez mais prevalentes, essas condições recentemente se tornaram alvo de julgamento social pejorativo. Sabe-se que as pessoas com obesidade enfrentam uma forma generalizada e resiliente de estigma social, uma vez que são vistas como inadequadas, preguiçosas, gulosas, sem força de vontade e sem autodisciplina (Rubino *et al.*, 2020).

O estigma é definido como a situação em que o indivíduo está inabilitado para a aceitação social plena por não possuir características consideradas “normais” e desejáveis em uma sociedade (Goffman, 1988). Nesse contexto, observa-se que o desenvolvimento da obesidade ocorre acompanhado de uma fobia ao próprio ganho de peso e à gordura dos corpos de outras pessoas. Tal comportamento tem sido denominado *fatfobia* ou gordofobia (Gracia-Arnaiz, 2011).

A gordofobia é um neologismo utilizado para designar o comportamento de pessoas que julgam outras como inferiores, desprezíveis

ou repugnantes por apresentarem obesidade. Esse preconceito causa a exclusão social e a negação de acessibilidade e pertencimento às pessoas julgadas como gordas. Esses indivíduos são culpabilizados pela sua condição, recebendo um pré-julgamento através da inferiorização, humilhação, desvalorização e ofensas. A discriminação que é vivenciada no local de trabalho, nos espaços educativos, nos serviços de saúde e na sociedade em geral pode causar danos consideráveis aos indivíduos afetados, incluindo consequências físicas e psicológicas (Rubino *et al.*, 2020).

Entende-se que o preconceito associado à obesidade é estrutural, uma vez que é validado no contexto da construção de políticas públicas e reverbera nas recomendações de saúde, na formação e na prática profissional, bem como na organização e estruturação dos serviços de saúde e outros equipamentos sociais que não acolhem o corpo gordo (Paim; Kovalski, 2020). Assim, a pessoa com obesidade experimenta o estigma diretamente através da discriminação interpessoal e o internaliza, endossando o preconceito e os estereótipos negativos sobre si mesma e sobre o próprio grupo (Phelan, 2018).

A gordofobia está em todos os lugares e na maioria das vezes vem disfarçada de preocupação com a saúde, o que a torna um comportamento aceitável, dificultando seu entendimento e embate (Jimenez Jimenez, 2020). A valorização excessiva da juventude e do ideal de beleza associado ao corpo magro, observada nas sociedades contemporâneas, tem sido apontada como um dos principais mobilizadores desse comportamento. A ideia de que a pessoa com obesidade come demasiadamente atravessa o imaginário social e provoca sentimentos de tristeza, vergonha, diminuição e desvalorização por quem a vivencia. O preconceito também é percebido indiretamente, a exemplo da atenção indesejada que essas pessoas “atraem” e faz com que evitem situações comuns do cotidiano, como se alimentar em público ou comprar alimentos no supermercado (Silva; Silva, 2019).

Ao mesmo tempo em que a gordura é considerada física e moralmente insana, obscena, característica de preguiçoso e mesquinho, a magreza é valorizada e desejada socialmente e está associada à moderação, ao esforço e ao método, virtudes de quem possui autocontrole (Christiansen, 2018).

A sociedade atual cobra que os indivíduos sejam altamente produtivos e palavras como força, foco e fé são tidas como balizadoras do comportamento humano, reverberando nas relações que estabelecemos com o corpo e a alimentação. Esse processo contribui com o adoecimento psíquico, social e físico da população (Vilela; Timerman, 2023).

Essa busca por um padrão estético que não corresponde às características étnicas da nossa população faz com que o Brasil seja o segundo país em número de academias de ginástica no mundo, o primeiro em cirurgias plásticas e o segundo em cirurgias bariátricas realizadas, atrás apenas dos Estados Unidos, sendo as mulheres o principal público desses procedimentos (Silva; Branco, 2019).

Diante desse contexto, a forma como a obesidade é compreendida pela sociedade, além da falta de conhecimento acerca do estigma sobre ela, faz com que a temática seja pouco discutida, contribuindo para a perpetuação do problema, o que justifica a importância das reflexões propostas neste capítulo.

O capítulo busca contextualizar o estigma enfrentado por pessoas com obesidade na sociedade, bem como as implicações – individuais e coletivas – oriundas desse tipo de preconceito. Serão apontados alguns caminhos necessários para superação desse problema de saúde pública, com intuito de contribuir para uma sociedade mais justa, empática e igualitária no que se refere ao respeito, oportunidades e acesso a bens e serviços para todos, independentemente do tamanho de seus corpos.

O ESTIGMA ENFRENTADO POR PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

Desde a pré-história a luta para conseguir alimentos e a maior exposição ao frio exigiam do corpo humano grande capacidade de estocar energia e de obter proteção térmica. Armazenar gordura (tecido adiposo) era uma situação não apenas desejável, mas necessária para a sobrevivência. Aqueles com maior reserva energética lidavam melhor com a escassez de alimentos e respondiam mais favoravelmente às infecções (Ferreira, 2006; Halpern, 1999).

Num contexto em que prevalecia a precariedade, e por muitas vezes a fome, a gordura corporal sugeria abundância, riqueza e saúde. Na Idade Média, os corpos maiores eram apreciados como sinal de poderio e ascendência, embora já surgissem críticas ao corpo gordo como sendo aquele que comia em excesso. Destaca-se que, desde o século XV, pôde-se observar o uso de vestimentas muito apertadas para afinar a silhueta. Nos séculos seguintes (XVI e XVII), houve mudanças no consumo alimentar, com a redução na quantidade de alimentos e a ingestão de alimentos ressecantes (que limitariam a gordura). A avaliação da gordura corporal se dava de forma indireta, como na estreiteza dos anéis e no aperto das roupas (Vigarello, 2012).

Com a chegada do século XVIII e do Iluminismo, surgiu um novo tipo de crítica à pessoa com obesidade. O corpo gordo começava a ser associado com a lentidão e a preguiça. No século XIX, inicia-se a imposição dos números, com adoção de medições de todos os tipos que pudessem ser úteis, como as circunferências corporais e a relação peso-estatura. Naquele período, observam-se relatos escritos na primeira pessoa, em que o sofrimento físico, moral e psicológico, associados à obesidade, são registrados. Rejeições, humilhações precoces, marcantes e duradouras perfazem os relatos. Assim, a obesidade deixa de ser uma simples enfermidade, um desvio de comportamento, para se transformar numa preocupação contínua para aqueles que vivem com a doença.

Ao final do século XIX a estética dominante é de que o gordo é considerado feio. A moda pressiona as mulheres para o emagrecimento, associando magreza à juventude e beleza. Em 1920, a aparência atlética, de linhas sólidas e constituída predominantemente por músculos, é o “novo normal”. A estigmatização da pessoa com obesidade, que outrora fora de caráter moral, agora começa a ser tida como negligência íntima, caracterizada pela falta de domínio e controle sobre si. Constata-se, ainda, que a incidência da obesidade vai crescendo mais em pessoas com menor renda familiar, ressaltando cada vez mais a desigualdade social (Santolin, 2012, 2020; Vigarello, 2012).

O mercado de tratamento para obesidade se amplifica e surgem inúmeros procedimentos estéticos, dietas da moda, medicamentos para o emagrecimento e cirurgias para a redução da capacidade gástrica, enfim, uma infinidade de possibilidades. A cura se torna objetivo de vida, o emagrecimento uma prioridade definitiva.

Cabe destacar que a história da obesidade e o estigma que a acompanha não ocorrem concomitantemente e de forma linear em todo o mundo. Na década de 1920, ao mesmo tempo em que a obesidade atestava a incapacidade do corpo “gordo” em transformar o alimento em energia produtiva e começava a ser anunciada como moléstia na mídia impressa, apesar de ainda possuir pouco destaque, comer bem era uma alegria e a gordura era motivo de orgulho. Nesse período, a magreza e a escassez à mesa eram realidades comuns no Brasil. Revistas da época exibiam fotos de indivíduos de diferentes tamanhos e volumes corporais convivendo em harmonia, sem incitação à modificação de seus corpos (Sant’Anna, 2016; Santolin, 2012).

Nas décadas seguintes, a ciência da nutrição ganhou importância no Brasil e para se manter um corpo saudável era recomendado moderação à mesa, redução do consumo de sal e de alimentos muito condimentados, comer devagar, mastigar bem os alimentos e diversificar. Percebe-se também, até a década de 1950, uma mudança na prática do consumo: onde antes os alimentos eram comprados em feiras e em pequenos estabelecimentos, com produtos embrulhados em folhas de jornais, agora, com a chegada dos supermercados ao país, estavam sendo substituídos pelos produtos dispostos em prateleiras.

O *fast-food* virou moda no Brasil entre as décadas de 1950 e 1960. Comer na rua já era um costume antigo, mas em lanchonetes era novidade. A obesidade aparecia cada vez mais associada a distúrbios do metabolismo, a patologias cardíacas, respiratórias, digestivas, hormonais e emocionais. O sofrimento das pessoas com obesidade passou a ter visibilidade na imprensa, que expunham a falta de cadeiras adequadas. Havia constrangimento ao frequentar piscinas, restaurantes e dividir elevadores (Sant’Anna, 2016).

Após os anos 1960, uma série de explicações psicológicas emergiu com força para esclarecer a obesidade. Carência afetiva, falta de estima e apoio são alguns exemplos. A gula era interpretada como um psiquismo doente, incluindo frustrações sexuais e ansiedade excessiva. A figura do obeso frágil, inseguro e com problemas psíquicos tornou-se frequente nas descrições sobre obesidade no período.

A obesidade ainda não era considerada uma epidemia mundial, mas dietas, ginástica e cirurgias já compunham o arsenal de combate à doença. Abdominoplastias e lipoaspirações também passaram a compor esse arsenal na década de 1980. Na década de 1990 houve a adoção do Índice de Massa Corporal (IMC) como medida internacional e a obesidade, então, passou a ser tida como uma epidemia que assolava o planeta (Sant’Anna, 2016).

No Brasil, inclusive, a desnutrição tornou-se um problema menor que o da obesidade e, em 2007, o país já era líder mundial no consumo de moderadores ou inibidores do apetite. Em 2008, era o segundo país, depois dos Estados Unidos, a realizar o maior número de cirurgias bariátricas. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), a história da intervenção no país começou em 1970 e, desde então, a técnica já passou por várias transformações, conferindo maior segurança aos pacientes.

Recentemente, mais um “motivo” para a estigmatização surgiu: na era da consciência ecológica, em que a necessidade de reduzir o consumo de recursos naturais e de produtos industrializados em benefício do planeta é a ordem do dia, a obesidade passou a ser considerada antiética e a custar caro ao meio-ambiente. Pessoas com obesidade são acusadas de consumirem mais recursos que os demais indivíduos, produzirem mais lixo, ocuparem mais espaço e gastarem mais combustíveis.

Essas mensagens nutricionais sedimentadas ao longo da nossa história, seja na ciência da nutrição, no aconselhamento dietético, na engenharia de alimentos ou nas práticas de marketing refletem a forma como a sociedade vem compreendendo o corpo, a alimentação e a saúde. O paradigma dominante, caracterizado principalmente por uma

abordagem reducionista dos alimentos, em que os nutrientes passam a ser mais importantes que a comida, gera uma demanda por maior controle do que deve ser ingerido e o entendimento da alimentação como fonte de saúde física e de um corpo magro (Scrinis, 2021).

A era do nutricionismo quantificador reforça a visão simplista de que a obesidade é uma questão de ingestão de calorias versus gasto energético, reverberando no estímulo à prática de dietas restritivas e pautadas no “terrorismo nutricional” (dieta sem gordura, sem açúcar, sem sal, dieta de baixa densidade calórica, *low carb*, paleo, nutrigenômica, das moléculas, entre outras), muitas vezes utilizadas com o objetivo principal de perda de peso rápida ou acelerada.

A ênfase excessiva nos nutrientes, na contagem de calorias e na redução do consumo de determinados nutrientes que são considerados “ruins” promovem uma relação conflituosa com a comida, em que as pessoas preferem consumir alimentos ultraprocessados, mas que são rotulados como “bons” alimentos por serem “light”, “diet” ou “baixos em calorias”. Esses alimentos, muitas vezes, podem conter ingredientes menos saudáveis, mesmo assim são substitutos de alimentos *in natura* que fazem parte da cultura alimentar. Não se pode esquecer, ainda, da era do nutricionismo funcional, em que super alimentos são alçados a fórmulas milagrosas que poderiam resolver a problemática da obesidade. Esse paradigma dominante da ciência da nutrição é um elemento que reforça ainda mais o estigma do peso e a gordofobia.

REPERCUSSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS DA GORDOFOBIA

A disseminação de práticas de gordofobia, diretas ou silenciosas, traz impactos na saúde física, mental e emocional, não apenas de indivíduos com obesidade, mas também da população como um todo. Se por um lado a gordura tem conotação física e moral negativas, por outro a magreza é vista sob ótica positiva e atraente. A rejeição sistemática à gordura ganhou grande repercussão na sociedade, com ampliação da lipofobia entre os sujeitos (Christiansen, 2018).

O estigma direcionado às pessoas com obesidade pode ser entendido sob diferentes perspectivas. Conforme a teoria da atribuição, condições indesejáveis são mais fortemente estigmatizadas se sua aquisição puder ser atribuída ao indivíduo. Dessa forma, considerar a obesidade como decorrente da preguiça e da falta de força de vontade perpetua e normaliza o estigma voltado às pessoas com obesidade, inclusive por profissionais de saúde. Esses estereótipos são disseminados na mídia tanto em caráter jornalístico quanto de entretenimento (Joslyn; Haider-Markel, 2019; Phelan, 2018).

Outro aspecto influente é a percepção da causa da obesidade, conforme a teoria da controlabilidade (Weiner; Osborne; Rudolph, 2011; Weiner; Perry; Magnusson, 1988). Se a causa da obesidade – como maus hábitos alimentares e estilo de vida – for percebida como controlável, espera-se avaliação negativa e emoções menos favoráveis em relação às pessoas com obesidade. Por outro lado, se for percebida como incontrolável, a exemplo de fator genético, o sujeito não é responsabilizado e espera-se simpatia em relação a ele (Joslyn; Haider-Markel, 2019).

A utilização do IMC como parâmetro de escala individual traz também um argumento, supostamente científico, que contribui para a estigmatização da pessoa em situação de obesidade. Quando se aplica um índice aproximativo como sistema classificatório de corpulências aceitáveis, desejáveis e desviantes, corre-se o risco de classificações errôneas e indução a julgamentos nocivos, que podem resultar em transtornos de comportamento alimentar (Poulain, 2013).

Os padrões alimentares e de atividade física de cada pessoa são, em grande parte, resultantes de condições ambientais e sociais que restringem as escolhas pessoais. Evidências crescentes mostram associações entre estigma de peso e aumento da ingestão de alimentos, alimentação na ausência de fome ou emocional, compulsão alimentar e ganho de peso a longo prazo (Nolan; Eshleman, 2016; Remmert, 2019).

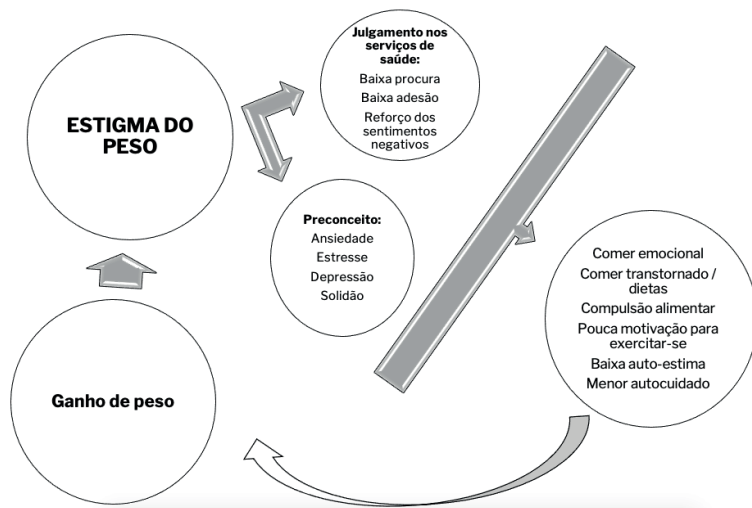
Para além de transtornos relacionados à alimentação, a vivência do estigma do peso pode desencadear outras respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais que prejudicam a saúde dos indivíduos ao

longo do tempo. Uma coorte, realizada na Inglaterra, evidenciou que o estigma pode desempenhar importante papel na explicação da carga de doenças relacionadas à obesidade, com 29% de associação prospectiva entre a obesidade e deterioração nos biomarcadores do estado de saúde ao longo de quatro anos (Daly; Sutin; Robinson, 2019). Outros estudos demonstraram o impacto negativo nos índices de cortisol, hemoglobina glicada, estresse oxidativo e proteína C reativa (Wu; Berry, 2018), bem como na alteração do metabolismo lipídico e da glicose e no desencadear de processos inflamatórios (Vadiveloo; Mattei, 2017).

Quanto às respostas psicológicas e comportamentais, o estigma e o preconceito internalizado em relação ao peso podem ser particularmente prejudiciais. Estão associados à autculpa e autodesvalorização, aumentando riscos de sintomas depressivos, ansiedade e promovendo baixa autoestima, isolamento social, estresse e uso de substâncias nocivas (Rubino *et al.*, 2020). A pessoa passa a ter alterações de imagem corporal, vergonha e insatisfação com o próprio corpo, com interferência nos seus cuidados em saúde e relações interpessoais (Bidstrup *et al.*, 2022).

O julgamento moralizador dos corpos pode desencadear, portanto, um efeito contrário ao que expressa, levando indivíduos obesos a incorporarem uma cascata de mecanismos que causam deterioração da saúde física e psicológica, muitos dos quais bidirecionalmente ligados aos comportamentos alimentares, de autocuidado e de busca pelos serviços de saúde. Assim, o estigma do peso atua como um ciclo de feedback positivo perpetuado por fatores que promovem o ganho de peso e, conseqüentemente, uma maior estigmatização (Figura 1) (Albury *et al.*, 2020; Tomiyama, 2014).

Figura 1 –Diagrama Gordofobia e ganho de peso.



Fonte: Adaptado de Albury *et al.* (2020).

A repercussão dos olhares sobre seus corpos faz com que pessoas com obesidade deixem de frequentar espaços públicos e até evitem a prática de exercícios físicos. Os ambientes muitas vezes sinalizam a esses indivíduos que eles “não cabem” naqueles espaços, uma vez que não encontram assentos adequados em locais de trabalho, serviços de saúde, cinemas, transporte público, entre outros (Lewis *et al.*, 2011).

O ambiente escolar se apresenta como um espaço dinâmico que transmite signos e produções de pensamentos presentes na sociedade, reproduzindo também conotações corporais que podem desencadear ações de discriminação desde cedo, como intimidações, exclusão social e *bullying* (Souza; Gonçalves, 2021). Como resultado dessa prática sistemática, aqueles que não se encaixam no padrão corporal vigente apresentam desconforto e desânimo em frequentar a escola e exteriorização do sofrimento de forma agressiva, além de terem seu desenvolvimento acadêmico afetado (Souza; Gonçalves, 2022).

Serviços de saúde refletem também os estigmas direcionados às pessoas com obesidade, que podem receber atendimento menos centrado no paciente e perceber atitudes negativas e estereotipadas por parte dos profissionais de saúde. A cada cinco adultos com obesidade, mais de três sofrem estigma por esses profissionais (Vogel, 2019). Com isso, há menor qualidade na assistência e menor adesão aos programas e tratamentos pelos pacientes com obesidade, que apresentam propensão a evitar e adiar os atendimentos (Blüher, 2019).

No dia a dia, o simples ato de comprar uma roupa pode se transformar num momento de grande sofrimento e exclusão para as pessoas com obesidade. O mercado tradicional apresenta baixa oferta de roupas para corpos maiores, fazendo com que os consumidores sejam forçados a optar pelo mercado *plus size*, que em geral apresentam falta de padronização e de tendências de moda e baixa qualidade de modelagem, oferecendo peças pouco atrativas a um alto custo (Pedrosa; Christino; Ferreira, 2022). Dessa forma, a inclusão e o direito de expressar sua identidade a partir de suas roupas são negados às pessoas com obesidade.

Nesse contexto, o setor farmacêutico e parafarmacêutico difundem a ideia de que perder peso é possível, fácil e sem consequências, influenciando sujeitos a se debruçarem sobre tentativas de controle de peso com motivação estética e potenciais efeitos nefastos (Felix, 2022). Além do impacto causado através de intervenções publicitárias, tais setores são acusados de atuar sobre pesquisadores e políticos a partir de *lobbying* (Nestle, 2019). O mesmo ocorre com a indústria de alimentos e outras relacionadas a ela, a exemplo dos ultraprocessados, que atuam fortemente na mídia e fazem intensa pressão contra a regulamentação governamental do mercado de alimentos, resultando em relutância de entes governamentais em adotar leis que restrinjam a “liberdade de escolha” dos indivíduos (Blüher, 2019; Dias *et al.*, 2017).

Pessoas em situação de obesidade se tornaram, portanto, alvo de disputas abrangendo indústrias farmacêuticas, prestadores de serviços terapêuticos, interesses econômicos e políticos (Rigo; Santolin, 2012). O complexo industrial da saúde tem forte influência no processo decisório

do governo, sendo importante a contextualização das disputas de interesse existentes na medicalização da obesidade, para além de medidas individualizadas (Dias *et al.*, 2017).

Quanto à atuação governamental, observa-se, mundialmente, narrativas reducionistas em políticas públicas de saúde e estratégias de prevenção à obesidade, a exemplo do discurso de obesidade como consequência de irresponsabilidade individual e ausência de força de vontade da pessoa obesa, sem evidências científicas. Tal visão limita o tipo de solução política e a adoção de abordagens populacionais, focando em abordagens de nível individual e componentes de estilo de vida, que não são efetivos no manejo do peso a longo prazo (Salas *et al.*, 2017).

A legislação brasileira também apresenta, historicamente, propensão à culpabilização do sujeito com obesidade, incitação ao tratamento médico e ênfase no “combate” à obesidade em detrimento da garantia dos direitos sociais do grupo (Dias *et al.*, 2017; Rigo; Santolin, 2012). Até mesmo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade, que reúnem colaboração de diversas categorias profissionais, disseminam a patologização do corpo gordo e a gordofobia, bem como incentivam uma abordagem focada na perda de peso. Reforçam, com isso, a crença na longevidade e ausência de doenças de corpos magros, além de ampliar a população de risco para aqueles com sobrepeso, incentivando uma “medicalização da culpa” (Paim; Kovaleski, 2020). O contexto político repercute ainda na formação dos profissionais de saúde e no planejamento de novos programas, alimentando um ciclo de disseminação e patologização da gordura e dificultando ainda mais a superação das implicações individuais e coletivas da gordofobia.

A atuação da mídia perpassa por todo o contexto aqui exposto e sua representação da obesidade muitas vezes incentiva o estigma e a discriminação, desempenhando importante papel nas atitudes e crenças do público geral (Rubino *et al.*, 2020). Nas últimas décadas, o ambiente virtual passou a exercer influência crescente nas populações e a se estabelecer como local onde as pessoas expressam mais facilmente opiniões sobre questões controversas, protegidas pelo anonimato e pela virtualidade. As redes

sociais, a exemplo do Instagram, amplificam o confronto entre diferentes discursos, de forma que narrativas gordofóbicas coexistem com discursos de humor, vitimização e aumento de movimentos de aceitação da gordura e positividade corporal (Calazans; Santos, 2022; Piedra; Varea, 2023).

O uso de afirmações e comportamentos culpabilizadores e discriminatórios em relação à pessoa que vive com o excesso de peso corporal pode ser visto como uma atitude de cuidado e preocupação com a saúde desse indivíduo. Entretanto, ao vivenciar a gordofobia em suas múltiplas dimensões, as pessoas passam a acreditar que a única estratégia para serem aceitas socialmente é a perda de peso corporal.

Diante dessa realidade, o sujeito emprega esforços hercúleos para escapar à discriminação através de tentativas, muitas vezes inadequadas e não saudáveis, de alcançar a perda de peso. O desejo de se proteger da gordofobia faz com que a pessoa em situação de obesidade busque respostas que talvez sejam amplamente difundidas, mas equivocadas, que não conduzem à saúde. Qual é o preço que a nossa sociedade tem pago para ter um corpo magro?

REFLEXÕES E APONTAMENTOS PARA SUPERAÇÃO DA GORDOFOBIA ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A erradicação do estigma do peso na sociedade deve ser tratada como uma prioridade de saúde pública e requer uma abordagem sistêmica, intersetorial e com o envolvimento das partes interessadas, entre as quais se destacam os profissionais de saúde, os educadores, os investigadores, os profissionais de comunicação, os políticos e, principalmente, as pessoas que vivem com obesidade.

A dificuldade encontrada por todos os países para conter o avanço da obesidade anuncia a importância de se revisitar o arcabouço epistemológico que a sustenta. É primordial reconhecer que a problemática da obesidade deve ser assumida como uma responsabilidade social, e não individual, uma vez que as escolhas dos indivíduos dependem do

contexto ambiental em que eles estão inseridos e não apenas de seus desejos (World Health Organization, 2022). É necessário pensar em sistemas alimentares saudáveis, ambientalmente sustentáveis e economicamente prósperos. Sabe-se que o modelo hegemônico e globalizado de produção e consumo de alimentos, transporte, organização urbana e uso da terra tem colaborado para o avanço da sindemia global, impulsionando as pandemias de obesidade e desnutrição, bem como as mudanças climáticas no mundo (Swinburn *et al.*, 2019).

Apesar dos avanços observados nos últimos anos, em relação à compreensão da obesidade e seus impactos para a sociedade, apenas sensibilizar para as consequências negativas do estigma do peso não é suficiente para eliminar o problema. Desafiar e mudar crenças generalizadas e profundamente enraizadas, concebidas a partir de preconceitos de longa data e de mentalidades julgadoras e culpabilizadoras, exige uma nova narrativa pública da obesidade, coerente com as evidências científicas modernas. Essa mudança deve reverberar na reconfiguração das práticas de cuidado e, principalmente, na construção de compromissos políticos intersetoriais que sejam capazes de produzir outras direções para o controle da obesidade (Rubino *et al.*, 2020; World Health Organization, 2022).

Nesse contexto, há ações que o Brasil vem desempenhando para o desenvolvimento de um sistema alimentar mais justo, saudável e sustentável. O Plano Sem Fome e a portaria interministerial nº 25 (Brasil, 2023), que estabelece orientações para atenção a pessoas em insegurança alimentar e nutricional, reforçam a perspectiva de que a obesidade é uma das faces da insegurança alimentar e nutricional e apoia a construção de estratégias intersetoriais de prevenção à obesidade. Promove, assim, reflexões para a construção de políticas de proteção e justiça social, com uma abordagem interseccional para a compreensão e controle da doença.

Quando a gordofobia se faz presente nas estruturas e na práxis do cuidado em saúde, o que se observa é um distanciamento da pessoa com obesidade da busca por cuidar de si. Ao entrar em um serviço de saúde e perceber que esse espaço não é capaz de acolhê-la, a pessoa entra nesse estado de estigmatização e sofrimento emocional, refletido ao longo

deste capítulo. Diante do cenário que se apresenta, é urgente garantir que o espaço (inclusive físico) dos serviços de saúde e de outros locais públicos, sejam capazes de acolher de forma digna e respeitosa a pessoa com obesidade. Isso significa pensar em todos os tamanhos de corpos que ocupam esses ambientes. As instalações devem estar equipadas com instrumentos de tamanho adequado, incluindo, entre outros, cadeiras, manguitos de pressão arterial e aventais (Brasil, 2021).

Há também a necessidade de mudanças nos meios de comunicação social, nas campanhas de saúde pública, no discurso político e mesmo na literatura científica, para que as causas da obesidade sejam compreendidas acima da responsabilidade pessoal (Rodrigues; Miranda; Cabrini, 2023; Rubino *et al.*, 2020). É a visão simplista da etiologia da obesidade que respalda comportamentos gordofóbicos e estigmatizantes, adoecendo ainda mais as pessoas que vivem com a doença. O foco no peso corporal, no controle alimentar e na culpabilização do indivíduo por sua condição não podem mais ser aceitos. Esse *modus operandi* traz sofrimento para todos, uma vez que não apenas a pessoa com obesidade tem sofrido diante dessa realidade, mas também tem se observado uma grande parcela da sociedade assombrada pelo receio de um peso corporal excessivo.

É primordial que as reflexões sobre o estigma do peso sejam abordadas desde o início e durante todo o processo de formação de profissionais de saúde, bem como em ações de educação permanente em saúde que ocorrem no cotidiano do trabalho, considerando que esses trabalhadores apresentam grande responsabilidade na construção dessa narrativa. A literatura sugere que os profissionais de saúde se sentem pouco competentes para cuidar de pacientes com obesidade e, dessa forma, se manter atualizado e aberto para novas possibilidades de cuidado é essencial (Talumaa, 2022).

Para além da compreensão das causas da obesidade e das consequências do estigma, são necessários esforços para aumentar a autoconsciência, empatia, comunicação respeitosa e a construção de práticas de cuidados compassivos baseadas em evidências, centradas no paciente e que sejam acessíveis a todos os indivíduos que procuram tratamento

para a obesidade. Outro ponto importante é que profissionais de saúde respeitem as decisões dos pacientes sobre o seu peso corporal, fazendo com que a sua abordagem esteja centrada no indivíduo e na sua saúde, podendo ou não incluir o peso como um dos resultados do processo (Albury *et al.*, 2020; Brasil, 2021; Puhl, 2023).

Combater a gordofobia não é romantizar a obesidade, mas é primordial garantir o respeito e o direito humano à dignidade, independentemente do tamanho dos corpos das pessoas. A aceitação do tamanho corporal, as compreensões de que as pessoas precisam ser respeitadas pela sua história e das múltiplas dimensões que definem a obesidade podem ser estratégias eficazes para que a sociedade reduza o estigma.

REFERÊNCIAS

ALBURY, Charlotte *et al.* Language Matters working group. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. **Lancet Diabetes Endocrinol.**, Londres, v. 8, n. 5, p. 447-455, 2020.

BIDSTRUP, Hugh *et al.* Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. **Int J Obes (Lond)**, Londres, v. 46, n. 1, p. 1-9, 2022.

BLÜHER, Matthias. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. **Nat. Rev. Endocrinol.**, Londres, v. 15, n. 5, p. 288-298, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MDS/MS nº 25, de 1 de setembro de 2023. Estabelece as orientações para priorização e organização da atenção aos indivíduos e famílias em insegurança alimentar e nutricional no âmbito da assistência social, saúde e segurança alimentar e nutricional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 161, n. 169, p. 29-30, 4 set. 2023.

CALAZANS, Fabíola; SANTOS, Christiane Araújo. #Gordofobia: produção de sentido sobre corpos gordos femininos no Instagram. **Rev. Comun. Midiática**, Bauru, v. 17, n. 2, p.73-87, 2022.

CHRISTIANSEN, Maria L. “Homo Caloricus”: La construcción epistemológica del estigma lipofóbico en los discursos mediáticos de salud pública. **Salud Colect.**, Buenos Aires, v. 14, n. 3, p. 623-637, 2018.

DALY, Michael; SUTIN, Angelina R.; ROBINSON, Eric. Perceived Weight Discrimination Mediates the Prospective Association Between Obesity and Physiological Dysregulation: Evidence From a Population-Based Cohort. **Psychol. Sci.**, Nova York, v. 30, n. 7, p. 1030-1039, 2019.

DIAS, Patricia Camacho *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

FELIX, Paula. Novos medicamentos prometem reduzir em mais de 20% o peso dos obesos. **Veja**, [s. l.], 6 maio 2022. Caderno Saúde. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/novos-medicamentos-prometem-reduzir-em-mais-de-20-o-peso-dos-obesos/>. Acesso em: 12 maio 2022.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública? **Einstein**, São Paulo, v. 4, supl.1, p. S1-S6, 2006.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 1988.

GRACIA-ARNAIZ, Mabel. La medicalización de la obesidad: concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con “exceso” de peso. **Zainak**, [s. l.], v. 34, p. 225-241, 2011.

HALPERN, A. A epidemia de obesidade. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 175-176, 1999.

JIMENEZ JIMENEZ, Maria Luisa. **Lute como uma gorda**: gordofobia, resistências e ativismos. 2020. 273 f. Tese (Doutorado em Estudos de Cultura Contemporânea) – Faculdade de Comunicação e Artes, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2020.

JOSLYN, Mark R.; HAIDER-MARKEL, Donald P. Perceived causes of obesity, emotions, and attitudes about Discrimination Policy. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 223, p. 97-103, 2019.

LEWIS, Sophie *et al.* How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 73, n. 9, 1349-1356, 2011.

NESTLE, Marion. **Uma verdade indigesta**: como a indústria alimentícia manipula a ciência do que comemos. São Paulo: Elefante, 2019.

NOLAN, Laurence J.; ESHLEMAN, Amy. Paved with good intentions: Paradoxical eating responses to weight stigma. **Appetite**, Londres, v. 102, p. 15-24, 2016.

PAIM, Marina Bastos; KOVALESKI, Douglas Francisco. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo,

abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 29, n. 1, e190227, 2020.

PEDROSA, Guilherme Rodrigues; CHRISTINO, Juliana Maria Magalhães; FERREIRA, Frederico Leocádio. Consumo de roupas plus size: uma revisão sistemática. *In*: ENCONTRO DA ANPAD, 46., 2022, [S. l.]. **Anais eletrônicos** [...]. Maringá: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2022. Disponível em: http://anpad.com.br/pt_br/event. Acesso em: 10 out. 2023.

PHELAN, Sean M. An update on research examining the implications of stigma for access to and utilization of bariatric surgery. **Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.**, Londres, v. 25, n. 5, p. 321-325, 2018.

PIEDRA, Joaquin; VAREA, Valeria. ‘Operación Feria’: a critical analysis of body discourses on Instagram. **Sport Soc.**, Londres, v. 26, n. 12, p. 1999-2014, 2023.

POULAIN, Jean Pierre. **Sociologia da obesidade**. São Paulo: Editora Senac, 2013.

PUHL, Rebecca M. Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care. **Gastroenterol. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 52, n. 2, p. 417-428, 2023.

REMMERT, Jocelyn E. *et al.* Stigmatizing weight experiences in health care: Associations with BMI and eating behaviours. **Obes. Sci. Pract.**, v. 5, n. 6, p. 555-563, 2019.

RIGO, Luiz Carlos; SANTOLIN, Cezar Barbosa. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. **Movimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 279-296, 2012.

RODRIGUES, Lorrany Santos; MIRANDA, Nayara Garcez; CABRINI, Danielle. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, e00240322, 2023.

RUBINO, Francesco *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nat. Med.**, Nova York, v. 26, n. 4, p.485–497, 2020.

SALAS, Ximena Ramos *et al.* A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. **Can. J. Public Health**, Ottawa, v. 108, n. 5-6, e598-e608, 2017.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Gordos, magros e obesos: uma história do peso no Brasil**. São Paulo: Estação Liberdade, 2016. 184 p.

SANTOLIN, Cezar Barbosa. História da obesidade: “O ventre de Paris” (1873), de Zola. **Educación Física y Ciencia**, [s. l.], vol. 22, n. 1, e115, 2020.

SANTOLIN, Cezar Barbosa. **O nascimento da obesidade: um estudo genealógico do discurso patologizante**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

SCRINIS, Gyorgy. **Nutricionismo: a ciência e a política da orientação nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2021.

SILVA, Milena Oliveira; BRANCO, Angela Uchoa. Obesity, Prejudice, Self, and Culture: A Longitudinal Case Study. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 29, e2926, 2019.

SILVA, Nathália Gomes da; SILVA, Josevânia. Aspectos psicossociais relacionados à imagem corporal de pessoas com excesso de peso. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 1-16, 2019.

SOUZA, Valdelice Cruz da Silva; GONÇALVES, Josiane Peres. Gordofobia no Espaço Escolar: uma análise histórico-cultural. **Rev. Ciênc. Hum.**, Taubaté, v. 14, e25, 2021.

SOUZA, Valdelice Cruz da Silva; GONÇALVES, Josiane Peres. Gordofobia, bullying e violência na escola: um estudo em representações sociais com pré-adolescentes. **Eccos**, v. 60, e18893, 2022.

SWINBURN, Boyd A. *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. **Lancet**, Londres, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

TALUMAA, Britta *et al.* Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. **Obes. Rev.**, Oxford, v. 23, n. 10, e13494, 2022.

TOMIYAMA, A. Janet. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/ Weight-Based Stigma model. **Appetite**, Londres, v. 82, p. 8-15, 2014.

VADIVELOO, Maya; MATTEI, Josiemer. Perceived Weight Discrimination and 10-Year Risk of Allostatic Load Among US Adults. **Ann. Behav. Med.**, Knoxville, v. 51, n. 1, p. 94-104, 2017.

VIGARELLO, Georges. **As metamorfoses do gordo**: história da obesidade no Ocidente da Idade Média ao século XX. Tradução de Marcus Penchel. Petrópolis: Vozes, 2012.

VILLELA, Marcela Cristina Elias; TIMERMAN, Fernanda. Força, foco e fé: a sociedade do desempenho e a (má) alimentação. **Saude soc.**, São Paulo, v. 32, n. 2, e210771, 2023.

VOGEL, Lauren. Fat shaming is making people sicker and heavier. **CMAJ**, Ottawa, v. 191, n. 23, p. 649, 2019.

WEINER, Bernard; OSBORNE, Danny; RUDOLPH, Udo. An attributional analysis of reactions to poverty: the political ideology of the giver and the perceived morality of the receiver. **Pers. Soc. Psychol. Rev.**, Mahwah, v. 15, n. 2, p. 199-213, 2011.

WEINER, Bernard; PERRY, Raymond P.; MAGNUSSON, Jamie. An attributional analysis of reactions to stigmas. **J. Pers. Soc. Psychol.**, Washington, v. 55, n. 5, p. 738-748, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Obesity Atlas 2022**. Londres: WHO, 2022. Disponível em: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf. Acesso em: 11 out. 2023.

WU, Ya-Ke.; BERRY, Diane C. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. **J. Adv. Nurs.**, v. 74, n. 5, p. 1030–1042, 2018.

PERCEPÇÃO DO ACESSO À CIRURGIA BARIÁTRICA EM PERNAMBUCO PELOS USUÁRIOS COM OBESIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

REBECCA SOARES DE ANDRADE
MARIANA FARIAS GOMES
ANA CLÁUDIA FIGUEIRÓ
EDUARDA ÂNGELA PESSOA CESTE

INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica representa uma opção de tratamento para redução de peso para pacientes com obesidade grave e outras comorbidades, com reconhecida eficácia, efetividade e resultados clínicos promissores, além de apresentar melhor custo-benefício aos sistemas de saúde quando comparada ao tratamento conservador (mudança de comportamento, terapia medicamentosa) (Aarts *et al.*, 2017; Fouse; Schauer, 2016; Imbus; Voils; Funk, 2018; Owen-Smith; Donovan; Coast, 2017; Primomo *et al.*, 2016; Sharman *et al.*, 2017).

Trata-se de procedimento indicado como primeira opção de tratamento para pessoas com IMC acima de 50 kg/m², devido ao elevado risco de morte; para pessoas com IMC acima de 40 kg/m², após um período de tentativas frustradas de perda de peso de forma convencional (farmacoterapia, dieta e exercícios físicos); para pessoas com IMC acima de 35 kg/m² com comorbidades associadas; e, mais recentemente, indicada, também, para pessoas com IMC acima de 30 kg/m² associado ao diabetes mellitus mal controlado com tratamento padrão (controle

glicêmico inadequado). Segundo a literatura, quando esses critérios são seguidos, o procedimento tende ao sucesso (Casanueva *et al.*, 2016; Chapman; Cunningham; Pories, 2013; Rubino *et al.*, 2016).

No entanto, estudos em todo o mundo revelam dificuldades de acesso à cirurgia bariátrica relacionadas aos contextos e experiências vivenciados pelos indivíduos elegíveis à cirurgia, tais como as condições socioeconômicas, raça, estigma e, até mesmo, atitudes gordofóbicas por profissionais de saúde (Ahmad *et al.*, 2014; Cohen *et al.*, 2017; Keating *et al.*, 2015; Welbourn *et al.*, 2014).

No Brasil, passadas mais de três décadas da implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda se observam diversos problemas para realização das diretrizes do sistema – como o acesso da população brasileira à saúde –, apesar dos esforços, do arcabouço institucional e aparato jurídico-legal existentes. Vale ressaltar que o acesso à saúde desempenha papel fundamental na prestação de uma atenção equânime e integral e, de acordo com a Portaria nº 4.279/2010, precisa ser considerado para assegurar a resolutividade na rede de atenção.

No Brasil, aproximadamente 75% das pessoas que necessitam de cirurgia bariátrica dependem exclusivamente do SUS para ter acesso ao procedimento (não têm acesso à rede suplementar). Considerando que o SUS oferta menos que 10% dos procedimentos realizados no país, revela-se uma situação de grande demanda reprimida para aqueles que apenas utilizam o sistema público de saúde (Barros, 2015).

É evidente que reduzir a carga de obesidade vai muito além do acesso à cirurgia bariátrica e requer abordagens que combinem intervenções individuais com mudanças no ambiente e na sociedade. No entanto, é igualmente indubitável que o tratamento da obesidade por meio da cirurgia bariátrica – num país marcado pela heterogeneidade, cujo sistema de saúde preconiza a universalidade, a integralidade e a equidade como seus princípios – deve ser acessível a todos que dela necessitam e possam se beneficiar.

Dessa forma, este estudo buscou compreender aspectos relacionados ao acesso à cirurgia bariátrica pelos pacientes elegíveis que utilizam

a rede SUS em Pernambuco, um estado brasileiro que convive com desigualdades e iniquidades em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo para análise do acesso, considerando duas das cinco dimensões do modelo proposto por Assis e Jesus (2012). Segundo os autores, o acesso tem um caráter multidimensional, em que cada dimensão expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou diminuindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços de saúde (Assis; Jesus, 2012; Brasil, 2010). Considerando esse conceito, também utilizado pelo Ministério da Saúde, Assis e Jesus (2012) propuseram um modelo que considera cinco dimensões para análise do acesso à saúde:

- a. a dimensão política, que se refere à pactuação entre instâncias, a participação social, o acompanhamento de processos por gestores e usuários e o processo de tomada de decisão;
- b. a dimensão técnica, relacionada com a atenção prestada aos indivíduos pelos serviços de saúde e profissionais, tais como acolhimento, vínculo, integralidade da atenção, habilidade, compromisso, autonomia do sujeito, qualidade da atenção, entre outros;
- c. dimensão organizacional, que, como o próprio nome sugere, diz respeito a organização do acesso, ou seja, fluxo de atendimento, porta de entrada no serviço, regulação, referência, contrarreferência, barreiras geográficas e avaliação;
- d. a dimensão econômico-social, relativa às barreiras econômicas, sociais e físicas dos indivíduos e aos investimentos na rede pública por esfera de poder e nível de complexidade; e
- e. a dimensão simbólica, que reflete a cultura, as crenças, o entendimento sobre o processo saúde-doença, valores e subjetividade dos indivíduos.

Essas dimensões têm ampla relação entre si, sendo comum que uma mesma questão possa ser analisada sob mais de uma dimensão. Este capítulo se debruçará sobre as dimensões técnica e política, dada a complexidade que as envolve e por serem questões menos exploradas nos demais capítulos deste livro.

As entrevistas, guiadas por roteiro semiestruturado, tiveram por objetivo identificar os caminhos percorridos pelos pacientes em suas buscas pelo tratamento da obesidade, bem como as facilidades e dificuldades de acesso encontradas durante esses percursos. Foram selecionados, por conveniência – indicados por trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) –, usuários da ESF nos quatro polos de macrorregiões de Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina) e que fossem elegíveis para cirurgia bariátrica ou que já tivessem realizado o procedimento com a utilização do SUS. Além de cadastrados na ESF, serem elegíveis ou terem realizado a cirurgia, os indivíduos deveriam atender aos demais critérios de inclusão para participação no estudo: idade mínima de 18 anos e capacidade cognitiva preservada. A escolha das equipes participantes também se deu por conveniência: em Recife, participaram equipes que já tinham o atendimento voltado à pessoa com obesidade consolidado em suas rotinas de trabalho; e nos demais municípios, participaram as equipes que demonstraram maior interesse pelo estudo. O quantitativo de entrevistas realizadas foi definido pelo critério da saturação (Minayo, 2014).

Os encontros – presenciais ou remotos por videochamada – para realização das entrevistas ocorreram durante a pandemia de Covid-19, entre os meses de junho e agosto de 2021. Nesse período, houve uma diminuição nos casos da doença no estado de Pernambuco e algumas atividades estavam sendo retomadas paulatinamente nos municípios. As videochamadas foram realizadas pela plataforma do WhatsApp, por ser a mais difundida entre os entrevistados.

Foi criado um grupo no WhatsApp entre as entrevistadoras para fins de planejamento, atualização de agendas, compartilhamentos de informações, reflexões acerca dos momentos pré, durante e pós

entrevistas, dentre outros, o que, além de nortear o trabalho, culminou em conteúdo para o diário de campo.

Durante a pesquisa de campo, nos quatro polos de macrorregiões de Pernambuco, também foi realizada observação direta dos ambientes frequentados pelos entrevistados (as unidades de saúde da família, suas residências, o entorno de suas habitações, dentre outros).

Após conclusão das entrevistas, todos os indivíduos que foram identificados com dificuldades de acesso à cirurgia bariátrica foram convidados a responder outro questionário, elaborado com uso de escala Likert, com o objetivo de averiguar os fatores que pudessem ter influenciado nessa dificuldade de acesso, totalizando sete participantes. As afirmações, nesse questionário, eram feitas na primeira pessoa do singular pela entrevistadora e o indivíduo deveria responder com “concordo totalmente”, “concordo parcialmente”, “não concordo nem discordo”, “discordo parcialmente” ou “discordo totalmente”, tendo espaço/tempo para argumentar sua resposta.

As entrevistas foram posteriormente examinadas pela análise de conteúdo temática (Bardin, 2011). A categorização dessa análise foi realizada de forma emergente (Moraes; Galiazzi, 2016), segundo as categorias acima descritas, baseada na proposição de Assis e Jesus (2012).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, sob parecer nº 4.695.327, atendendo aos requisitos preestabelecidos nas resoluções nº 466/2012 e 510/2016. Ademais, declara-se que este estudo teve financiamento no âmbito da Chamada CNPq/ Instituto Aggeu Magalhães nº 39/2018 e que não houve quaisquer conflitos de interesse em seu desenvolvimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final, foram captados 14 pacientes, dos quais três haviam realizado a cirurgia bariátrica e 11 eram elegíveis ao procedimento pelo SUS (IMC > 40 kg/m² ou IMC > 35 kg/m² com comorbidades associadas).

O quadro 1 apresenta as características demográficas, sociais e econômicas desses participantes, assim como aspectos relacionados à realização de cirurgia bariátrica e dificuldade de acesso ao procedimento. Todas as informações foram autorreferidas.

Na sequência, apresentam-se os achados referentes às duas dimensões do acesso consideradas no estudo: técnica e política.

Quadro 1. Caracterização dos participantes do estudo.

Participante	Município	Gênero	Idade	Raça	Grau de Instrução	Condição de Trabalho	Renda Per capita/ mês (R\$)	Realizou a cirurgia	Dificuldade de acesso
P1	Recife	Feminino	54	Preta	2º Grau Completo	Servidora municipal	1.300,00	Não	Não
P2	Serra Talhada	Feminino	61	Parda	Superior Completo	Aposentada	1.000,00	Não	Sim
P3	Petrolina	Feminino	46	Negra	2º Grau Completo	Autônoma	3.000,00	Não	Não
P4	Caruaru	Feminino	36	Branca	Fundamental Incompleto	Aposentada	400,00	Não	Sim
P5	Recife	Masculino	48	Branca	2º Grau Completo	Autônomo	2.600,00	Não	Não
P6	Caruaru	Masculino	33	Branca	Superior Completo	Carteira Assinada	375,00	Sim	Sim
P7	Petrolina	Feminino	38	Parda	2º Grau Completo	Carteira Assinada	454,50	Sim	Sim
P8	Serra Talhada	Masculino	45	Parda	Fundamental Incompleto	Autônomo	Não informou. Beneficiário de programa de governo.	Não	Sim

P9	Serra Talhada	Feminino	37	Branca	Fundamental Incompleto	Desempregada	183,33	Não	Sim
P10	Petrolina	Masculino	71	Parda	2º Grau Completo	Aposentado	2.500,00	Não	Sim
P11	Petrolina	Feminino	34	Parda	Ensino Médio Completo	Do lar	275,00. Beneficiário de programa de governo.	Não	Não
P12	Petrolina	Feminino	35	Branca	Fundamental Completo	Autônoma	550,00	Não	Não
P13	Petrolina	Feminino	34	Parda	Superior Completo	Servidora municipal	2.143,00	Sim	Não
P14	Caruaru	Feminino	20	Parda	Ensino Médio Incompleto	Estudante	750,00	Não	Não sabe opinar. Não deseja a cirurgia

DIMENSÃO TÉCNICA

A dimensão técnica está relacionada com a atenção prestada aos indivíduos pelos profissionais e serviços de saúde. Refere-se a acolhimento, vínculo, integralidade da atenção, habilidade, compromisso, autonomia do sujeito, qualidade da atenção, entre outros. Essa dimensão é apresentada na perspectiva do acolhimento e da qualidade da atenção.

O acolhimento é definido pelo Ministério da Saúde como:

Uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008, p. 1).

Os entrevistados avaliaram o acolhimento recebido ora positivamente, ora negativamente. Essa oscilação ocorreu muito em virtude do tratamento ofertado ao usuário e a forma do profissional se comunicar:

(...) Então o primeiro impacto que eu percebi, até quando eu ficava na sala de espera, era barrar, eles barram o usuário, aí depois que o usuário insiste em falar, é que eles, “ah não, tá certo”, não tira a dúvida. Com o passar do tempo, que aí eles vão conhecendo você, que você entra no programa e vai mais vezes, aí eles recebem já de outra maneira. (P6).

Os hospitais grandes demais, e poucas pessoas tinham amor, uns pessoal da cara feia (...). (P4).

(...) na maioria (profissionais) que eu peguei, não, eles tinham um olhar de, não, você precisa de ajuda, tá pedindo ajuda, então vamos lá. (P6).

Os três trechos destacados acima se referem ao tratamento prestado por trabalhadores de saúde dos hospitais aos usuários entrevistados. Percebe-se que a maioria dos profissionais demonstrou postura pouco acolhedora, não apresentando qualquer interesse em fazer uma escuta qualificada, tampouco se responsabilizar pelo cuidado e resolução das queixas dos indivíduos.

Abaixo, destaca-se o trecho de uma entrevista com um usuário da Atenção Básica (AB) que possui obesidade grau III. Observa-se que o tratamento concedido pelos profissionais da AB, descrito pelo entrevistado, vai na contramão do que foi visto na maioria dos casos nos hospitais. O indivíduo percebe o atendimento dos profissionais como sendo sempre de muito respeito e responsabilização pela resolução de seus problemas:

Pesquisadora: *Como é que o senhor considera o olhar das pessoas sobre o seu peso?*

Entrevistado: *Rapaz, eu acho que todo mundo olha já com um olhar crítico.*

Pesquisadora: *E dos profissionais de saúde, também?*

Entrevistado: *Não, esses não. Pelo menos os que eu conheço, eles fazem de tudo pra ajudar. Os que eu conheço.*

Pesquisadora: *Como é a sua relação com a equipe de saúde do posto?*

Entrevistado: *Pra mim, ótima. Sempre me trataram muito bem. (P8).*

No guia elaborado pelo Fórum de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, em parceria com membros dos setores público, privado e terceiro setor, intitulado “Linguagem importa! - atualização de linguagem para diabetes, obesidade e outras condições crônicas de saúde” (Barone *et al.*, 2022), chama-se atenção para o papel fundamental da comunicação nas práticas de profissionais de saúde, estudantes, profissionais da comunicação e demais interessados.

O guia destaca que a comunicação determina a qualidade da interação e, numa situação de atendimento, torna-se essencial para aproximação, criação de laços de confiança e o desenvolvimento da educação em saúde entre profissional de saúde e paciente. Ademais, permite que a pessoa atendida se sinta confortável, acolhida e valorizada, com possibilidade de se empoderar e se engajar em seu autocuidado, atingindo melhores resultados clínicos e de qualidade de vida (Barone *et al.*, 2022).

Quanto à comunicação, os pacientes relataram dificuldades em receber informações acerca dos serviços de saúde hospitalares relacionados com a cirurgia bariátrica. As informações não eram explicadas ou não eram dadas. Abaixo, trechos dos questionários semiestruturados:

Pesquisadora: *Fui informado sobre os critérios necessários pra ter acesso à cirurgia.*

Entrevistado: *Concordo parcialmente, não era*

claro todos os critérios não, só era: “ó, você precisa fazer isso”. (P6).

Pesquisadora: *Fui informado sobre as filas de espera pra cirurgia.*

Entrevistada: *Não.*

Pesquisadora: *Fui informado sobre as dificuldades em consultar especialistas pra cirurgia.*

Entrevistada: *Não. (P7).*

Barone e colaboradores (2022) destacam que a boa comunicação pode, além de aumentar a adesão do indivíduo aos cuidados com sua saúde, aumentar também sua segurança, condição benéfica para o indivíduo que aguarda pela cirurgia, situação em que frequentemente experimenta-se sentimentos de estresse e ansiedade. Estudo realizado com 17 pessoas internadas para realização da cirurgia bariátrica, em um hospital público de São Paulo, verificou percepções dicotômicas quanto ao atendimento recebido pelos profissionais de saúde (Conz, 2018). O acolhimento foi apontado como não harmônico com as necessidades das pessoas obesas e elas se sentiram descuidadas. Isso foi assinalado como motivo para o fracasso e desmotivação para continuar a busca pelo tratamento cirúrgico, demonstrando a importância de uma comunicação empática e atitude acolhedora no acesso de indivíduos à cirurgia bariátrica.

No que se refere à qualidade da atenção, primordialmente, deve-se ter em mente que o conceito de qualidade é relativo e complexo, variando de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados (Brasil, 2010).

Dessa forma, a qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade. Além disso, os diferentes pontos de vista de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, entre outros envolvidos no cuidado à saúde, também devem ser considerados na definição da qualidade esperada (Uchimura; Bosi, 2002).

Segundo Donabedian (1985), há relação de qualidade com a atenção técnica referente à aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, a dimensão interpessoal da qualidade e o ambiente físico onde se

realiza o processo de atenção. Para o autor, a qualidade pode ser definida como o “grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, as expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes”, em que o padrão é dado pela declaração da qualidade esperada ou da qualidade ideal.

Para a melhorar a qualidade da atenção prestada aos indivíduos pelos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde implementou diversas estratégias e ferramentas a serem utilizadas pelos trabalhadores em seus processos de trabalho, tais como educação permanente, acolhimento, clínica ampliada, interconsulta, projetos terapêuticos, entre outros.

A qualidade da atenção recebida e percebida pelos indivíduos entrevistados ora teve avaliação positiva, ora negativa. No trecho abaixo, é possível observar uma profissional de saúde desencorajando uma paciente acerca da cirurgia bariátrica, aparentemente por desconhecimento das indicações, assim como da eficácia, segurança e benefícios quando o procedimento é bem indicado:

(...) A enfermeira escutou (sobre a entrevistada estar querendo fazer a cirurgia bariátrica), ‘não faça não, você é louca, quem faz bariátrica fica assim, fica assado, você não sabe como é a vida de uma pessoa que faz bariátrica’, aí eu fiquei com medo, aí eu não fui (a uma consulta médica que estava agendada num dos hospitais de referência para cirurgia). (P1).

Além da necessidade de atualização, principalmente dos profissionais da AB, acerca dos critérios, indicações e tudo mais relacionado à cirurgia bariátrica, também foi verificada a necessidade de atualização desses profissionais sobre a temática da obesidade. Muitos profissionais normalizam a obesidade, negando-a enquanto doença, e perdem a oportunidade de abordar pacientes com obesidade, sobre sua condição de saúde e tratamentos disponíveis, quando eles vão se consultar por outros motivos. Abaixo o relato de uma usuária que exemplifica a situação:

(...) ó, ela pesa 130 e poucos quilos (referindo-se a outra usuária do posto de saúde), ela veio até pra tomar a vacina da gripe... Aí a doutora aqui deu uma declaração, né, pra fazer, porque ela é obesa, tem 136 quilos. (...) eu achava assim, que a doutora podia ter pego ela pra encaminhar pro endocrinologista, assim, sei lá, procurar um meio de ajudar, né? Mas não fizeram (...). (P1).

Conz (2018) alerta que a falta de visão e preparo de alguns médicos ocasiona o não reconhecimento da obesidade como uma doença complexa e multifatorial. Estudos realizados em todo o mundo verificaram que médicos da atenção primária raramente recomendam a cirurgia bariátrica como uma opção de tratamento para os indivíduos com obesidade que possuem indicação (Afonso *et al.*, 2010; Avidor *et al.*, 2007; Conz *et al.*, 2020; Ferrante *et al.*, 2009). Primono e colaboradores (2016) alegam que tal atitude resulta em diminuição do acesso aos serviços bariátricos.

A obesidade deve ser abordada de forma integrada e multidisciplinar. É necessária capacitação das equipes de saúde no que se refere aos aspectos psicológicos, comportamentais e físicos das pessoas com obesidade, assim como das opções de tratamento disponíveis (Conz *et al.*, 2020). Dessa forma, é desejado o envolvimento de profissionais de várias áreas do saber na abordagem integral ao indivíduo com obesidade. Uma maneira de ofertar esse cuidado mais integralizado é a partir da interconsulta.

A interconsulta, realizada por meio da consulta conjunta, possibilita uma discussão com o envolvimento de várias visões sobre uma situação e permite a construção, em conjunto com o usuário, de seu projeto de cuidado (Farias; Fajardo, 2015). Apesar de sua importância, a ferramenta foi pouco relatada pelos entrevistados.

Pesquisadora: *(...) o senhor já participou de alguma consulta que tivesse mais de um profissional de saúde ao mesmo tempo? Tipo um médico e um enfermeiro, um médico e...*

Entrevistado: *Não, nunca, não. (P8).*

Também chama atenção a falta de vínculo entre os indivíduos entrevistados que chegaram ao nível terciário de atenção e os profissionais desse nível. Apesar de sua importância, conforme já discutido anteriormente nos aspectos sobre acolhimento, nenhum depoente relatou a criação de vínculos com os profissionais dos serviços bariátricos que tiveram contato.

DIMENSÃO POLÍTICA

Segundo Assis e Jesus (2012), a dimensão política abrange a pactuação entre diferentes instâncias, a participação social, o acompanhamento de processos por gestores e usuários, e o processo de tomada de decisão. Essa dimensão está apresentada na perspectiva do acesso à informação, considerando a necessidade de uma linguagem acessível e compreensível na descrição dos rótulos de alimentos, visando minimizar as dificuldades de entendimento encontradas pelos consumidores.

Para Gonçalves e colaboradores (2022), a linguagem utilizada nos rótulos dos produtos pode ser de difícil entendimento. Lima, Carvalho, Melo (2021) reforçam que, apesar da importância da leitura e interpretação dos rótulos, muitos indivíduos não possuem hábitos de leitura por falta de conhecimento sobre as informações ali demonstradas.

Quando questionados se costumavam ler os rótulos dos alimentos, muitos participantes negaram e a maioria que afirmou ler realizava apenas a leitura da validade do produto.

Tenho, a validade principalmente. (P2).

(...) tem aquela etiqueta que eu verifico muito a questão da validade. Tem um outro item que eu aprendi com a menina que me passou a receita, é pra eu observar, ler aquele conteúdo que tem na embalagem que fala sobre o sal do produto, essas coisas, sabe. (P10).

Em consonância com o observado, um estudo, também realizado em Pernambuco, demonstrou que adolescentes não possuem o hábito de ler os rótulos dos alimentos na hora de realizar as compras (Souza; Valente; Silva, 2022). Um outro estudo, realizado no estado do Ceará, revelou que cerca de 50% dos consumidores de supermercados possuem dúvidas no momento de ler um rótulo de produto alimentício (Rubio, 2022).

Soares e Nunes (2021, p. 1) afirmam que “a rotulagem é o principal elo de comunicação entre um produto alimentício e o consumidor, fornecendo informações sobre ingredientes, presença de alérgenos, conteúdo líquido, possibilitando a comparação de produtos no ato da compra”. Entretanto, segundo Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional, divulgado pela ANVISA, a rotulagem brasileira não estaria cumprindo seu papel comunicador, por não estar alinhada com o nível educacional da população. Constava no relatório uma estimativa de 27% da população brasileira com analfabetismo funcional, ou seja, com precariedade para habilidades básicas de leitura e de matemática para uso e compreensão de dados transmitidos de forma técnica (Magalhães, 2019).

Dessa forma, percebe-se a necessidade de implantação de rótulos mais fáceis de ler, cumprindo sua função essencial de servir o consumidor, de maneira a facilitar sua percepção sobre a presença de nutrientes críticos e de serem mais inclusivos em relação à parcela da população que vive à margem dessas informações (Magalhães, 2019).

Teve início em 2014, no âmbito da Anvisa, o debate que identificou a necessidade de aprimoramento da rotulagem nutricional de alimentos embalados e o processo regulatório que suscitou na nova rotulagem durou seis anos. A nova rotulagem é tida como a solução do problema regulatório de não efetividade na comunicabilidade das informações nutricionais (Gomes, 2020).

Todas as legislações de rotulagem são baseadas em determinações de um órgão internacional que estabelece normas sobre alimentos, o *Codex Alimentarius*. O *Codex* recomenda o uso de símbolos, cores e elementos gráficos no painel principal da embalagem – reconhecida

como rotulagem nutricional frontal – para atingir grupos populacionais com baixo nível de alfabetização e pouco conhecimento em nutrição. Essa é uma ferramenta internacionalmente recomendada para auxiliar o consumidor que possui dificuldades de entendimento das informações dispostas no verso das embalagens (Luz, 2022).

O rótulo frontal possui informações mais objetivas para advertir os consumidores quanto a substâncias indesejadas em demasia. Para Gomes (2020), a tabela localizada na parte posterior dos alimentos é facilmente ignorada e, quando muito, incompreendida. O rótulo frontal já é utilizado em mais de 40 países, como Chile, Peru, Uruguai, Equador, Bolívia, Reino Unido e Austrália. Segundo Luz (2022), estudos realizados no Chile, Peru, Reino Unido e Austrália comprovam diferentes benefícios alcançados com a implementação da rotulagem frontal nesses países.

No Brasil foi adotado o modelo de lupa na rotulagem nutricional frontal. Esse modelo tem sido criticado por alguns estudiosos que defendem que os modelos de alerta de octógono e triângulo, por exemplo, seriam mais aptos a produzir resultados benéficos à saúde (Luz, 2022). Coutinho e Johns (2022) ainda complementam que o modelo de lupa de rotulagem frontal foi aprovado porque estava de acordo com os interesses das grandes indústrias do setor (Big Food e Big Soda – grandes indústrias transnacionais de alimentos e bebidas), que não pouparam esforços para prolongar a discussão do processo regulatório no âmbito da Anvisa e realizaram uma série de ações de interferência e ameaças de perdas econômicas e de empregos.

Para Luz (2022), entretanto, o modelo aprovado em 2020 não possui eficácia negativa, mas, sim, reduzida quando comparado com outros modelos no que se refere à legibilidade, nitidez e simplicidade das informações gráficas. A autora, inclusive, cita como argumento um relatório da OPAS, de 2020, que demonstrou que a rotulagem nutricional frontal em modelo de advertência é a melhor maneira de auxiliar as pessoas a evitarem a compra de alimentos menos saudáveis.

Para a rotulagem nutricional frontal brasileira foi desenvolvido o design de lupa, a fim de identificar o alto teor de três nutrientes:

açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio (Figura 1). Foram estabelecidos os valores por 100g para os alimentos sólidos e semissólidos e 100 ml para os alimentos líquidos, da seguinte forma: açúcar, 15g ou mais para sólidos e semissólidos e 7,5g ou mais para líquidos; gordura saturada, 6g ou mais para sólidos e semissólidos e 3g para líquidos; e sódio, 600mg ou mais para sólidos e semissólidos e 300mg ou mais para líquidos. Ou seja, caso o alimento apresente algum desses nutrientes em alto teor, seu rótulo deverá vir sinalizado com uma lupa. O símbolo deve vir aplicado na frente do produto, na parte superior, por ser uma área facilmente capturada pelo olhar (Rocha; Saleme, 2022).

Figura 1 - Modelos da rotulagem nutricional frontal com design de lupa.

a) Modelos com alto teor de um nutriente



b) Modelos com alto teor de dois nutrientes



c) Modelos com alto teor de três nutrientes



Fonte: Rocha e Saleme (2022).

Além da nova rotulagem frontal, também foram estabelecidas modificações para a tabela de informação nutricional: utilização apenas

de letras pretas e fundo branco, para evitar contrastes que atrapalhem a legibilidade das informações; declaração obrigatória de açúcares totais e adicionados, do valor energético, e dos nutrientes por 100g ou 100 ml, a fim de permitir a comparação entre produtos; e o número de porções por embalagem. A tabela, ainda, deve ficar posicionada próxima à lista de ingredientes, em superfície contínua (não é permitido divisão), não pode ficar em locais deformados, áreas encobertas ou de difícil visualização. Para embalagens pequenas, com área de rotulagem inferior a 100 cm², tem-se a exceção: a tabela poderá ficar em áreas encobertas, desde que acessíveis (Rocha; Saleme, 2022).

As novas regras de rotulagem entraram em vigor no país em 9 outubro de 2022, mas ainda havia um período de adaptação e adequação para as indústrias, o agricultor familiar, o microempreendedor, entre outros. Muitos produtos que já se encontravam no mercado tinham até 9 de outubro de 2023 para permanecerem disponíveis. Após essa data, deveriam ser recolhidos. Foram exatos 12 meses após a vigência da norma.

Os alimentos fabricados por agricultor familiar ou empreendedor familiar rural, empreendimento econômico solidário, microempreendedor individual, agroindústria de pequeno porte, agroindústria artesanal e alimentos produzidos de forma artesanal tiveram prazo até 9 de outubro de 2024 para se adequarem à nova norma (24 meses de vigência); e bebidas não alcoólicas em embalagens retornáveis (observando o processo gradual de substituição dos rótulos), até 9 de outubro de 2025 para adequação total à norma (36 meses de vigência) (Rocha; Saleme, 2022).

Coutinho e Johns (2022) apontaram que a flexibilização dos prazos pode confundir os consumidores, uma vez que produtos com e sem lupa estarão concomitantemente nas gôndolas, mas produtos sem o rótulo frontal podem simplesmente não ter atingido os prazos para sua inclusão. Por outro lado, esse período de adequação também poderia servir para as indústrias buscarem por melhores manipulações e redução dos nutrientes críticos, a fim de não precisar adotar o rótulo frontal. Nessa situação, melhores produtos seriam ofertados aos consumidores e esses seriam beneficiados no médio prazo.

Para toda norma que entra em vigor, um período de adequação é inevitável. Utilizar o período para informar os consumidores acerca das mudanças e realizar a educação da população acerca de suas maiores dúvidas, como, por exemplo, a composição dos alimentos, a leitura de rótulos e tabelas nutricionais, seria uma excelente estratégia de promoção da saúde, gerando autonomia do sujeito para que ele possa fazer escolhas alimentares conscientes e mais saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se várias barreiras no acesso à cirurgia bariátrica no estado de Pernambuco. Além da oferta de procedimentos não ser adequada à demanda atualmente existente, fatores de ordem técnica e política interferem no acesso à cirurgia, na continuidade do cuidado e na autonomia dos sujeitos.

No que se refere à qualidade da atenção prestada ao indivíduo elegível para a cirurgia bariátrica no estado, compreende-se que a efetiva gestão da obesidade passa pela qualificação dos profissionais, da intersetorialidade, do fortalecimento da AB para o encaminhamento adequado e em tempo oportuno do indivíduo com obesidade para os serviços de atenção secundária e terciária, assim como pelo exercício da coordenação do cuidado pela AB. E várias fragilidades foram apresentadas relacionadas a esse aspecto.

Ressalta-se também a importância de uma comunicação compreensível e efetiva, com acolhimento, por parte dos profissionais de saúde, reduzindo sintomas de ansiedade e angústia, comumente encontrados nos expectantes por algum procedimento cirúrgico, assim como a utilização de uma linguagem fácil e acessível a toda população, no que se refere à rotulagem de alimentos, para que todos tenham discernimento e autonomia no momento de fazer suas escolhas alimentares.

Elencamos algumas reflexões e recomendações que visam minorar as dificuldades de acesso à cirurgia bariátrica em Pernambuco:

- a. formação/atualização profissional, com o objetivo de melhorar a comunicação entre profissionais, pacientes e serviços de saúde, bem como para saber lidar com a complexidade que envolve a obesidade;
- b. divulgação de informações para os pacientes quanto às questões pré, peri e pós-cirúrgicas;
- c. estímulo à autonomia do paciente pelos profissionais de saúde, para que sejam capazes de desenvolver suas próprias estratégias de enfrentamento durante o percurso de seu cuidado;
- d. adoção da nova rotulagem de alimentos, adequada ao nível educacional da população;
- e. estratégias de promoção da saúde, visando elucidar os consumidores acerca de suas dúvidas quanto à composição de alimentos, leitura de tabelas nutricionais e rótulos, promovendo autonomia dos indivíduos, implicando em escolhas mais conscientes e saudáveis.

REFERÊNCIAS

AARTS, Mary-Anne *et al.* Optimizing bariatric surgery multidisciplinary follow-up: a focus on patient-centered care. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 27, n. 3, p. 730–736, 2017.

AFONSO, Bianca B. *et al.* Perceived barriers to bariatric surgery among morbidly obese patients. **Surg. Obes. Relat. Dis.**, Nova York, v.6, n,1, p. 16-21, 2010.

AHMAD, Ahmir *et al.* Eligibility for bariatric surgery among adults in England: analysis of a national cross-sectional survey. **JRSM Open**, Londres, v. 5, n. 1, p. 1-6, 2014.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AVIDOR, Yoav *et al.* Primary care and subspecialty management of morbid obesity: referral patterns for bariatric surgery. **Surg. Obes. Relat. Dis.**, Nova York, v.3, n.3, p. 392-407, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
BARONE, Mark *et al.* **Linguagem importa! (Language matters!)**: atualização de linguagem para diabetes, obesidade e outras condições crônicas de saúde. [S. l.]: Fórum DCNTs, 2022.

BARROS, Fernando de. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II). **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 136-137, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde**: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 140 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde. **Acolhimento**. Brasília: BVSMS, 2008. (Dicas em Saúde). Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acesso em: 16 mar. 2023.

CASANUEVA, Felipe *et al.* Declaración sobre el tratamiento actual de la obesidad grave em España. **Endocrinol. nutri.**, Barcelona, v. 63, n. 10, p. 573-574, 2016.

CHAPMAN, William H.; CUNNINGHAM, Emily; PORIES, Walter J. Bariatric surgery and diabetes: access denied. **Diabetes Technol. Ther.**, Larchmont, v. 15, Suppl. 1, p. S83-S87, 2013.

COHEN, Ricardo V. *et al.* What is the impact on the healthcare system if access to bariatric surgery is delayed? **Surg. Obes. Relat. Dis.**, Nova York, v. 13, n. 9, p. 1619-1627, 2017.

CONZ, Claudete Aparecida. **A busca pela cirurgia bariátrica: itinerário terapêutico vivido no Serviço Público de Saúde.** 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2018.

CONZ, Claudete Aparecida *et al.* Path taken by morbidly obese people in search of bariatric surgery in the public health system. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3294, 2020.

COUTINHO, Janine; JOHNS, Paula. Após dois meses de nova rotulagem nutricional de alimentos, mudança ainda não é vista nas prateleiras. **Carta Capital**, São Paulo, 15 dez. 2022. Seção Opinião. Disponível em <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/apos-dois-meses-de-nova-rotulagem-nutricional-de-alimentos-mudanca-ainda-nao-e-vista-nas-prateleiras/>. Acesso em: 14 jul. 2023.

DONABEDIAN, Avedis. Twenty years of research on quality of medical care: 1965- 1984. **Eval. Health Prof.**, Newbury Park, v. 8, n. 3, p. 243-65, 1985.

FARIAS, Gabriel Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Gest. Saúde**, Brasília, v. 6, supl. 3, p. 2075-2093, 2015.

FERRANTE, Jeanne M. *et al.* Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. **Obesity**, Silver Spring, v.17, n.9, p. 1710-1716, 2009.

FOUSE, Tammy; SCHAUER, Philip. The socioeconomic impact of morbid obesity and factors affecting access to obesity surgery. **Surg. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 96, n. 4, p. 669-79, 2016.

GOMES, Juliana Figueiredo de Oliveira. **A nova rotulagem nutricional da Anvisa e a influência no comportamento dos consumidores.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília. Brasília, 2020.

GONÇALVES, Jenisson Linike Costa *et al.* Mudanças causadas pela nova rotulagem nutricional dos alimentos embalados: revisão. *In*: MEDEIROS, Jackson Andson; NIRO, Carolina Madazio (org.). **Pesquisas e atualizações em ciências dos alimentos.** Ribeirão Preto: Agron Food Academy, 2022. v. 1.

IMBUS, Joseph R.; VOILS, Corrine I.; FUNK, Luke M. Bariatric surgery barriers: a review using Andersen's Model of Health Services Use. **Surg. Obes. Relat. Dis.**, Nova York, v. 14, n. 3, p. 404-412, 2018.

KEATING, Catherine *et al.* Differences in the rates of treatment of severe obesity using bariatric surgery across socioeconomic groups. **JAMA Surg.**, Chicago, v. 150, n. 4, p. 367-368, fev. 2015.

LIMA, Regis David da Silva; CARVALHO, Daniel Antônio; MELO, Marcela Melquiades de. Rotulagem nutricional: alterações recentes na regulamentação no Brasil. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, Juiz de Fora, n. 13, 2021.

LUZ, Victória Cardoso da. **A rotulagem nutricional no brasil**: histórico e perspectivas. 2022. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Tecnologia de Alimentos) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2022.

MAGALHÃES, Simone Maria Silva. **Nova rotulagem nutricional frontal dos alimentos industrializados**: política pública fundamentada no direito básico do consumidor à informação clara e adequada. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) – Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014, 407 p.
MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. **Análise textual discursiva**. 3. ed. Ijuí: Unijuí, 2016. 264 p.

OWEN-SMITH, Amanda *et al.* A NICE example? Variation in provision of bariatric surgery in England. **BMJ**, Londres, v. 346, p. f2453, 2013.

PRIMOMO, John A. *et al.* Decreased access to bariatric care: an analysis of referral practices to bariatric specialists. **Surg. Obes. Relat. Dis.**, Nova York, v.12, n. 9, p.1725-1730, 2016.

ROCHA, Lucas; SALEME, Isabelle. Novas regras de rotulagem nutricional entram em vigor neste domingo: entenda. **CNN**, São Paulo, 8 out. 2022. Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/novas-regras-de-rotulagem-nutricional-entram-em-vigor-neste-domingo-entenda/>. Acesso em: 12 dez. 2023.

RUBINO, Francesco *et al.* Metabolic Surgery in the Treatment Algorithm for Type 2 Diabetes: A Joint Statement by International Diabetes Organizations. **Diabetes Care**, Nova York, v. 39, n. 6, p. 861-877, 2016.

RUBIO, Ingrid Gomes. **Rotulagem nutricional de alimentos**: importância e um novo olhar frente à nova legislação. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Alimentos) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022.

SHARMAN, Melanie J. *et al.* The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery - implications for health service planners. **Clin. Obes.**, Oxford, v. 7, n. 1, p. 46-53, 2017.

SOARES, Natália Reis; NUNES, Tatiana Pacheco. Avaliação da conformidade dos rótulos de produtos lácteos frente a legislação vigente e a percepção do consumidor sobre rotulagem. **Res., Soc. Dev.**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 3, e24110313223, 2021.

SOUZA, Rosa Beatriz Monteiro; VALENTE, Érica Queiroz; SILVA, Fernanda Monteiro. Compreensão de adolescentes sobre as informações nutricionais e suas formas de apresentação em rótulos de alimentos. **R. Assoc. bras. Nutr.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 154-170, 2022.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

WELBOURN, Richard *et al.* **The United Kingdom National Bariatric Surgery Register**: second registry report. Henley-on-Thames, UK: Dendrite clinical systems, Ltd., 2014.

ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO AO USUÁRIO COM SOBREPESO E OBESIDADE, PERNAMBUCO, BRASIL

ESTEFANY KAROLAYNE DOS SANTOS MACHADO
ANA COELHO DE ALBUQUERQUE
MARCELA ALVES DE ABREU
SOFIA GUERRA ÁVILA
EDUARDA ÂNGELA PESSOA CESTE

INTRODUÇÃO

Há pelo menos 50 anos, o Brasil vem passando por um processo de transição nutricional, caracterizado pela redução das doenças relacionadas à desnutrição e pelo aumento exponencial das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas a obesidade (Alves, 2019). A obesidade é uma doença multifatorial e um dos maiores problemas da saúde pública do país e do mundo, chegando a um gasto de 2,8% do PIB (Produto Interno Bruto) mundial, segundo dados do *The Lancet* (Swinburn *et al.*, 2019). Seu desenvolvimento pode estar relacionado a aspectos inerentes ao estilo de vida da população, tais como sedentarismo e hábitos alimentares, além de causas não individuais, como condições socioeconômicas e ambientais (Porto *et al.*, 2019). Assim, torna-se premente uma atenção voltada a problemas de alimentação e nutrição no sistema de saúde, em razão da sua potencialidade de prevenir o desenvolvimento de DCNT e elevar a qualidade de vida da população (Brasil, 2006). É nesse sentido que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) surge como forma de consolidar, dentre outras

diretrizes, a atenção nutricional, a qual se relaciona com cuidados voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos relacionados à alimentação e nutrição, dialogando com as demais necessidades do território e associados a ações de atenção do SUS (Sistema Único de Saúde) (Brasil, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e é nela onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) sustenta a sua organização, sendo o principal instrumento na oferta de cuidados em saúde e um importante espaço para o diálogo sobre alimentação e nutrição (Brasil, 2014). Tendo como pilar o trabalho multiprofissional, a ESF tem compromisso de promover práticas interdisciplinares, mediada pela articulação de diferentes saberes. Por esse motivo, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) participa da estratégia na inserção de diversos profissionais em saúde, incluindo o nutricionista, que por meio do apoio matricial potencializa a atenção nutricional no território em conjunto com os demais integrantes da equipe (Brasil, 2014; Fittipaldi; Barros; Romano, 2017).

Diante do exposto, o presente estudo pretende descrever a percepção de profissionais da ESF quanto à atenção nutricional na linha de cuidado da obesidade. O intuito é compreender como a prática desses profissionais tem influenciado na promoção da alimentação saudável, podendo resultar em subsídios para o fortalecimento da rede, além de respostas que auxiliarão no avanço da educação permanente no SUS, essencial para a contribuição na melhoria da qualidade de vida dos usuários assistidos.

MÉTODO

Este estudo é um recorte da pesquisa *Acesso a cirurgia bariátrica: do global ao local*, sobre a linha de cuidado da obesidade no SUS e seus desdobramentos em quatro polos de saúde do estado de Pernambuco. Pela natureza do objeto investigado, a abordagem escolhida foi qualitativa, utilizando-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta dos dados. Os contatos iniciais ocorreram por meio de correio eletrônico

ou mensagens pelo aplicativo WhatsApp e, posteriormente, as entrevistas foram realizadas com profissionais de saúde envolvidos com o cuidado ao obeso em Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2021, período em que houve uma diminuição nos casos de Covid-19 no estado de Pernambuco e algumas atividades estavam sendo retomadas paulatinamente nos municípios, sendo realizada após agendamento e aceitação dos atores selecionados. O roteiro que guiou as entrevistas foi elaborado em tópicos baseados nas categorias de análise: promoção de uma alimentação adequada e saudável; intersectorialidade; vigilância alimentar e nutricional; promoção à saúde; e enfrentamento à obesidade no território. Em seguida, o roteiro passou por um teste piloto, no qual observou-se a adequação das perguntas e dificuldades de entendimento das questões, para que fossem realizados todos os ajustes necessários. As entrevistas ocorreram de forma presencial ou remotamente por videochamada. O quantitativo de entrevistas realizadas foi definido pelo critério da saturação. Para Minayo (2006), esse é o momento em que se verifica a reincidência de informações, sem desprezar as singularidades, ponto no qual é possível apreender semelhanças e diferenças.

Participaram da entrevista 30 profissionais de saúde, caracterizados na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos entrevistados (n=30). Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina, 2021.

Sexo	N	%
Feminino	26	86,6
Masculino	4	13,4
Formação		
Enfermagem	9	30,0
Medicina	7	23,3

Nutrição	6	20,0
Psicologia	4	13,3
Educação Física	3	10,0
Assistência Social	1	3,3
Município		
Caruaru	9	30,0
Petrolina	10	33,3
Serra Talhada	6	20,0
Recife	5	16,6

Elaboração: próprios autores

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas e as transcrições foram utilizadas para a análise de conteúdo. Os conteúdos mais relevantes foram identificados por meio das categorias analíticas descritas e pela observação das suas convergências e divergências. Esses conteúdos subsidiaram a construção de uma matriz de análise (Bardin, 2011) que buscou interpretar os sentidos das falas dos entrevistados em relação às questões levantadas e em comparação com a literatura.

Os participantes foram esclarecidos sobre os propósitos e procedimentos utilizados na pesquisa, com a garantia do anonimato e confidencialidade das informações prestadas. A presente pesquisa obedeceu às recomendações contidas nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas e testes em seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Aggeu Magalhães sob CAAE nº 43047821.6.0000.5190.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1 – Convergências e divergências temáticas referentes à promoção da alimentação saudável, segundo a percepção de profissionais da ESF, 2021.

Categoria Analítica	Convergências	Divergências
Promoção de uma alimentação adequada e sustentável	<ul style="list-style-type: none">• Os entrevistados referem que conhecem a temática sobre agroecologia, mas que ela é pouco discutida• Construção de hortas comunitárias e incentivo a plantações domiciliares• Realização de feira agroecológicas nas comunidades• Inserção de alimentos regionais nas orientações/planos alimentares• Dificuldades devido à situação socioeconômica dos usuários	<ul style="list-style-type: none">• Desconhecimento quanto à realidade local• Entrevistados desconhecem se a atividade é realizada na Unidade
Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none">• Realização de oficinas e reuniões sobre alimentação saudável• Retomada das atividades pós isolamento social• Articulação com a associação de moradores e comunidade• Utilização de equipamentos sociais para realizar atividades (igrejas, praças, escolas)	<ul style="list-style-type: none">• Articulação suspensa desde a pandemia de Covid-19

<p>Vigilância Alimentar e Nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Captação de usuários na vacinação de Covid-19 • Acompanhamento dos usuários pelos grupos da unidade e hiperdia • Avaliação antropométrica e do consumo alimentar realizado em grupos ou em consultas individuais • Orientação e encaminhamento para outros profissionais • Avaliação do contexto social pelas equipe • Abordagem mais individual que coletiva e acompanhamento depende do retorno do usuário à Unidade de Saúde • Reuniões de equipe multi para discutir casos e pactuar metas • PTS é realizado, mas não para obesidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilidade de realizar estratificação de risco pela alta demanda nas Unidades • Atividades suspensas devido a Pandemia da Covid-19 • Falta de direcionamento das Secretárias de Saúde quanto a alimentação dos sistemas de informação
<p>Promoção à Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de ações por meio do NASF • Orientações realizadas em nível ambulatorial • Ações transversais • Realização de consultas compartilhadas com acompanhamento multiprofissional • Os profissionais de saúde encaminham os usuários para a Academia da Saúde • Existência de grupos de atividade física e de reeducação alimentar 	<ul style="list-style-type: none"> • São realizadas ações no geral, mas não organizadas especificamente para sobrepeso/obesidade • Atividades interrompidas devido a pandemia da Covid-19

<p>Enfrentamento à obesidade no território</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais reconhecem a importância da conscientização da comunidade • Dificuldade devido à pandemia da Covid-19 • Resistência de usuários quanto a mudança de hábitos • Aumento da demanda desses usuários nas Unidades de Saúde • Necessidade de um trabalho em equipe bem articulado • Atenção voltada às pessoas com sobrepeso e obesidade ainda muito precária na APS 	
--	--	--

Elaboração: próprios autores

PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SUSTENTÁVEL

Apesar de a maioria dos entrevistados reconhecer o tema e sua importância, apenas quatro profissionais afirmaram que realizavam ações de incentivo à agroecologia no território. Assim, observou-se um certo distanciamento das discussões sobre a temática na rotina de trabalho desses profissionais: *“Nome bonito. Isso é sobre o que? Você cultivar hortas em casa? Não”* (Entrevistado 19).

Tais achados corroboram com um estudo realizado acerca da agroecologia e promoção de saúde no Brasil, em que a maioria dos profissionais especialistas em promoção da saúde relataram serem leigos no tema (Azevedo; Pelicioni, 2012). Para Lösch, Bricarello e Gaia (2022), fomentar a agroecologia é um caminho viável para minimizar impactos sociais, pelo seu potencial no aumento do acesso a alimentos frescos e saudáveis por populações mais vulneráveis.

Quanto ao incentivo à cultura alimentar local, a maioria dos entrevistados relatou existir em suas unidades, por meio da construção de hortas domiciliares e comunitárias, feiras agroecológicas e orientações individuais e coletivas.

Nós sempre procuramos fazer essas orientações e com a comunidade, ela é muito carente, [...] tem que usar mesmo o que eles têm para poder fazer essas orientações, porque não dá para você passar alguma coisa ou orientar alguma coisa que ele não tem condição de comprar [...] (Entrevistado 10).

O profissional nutricionista tem um papel indispensável na garantia da segurança alimentar e nutricional, a qual deve abranger desde a produção dos alimentos até as escolhas alimentares dos indivíduos, passando por diferentes processos políticos e culturais (Lisboa; Fonseca, 2020). Neste estudo, foi possível perceber algumas dificuldades apontadas pelos profissionais em adequar as orientações alimentares para a realidade local das unidades.

Quando teve a troca da nutricionista, os pacientes começaram a se queixar que ela tava passando coisas que não tinha disponível pra eles mudarem a alimentação, e aí a gente combinou com ela que invés dela ir fazer visita domiciliar, ela fosse fazer visitas aos mercadinhos lá do bairro pra ela ver o quê que as pessoas tinham disponível, né? (Entrevistado 1).

Para Guerra, Botelho e Cervato-Mancuso (2021), a formação em saúde deve se voltar para os problemas sociais que atingem as populações, principalmente as mais vulneráveis, visando a compreensão de suas reais necessidades e de ações coletivas que proporcionem emancipação humana.

INTERSETORIALIDADE

Foi relatado que existe, no território, o incentivo para a construção de equipamentos sociais e que, embora não seja limitada às ações de segurança alimentar e nutricional, o tema aparece de forma recorrente nas discussões e atividades.

Para uma Atenção Primária ampliada e resolutive, se faz necessário um olhar para os determinantes em saúde por meio da intersectorialidade, que promove um aumento da participação social e dos demais setores da sociedade (Motta; Silva; Casemiro, 2021). Neste estudo, as narrativas apontaram para o importante papel da população na construção de equipamentos sociais no território.

Nós temos uma articulação muito forte com as associações de moradores aqui na comunidade onde nós trabalhamos, então aqui existem algumas associações, existe associação de produtores rurais, que a gente trabalha numa comunidade rural (Entrevistado 27).

Apesar de alguns serviços de saúde terem retomado as atividades no território ou buscado formas de remediar os impactos causados pela Covid-19, outros entrevistados relataram o contrário: *“Agora nesse processo de pandemia, tá bem mais complicado de fazer essa questão, mas a gente tenta trabalhar junto com os outros instrumentos que a gente tem da rede de atenção à saúde”* (Entrevistado 15).

Para Medina e colaboradores (2020), em momentos críticos, como em uma pandemia, é necessária uma reorganização dos serviços de saúde, a fim de preservar o acesso, a coordenação do cuidado e abordagens familiares, sobretudo porque o vírus tem potencial de permanecer em circulação por vários anos.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Percebeu-se que o conhecimento acerca dos usuários obesos é considerado insuficiente, sendo relatado que ações não são direcionadas especificamente a esse público e, quando acontecem, faz-se por meio da busca ativa; prontuários eletrônicos; Hiperdia; grupos de emagrecimento e atividade física formados pelo NASF; e pelos sistemas de informações, dentre eles o SISVAN e e-SUS.

A gente usa o sistema atualmente, a gente tem o prontuário eletrônico e o sistema e-SUS [...] A gente faz a busca ativa dessas pessoas, [...] abre prontuário e o eletrônico e o prontuário eletrônico, ele é visto em qualquer UBS do Brasil inteiro (Entrevistado 17).

A avaliação nutricional é essencial para subsidiar medidas de cuidado à obesidade, porém é realizado por apenas 64,1% das equipes brasileiras no SUS (Brandão *et al.* 2020). Para uma organização da atenção nutricional, é necessário que sejam disponibilizados instrumentos e sistemas para registros das informações nas unidades, além de uma formação voltada para a identificação do problema pelos profissionais (Bortolini *et al.*, 2020).

Observou-se o relato de uso da avaliação antropométrica na prática das unidades, sendo, na maioria, a aferição de peso e altura para cálculo do IMC, enquanto o consumo alimentar apareceu com menos frequência: “*Antropométrica eu faço, agora de consumo, não*” (Entrevistado 4).

A avaliação antropométrica é mais tradicionalmente usada nas unidades, como visto em um estudo realizado no estado de Minas Gerais, que demonstrou que apenas 1/3 dos municípios pesquisados coletavam os dados referentes ao consumo alimentar. Para as autoras, embora ainda baixa, a ampliação da avaliação do consumo alimentar deve ser estimulada, a fim de ampliar a vigilância alimentar e nutricional para além da antropometria (Rolim *et al.*, 2015).

PROMOÇÃO À SAÚDE

É possível realizar ações de cuidado individual, apresentando “*as metas a serem alcançadas [...] os resultados, o quanto eles conseguiram dessas metas*” (Entrevistado 28). As ações são, em sua maioria, voltadas a orientações ambulatoriais quanto ao consumo de alimentos saudáveis e prática de exercício físico, observando-se a escassez de ações que integrem os profissionais com os indivíduos e o território como cenário de prática.

Para Carvalho e colaboradores (2021), o acompanhamento multiprofissional e longitudinal é essencial no tratamento da obesidade, entretanto percebe-se que os profissionais ainda continuam realizando somente atendimentos individuais e prescritivos. Para a redução da obesidade em médio e longo prazo, é necessário um trabalho territorializado que vá além das prescrições genéricas, visto o potencial da criação de vínculos que ultrapassem a rotina ambulatorial e considerem os aspectos familiares e comunitários (Figueiredo *et al.*, 2020).

Nas unidades onde não havia grupos voltados para o autocuidado, observou-se a realização de consultas compartilhadas com diferentes profissionais: “*Grupos a gente não tem [...] O que a gente tem às vezes é consulta compartilhada, médico e enfermeira pra abordar questões alimentares, incentivar a atividade física, mas grupos mesmo, não*” (Entrevistado 16).

Ter uma equipe multidisciplinar que atue de forma interdisciplinar é fundamental no cuidado as pessoas com obesidade, já que a inclusão de diversos profissionais com diferentes saberes, refletindo sobre a atuação de cada um na condução do caso e entrando em consenso sobre as decisões, é imprescindível para superar os obstáculos da linha de cuidado à obesidade, que vão desde a estrutura física das unidades de saúde até o cuidado direto do indivíduo obeso (Silva, 2022; Soeiro *et al.*, 2019).

ENFRENTAMENTO À OBESIDADE NO TERRITÓRIO

Dentre as opiniões sobre o enfrentamento à obesidade no território, notou-se um certo consenso entre os profissionais quanto aos desafios e falhas na linha de cuidado, principalmente em um período pandêmico, no qual as atividades das unidades precisaram ser pausadas ou se encontravam em processo de retomada. Também foi apontada a importância do trabalho em equipe multiprofissional e a necessidade de uma educação em saúde que atue sobre os problemas do território.

A falta de interesse da população em mudar os hábitos associados à obesidade também foi relatada, podendo estar relacionado com a

estigmatização de corpos gordos nos espaços de produção de cuidado: *“Eu observo [...] que os pacientes estão acostumados com a aparência física deles, que não acham uma grande problemática, que aquilo é normal pra eles [...] São muito acomodados, eles não levam pro lado da doença”* (Entrevistado 7). Essa culpabilização do indivíduo, muitas vezes visto como preguiçoso pelo seu sobrepeso, gera preconceito e discriminação, o que acaba o afastando dos serviços de saúde (Puhl: Heuer, 2010).

Para Beserra e colaboradores (2021), a criação de ambientes saudáveis para pessoas obesas não é praticada de forma eficiente nos serviços de saúde, o que pode ser explicado por diversos fatores, dentre eles o número reduzido de profissionais, a falta de financiamento estatal adequado para essa linha de cuidado específica, bem como a formação deficiente desses profissionais sobre o atendimento desse público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trouxe contribuições relevantes sobre a temática da atenção nutricional na linha de cuidado da obesidade, uma vez que permitiu analisar os desafios apontados pelos profissionais de saúde da APS em Pernambuco. Dada a sua complexidade, foi possível observar os elementos e práticas necessárias para a construção de uma atenção nutricional efetiva e resolutiva, com o aumento na demanda por ações intersetoriais e multiprofissionais para o avanço do cuidado à obesidade. Por meio das entrevistas, foi possível identificar convergências e divergências de concepções acerca das categorias de análise utilizadas, o que reafirma a urgência de medidas imediatas e de médio e longo prazo nos diferentes níveis de gestão, a fim de organizar a rede e atingir a rotina das unidades.

Muitos desafios estão relacionados a fatores como estrutura física, formação dos profissionais, intersetorialidade, trabalho em equipe multiprofissional, acesso aos serviços de saúde e situação socioeconômica dos usuários. Foi possível perceber, ainda, que as práticas relacionadas à promoção da alimentação saudável, por vezes, utilizam abordagens genéricas

e pouco direcionadas para os usuários com sobrepeso e obesidade. Nesse sentido, medidas para o enfrentamento dessa problemática são fundamentais, por meio da educação continuada desses profissionais e da criação de protocolos e diretrizes baseados em evidências científicas atualizadas, capazes de fornecer melhores orientações. Ressalta-se que a atenção nutricional no estado vem avançando durante os últimos anos, tornando necessário mais estudos relacionados ao tema e políticas voltadas a essa linha de cuidado, com foco na educação permanente dos profissionais, articulação com demais setores e recursos financeiros para a ampliação da oferta.

REFERÊNCIAS

ALVES, Kelly Poliany de Souza. **Entre a transição institucional e a transição nutricional**: descortinando a trajetória da nutrição em saúde pública à atenção nutricional no sistema único de saúde. 2019. 226 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Agroecologia e promoção da saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 4, p. 290-295, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BESERRA, Jéssica Batista *et al.* Enfrentamento da obesidade na Atenção Básica à Saúde no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição: reflexões com base na construção de um modelo lógico. **Res., Soc. Dev.**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 15, e469101522692, 2021.

BORTOLINI, Gisele Ane *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 44, e39, 2020.

BRANDÃO, Ana Laura *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 678-693, 2020.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 179, p. 1-2, 18 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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).

CARVALHO, Layonne de Sousa *et al.* Reflexões sobre os desafios e perspectivas no enfrentamento da obesidade no âmbito da atenção básica no Brasil. **Res., Soc. Dev.**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 7, e6810716331, 2021.

FIGUEIREDO, Amanda Tayná Tavares de *et al.* Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Atenção Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, n. 64, p. 85-100, 2020.

FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; BARROS, Denise Cavalcante de; ROMANO, Valéria Ferreira. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 793-811, 2017.

GUERRA, Lúcia Dias da Silva; BOTELHO, Fernanda Cangussu; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. “Se você pegar locais de maior periferia, esqueça!”: a (falta de) atuação pelo direito humano à alimentação adequada na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, e00235120, 2021.

LISBÔA, Célia M. Patriarca; FONSECA, Alexandre Brasil. Abordagem de segurança alimentar nutricional nos currículos das universidades federais brasileiras: principais enfoques. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 29, n. 3, e190570, 2020.

LÖSCH, Edaciano Leandro; BRICARELLO, Patrizia Ana; GAIA, Marília Carla de Mello. Agroecologia e segurança alimentar em tempos de pandemia de Covid-19. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 551-559, 2022.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. *In*: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: Enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 90-163.

MOTTA, Ana Laura Brandão; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; CASEMIRO, Juliana Pereira. Alimentação e nutrição na Atenção Básica: o cuidado como eixo estruturante. *In*: SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; MOTTA, Ana Laura Brandão; CASEMIRO, Juliana Pereira. **Alimentação e nutrição na atenção básica**: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado. Rio de Janeiro: Eduerj, 2021. Cap. 1. p. 11-34.

PORTO, Tatiana Naiana Rodrigues dos Santos *et al.* Prevalência do excesso de peso e fatores de risco para obesidade em adultos. **REAS**, São Paulo, n. 22, e308, 2019.

PUHL, Rebecca M.; HEUER, Chelsea A. Obesity Stigma: important considerations for public health. **Am. J. Public Health**, Nova York, v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.

ROLIM, Mara Diana *et al.* Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2359-2369, 2015.

SILVA, Julia Martins da. **A atuação multiprofissional no cuidado às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.** 2022. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

SOEIRO, Raquel Lima *et al.* Educação em Saúde em Grupo no Tratamento de Obesos Grau III: um desafio para os profissionais de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 11, p. 681-691, 2019.

SWINBURN, Boyd A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: the lancet commission report. **Lancet**, Londres, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

A VISÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS NAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E DA OBESIDADE EM PERNAMBUCO

MARCELA ALVES DE ABREU
EDUARDA ÂNGELA PESSOA CESTE
ANA COELHO DE ALBUQUERQUE
ESTEFANY KAROLAYNE DOS SANTOS MACHADO
ANA CLÁUDIA FIGUEIRÓ

INTRODUÇÃO

A obesidade tem se destacado como um problema de saúde global que afeta mais de 600 milhões de adultos em todo mundo, com crescimento da prevalência de casos, principalmente, nas últimas três décadas. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a obesidade é considerada uma epidemia, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, que traz prejuízos à saúde da população (Alberto, *et al.*, 2022; Dias *et al.*, 2017; Lopes *et al.*, 2021). O excesso de peso (obesidade e sobrepeso) está sendo considerado como um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e câncer, sendo identificado como o sexto fator de risco para a carga global de doenças. Além disso, a obesidade e o sobrepeso geram na população a redução da qualidade de vida e limitações sociais para realização das atividades de rotina (Alberto *et al.*, 2022, Malta *et al.*, 2014).

Diante desse cenário, a equipe de especialistas da Comissão *The Lancet* sobre obesidade elaborou um relatório apontando recomendações coletivas que devem ser priorizadas na busca de resolutividade

das pandemias de obesidade, subnutrição e alterações climáticas, que representam a *sindemia global*, sendo consideradas graves ameaças à saúde e à sobrevivência humana (Swinburn *et al.*, 2019)

No Brasil, a taxa de obesidade aumentou na última década e revela uma realidade preocupante, conforme dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019, quando 25,9% da população adulta (maior de 18 anos) estava obesa. Ao analisar os dados por gênero, observa-se que a obesidade afeta 21,8% dos homens e 29,5% das mulheres adultas. Considerando a indicação de sobrepeso, os dados são ainda mais alarmantes, já que 60,3% desses adultos foram considerados com sobrepeso, o que corresponde a 96 milhões de indivíduos (Alberto *et al.*, 2022; Machado *et al.*, 2021).

O relatório de situação alimentar e nutricional no Brasil, publicado em 2020 (Brasil, 2020a), demonstra que, no estado de Pernambuco, 60,6% da população adulta acompanhada na Atenção Primária da Saúde encontra-se em situação de sobrepeso e/ou obesidade. Nos anos de 2015 a 2019, quando foram analisadas, em Pernambuco, a prevalência da população com sobrepeso e a obesidade, observou-se um aumento gradativo, o que aponta para a necessidade de ações urgentes que garantam a melhoria da qualidade de vida da população.

Tabela 1 - Estado Nutricional de adultos acompanhados na APS, 2019

Localidade	Eutrofia (%)	Magreza (%)	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
Brasil	34,5	2,5	34,5	28,5
Nordeste	36,9	2,9	35,2	25,0
Pernambuco	36,9	2,6	35,2	25,4

Fonte: Brasil, 2020a

Segundo Visscher e Seidell (2001), as ações de prevenção serão mais eficientes na redução da epidemia da obesidade do que propostas que visem o controle e perda de peso, porém ainda são identificadas uma baixa organização e implementação de projetos governamentais com esse objetivo.

Visando apoiar a formulação de estratégias para o combate da obesidade, a Organização Mundial da Saúde aponta questões que devem ser consideradas pelos gestores para a elaboração de políticas de saúde. A importância de se priorizar ações de prevenção e controle da obesidade, considerando os riscos do excesso de gordura para a saúde da população, é citada, sendo enfatizado que esse é um problema que vai além do indivíduo, refletindo problemas sociais, econômicos e culturais enfrentados não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento, requerendo, portanto, uma ação coletiva em âmbito populacional. Assim, fica claro que a abordagem efetiva para a prevenção da obesidade demanda uma resposta integrada, envolvendo esforços coordenados de todos os setores da sociedade (Swinburn *et al.*, 2019; World Health Organization, 2000)

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia essencial para a realização de ações de prevenção e controle da obesidade e sobrepeso, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Como porta de entrada para atendimento da população na APS, as unidades básicas são equipamentos de saúde para o atendimento da população. Sua operacionalização ocorre pela Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da atuação das equipes de Saúde da Família (eSF), que trabalham diretamente com a população em seu território, desempenhando papel estratégico com os demais níveis de atenção – secundária e terciária (Alberto *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2021).

Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm como objetivo o fortalecimento das ações desenvolvidas na APS, em conjunto com as eSF, a partir do apoio matricial, que visa o compartilhamento de informações sobre os usuários do território, acompanhamento das condutas adotadas durante os atendimentos e realização de ações de prevenção da saúde (Bortolini *et al.*, 2021; Lopes *et al.*, 2021).

No Brasil, observa-se uma grande mobilização para elaborar e divulgar políticas e normativas de saúde que visem auxiliar no enfrentamento da obesidade e do sobrepeso na APS, podendo elencar: o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), instituído em

2006; o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007; o Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada em 1999 e atualizada em 2011; o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis 2011 – 2022, em 2011; Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em 2014; a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), publicada em 2006 e revista em 2014; Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2006 e atualizado em 2021 (Dias *et al.*, 2017; Malta *et al.*, 2014)

Apesar dos esforços governamentais na elaboração de normativas para o manejo da obesidade, ainda se observa o crescimento da obesidade no país, com projeções que apontam um cenário persistente de aumento desses índices, evidenciando a necessidade de medidas mais assertivas, com esforços conjuntos entre gestores e sociedade civil, buscando elaborar ações e políticas intersetoriais em busca da prevenção e controle da epidemia da obesidade no país. (Bortolini *et al.*, 2021; Malta *et al.*, 2014).

Ante as lacunas ainda encontradas para a garantia de cuidado da saúde da população com sobrepeso e obesidade, buscou-se analisar as impressões dos profissionais de saúde que atuam na APS (eSF e NASF) e de lideranças comunitárias no estado de Pernambuco, identificando as potencialidades e barreiras para a realização de ações preconizadas para essa população.

METODOLOGIA

O presente estudo é resultado da pesquisa “Avaliação do acesso à saúde de pessoas com obesidade mórbida em Pernambuco”, desenvolvido pelo grupo do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-Saúde/Fiocruz-PE), do Instituto Aggeu Magalhães, sendo financiada a partir da Chamada CNPq/Instituto Aggeu Magalhães n.º 39/2018. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Aggeu Magalhães, sob parecer número 43047821.6.0000.5190.

Para o alcance dos objetivos propostos, foram realizadas 34 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da Estratégia de Saúde da Família, profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e assistentes sociais) e líderes comunitários, distribuídos nos quatro macropolos do estado de Pernambuco – Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina.

A coleta de dados foi realizada pela equipe da pesquisa no período de junho a agosto de 2021. Devido à pandemia, as entrevistas foram realizadas em formato presencial e virtual.

Quadro 1 – Caracterização da amostra de entrevistados nos quatro macropolos de Pernambuco. 2021

CÓDIGO	CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO	MUNICÍPIO
PROFESF01	Enfermeira ESF	Feminino	Caruaru
PROFESF02	Enfermeira ESF	Feminino	Caruaru
PROFESF03	Enfermeira ESF	Feminino	Caruaru
PROFESF04	Enfermeira ESF	Feminino	Caruaru
PROFESF05	Enfermeira ESF	Feminino	Petrolina
PROFESF06	Enfermeira ESF	Feminino	Petrolina
PROFESF07	Enfermeira ESF	Feminino	Recife
PROFESF08	Enfermeira ESF	Feminino	Serra Talhada
PROFESF09	Enfermeira ESF	Feminino	Serra Talhada
PROFESF10	Médica ESF	Feminino	Caruaru
PROFESF11	Médica ESF	Feminino	Caruaru
PROFESF12	Médica ESF	Feminino	Petrolina
PROFESF13	Médico ESF	Masculino	Petrolina
PROFESF14	Médica ESF	Feminino	Recife

PROFESF15	Médica ESF	Feminino	Recife
PROFESF16	Médica ESF	Feminino	Serra Talhada
PROFNASF01	Educador Físico NASF	Masculino	Caruaru
PROFNASF02	Educador Físico NASF	Masculino	Petrolina
PROFNASF03	Educador Físico NASF	Masculino	Petrolina
PROFNASF04	Nutricionista NASF	Feminino	Caruaru
PROFNASF05	Nutricionista NASF	Feminino	Caruaru
PROFNASF06	Nutricionista NASF	Feminino	Petrolina
PROFNASF07	Nutricionista NASF	Feminino	Petrolina
PROFNASF08	Nutricionista NASF	Feminino	Recife
PROFNASF09	Nutricionista NASF	Feminino	Serra Talhada
PROFNASF10	Psicóloga NASF	Feminino	Petrolina
PROFNASF11	Psicóloga NASF	Feminino	Petrolina
PROFNASF12	Psicóloga NASF	Feminino	Recife
PROFNASF13	Psicóloga NASF	Feminino	Serra Talhada
PROFNASF14	Assistente Social NASF	Feminino	Serra Talhada
LIDCOM01	Líder comunitário 01	Feminino	Caruaru
LIDCOM02	Líder comunitário 02	Feminino	Serra Talhada
LIDCOM03	Líder comunitário 03	Feminino	Recife
LIDCOM04	Líder comunitário 04	Masculino	Petrolina

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Todas as entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática, conforme preconizado por Bardin (1977). As categorias foram sistematizadas a partir da compreensão da atuação dos profissionais nas ESF e no NASF, visando a prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, tais como: ações educativas; estímulo a práticas de alimentação

saudável e da realização de atividades físicas; acompanhamento individual e em grupo dos usuários; articulação entre os serviços e a comunidade. Também foram incorporadas como categorias analíticas as principais barreiras elencadas pelos profissionais: dificuldades durante o período de pandemia; questões de estigma e discriminação; e o quadro de vulnerabilidade social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de orientar as atividades e estratégias que devem ser realizadas em busca da prevenção e do controle do sobrepeso e obesidade, a Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco organizou o “Plano de Prevenção e Combate à Obesidade 2016-2020”, contendo a linha de cuidado para as pessoas portadoras de sobrepeso/obesidade (Pernambuco, 2018). Situado na região nordeste do Brasil, o estado de Pernambuco é o sétimo estado mais populoso do país – com população de 9.058.931, conforme o Censo 2022 (IBGE, 2023) – e possui 185 municípios, divididos em quatro macrorregionais, 12 regiões de saúde e 11 microrregiões (Pernambuco, 2018).

Apesar da elaboração de normativas para orientar a organização da linha de cuidado aos usuários com sobrepeso e obesidade, o presente estudo identificou que ainda persistem barreiras operacionais e técnicas para plena implementação das estratégias conforme foram preconizadas.

No que tange às atividades educativas de prevenção do sobrepeso e obesidade, os profissionais apontaram, principalmente, o Programa Saúde na Escola (PSE), estratégia lançada em 2007 pelo governo federal, que busca acompanhar a comunidade escolar para realizar medidas que auxiliem no enfrentamento das vulnerabilidades sociais de jovens e crianças e para promover uma alimentação adequada e saudável nas escolas (Bortolini *et al.*, 2020; Brasil, 2011). Para os profissionais, as ações nas escolas ocorrem visando a promoção da alimentação saudável e, mesmo durante o período da pandemia, puderam ser realizadas em formato remoto, de acordo com os relatos apresentados a seguir.

De acompanhamento assim, a gente tem o PSE nas escolas, né, que também estava suspenso a parte presencial, mas aí a gente permanecia fazendo algumas atividades online, inclusive no calendário da unidade, de programação do processo de educação, tem sempre a questão do ponto da educação pra essas crianças, né, trabalhar junto com a escola essa questão de alimentação saudável (PROFESF08).

Não, veja, específicas não, mas fazer educação permanente, faz oficinas de alimentação saudável, faz educação permanente, vai nas escolas, o PSE, mas assim, uma estratégia mesmo assim, assim eu não sei, não sei (PROFNASF01).

Segundo PROFESF01, as informações sobre estratégias educativas nas unidades de saúde foram reduzidas. Na sua unidade, *“práticas de ações, aqui sempre teve, junto com as escolas, grupos terapêuticos”*. A profissional também destacou que as eSF realizam ações com a comunidade: *“essas ações estavam paradas, mas a equipe faz junto com Pastoral, né? Com a ação social, né? Tem essa interação pra questão de segurança alimentar da população”* (PROFESF01).

Já os profissionais vinculados ao NASF também reforçam que realizam palestras em escolas, pelo PSE, e explicaram que nas unidades de saúde ofertam cursos e palestras com temas sobre introdução de alimentação infantil e prevenção da obesidade em crianças.

Não. Assim, antes na pandemia, nós chegamos a fazer, nós do NASF, chegamos a fazer palestras, cursos, capacitações por... no caso aqui de saúde da família, em relação... mas isso aí não foi em relação a esse público específico, foi em relação à alimentação infantil, à introdução de alimentação infantil e prevenção de obesidade infantil. Nós

chegamos a fazer oficinas e tudo mais relacionado a isso, alimentação saudável (PROFNASF07).

Para a promoção de práticas de alimentação saudável, os profissionais também citaram os trabalhos realizados durante o acompanhamento do pré-natal para gestantes, não sendo relatado iniciativas voltadas para o público com sobrepeso e obesidade: *“Não. Quer dizer, tem da gestante que a gente tá acompanhando, aí sim a gente já fez realmente”* (PROFESF08).

Com relação às práticas corporais e atividades físicas, outra atribuição dos profissionais da APS descrita na Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2014c), foram citadas as ações realizadas pelo Programa Academia da Cidade, porém o programa é voltado para o público geral, não tem um foco específico para usuários com sobrepeso e obesidade: *“É, com o público em geral. Tem a academia da cidade aqui também do lado da unidade”* (PROFESF09). Os entrevistados ressaltaram que o período da pandemia também inviabilizou a realização da programação da Academia da Cidade, trazendo prejuízos para a saúde de toda a população: *“Então aliado a tudo isso, a gente tinha o programa de academia da cidade que acontecia aqui na igreja (...). Acontecia de segunda a quinta. E com a pandemia, desde 2020, a gente perdeu tudo isso, né”* (PROFESF14).

Uma profissional entrevistada indicou que o período da pandemia impediu a realização das atividades educativas que são desenvolvidas em grupos, com foco para o estímulo à alimentação saudável e grupo de *“caminhada e de monitoramento da atenção nutricional em relação ao controle do peso, no enfrentamento à obesidade, mas é aberto à toda a comunidade, não é só pras pessoas com obesidade”* (PROFESF06).

Além da academia da cidade, os profissionais do NASF também realizam práticas de atividade física nas unidades, contando com o suporte do educador físico: *“Tem os grupos de atividade física que são promovidos pelo NASF e pela, pela própria unidade de saúde (...) aula de dança e o uso de equipamentos públicos como a Via Parque, como ciclovia”* (PROFNASF01).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2014a), mesmo os usuários com sobrepeso que não tenham comorbidades precisam ser acompanhados pelas equipes da APS, com planos de cuidado estabelecidos, devendo ser estimulados a participarem de grupos operativos, a fim de otimizar a oferta de trabalho. Para os usuários com outras comorbidades, a diretriz aponta que é necessário que as eSF realizem consultas de acompanhamento do estado nutricional e de hábitos alimentares, contando com o suporte de acompanhamento das equipes do NASF. Para o tratamento da obesidade, com ou sem comorbidades, é necessária uma oferta terapêutica mais intensa, com o acompanhamento das equipes de apoio matricial de forma mais sistemática, sendo avaliada a necessidade de outras possibilidades terapêuticas e farmacológicas. Já os casos mais graves, com IMC > 40 Kg/m², devem ser encaminhados para os serviços de atenção especializada (Brasil, 2014a)

Para os profissionais entrevistados, o acompanhamento dos usuários não ocorre de forma sistemática, sendo realizado somente nos casos em que o usuário tenha diagnóstico de outras comorbidades, como diabetes e hipertensão, destacando as ações disponibilizadas pelo Hiperdia: *“De acompanhamento também não. É aquela coisa: chega o paciente muitas vezes com um caso, é hipertenso e diabético. E aí o que eu tô vendo? No histórico nada da obesidade, como se fosse uma coisa que não é visto”* (PROFESF05). *“É o Hiperdia. Quando a gente atende hipertenso e diabético, a gente faz esse atendimento individualizado”* (PROFESF07).

Alguns profissionais justificaram a não realização do acompanhamento pelo fato de que *“às vezes eles são resistentes ao tratamento”* (PROFESF01), enquanto outros atribuíram ao grande volume de atendimentos na área as falhas durante os atendimentos.

Uma entrevistada afirmou que *“a consulta, realmente, eu observo que é mais tratado pra tratar o paciente já adoecido”*. A profissional criticou a falta de políticas públicas que promovam a prevenção e a orientação de práticas de alimentação saudável, já que observa que a nutricionista da sua equipe do NASF *“atende mais os pacientes adoecidos”* (PROFNASF14).

Já com relação à “assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade”, compreende-se que não é uma prática realizada pelos profissionais, percebendo uma maior articulação entre os profissionais das equipes do NASF, sendo muito destacado a atuação dos profissionais da nutrição: *“Como eu falei anteriormente, assim, pelo menos como enfermeira, foi negligenciado, porque eu não, não tenho contato com esses pacientes, (...) a não ser gestante, como eu te disse, que eu encaminho pra nutricionista, somente”* (PROFESF04).

Apesar dos relatos das dificuldades para o acompanhamento dos usuários atendidos nos serviços de APS, uma profissional apresentou as ações que são feitas em sua unidade de saúde, demonstrando que é possível a realização do registro, conforme disposto no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos (Brasil, 2020b): *“A gente tem um registro, um livro de registro dos pacientes que a gente acompanha com sobrepeso e obesidade, (...) mas a gente tem sim o instrumento, que é esse livro, onde a gente acompanha.”* (PROFESF06).

A baixa procura dos serviços de saúde por usuários com sobrepeso e obesidade é atribuída por alguns profissionais como “resistência”, por serem “acomodados”, por falta de “consciência” e por não terem “preocupação” com seu estado de saúde, como foi justificado por PROFESF08.

Alguns são bem resistentes, com a questão... até da própria identificação, em se preocupar realmente em ter um cuidado em saúde, por conta da questão da obesidade. (...) e nem se preocupam em fazer um cuidado em saúde, fazer a consulta no médico, só vem se a gente encaminhar, se orientar, eles não têm essa consciência não (PROFESF08),

Para Bortolini *et al.* (2020), uma das grandes barreiras para que o usuário com obesidade busque atendimento de saúde é proveniente da exposição de vivências estigmatizantes já ocorridas dentro dos próprios serviços de saúde. Nos relatos dos profissionais foi possível identificar falas

estigmatizantes e culpabilizadoras diante do excesso de peso dos usuários, o que demonstra pouco conhecimento sobre a etiologia da obesidade, além da necessidade de realização de capacitações e sensibilização dos profissionais para a realização do atendimento. Para PROFESF11, “*existe no território uma, uma concepção muito grande de que obesidade não é um problema, de que ser gordinho é normal, tudo bem ser gordinho, né?*” (PROFESF11).

As vivências estigmatizantes com relação ao peso também são sentidas pelos próprios profissionais de saúde.

Nessa pandemia eu passei por um processo de ansiedade triste, eu ganhei peso, eu sendo nutricionista, eu ganhei peso, aí gera cobrança das pessoas que tão ao redor, como é que a nutricionista ganha peso, né? Existe a outra cobrança, a cobrança dos outros, e você pega pacientes também que estão com essa mesma queixa, tá ganhando peso, e tem a questão de estética, né? Tem muitos pacientes que procuram porque estão incomodando esteticamente (PROFNASF05).

O pouco conhecimento sobre a população com sobrepeso e obesidade do território ficou evidente durante o processo de vacinação contra a COVID-19. Em decorrência da confirmação que o acúmulo de gordura corporal contribuía para o agravamento dos casos diagnosticados, (Bolsoni-Lopes; Furieri; Alonso-Vale, 2021), os usuários com sobrepeso e obesidade foram identificados como grupo de risco e tiveram direito a priorização na lista de vacinação, mas, para isso, era necessário que as eSF emitissem laudos confirmatórios contendo o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Segundo uma entrevistada, é frequente o relato dos profissionais alegando que os usuários não procuram a unidade por serem pessoas que “*não querem se cuidar*” (PROFNASF08), porém, durante o processo de vacinação, foi possível tentar sensibilizá-los.

E aí, quando a gente trouxe essa coisa assim, “ó, se a gente tá identificando agora para a vacinação que são pessoas com a obesidade grave, são pessoas da nossa responsabilidade. Então, a gente vai precisar oferecer outras coisas para além do laudo que ela pode se vacinar”. E aí acho que agora isso tá tomando um corpo maior, sabe? De dimensão de responsabilidade sobre essas pessoas, mas sempre teve um olhar muito, muito relativizado sobre isso. (PROFNASF08)

Fica evidente, a partir das entrevistas, que a possibilidade de realização da vacinação como grupo prioritário de pessoas com sobrepeso e obesidade deu visibilidade para o grande número desses usuários do território, o que despertou, nos profissionais de saúde, a necessidade de mobilização para realização de ações de cuidado: *“E aí, acho que essa questão de enfretamento e cuidado, só se colocou mais evidente agora, nesse momento de pandemia”* (PROFNASF08).

Essa questão também de covid, quando abriu a vacinação pra os pacientes com o IMC acima de quarenta, eu fiquei impressionada, tipo, com a quantidade de pessoas que me procuraram aqui, que achando que o enfermeiro podia fazer o laudo, né? (...) Então, fiquei, “meu Deus do céu que tanta gente com o IMC acima de quarenta, onde é que tá esse povo?”, aí assim, né?” (PROFESF02).

Destacou-se a grande quantidade de usuários jovens com obesidade e outras comorbidades. Outros relatos apontaram que, durante a pandemia, também houve o agravamento dos quadros psíquicos, gerando aumento de peso da população.

Jovens, como eu disse a você, alguns já com a comorbidade incluída, como a hipertensão e a diabe-

tes, mas a maioria são obesos muito jovens, em torno de trinta anos. E a gente, com essa pandemia, o peso deles, com a conversa que eu tive pra, porque aqui em Pernambuco a gente, pra eles tomarem a vacina, né? Tinha que vir na unidade, a gente dá o laudo. Então, eu pude, eu tive a oportunidade de conhecê-los, então, foi quando eles procuraram a gente e eles relataram que durante a pandemia ganharam muito peso, muito, então, a gente vai ter que fazer um trabalho, né? Uma estratégia que a gente consiga unir tanto a parte nutricional, como a parte psicológica, porque o emocional, a maioria relatou que o emocional durante essa pandemia foi o gatilho pra eles, né?” (PROFESF01).

Para os profissionais do NASF, esse período da vacinação também oportunizou a identificação de usuários com obesidade mórbida que ainda não tinham sido encaminhados para a equipe. Esse exemplo ratifica a necessidade de serem estabelecidos fluxos de atendimento, demonstrando as lacunas no acompanhamento e no referenciamento dos usuários na APS e a necessidade de realização do diagnóstico situação do território. Apesar de apontar barreiras no atendimento ao usuário, esse evento propiciou uma mobilização dos profissionais para uma mudança na forma de atuação, a organização das equipes e dos registros dos usuários.

Assim, com a vacinação agora que tem essa coisa do laudo, e aí muitas pessoas foram, né, às unidades pro laudo. E aí a gente enquanto equipe NASF foi se estimulando também pra que se registrasse isso, porque chegou gente na unidade que a gente nem sabia que tava na unidade. A pessoa com características de obesidade mórbida que a gente nunca tinha visto, nem sabia que tava no território. Aí nessa discussão da vacinação, aí a gente aproveitou o espaço pra “mas e aí, esse

pessoal não chega na unidade, por quê? Como é que a gente enxerga isso, como é que a gente se aproxima?”. E aí que a gente foi pensando essas discussões, fazer junto com a equipe pra se ter esse registro (PROFNASF12).

Outro fator apontado foi a possibilidade de compreender que a condição de obesidade traz danos e graves riscos para a saúde da população, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis já priorizadas no planejamento das equipes de saúde, como é o caso da diabetes e hipertensão. Conforme apontou PROFNASF07, após a vacinação contra a COVID-19, houve uma mudança com relação ao cuidado dispensado para os usuários com obesidade e sobrepeso, já que *“as pessoas começaram a enxergar mesmo essa questão da obesidade com uma gravidade maior”*. Para a profissional *“agora, como é um fator de risco, eu vejo uma procura maior, um cuidado maior dentro das equipes, até mesmo nessa assistência mais qualificada”* (PROFNASF07).

Essa mobilização também permitiu um maior número de referenciamentos das eSF para o NASF, mobilizando os profissionais para a realização do matriciamento dos casos. Foi mencionado que *“agora que a gente tá fazendo esse movimento de matriciamento por conta da identificação do grande número de pessoas com obesidade grave a partir da vacinação”* (PROFNASF08).

A atuação do NASF foi muito valorizada pelas eSF, que reforçaram a importância da equipe para garantia de acompanhamento dos usuários com sobrepeso e obesidade, o que demonstra a importância de integração e comunicação entre as equipes. Uma entrevistada explicou que *“os acessos que a gente consegue trabalhar com a equipe, na equipe NASF, seria mais de prevenção e promoção, e de tratamento para não deixar esse usuário solto no território”* (PROFNASF04). Já outra profissional destacou que *“o NASF aqui é bem atuante nessa unidade”* (PROFESF05).

No que se refere à articulação e realização de ações intersetoriais, os entrevistados elencaram várias ações que são realizadas de mobilização

em conjunto com diversos setores da sociedade (Brasil, 2014b), como usuários, comunidades, associações de moradores e igrejas, visando o acompanhamento da população e a redução de desigualdades e vulnerabilidades sociais e programáticas (Ayres *et al.*, 2006). Destacou-se o papel dos agentes de saúde na articulação da comunicação e realização de atividades em conjunto com a comunidade: *“Os agentes de saúde são muito participativos nas discussões, participam da Associação de Moradores, (...) Principalmente a população com associação de moradores pra discussão de temas que são importantes pra toda a comunidade”* (PROFNASF12). Também foi informado que *“a igreja é um equipamento social que cedeu o seu espaço pra gente, entendesse? Houve um vereador na época também que fez uma parceria junto à prefeitura, que cedeu colchonetes, que cedeu bambolês, alguns equipamentos”* (PROFESF14).

Na realização das ações intersetoriais, as lideranças comunitárias também desempenham um papel de suma importância. Segundo uma entrevistada, em sua região, antes da pandemia *“se fazia sempre reuniões aqui com o espaço da igreja. (...) vinha nutricionista, tem uma pessoa de educação física, né, que era da academia da cidade, de que teve essas restrições, essas reuniões”* (LIDCOM03).

Já as universidades foram apontadas, por profissionais e líderes comunitários, como instituições que apoiam as comunidades nas ações de prevenção, sendo citadas parcerias para práticas interativas corporais e suporte de fisioterapia em atividades físicas com a Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), além de outras ações de promoção da saúde.

As vulnerabilidades sociais das comunidades foram mencionadas, por diversos profissionais, como barreira para garantia do consumo de alimentação saudável, práticas de exercício físico e acesso à cirurgia bariátrica. No que se refere à alimentação, uma profissional informou que *“muitos desses bairros que nós cobrimos tem uma população extremamente carente. E o acesso ao alimento é muito complicado. E o alimento que eles têm mais acesso são aqueles altamente refinados, ultraprocessados”* (PROFNASF09). Nesse sentido, destacou-se a questão social dos

usuários, uma vez que muitos não têm condição de comprar os alimentos necessários para uma alimentação saudável no dia a dia.

Com relação às práticas de atividade física, foi apontado que a questão social também é uma grande limitação, já que *“nossos usuários, na sua grande maioria, vivem com uma renda de um salário-mínimo. Então não sobra dinheiro pra uma prática esportiva, pra fazer uma dieta balanceada”* (PROFESF14).

Para os usuários com grau de obesidade elevado, a indicação para a realização da cirurgia bariátrica pode não acontecer, em razão das condições de vulnerabilidade social e programática.

Não, já tive, mas não indiquei não, porque a pessoa precisava, mas foi pela dimensão de saber que ela não ia, não tinha condições sociais de dar conta do processo. (...) Mas já tive necessidades sim, mas aí isso a gente segurou, porque sabia que não ia dar conta, inclusive até hoje acho que é uma pessoa que ainda precisa. (...) Inclusive há um conflito mesmo ético que a gente fica porque meio que parece que a gente, a gente tá privando a pessoa do acesso a cirurgia. Mas, ela já insistiu bastante, inclusive de querer ir, aí até onde fica eu disse, “beleza, se quiser ir o serviço, aí os serviços que existem são esses”, mas a gente entende que vai haver essa limitação. (...) Então, se você pega as pessoas em situação de vulnerabilidade, que passam pela cirurgia, você não tem como garantir que essas pessoas vão ter o acesso a suplementação necessária (PROFNASF08).

Em uma avaliação de um usuário, foi ponderada a indicação para a realização da cirurgia bariátrica pelas dificuldades que ele enfrentaria no pós-operatório, já que se tratava de *“uma pessoa que não tem rede social, como vive na situação, por exemplo, de vulnerabilidade extrema, vive na*

situação de violência doméstica, e aí de como poderia ser esses pós nesse contexto” (PROFNASF12). Esse relato aponta para uma falha na rede de saúde e na articulação entre os dispositivos já estabelecidos, segundo os três princípios fundamentais do SUS: a equidade, a universalidade e a integralidade.

CONCLUSÕES

Dentre as atribuições definidas dos profissionais da APS para a realização do acompanhamento do usuário com sobrepeso e obesidade, é possível afirmar que muito ainda precisa avançar. Compreender as barreiras locais encontradas pelos profissionais e lideranças comunitárias, realizar o diagnóstico situacional no território e o mapeamento dos usuários que precisam ser acompanhados são ações prioritárias para se pensar o planejamento em saúde e a priorização das ações em saúde.

Durante o período da pandemia, a realização de atividades de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade, de forma intersetorial, foram paralisadas. Apesar disso, os profissionais afirmaram que são promovidas atividades do Programa Saúde na Escola, Hiperdia, Academia da Cidade, atividades em grupo, principalmente de diabéticos e hipertensos, palestras para os usuários e ações educativas, porém não específicas, para os usuários com sobrepeso e obesidade.

Como alternativa elencada para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade, os profissionais e as lideranças comunitárias sinalizaram a importância da realização de ações educativas com a população. Além disso, também foi verificado a necessidade de maior comunicação do setor saúde com lideranças comunitárias para fortalecimento do vínculo entre os profissionais e comunidade, visando o acompanhamento das comunidades e o planejamento de ações que visem mitigar as condições de vulnerabilidade social.

O desconhecimento dos profissionais de saúde acerca da população com sobrepeso e obesidade, adscrita à unidade, ficou evidente durante o período de priorização dos usuários com comorbidades para

a vacinação contra a COVID-19. Observa-se a necessidade da oferta de capacitações e a realização de atividades de educação permanente, visando o maior conhecimento dos dispositivos ofertados pela rede, protocolos clínicos, linha de cuidado e os fluxos de atendimento, além da sensibilização dos profissionais para qualificação do atendimento aos usuários com sobrepeso e obesidade.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, Norma Sueli Marques da Costa *et al.*. Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 405-420, 2022.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOLSONI-LOPES, Andressa; FURIERI, Lorena Barros; ALONSO-VALE, Maria Isabel Cardoso. Obesidade e a covid-19: uma reflexão sobre a relação entre as pandemias. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 42, n. spe, e20200216, 2021.

BORTOLINI, Gisele Ane *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 44, e39, 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.39.

BORTOLINI, Gisele Ane *et al.* Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, e00152620, 2021. Supl. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual como Organizar o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas na APS no Contexto da Pandemia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/arquivos/2020/manual_como-organizar-o-cuidado-de-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps-no-contexto-da-pandemia.pdf/. Acesso em: 5 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Passo a passo PSE**: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação alimentar e nutricional no Brasil**: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Acesso em: 3 jul. 2023.

DIAS, Patrícia Camacho *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

IBGE. Pernambuco. Panorama. **gov.br**, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>. Acesso em 17 de outubro de 2023.

LOPES, Mariana Souza *et al.*. Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, e00051620, 2021. Supl. 1.

MACHADO, Alisson Diego *et al.* O papel do Sistema Único de Saúde no combate à síndrome global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4511-4518, out. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, p. 267-276, 2014.

PERNAMBUCO. **Plano estadual de prevenção e combate ao sobrepeso e a obesidade/linha de cuidado, 2016-2020**. Recife: Secretaria

Estadual de Saúde, 2018. 106 p. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_prevencao_e_combate_ao_sobrepeso_e_obesidade_-_pernambuco.pdf. Acesso em: 14 set. 2023.

SWINBURN, Boyd A. *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. **Lancet**, Londres, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

VISSCHER, Tommy Leonardus; SEIDELL, Jacob Caesar. The public health impact of obesity. **Annu. Rev. Public. Health**, 22, p. 355-375. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.22.1.355>. Acesso em: 17 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: WHO, 2000. 256 p. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM OBESIDADE: EXPERIÊNCIA DO PROJETO ECOASUS-PE

NATHÁLIA PAULA DE SOUZA
SANDRA CRISTINA DA SILVA SANTANA
EMÍLIA CHAGAS COSTA
JULIANA SOUZA OLIVEIRA
VANESSA SÁ LEAL
CYBELLE ROLIM DE LIMA
LUCIANA GONÇALVES DE ORANGE
LARYSSA REBECA DE SOUZA MELO
GABRIELLA CARRILHO LINS DE ANDRADE
PEDRO ISRAEL CABRAL DE LIRA

CONTEXTO DO ECOASUS-PE

O projeto *Processos formativos para o enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde em Pernambuco* – ECOASUS-PE – surge de uma demanda do Ministério da Saúde, aprovado na Chamada nº 26/2018 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e se justifica pelo crescente aumento da obesidade; pela necessidade de qualificação dos processos de trabalho e dos profissionais envolvidos no cuidado em saúde, no âmbito da atenção básica; e pela urgência na sensibilização de gestores quanto ao impacto social desse fenômeno.

A Atenção Básica, principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde, é um espaço estratégico e potencialmente efetivo para o desenvolvimento de ações complexas, ligadas ao território. Portanto, este capítulo tem como objetivo apresentar a experiência do projeto ECOASUS-PE, com ênfase na qualificação dos processos de

trabalho dos profissionais de saúde, e será desenvolvido em torno dos seguintes eixos:

- a. A pesquisa: diagnóstico da assistência, com ênfase nos principais resultados acerca da Organização da Atenção Nutricional;
- b. A formação: Enfrentamento e Cuidado da Obesidade na Atenção Básica em Pernambuco, com ênfase no curso destinado aos profissionais da saúde e reflexões acerca do uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), como um ciberespaço de educação permanente em saúde; e
- c. Difusão Científica: um olhar para as Tecnologias de Informação e Comunicação no processo de cuidado.

I. A PESQUISA: DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA

Um dos objetivos do ECOASUS-PE foi realizar o diagnóstico da Organização da Atenção Nutricional e da Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição, com ênfase na rede de cuidado ao usuário com obesidade em Pernambuco. Neste capítulo, serão apresentados os principais resultados referentes à Organização da Atenção Nutricional, cuja unidade amostral foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) e os respondentes foram profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF, atualmente e-Multi). A amostra probabilística consistiu em 250 UBS, distribuídas em municípios nas 12 Gerências Regionais de saúde do estado e de diferentes portes populacionais, sendo identificado um profissional de referência atuante em cada UBS, que foi convidado a participar da pesquisa respondendo ao questionário de forma virtual. A coleta de dados ocorreu de julho a setembro de 2021, contemplando informações sobre o território de abrangência e os processos de trabalho.

Dados gerais das equipes e das Unidades Básicas de Saúde

De acordo com a tabela 1, é possível observar que metade das UBS estava localizada em municípios de médio porte populacional (entre

30 e 150 mil habitantes) e em áreas urbanas (periférica e central). Quanto às características demográficas e de atuação profissional dos respondentes, a maioria era mulher, com cor de pele preta/parda, enfermeiras e nutricionistas. Aproximadamente um terço dos respondentes atuavam há menos de 1 ano no setor e mais de 90% não tinha participado de cursos de formação sobre obesidade.

Cerca de 42% das equipes das UBS não realizavam, no âmbito da atenção nutricional, diagnóstico da situação alimentar e nutricional dos seus usuários, nem o mapeamento dos territórios, e aproximadamente um terço não desenvolvia processos de seleção e priorização de problemas nutricionais. Nas equipes que realizavam o mapeamento territorial (n=143), foram consideradas condições prioritárias:

- a. a localização de famílias ou residências com a presença de pessoas com agravos crônicos relacionados à alimentação (95%);
- b. o mapeamento de famílias em situação de vulnerabilidade social (90,9%);
- c. a identificação de famílias que tinham pessoas com sobrepeso ou obesidade (76,9%).

Tabela 1 – Características gerais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e situação demográfica e de atuação profissional dos respondentes, ECOASUS-PE, Pernambuco, 2021.

Variáveis	n	%
Caracterização das UBS		
Porte dos municípios de referência		
Capital	9	3,6
>150 mil habitantes	51	20,4
150-30 mil habitantes	124	49,6
< 30 mil habitantes	66	26,4

Área das UBS		
Urbana central	89	35,6
Urbana periférica	86	34,4
Rural/indígena	75	30
Profissionais da saúde de referência		
Sexo		
Feminino	235	94
Masculino	15	6
Cor da pele		
Preta/parda	123	49,2
Branca	97	38,8
Amarela/outro/não deseja declarar	30	12
Categoria profissional		
Enfermagem	194	77,6
Nutrição	34	13,6
Medicina/odontologia/outros	22	8,8
Tempo de atuação na UBS		
<1 ano	78	31,2
1-3 anos	56	22,4
≥ 4 anos	116	46,4
Vínculo trabalhista		
CLT (carteira de trabalho assinada)	16	6,4
Servidor público municipal	53	21,2
Contrato temporário ou por tempo indeterminado	170	68

Outro	11	4,4
Participação em formação sobre obesidade		
Sim	20	8
Não	230	92

Fonte: Elaboração própria.

ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO DAS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

Quanto aos recursos materiais necessários para a organização e qualificação do cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade, a acessibilidade que permita o livre trânsito dos usuários (largura das portas e corredores, rampas etc.) foi referida como característica de infraestrutura disponível em mais da metade das UBS (62,4%). Apenas 41,2% das UBS tinham cadeiras/bancos adequados, 39,6% possuíam aparelhos de pressão com manguito especial e 38,8% tinham balança com capacidade máxima de 230 kg. Barras de segurança (26%), maca de transferência (12,4%) e veículo adaptado para o transporte de pessoas com obesidade (11,2%) foram as estruturas e equipamentos menos disponíveis.

Entre as estratégias municipais de organização e coordenação do cuidado aos usuários com sobrepeso e obesidade, a mais reconhecida pelos respondentes de referência das UBS foi a estratificação de risco ou classificação de gravidade para essas condições (72%); e a menos relatada foi a gestão de lista de espera para a atenção especializada e/ou para a cirurgia bariátrica (25,6%). É importante destacar que 46,4% dos respondentes indicaram que não sabem informar sobre a participação do município em planos de organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO) e 40,4% não sabiam informar sobre o uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas na atenção especializada.

Quanto às estratégias municipais de tratamento do sobrepeso ou obesidade, as mais reconhecidas pelos profissionais de saúde foram o cuidado nutricional (90,8%), diagnóstico precoce (85,2%) e abordagem

familiar – envolvimento da família e cuidadores no tratamento – (79,2%). Por outro lado, o tratamento cirúrgico (38%) e medicamentoso (29,2%) foram as estratégias cujos profissionais tiveram mais dúvida (não sabiam informar) sobre a existência no município.

Quanto às ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN) adotadas no cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade nas UBS, destacaram-se: a aferição de peso e altura (85,6%) e o diagnóstico precoce, a partir do acompanhamento nutricional; e exames clínicos e laboratoriais (76,4%). Aproximadamente 40% não realizavam ou não sabiam se era realizada a avaliação do consumo alimentar (SISVAN e-SUS), demonstrando pouca informação sobre a alimentação no território, ênfase nas medidas do corpo e falta de comunicação entre os profissionais da equipe, tendo em vista a elevada frequência de profissionais que ‘não sabiam’ responder.

As atividades em grupo, voltadas para pessoas com sobrepeso e obesidade, eram realizadas por aproximadamente um terço das UBS (n=85), das quais 79,5% realizavam o acompanhamento dos resultados alcançados nessas atividades. Na percepção dos profissionais da saúde, as mulheres adultas (34,9%) e idosas (26,5%) são o público com alta taxa de adesão nas atividades grupais, enquanto a baixa adesão foi maior entre homens adultos (37,3%) e idosos (42,2%).

As atividades de promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) eram realizadas em 57,2% das atividades em grupo, em 52,8% das ações comunitárias e em 42,2% das ações individuais, porém 11,2%, 10,8% e 39,2% não souberam informar da realização dessas atividades, respectivamente. Todos os tipos de ações de PAAS referidas tinham como objetivo a promoção da saúde, a manutenção do peso corporal adequado e/ou a prevenção do ganho de peso excessivo.

As ações mais presentes nas UBS, direcionadas aos usuários indicados para a cirurgia bariátrica, foram a orientação para busca de serviço especializado (70,4%) e a realização de referência (com parecer, resultados de exame) para a atenção especializada (68,8%). O monitoramento de lista de espera desses pacientes, assim como no conjunto supracitado de estratégias municipais, foi a ação menos identificada no contexto das

unidades (36,8% não realizavam e 52,8% não sabiam). Vale ressaltar que, um número expressivo de profissionais da saúde, manifestaram desconhecimento sobre as ações desenvolvidas para esse grupo de usuários.

Em relação ao monitoramento e avaliação do cuidado, as ações de VAN eram realizadas por 47,2% das UBS, das quais 69,5% realizavam o monitoramento dos dados antropométricos e 52,8% dos dados de consumo alimentar; 51,2% não realizavam processos coletivos de avaliação do trabalho e dos resultados alcançados e 61,6% não utilizavam mecanismos de avaliação da satisfação dos usuários com sobrepeso e obesidade.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM PERNAMBUCO

Além do perfil dos profissionais, processos de trabalho e da assistência ao usuário, a equipe de pesquisa sentiu a necessidade de conhecer o perfil das pessoas acolhidas na Atenção Básica. Dessa forma, surgiu a ideia do mapeamento desse cenário em Pernambuco, o que resultou em uma publicação, dividida em dois volumes. O primeiro volume do *Atlas da Situação Alimentar e Nutricional em Pernambuco* descreve as prevalências de déficit de peso e altura e do excesso de peso em todas as fases da vida, nos 185 municípios e 12 gerências regionais de saúde do Estado, no ano de 2019, a partir de dados coletados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Souza *et al.*, 2021a). O segundo volume detalha os marcadores do consumo alimentar, o ambiente alimentar, a situação de insegurança alimentar na Região Metropolitana do Recife (RMR), além dos equipamentos públicos, programas e ações para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (Leal *et al.*, 2022).

Nos dois volumes do Atlas foi possível observar a coexistência das diversas formas de má nutrição, elevado consumo de alimentos ultraprocessados em todas as fases da vida e a necessidade de ampliar a rede de apoio a políticas e ações de SAN (Leal *et al.*, 2022). O déficit de estatura para idade foi observado em 16,7% das meninas e 21,5% dos meninos menores de dois anos; e em 11,8% das meninas e 13% dos meninos entre dois e cinco anos. O excesso de peso atingiu 19,6% dos meninos menores de cinco anos, 26,9%

dos adolescentes, 56,1% dos adultos e 40,4% dos idosos. No sexo feminino, o excesso de peso passou de 17,8% em menores de cinco anos, para 27% nas adolescentes, 61% nas adultas e 51,3% nas idosas (Souza *et al.*, 2021a).

PENSANDO O DIAGNÓSTICO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Apesar dos sistemas universais de saúde, como é o caso do SUS, terem o propósito de ofertar serviços a todos, se adequando às necessidades de saúde das populações, ainda são muitos os desafios, especialmente em um país continental como o Brasil. A maior parte desses problemas estão relacionados à gestão ineficiente e financiamento inadequado da política sanitária dos países (Conill; Giovanella; Almeida, 2011; Paim, 2019), à exemplo do desequilíbrio entre a demanda populacional e a oferta de procedimentos/serviços, que tende a gerar longos períodos de espera, agravamento da situação de saúde, atrasos nos diagnósticos, absenteísmo, ansiedade e outros problemas.

Em 2013, a portaria MS/GM nº 424 implementou a LCSO como prioritária na Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC), incluindo ações e serviços de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção do sobrepeso e da obesidade, organização da RAS, articulações intersetoriais, uso dos Sistemas de Informação à Saúde (SIS) e educação permanente para profissionais, bem como o financiamento das ações que compõem essa linha de cuidado (Brasil, 2013). Além dessas atividades, faz-se necessário preparar estruturalmente todos os dispositivos da RAS para acolher essas pessoas (Conz *et al.*, 2020).

Por tudo isso, os diagnósticos descritos acima são importantes ferramentas políticas para a qualificação da Atenção Básica em Pernambuco, sobretudo diante dos problemas alimentares e nutricionais da população, considerando as diversas realidades das equipes de saúde e os territórios em que estão inseridas. Ainda podem auxiliar os profissionais da assistência a conhecerem suas respectivas realidades, fomentando o cuidado em rede – entre os diferentes níveis de atenção – e iniciativas intersetoriais promotoras de saúde.

2. A FORMAÇÃO: ENFRENTAMENTO E CUIDADO DA OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM PERNAMBUCO

Outro importante objetivo do ECOASUS-PE foi realizar a formação de profissionais da Atenção Básica, com ênfase na prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade no âmbito do SUS, dos municípios das 12 gerências regionais de saúde do estado de Pernambuco. O objetivo pedagógico da formação foi promover reflexões sobre o território – sua diversidade e adversidades – e representar a realidade encontrada nesses locais. A formação foi ofertada na modalidade de Educação à Distância (EaD), hospedado na plataforma *moodle*, sob o gerenciamento da Secretaria de Programas de Educação Aberta e Digital da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE SPREAD).

O curso aconteceu no período de junho de 2021 a janeiro de 2022, com carga horária de 180 horas e tutoria. Foram utilizados materiais direcionados às demandas contemporâneas, atrelados à interlocução feita entre elementos textuais, imagens, poesias, músicas e sugestões de outras obras artísticas, por meio de atividades síncronas, assíncronas e transversais (cidade virtual e ecoando ciência), utilizando materiais contextualizados a cenários de práticas em saúde. Segundo Schneider *et al.* (2020) a qualidade do conteúdo trabalhado é um dos fatores determinantes para o sucesso de um curso na modalidade EaD.

O conteúdo foi distribuído em 6 módulos, contemplando os seguintes temas: (i) Determinantes sociais e comerciais da saúde e sua relação com a obesidade; (ii) Sistemas alimentares: abordagem conceitual e suas implicações na saúde; (iii) Guia Alimentar para a População Brasileira como instrumento na promoção da alimentação saudável; (iv) Uma visão sistêmica da obesidade pautada na interprofissionalidade: estratégias de educação e práticas integrativas e complementares em saúde; (v) Abordagem comportamental: estágios motivacionais e estratégias para mudanças do comportamento alimentar; e (vi) Equipamentos públicos de promoção da saúde com ênfase no Programa Academia da Saúde e no Programa Saúde na Escola. Esses conteúdos foram organizados em

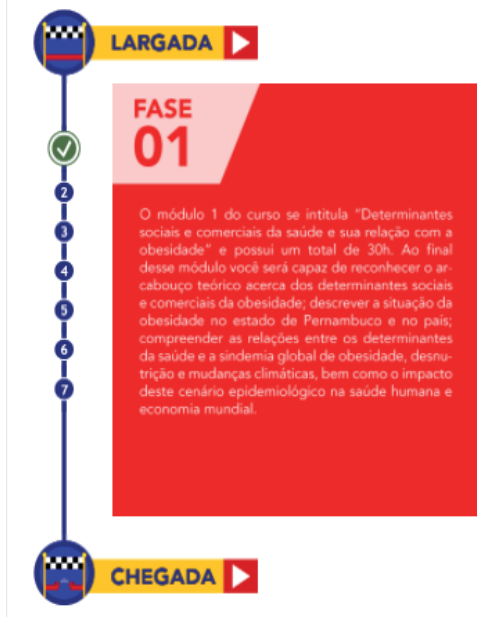
dois livros digitais, tendo como tema transversal o cuidado humanizado e reconhecimento da obesidade enquanto fenômeno e desafio para a saúde pública, desde o âmbito local ao internacional, destacando a necessidade de práticas plurais e diversas (Souza *et al.*, 2021b, 2021c).

Algumas ferramentas pedagógicas foram utilizadas na formação, para possibilitar interações que promovessem a construção do conhecimento de maneira mais efetiva. Criou-se, assim, o “Espaço Ambientação”, que mostrava como utilizar o AVA e apresentava informações gerais sobre o curso, critérios para certificação e processos avaliativos. Nesse mesmo ambiente também foi inserido o “Percurso do conhecimento”, com o propósito de guiar o cursista e ilustrar o circuito da formação. Esse caminho foi dividido em largada, fases de 1 a 7 e chegada, representando o início, os módulos e o término do curso, respectivamente (Figura 1).

Uma cidade virtual de aprendizagem foi utilizada como estratégia pedagógica inovadora e intuitiva, para gerar reflexão crítica da realidade. A cidade foi nomeada como “Bem Maior” (Figura 2) e utilizada para simulações do território, tendo como objetivo aproximar teoria e prática, através de situações-problemas alinhadas com os diferentes conteúdos trabalhados. A cidade tinha uma visão 3D, com representação de 31 equipamentos distribuídos em área rural e urbana, tais como igrejas, farmácia popular, comércio, escolas, academia da cidade, estabelecimento de *fast food* e UBS.

Nesse sentido, rememorando Paulo Freire (1997, p. 62) ao destacar as interlocuções com o saber criativo, difuso e extraterritorial: “aprender é uma descoberta do novo, com abertura ao risco, à aventura e a novas experiências, pois ensinando se aprende e aprendendo se ensina”. A raiz freiriana impulsionou a construção do curso, sobretudo de suas ferramentas pedagógicas, para possibilitar uma experiência exitosa e potente durante a formação.

Figura 1 – Percurso do conhecimento do curso Enfrentamento e Cuidado da Obesidade na Atenção Básica. Pernambuco/PE, Brasil, 2022.



Fonte: Melo (2022).

Figura 2 – Cidade de Bem Maior do curso “Enfrentamento e Cuidado da Obesidade na Atenção Básica”. Pernambuco/PE, Brasil, 2022.



Fonte: Melo (2022).

Os fóruns também foram adotados como estratégia pedagógica, sendo utilizadas três categorias: apresentação, interação e avaliativo. O

objetivo desse espaço foi promover a interação dos alunos com outros participantes, com seus tutores e de auto interação. Além disso, a ferramenta possibilitou colaborações críticas, coletivas e reflexões mais profundas. A literatura aponta a relevância pedagógica dos fóruns, por serem espaços sempre abertos à partilha, que possibilitam o envio de informações de maneira atemporal, abrangente e plural (Salvador *et al.*, 2017).

A formação contou com uma equipe multiprofissional de tutores, que realizaram acompanhamento das atividades, avaliação da aprendizagem, mediação dos fóruns e a condução de encontros síncronos. O curso contou com 455 inscrições. Entre os inscritos, 295 (65%) acessaram a plataforma e, dentre eles, 131 (44,4%) concluíram a formação. Cabe registrar que o contexto pandêmico, a ausência de turno protegido, dedicado a essa atividade, e a longa transição decorrente das eleições municipais dificultaram o engajamento dos cursistas e justificam parcialmente a taxa de evasão.

3. DIFUSÃO CIENTÍFICA: UM OLHAR PARA AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDADO

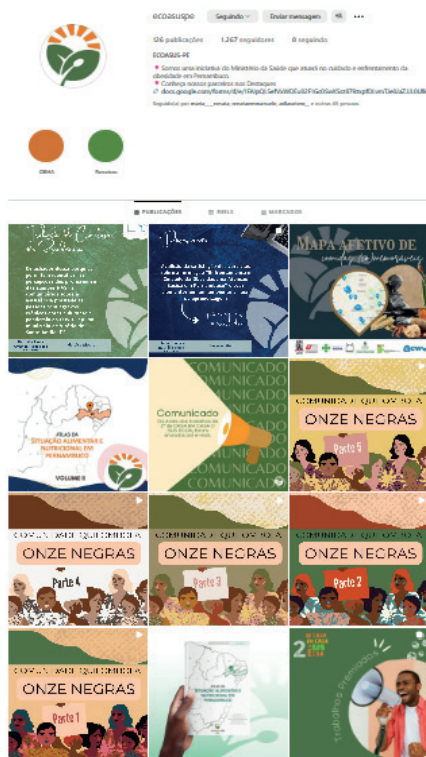
As ações do eixo de difusão científica permitiram o compartilhamento de conteúdo relevante para o campo da alimentação e nutrição com a população em geral, comunidade acadêmica, profissionais da assistência e gestão em saúde. Entre as ações desenvolvidas destacam-se a realização de seminários nacionais, produção audiovisual e o uso ativo de um perfil na rede social *Instagram*.

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) configuraram-se como um conjunto de recursos dedicados ao armazenamento, análise e difusão de informações, que permitem a comunicação de mensagens por meio de interações específicas e diferenciadas (Silva; Silva; Silva, 2021). Ao integrar as TICs nos processos de educação em saúde, é possível ampliar o debate, a criatividade e o alcance.

Dentre as TICs, o *Instagram* permite o compartilhamento de fotos, vídeos e *lives*, que vêm sendo utilizadas com intencionalidade

pedagógica, possibilitando estudos na perspectiva da educação em diversas áreas (Duarte; Carvalho, 2021; Faustino *et al.*, 2023). O perfil do ECOASUS-PE no *Instagram* (@ecoasuspe) contou com cerca de 1.300 seguidores orgânicos – ou seja, seguiam o perfil a partir do próprio interesse – e teve alcance médio semanal de 600 usuários consumindo o conteúdo publicado (Figura 3). As temáticas tratadas nessa rede social abrangeram: práticas integrativas e complementares na atenção primária; comidas afetivas; políticas públicas com ênfase em obesidade; publicidade de alimentos; personalidades que nos inspiram; obesidade infantil; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); Guia alimentar para a população brasileira.

Figura 3 – Perfil do Instagram @ecoasuspe. Pernambuco/PE, Brasil, 2020.



Fonte: ECOASUS-PE (2020).

Outra TIC utilizada no projeto foi o canal do *Youtube* “ecoasuspe”, que apresenta atualmente 400 inscritos, 34.072 mil impressões, 1.738 visualizações de impressões. Os vídeos produzidos pela equipe técnica foram visualizados 5.848 vezes, desde a criação do canal.

A produção audiovisual de três vídeos de natureza documental teve como objetivo divulgar realidades locais e experiências de sistemas alimentares em Pernambuco. Foram documentados: a experiência da Associação de Agricultores e Agricultoras Agroecológicos (Agroflor) (ECOASUS-PE, 2021a); os sistemas alimentares do território indígena Xucurus do Ororubá (ECOASUS-PE, 2021b); e as culturas alimentares de uma comunidade quilombola próxima à capital do estado (ECOASUS-PE, 2023). Também foram elaboradas entrevistas sobre o cenário epidemiológico da obesidade (ECOASUS-PE, 2021c), sobre a nutrição e a fome emocional (ECOASUS-PE, 2021d), além de uma série educativa sobre Práticas Integrativas e Complementares (ECOASUS-PE, 2021e) com especialistas nas áreas em questão.

Os eventos científicos são oportunidades para a troca e difusão de evidências e atualização dos profissionais. Nesse sentido, com o propósito de aproximar a Universidade da comunidade, foram realizadas duas edições *online* do “Seminário Nacional de Trocas: de Casa em Casa o SUS Ecoa”, nos anos de 2020 e 2021, somando 556 inscritos e 243 participantes ativos. Os eventos contaram com palestras, mesas dialogadas e *chats* interativos.

Na segunda edição do “de Casa em Casa o SUS Ecoa”, a programação contou com duas mesas dialogadas e oito vivências. Os temas das mesas dialogadas foram “Estratégias de enfrentamento da obesidade na Atenção Básica” e “Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS”. As vivências tinham o objetivo de proporcionar estratégias de promoção da saúde: “Cultura alimentar e saúde na América Latina: experiências no Panamá, Colômbia e Brasil”; “Auriculoterapia”; “Alimentação viva”; “Movimentos Corporais: conectar com o corpo para viver o autocuidado e a saúde de maneira mais reais”; “Uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde”; “Biodança”; “Estigma

da obesidade: como a descolonização de corpos é estratégia de cuidado em saúde?"; e "Agroecologia como modo de vida: a ciência do povo Xukuru". Nesse, evento foram apresentados 26 trabalhos de pesquisa e extensão, publicados como anais de congresso (Souza *et al.*, 2022).

Esses momentos de troca de conhecimentos e reflexões durante a pandemia da Covid-19 foram importantes para a ampliação do olhar no que concerne ao cuidado. Além disso, as TICs utilizadas no âmbito do ECOASUS-PE representaram um suporte importante no processo de difusão de conhecimento científico. A estrutura do curso e suas ferramentas pedagógicas contribuíram para a qualificação dos recursos humanos em seus processos de trabalho e para a sensibilização acerca do cuidado integral e humanizado para pessoas com obesidade, que, em contexto pandêmico, contribuíram para resgatar o pensar e o agir crítico, um imperativo ético para (re)transformação social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 54, p. 23-24, 20 mar. 2013.

CONILL, Eleonor Minho; GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? considerações a partir do sistema nacional de saúde espanhol. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011.

CONZ, Claudete Aparecida *et al.* Path taken by morbidly obese people in search of bariatric surgery in the public health system. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, n. 1, e3294, 2020.

DUARTE, Joaby Lima; CARVALHO, Mariza Maria Barbosa. O Instagram como ferramenta para educação em saúde. **EEDIC**, Quixadá, v. 8, 2021. Trabalho apresentado no XVII ENCONTRO DE EXTENSÃO, DOCÊNCIA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2021, [Quixadá, CE]. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/download/4803/4270>. Acesso em: 19 out. 2023.

ECOASUS-PE. Agroflor: uma produção alimentar sustentável. Imagem e edição: Laryssa Melo. [S. l.: s. n.], 2021a. 1 vídeo (5 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q7fs839tRQ4>. Acesso em: 30 nov. 2023.

ECOASUS-PE. Comunidade Quilombolas | ONZE NEGRAS. [S. l.: s. n.], 2023. 1 vídeo (10 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_vTojZfySY8. Acesso em: 30 out. 2023.

ECOASUS-PE. Conhecendo a Produção Alimentar dos índios Xucurus de Ororubá. Imagem e edição: Laryssa Melo e João Vitor. [S. l.: s. n.], 2021b. 1 vídeo (7 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UOQGdfYcIug&t=25s>. Acesso em: 30 nov. 2023.

ECOASUS-PE. ECOASUS-PE: entrevista com o Professor Pedro Israel. [S. l.: s. n.], 2021c. 1 vídeo (10 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=2Y_Jb-vtrlg. Acesso em: 30 nov. 2023.

ECOASUS-PE. Ep 1: O que são PICS? [S. l.: s. n.], 2021e. 1 vídeo (1 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pbvB6frUxks>. Acesso em: 30 nov. 2023.

ECOASUS-PE. **Perfil do Instagram**. Recife, 5 fev. 2020. Instagram: ECOASUS-PE @ecoasuspe. Disponível em: <https://www.instagram.com/ecoasuspe?igsh=bGg0OTVza3dzcGF4>. Acesso em: 10 nov. 2023.

ECOASUS-PE. Você tem fome de quê? Praticando os 9 tipos de fome. [S. l.: s. n.], 2021d. 1 vídeo (12 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hKfh3agVlkg>. Acesso em: 30 nov. 2023.

FAUSTINO, Gabriella Picoli dos Santos *et al.* Perfil de um projeto de educação em saúde de enfermagem na rede social Instagram. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 76, n. 2, e20220301, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0301pt>.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1997.

LEAL, Vanessa Sá *et al.* (org.). **Atlas da situação alimentar e nutricional em Pernambuco.** Recife: ECOASUS-PE, 2022. v. 2. 66 p.

MELO, Laryssa Rebeca de Souza. **Avaliação da satisfação dos cursistas sobre a formação enfrentamento e cuidado da obesidade na atenção básica em Pernambuco e seus elementos em um ambiente virtual de aprendizagem.** 2022. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 15-28, dez. 2019.

SALVADOR, Daniel Fábio *et al.* Comunidade virtual de aprendizagem para professores de Biologia – avaliação da utilização e desafios. **Rev. electrón. investig. educ. cienc.**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 12-22, 2017.

SCHNEIDER, Michele Domingos *et al.* As Teorias de Aprendizagem na Produção de Materiais Didáticos na Educação a Distância. **Revista EaD em Foco**, Rio de Janeiro, v. 10, e896, 2020.

SILVA, Andreia Regina Anacleto da; SILVA, Henrique de Lima Baena da; SILVA, Jeferson Marcelo da. Tecnologias digitais de comunicação e informação nos processos de ensino aprendizagem. **REIS**, Blumenau, v. 8, n. 2, 2021. Disponível em: <https://reis.unisociesc.com.br/index.php/reis/article/view/280/284>. Acesso em: 27 out. 2023.

SOUZA, Nathália Paula de *et al.* (org.). **Anais do 2º Seminário De Casa em Casa o SUS Ecoa**. Vitória de Santo Antão: UFPE/CAV, 2022. 63 p. ISBN 9786500373813.

SOUZA, Nathália Paula de *et al.* (org.). **Atlas da situação alimentar e nutricional em Pernambuco**. Recife: ECOASUS-PE, 2021a. v. 1. 81 p.

SOUZA, Nathália Paula de *et al.* (org.). **Uma visão ampliada da obesidade: reflexões sobre o cuidado na atenção básica**. Ponta Grossa: Atena, 2021b. v. 1.

SOUZA, Nathália Paula de *et al.* (org.). **Uma visão ampliada da obesidade: reflexões sobre o cuidado na atenção básica**. Ponta Grossa: Atena, 2021c. v. 2.

FACILITADORES E BARREIRAS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÃO DE CONTROLE À OBESIDADE INFANTIL

MARIANA LUIZA DO NASCIMENTO SILVA
AGUYDA NAIARA DE LIMA PEREIRA BENTO
ALETHEIA SOARES SAMPAIO
SYDIA ROSANA DE ARAÚJO OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

A crescente prevalência da obesidade infantil é um desafio de saúde global, afetando aproximadamente 5,6%, ou 38,3 milhões de crianças, em 2019 (Lee; Jin; Lee, 2022). Estudos apontam que o excesso de peso na infância e na adolescência está associado com maior risco de incapacidade e morte prematura na idade adulta e com consequências mentais e impactos educacionais (Rodriguez-Martinez *et al.*, 2020).

Considerando os cenários e projeções, desde 2016, o relatório da Comissão para Acabar com a Obesidade Infantil, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apela para a implementação de um pacote integrado de recomendações ao longo da vida para fornecer serviços de prevenção e controle dessa condição. Dentre as recomendações, inclui-se a provisão de serviços adequados de controle de peso, que promovam atividades físicas e reduzam comportamentos sedentários entre crianças e adolescentes (World Health Organization, 2016). Atualmente, essas intervenções continuam amplamente destacadas internacionalmente (Norman; Nyberg; Berlin, 2019).

No Brasil, país marcado pela elevada desigualdade social, estudos sobre prevalência do sobrepeso e obesidade em crianças e jovens possuem frequência irregular (Ferreira *et al.*, 2021). A mais recente pesquisa nacional foi realizada em 2019, na qual observou-se que 10% das crianças brasileiras menores de cinco anos têm excesso de peso (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2022). Segundo o Atlas Mundial da Obesidade e a OMS, o país ocupará a 5ª posição no ranking de países com maior número de crianças e adolescentes com obesidade em 2030, com apenas 2% de chance de reverter essa situação, caso nada seja feito (World Obesity Federation, 2019).

Alinhado às recomendações, e considerando as ações em curso no Brasil, a cidade do Recife implementou, a partir de 2016, o Programa Bom Dia Infantil, que visa o controle da obesidade para crianças e adolescentes entre 5 e 14 anos, com foco no desenvolvimento de atividades corporais e educação em saúde para redução do comportamento sedentário.

Com base nisso, estudos de viabilidade têm sido desenvolvidos visando assegurar a ampliação e tradução das intervenções para os contextos reais. Afinal, uma intervenção só é benéfica quando implementada e mantida ao longo do tempo. Dessa forma, identificar quais são os elementos que favorecem e quais os impeditivos na absorção e implementação de uma intervenção é uma parte fulcral para garantir sua sustentabilidade (Milat *et al.*, 2016; Ridde, 2016; Schell *et al.*, 2013).

Torna-se oportuno destacar que evidências para programas populacionais de controle da obesidade infantil são ainda mais limitadas nos países de baixa e média renda (Vidgen *et al.*, 2018); e, ainda, que são insuficientes as pesquisas que investigaram as barreiras e facilitadores dessas intervenções em diferentes níveis, tais como nos níveis organizacional e individuais.

Diante desse contexto, este capítulo objetiva descrever os facilitadores e as barreiras no processo de implementação do Programa Bom Dia Infantil, na visão dos profissionais de saúde e usuários envolvidos, em Recife, Pernambuco.

METODOLOGIA

O estudo é parte de uma pesquisa maior intitulada “Obesidade Infantil: avaliação sobre a implementação de intervenções complexas”, financiada pelo CNPQ UNIVERSAL 2018, processo nº 405680/2018-0. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem qualitativa, do tipo análise de implantação do Programa Bom dia Infantil, tendo como estratégia metodológica o estudo de caso único (Yin, 2015). A intervenção acontece dentro do Centro Médico Senador Ermírio de Moraes (CMEM), uma policlínica que funciona sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, desde 2016. Recife, capital de Pernambuco, estado situado na região Nordeste do Brasil, possui população estimada, para 2022, em 1,488 milhão de habitantes, dos quais 12,2% da população (182.779) são crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 14 anos.

O programa conta com uma equipe multiprofissional, composta por um assistente social, um enfermeiro, um fisioterapeuta, três profissionais de educação física, um médico endocrinologista, um nutricionista e um psicólogo. Seu objetivo é a gestão do peso e desenvolvimento de atividades físicas e educativas, promovendo a redução do comportamento sedentário das crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 14 anos. Além disso, compreende-se a importância de uma ação integrada com os pais, visto que toda a intervenção é realizada com envolvimento familiar. A proposta foi inspirada nos moldes do, já existente, Programa Bom Dia para adultos e idosos e, em 2014, a versão infantil foi considerada uma experiência exitosa no manejo da obesidade no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A população do estudo foi composta por oito participantes: três profissionais de saúde de nível superior, do Programa Bom dia (dois educadores físicos e um fisioterapeuta); um gestor distrital; e quatro pais/responsáveis das crianças e adolescentes. Foram incluídos os profissionais de saúde que trabalhavam no Centro Médico, junto ao Programa Bom dia, há pelo menos seis meses e que haviam participado, em algum momento, do planejamento ou execução das atividades do Programa. Quanto aos pais/responsáveis, foram incluídos aqueles cujos filhos participavam do

Programa há mais de seis meses. Foram excluídos os sujeitos que não demonstraram interesse e disponibilidade em participar do estudo. Os entrevistados foram recrutados até que a saturação teórica fosse alcançada (Green; Thorogood, 2018).

A produção de dados foi realizada após a coleta de dados e entre o período de agosto a setembro de 2019. Utilizou-se, como fonte das evidências, entrevistas semiestruturadas com guia previamente testado. As gravações foram transcritas e analisadas utilizando o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) para orientar a codificação e a análise de dados, bem como o relato dos entrevistados.

O CFIR é um quadro conceitual desenvolvido para orientar a avaliação sistemática de contextos de implementação, a fim de identificar fatores que possam influenciar essa implementação e subsidiar formuladores de políticas na melhoria de áreas prioritárias da intervenção (Oliveira *et al.*, 2017). É constituído por cinco grandes domínios principais (características individuais, característica da intervenção, configuração externa, configuração interna, característica dos indivíduos envolvidos e o processo de implementação), aos quais estão relacionados 37 subdomínios (Damschroder *et al.*, 2009; Kegler *et al.*, 2018; Keith *et al.*, 2017).

Para o estudo, foram abordados os domínios de configuração externa e interna. Através do livro de código disponibilizado pelos formuladores do método, os elementos facilitadores e as barreiras dos entrevistados foram acomodados em cada subdomínio. A configuração externa está ligada ao contexto econômico, político e social, dentro do qual uma organização se encontra, e a obesidade é um processo influenciado pela coexistência de fatores biológicos, comportamentais, sociais e econômicos. Já a configuração interna inclui características de contextos estruturais, políticos e culturais, através dos quais os processos de implementação são mantidos (Damschroder *et al.*, 2009).

Dos 16 subdomínios considerados, apenas seis foram descritos (Quadro 1). Os subdomínios que não emergiram nas entrevistas foram excluídos.

Quadro 1- Estratificação dos constructos e suas respectivas subcategorias de análise

Categories de análise	Definição
Configuração externa	
Necessidades e recursos do paciente	A medida em que as características do paciente, bem como as barreiras e facilitadores para atender a essas necessidades são conhecidas com precisão e priorizadas pela organização
Configuração Interna	
Características estruturais	A arquitetura social, a idade, a maturidade e o tamanho de uma organização
Redes de relações e comun	A natureza e a qualidade das redes de relações sociais e, qualidade das comunicações formal e informal numa organização
Objetivos	O grau em que as metas são claramente comunicadas claramente, tratadas e retroalimentadas à equipe e o alinhamento dessa retroalimentação com as metas
Engajamento de Liderança	Compromisso, envolvimento e responsabilização dos líderes e gestores com a implementação
Recursos disponíveis	O nível de recursos alocados para a implementação e as operações em andamento, incluindo dinheiro, treinamento, educação, espaço físico e tempo

Fonte: Clara Padoveze *et al.*, [2022?].

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco, parecer nº 3.380.117, emitido em 10 de Junho de 2019, mediante Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 07609519.5.0000.5190, conforme recomendações contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os facilitadores e barreiras identificados no processo de implementação da intervenção no controle da obesidade infantil em Recife, baseados nas características externas e internas contidas no CFIR, foram sumarizados no quadro 2. Ao todo, foram encontrados quatro facilitadores e dez barreiras.

Quadro 2 – Facilitadores e barreiras que influenciam o contexto de implementação do programa.

Domínio/constructos	Facilitadores	Barreiras
Configuração Externa		
Necessidade dos pacientes e recursos disponível	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalência da obesidade infantil como um tema de relevância; ➤ Estrutura de recursos humanos e materiais pré-existente; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Horário da intervenção coincide com o horário escolar; ➤ Dificuldade de transporte
Configuração Interna		
Características estruturais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A presença de profissionais em um mesmo ambiente; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quantidade de profissionais; ➤ Falta de formação específica para atender ao público de crianças e adolescentes;
Redes e comunicações	-----	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incompatibilidade de agendas entre os profissionais; ➤ Falta de integração com os outros pontos da Rede de Atenção
Metas e Feedback	-----	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Metas não compartilhadas com os profissionais que compõem o programa; ➤ Ausência de um estudo de perfil epidemiológico sobre o tema para definir metas

Recursos disponíveis	-----	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de materiais específicos para o público-alvo do programa ➤ Infraestrutura
Engajamento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Empenho e mobilização da equipe 	-----

Fonte: Elaboração própria.

NECESSIDADES E RECURSOS DO PACIENTE

A identificação da prevalência da obesidade infantil, enquanto problema de saúde pública, foi um elemento facilitador para a implementação do Programa Bom Dia Infantil, de forma que a maioria dos profissionais e gestores acreditam que a intervenção possui potencial de contribuir com a mudança de hábitos e melhoria da qualidade de vida dos participantes. Outro aspecto facilitador foi a de uma estrutura pré-existente com equipamentos e equipe multiprofissional voltada para adultos com hipertensão e diabetes.

O objetivo é esclarecer essa população, os responsáveis por essa população, desestimular esses hábitos tão nocivos, que até a nossa sociedade propaga, instituir novos hábitos, hábitos mais saudáveis que os levem a ter uma qualidade de vida, com um futuro mais promissor do que só doença (Profissional 2).

Os achados corroboraram com outros estudos de avaliação de implementação, realizados em populações de outras faixas etárias. Na China, em 2017, um estudo apontou para o reconhecimento do desafio do envelhecimento, quanto às necessidades do paciente, como um elemento facilitador para implementação (Yuan *et al.*, 2019). Outro estudo

abordou o desenvolvimento e implementação, na atenção primária à saúde, de uma intervenção rural para demência no Canadá (Morgan *et al.*, 2019).

No presente estudo, o horário de funcionamento da intervenção se constituiu em uma barreira. Segundo os entrevistados, em virtude de ser ofertado exclusivamente pela manhã, coincidindo com o horário escolar e a dependência dos responsáveis em trazê-los, prejudicava a adesão dos participantes.

Esse programa... ele só tem pela manhã. E a grande maioria das crianças estudam pela manhã. Estudando pelo menos já tem a questão do impasse, poderia fazer a tarde, mas não tem pela tarde (Profissional 1).

A gente não tá presente no ambiente escolar, que a gente vai lá pegar a criança na sala e faz a atividade. A gente tá numa unidade de saúde que as crianças precisam vir com os responsáveis e aí a adesão fica mais difícil (Profissional 3).

Como forma de superar essa barreira, programas de prevenção e controle de obesidade em crianças devem considerar as escolas para a maioria das intervenções. Muitas intervenções têm mostrado que no ambiente escolar, enquanto organizações, são ideais para transmitir mensagens de saúde (Norman; Nyberg; Berlin, 2019). No contexto brasileiro, não há estudos que apontem para a garantia da efetividade das intervenções no ambiente escolar, contudo, os horários e dificuldade de transporte poderiam se configurar uma barreira. As viagens tornam-se uma barreira de serviço significativa, sobretudo para aqueles que moram em áreas mais distantes (Batsis *et al.*, 2020). Nesse sentido, utilizar o ambiente escolar para a implantação desses programas é algo que deve ser considerado.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS

A intervenção acontece há cinco anos e o rol de profissionais de saúde que compõem o programa são compartilhados. Uma parte da equipe é composta por profissionais do CMEM, como endocrinologista, fisioterapeutas e nutricionista, enquanto os profissionais de educação física são compartilhados do Programa Academia da Cidade, uma intervenção de características semelhantes, porém voltada a idosos, o que também acontece no Centro médico.

[...] as professoras [profissionais de educação física], a lotação delas é no Academia da Cidade, né. Então elas são professoras do Programa Academia da Cidade, e aqui é um polo do programa funcionando aqui dentro (Gestor distrital 1).

A existência desses profissionais em um mesmo espaço foi visto como algo que contribui para a implementação da intervenção: “(...) *Questão interdisciplinar que aqui tem mais facilmente do que em outros polos, por exemplo, polos tradicionais (...)*” (Gestor distrital 1).

Por outro lado, a quantidade de profissionais foi considerada insuficiente e nem todos possuíam formação específica voltada para o público infantil e adolescente. Tal situação provocou na equipe o desejo de procurar capacitações e alternativas para o melhor atendimento ao público infantil.

O que a gente sente também é uma questão assim, de formação pessoal, pois os profissionais daqui não são especializados, nem eu, em nenhuma da equipe especializada nesse público-infantil e adolescente (...) aí a gente teve que correr atrás para gente se informar para gente poder entendê-los melhor” (Profissional 2).

Os resultados encontrados corroboram com outros estudos em que as características estruturais foram vistas como barreiras (Sombié *et al.*, 2020; Yuan *et al.*, 2019). Contudo, características estruturais, tais como instalações para atividades físicas no local e profissionais, são reconhecidas como facilitadores para implementação.

Torna-se oportuno destacar que o processo formativo dos profissionais de saúde não é um problema exclusivo do Brasil. O descompasso entre a formação e as demandas no processo de trabalho pode gerar insegurança e conflitos, como demonstrado no estudo de Bezerra *et al.* (2020), que ressaltaram que tais elementos devem ser evitados dentro da organização. Por isso, fomentar o conjunto de habilidades profissionais por meio do treinamento servirá para aumentar o conhecimento, habilidades e as crenças sobre a intervenção do programa, melhorando sua autoeficácia e proporcionando maiores chances de resultados (Fiechtner *et al.*, 2021).

REDES E COMUNICAÇÕES

Percebe-se que os profissionais mantêm boa relação entre eles, existindo, inicialmente, resistência por parte de algumas categorias quando se tenta estabelecer uma comunicação entre os profissionais da policlínica e os da Academia da Cidade. Apesar de, no período do estudo, haver uma boa receptividade para estabelecer essa comunicação, a incompatibilidade de agendas dos diversos profissionais envolvidos no Programa Bom Dia mostrou-se um elemento que dificultava as reuniões coletivas.

(...)essa incompatibilidade de agenda é difícil, né... marcar uma reunião para discutir um caso de uma criança que tá no grupo. Às vezes a dificuldade é discutir o caso coletivo, às vezes é uma dificuldade, porque são profissionais que estão no mesmo ambiente, mas tem agendas muito lotadas, tem intervenções diferentes, então juntar fica difícil (...) (Gestor distrital 1).

Tal achado convergiu com os encontrados por outros estudos que utilizaram o método CFIR (Lourida *et al.*, 2017; Morgan *et al.*, 2019). Como se pode observar nas características estruturais da intervenção, os profissionais de saúde compartilham atividades entre o Bom dia e o CMEM, o que pode ter contribuído para o aparecimento dessa situação de agendas de atividades “apertadas”. Equipes multidisciplinares e que possuem relações cooperativas entre seus membros é um elemento facilitador para implementação da intervenção, como apontado por Reeves *et al.* (2021). Com base nisso, a participação de sujeitos com diversos olhares favorece a condução dos grupos na medida em que a ampliação das discussões possibilita o olhar complexo que a condição crônica exige (Bezerra *et al.*, 2020).

Outro aspecto relatado como barreira foi a articulação incipiente com os demais pontos, sobretudo com a Atenção Básica (USF e Polos da Academia da Saúde). Existe a percepção de que a articulação seria extremante proveitosa para uma condução mais integral no cuidado às crianças, no entanto a ligação é fragilizada.

Ele [o usuário] precisa ter essa interlocução com a Atenção básica (...) Porque, primeiro a saúde começa e termina na Atenção básica. Então assim, o usuário que ele fica só ali na atenção especializada, seja ela média ou alta, o fluxo não anda, a possibilidade de atender mais pessoas é reduzidíssima (...) e muitas vezes a resolutividade daquele caso está na atenção básica, entendeu? (Gestor distrital 1).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado a partir da lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS), cuja intenção é centralizar a Atenção Primária à Saúde (APS), como a coordenação do cuidado e ordenação das redes, buscando fornecer um cuidado contínuo e coordenado de ações e serviços de saúde, a partir de uma população definida territorialmente (Morgan *et al.*, 2019). A desarticulação descrita

no presente trabalho também foi observada no estudo realizado por Silva *et al.* (2020), que analisaram a gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica na rede de atenção à saúde. Os resultados mostraram desencontros de informações, de diagnósticos e de condutas repetidas em situações de doença crônica infantojuvenil. Embora essa rede seja ampla e diversificada, os serviços de APS, o sistema de referência e contrarreferência precisam ser fortalecidos, pois interferem para a resolutividade do problema de saúde. Do contrário, poderá gerar insatisfação e a possibilidade de baixa adesão das crianças ao programa, influenciando negativamente na sua sustentabilidade (Cabral; Moraes, 2015; Silva *et al.*, 2020; Souza; Nóbrega; Collet, 2020).

METAS E FEEDBACK

As metas não estão suficientemente claras para os integrantes da intervenção. Na verdade, o que se tem é um conhecimento sobre o objetivo geral. Mesmo assim, os resultados existentes ficam em nível local, não sendo articulados com níveis hierarquicamente superiores, o que se constitui uma barreira para o processo de alinhamento e adequação das metas.

(...) A gente acaba não tratando muito os dados, é até uma falha nossa, eles ainda ficam aqui no nível de gestão do posto, do programa, do Polo, do Projeto Bom Dia e eu também acho que eles [resultados] não são utilizados pelo nível maior de gestão. (Gestor distrital 1).

A implementação do programa foi projetada com base em experiências piloto locais, em adultos. Não foi realizado um estudo de perfil epidemiológico da população, o que pode comprometer o estabelecimento das metas. Tais achados foram na contramão de outros estudos, cujo estabelecimento de metas e feedback foram elementos facilitadores no processo de intervenção (Ndejjo *et al.*, 2020; Safaeinili *et al.*, 2020). A definição de metas e o feedback são fundamentais no processo de

implementação, como ficou demonstrado no estudo de Ndejjo *et al.* (2020). A comunicação regular e o feedback entre os funcionários sobre o progresso, assim como o compartilhamento de medidas bem-sucedidas de resultados, promovem mais apoio de lideranças para a continuidade da implementação. Além disso, garantir um acompanhamento contínuo da eficácia e do desempenho geral da inovação, bem como qualidade e segurança para os pacientes, permite adaptações oportunas no processo de implementação, juntamente com a manutenção de sua continuidade (Brody *et al.*, 2019; Fakha *et al.*, 2021).

ENGAJAMENTO

O engajamento dos profissionais foi visto como positivo e facilitador para implementação: *“Empenho de toda a equipe. Toda a equipe comprometida e empenhada. Todos sem exceção são competentes no que fazem. Esse é o grande ponto porque quem leva nas costas esse programa são os profissionais envolvidos”* (Profissional 2).

O engajamento contínuo das partes interessadas, como os gestores desses locais, aumenta o ajuste entre a intervenção e o contexto local, com consequente adaptação na evolução dos problemas que podem interferir com a sustentabilidade (Fiechtner *et al.*, 2021). Nesse sentido, atores chaves, como os profissionais de saúde, quanto mais motivados, mais propensos a serem executores e a investir tempo no apoio à implementação da intervenção, embora os caminhos de motivação devam ser continuamente incorporados dentro dos programas (Musoke *et al.*, 2019; Ndejjo *et al.*, 2020; Oliveira; Potvin; Medina, 2015).

RECURSOS DISPONÍVEIS

Os recursos disponíveis foram vistos como uma das principais barreiras para a implementação da intervenção estudada. Não havia destinação de materiais específicos – mais lúdicos e atrativos – para o público infantil e adolescente. Além disso, o espaço para o desenvolvimento das atividades não era o adequado. A pista de caminhada divide espaço com a

passagem e estacionamento de carros e em períodos de chuvas não existe uma área coberta para o desenvolvimento da atividade.

O lugar é inapropriado para essas crianças, que elas têm necessidades diferentes dos adultos. Material também. Os materiais da gente são adaptados, não tem nada marcado especificamente para infância e adolescência. E nós não tivemos recursos (Profissional 2).

Os resultados encontrados foram condizentes com outros estudos que mostraram que os materiais e espaço físico foram as principais barreiras encontradas para implementação (Damschroder; Lowery, 2013; Morgan *et al.*, 2019). Um estudo realizado em Uganda, sobre o processo de implementação de um programa comunitário de prevenção de doenças cardiovasculares a partir do CFIR, demonstrou que há ausência de campo de jogo e bolas e esse fato foi tido como um elemento impeditivo para que os moradores praticassem a atividade física (Ndejjo *et al.*, 2020).

Quanto maior a complexidade da intervenção, maior é seu custo, especialmente em termos de tempo e recursos, de forma que a atenção a esses aspectos pode substancialmente influenciar a intervenção (Ndejjo *et al.*, 2020). No contexto brasileiro, a implementação da política de saúde no SUS infelizmente está condicionada ao subfinanciamento crônico – que pode ser caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros – para cumprir plenamente os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade (Funcia, 2019). Dessa forma, enfrentam-se problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública (Paim, 2018). Portanto, os resultados obtidos neste trabalho devem ser interpretados também à luz desses aspectos.

As limitações deste estudo relacionam-se com a possibilidade de que a falta de informações detalhadas de alguns construtos tenha sido

causada porque, simplesmente, esses construtos não foram abordados nas entrevistas. Além disso, trata-se de uma análise de uma intervenção em nível local, o que talvez impossibilite generalizações para outros contextos.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou descrever quais elementos foram facilitadores e quais foram barreiras no processo de implementação de uma intervenção local no controle da obesidade infantil, na cidade do Recife. Trata-se de um estudo pioneiro utilizando a *Consolidated Framework for Implementation Research* como estrutura teórica organizadora para a abordagem do tema. Os achados encontrados têm o potencial de reorientação do processo de implementação da intervenção, na medida em que a análise demonstrou que aspectos como reconhecer a necessidade do paciente, a presença de várias especialidades no mesmo espaço e o engajamento da equipe precisam ser elementos explorados positivamente. Por outro lado, a implementação deve considerar a necessidade de fornecer suporte de características estruturais, rede e comunicações e recursos disponíveis. É importante destacar que os achados têm a potencialidade, além de reorientar e otimizar a intervenção em curso, de servir como ferramenta para embasar novas intervenções semelhantes em outras localidades e de garantir a sustentabilidade futura, favorecendo a redução da prevalência da obesidade infantil e das complicações associadas.

REFERÊNCIAS

BATSIS, John A. *et al.* Barriers and facilitators in implementing a pilot, pragmatic, telemedicine-delivered healthy lifestyle program for obesity management in a rural, academic obesity clinic. **Implement. Sci. Commun.**, Londres, v. 1, n. 83, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00075-9>. Acesso em: 8 out. 2023.

BEZERRA, Hassyla Maria de Carvalho *et al.* Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00277109, 2020.

BRODY, Abraham A. *et al.* Starting Up a Hospital at Home Program: Facilitators and Barriers to Implementation. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Nova York, v. 67, n. 3, p. 588-595, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15782>. Acesso em: 12 mar. 2021.

CABRAL, Ivone Evangelista; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de. Family caregivers articulating the social network of a child with special health care needs. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1078-1085, 2015.

DAMSCHRODER, Laura J. *et al.* Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. **Implement. Sci.**, Londres, v. 4, n. 50, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>. Acesso em: 9 mar. 2021.

DAMSCHRODER, Laura J.; LOWERY, Julie C. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). **Implement. Sci.**, Londres, v. 8, n. 51, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-51>. Acesso em: 10 mar. 2021.

FAKHA, Amal *et al.* A myriad of factors influencing the implementation of transitional care innovations: a scoping review. **Implement. Sci.**, Londres, v. 16, n. 21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01087-2>. Acesso em: 12 mar. 2021.

FERREIRA, Carolina Muller *et al.* Prevalence of childhood obesity in Brazil: systematic review and meta-analysis. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro,

v. 97, n. 5, p. 490-499, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.12.003>. Acesso em: 20 ago. 2023.

FIECHTNER, Lauren *et al.* Planned Evaluation of the Healthy Weight Clinic Pediatric Weight Management and Implementation: Massachusetts-CORD 3.0. **Child. Obes.**, [s. l.], v. 17, Suppl. 1, p. S55-S61, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0178>. Acesso em: 8 out. 2023.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Acesso em: 12 mar. 2021.

GREEN, Judith; THOROGOOD, Nicki. **Qualitative Methods for Health Research**. 4. ed. Londres: SAGE Publications Ltd, 2018. Disponível em: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/qualitative-methods-for-health-research/book254905>. Acesso em: 15 mar. 2021.

KEGLER, Michelle C. *et al.* Using the consolidated framework for implementation research to understand safety net health system efforts to increase colorectal cancer screening rates. **Health Educ. Res.**, Oxford, v. 33, n. 4, p. 315-326, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/her/cyy019>. Acesso em: 9 mar. 2021.

KEITH, Rosalind E. *et al.* Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: A rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. **Implement. Sci.**, Londres, v. 12, n. 15, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0550-7>. Acesso em: 19 ago. 2023.

LEE, Ju Suk; JIN, Mi Hyeon; LEE, Hae Jeong. Global relationship between parent and child obesity: a systematic review and meta-analysis. **Clin. Exp. Pediatr.**, Seul, v. 65, n. 1, p. 35-46, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3345/cep.2020.01620>. Acesso em: 20 ago. 2023.

LOURIDA, Ilianna *et al.* Dissemination and implementation research in dementia care: A systematic scoping review and evidence map. **BMC Geriatr.**, Londres, v. 14, n. 147, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0528-y>. Acesso em: 11 mar. 2021.

MILAT, Andrew J. *et al.* A guide to scaling up population health interventions. **Public Health Res. Pract.**, Ultimo (NSW), v. 26, n. 1, e2611604, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17061/phrp2611604>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MORGAN, Debra *et al.* Barriers and facilitators to development and implementation of a rural primary health care intervention for dementia: A process evaluation. **BMC Health Serv. Res.**, Londres, v. 19, n. 709, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4548-5>. Acesso em: 8 fev. 2021.

MUSOKE, David *et al.* Performance of community health workers and associated factors in a rural community in Wakiso district, Uganda. **Afr. Health Sci.**, Kampala, v. 19, n. 3, p. 2784-2797, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i3.55>. Acesso em: 12 mar. 2021.

NDEJJO, Rawlance *et al.* Barriers and facilitators of implementation of a community cardiovascular disease prevention programme in Mukono and Buikwe districts in Uganda using the Consolidated Framework for Implementation Research. **Implement. Sci.**, Londres, v. 15, n. 106, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01065-0>. Acesso em: 12 mar. 2021.

NORMAN, Åsa; NYBERG, Gisela; BERLIN, Anita. School-based obesity prevention for busy low-income families—Organisational and personal barriers and facilitators to implementation. **PloS One**, San Francisco, v. 14, n. 11, e0224512, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224512>. Acesso em: 8 out. 2023.

OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araujo *et al.* Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 33, n. 7, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102=311-2017000705003X&lng=en&tlng=en. Acesso em: 22 set. 2019.

OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araujo; POTVIN, Louise; MEDINA, Maria Guadalupe. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1149-1161, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070357>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PADOVEZE, Maria Clara *et al.* **Estrutura Consolidada para Pesquisa de Implementação** – CFIR. [S. l.]: CFIR, [2022?], Disponível em: <https://cfirguide.org/constructs/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 11 mar. 2021.

REEVES, Penny *et al.* Economic evaluation of a web-based menu planning intervention to improve childcare service adherence with dietary guidelines. **Implement. Sci.**, Londres, v. 16, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01068-x>. Acesso em: 10 mar. 2021.

RIDDE, Valéry. Need for more and better implementation science in global health. **BMJ Glob. Health**, Londres, v. 1, n. 2, e000115, 2016.

Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000115>. Acesso em: 9 mar. 2021.

RODRIGUEZ-MARTINEZ, Andrea *et al.* Height and body-mass index trajectories of school-aged children and adolescents from 1985 to 2019 in 200 countries and territories: a pooled analysis of 2181 population-based studies with 65 million participants. **Lancet**, Londres, v. 396, n. 10261, p. 1511-1524, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31859-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31859-6). Acesso em: 12 dez. 2021.

SAFAEINILI, Nadia *et al.* CFIR simplified: Pragmatic application of and adaptations to the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for evaluation of a patient-centered care transformation within a learning health system. **Learn. Health Syst.**, Boston, v. 4, n. 1, e10201, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/lrh2.10201>. Acesso em: 1 jun. 2020.

SCHELL, Sarah F. *et al.* Public health program capacity for sustainability: A new framework. **Implement. Sci.**, Londres, v. 8, n. 15, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-15>. Acesso em: 20 dez. 2020.

SILVA, Bruna Gabrielle de Araújo *et al.* Gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica: (des)articulação da rede e fragmentação das ações. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. e76, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769242529>. Acesso em: 21 ago. 2023.

SOMBIÉ, Issa *et al.* Analysis of the implementation of a community-based intervention to control dengue fever in Burkina Faso. **Implement. Sci.**, Londres, v. 15, n. 32, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-00989-x>. Acesso em: 13 mar. 2021.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; COLLET, Neusa. Social network of children with chronic disease: knowledge and practice of nursing. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 2, e20180371, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe**: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas. 7. ENANI-2019. Rio de Janeiro: UFRJ, 2022. 96 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorio-7-estado-nutricional-antropometrico/>. Acesso em: 19 dez. 2023.

VIDGEN, Helen A. *et al.* A description of health care system factors in the implementation of universal weight management services for children with overweight or obesity: Case studies from Queensland and New South Wales, Australia. **Implement. Sci.**, Londres, v. 13, n. 109, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0801-2>. Acesso em: 20 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity**. Genebra: WHO, 2016. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/consideration-of-the-evidence-on-childhood-obesity-for-the-commission-on-ending/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

WORLD OBESITY FEDERATION. **Atlas of Childhood Obesity**. Londres: World Obesity Federation, 2019. Disponível em: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996_Childhood_Obesity_Atlas_Report_ART_V2.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YUAN, Shasha *et al.* Facilitators and barriers to implement the family doctor contracting services in China: Findings from a qualitative study. **BMJ Open**, [s. l.], v. 9, n. 10, e032444, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032444>. Acesso em: 10 mar. 2020.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE: UMA EXPERIÊNCIA EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS

VERENA DUARTE DE MORAES
SANTUZZA ARREGUY SILVA VITORINO
MICAELA MARQUES SANTANA ALVES
CARLA RENATA DOS SANTOS MARQUES
DENISE CAVALCANTE DE BARROS
VALENTINA GARRANZA WEIHMÜLLER
MARLY MARQUES DA CRUZ

INTRODUÇÃO

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) constitui uma das nove diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e tem como objetivo descrever e prever as tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como seus fatores determinantes (Brasil, 2013). A produção de informações contínuas e atualizadas sobre a situação alimentar e nutricional, por meio da VAN, faz parte da rotina das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (Reis; Rodriguez; Rodrigues, 2020).

O reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adscrita ao território, a partir dos dados coletados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), é essencial para a organização da atenção nutricional, possibilitando a identificação dos principais agravos relacionados à alimentação e nutrição (Brasil, 2015). A agenda de alimentação e nutrição na APS tem caminhado para responder as diversas

faces da má nutrição, enfatizando, recentemente, a obesidade, pelo seu aumento em todas as fases do curso de vida (Bortolini *et al.*, 2021).

A obesidade é considerada um problema de saúde pública no mundo e no Brasil. No cenário internacional, o Atlas da Obesidade Mundial estima que afetará aproximadamente um bilhão de pessoas em todo mundo até 2030 (World Obesity Federation, 2023). O sobrepeso em pessoas com mais de 18 anos, na América Latina e Caribe, é de 59,5%, mais de 20 pontos percentuais acima da média mundial (FAO, 2020).

No Brasil, dados do Vigitel revelam que, na população adulta, as frequências são de 61,4% de excesso de peso e 24,3% de obesidade (Brasil, 2023). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, a prevalência de excesso de peso e obesidade para a população adulta aumentou continuamente de 2002 a 2019, em ambos os sexos (IBGE, 2020). Concomitantemente ao aumento da obesidade e a despeito da redução da fome até 2014 (IBGE, 2014), houve aumento expressivo dessa condição nos últimos anos (Rede Penssan, 2021, 2022), agravando a situação alimentar e nutricional da população.

Apesar das potencialidades do SISVAN em traçar o perfil epidemiológico da população, as informações registradas nesse sistema nem sempre são capazes de captar as diversas dimensões da alimentação e nutrição no território e nas vidas das pessoas. Isso se revela, especialmente, nos casos de obesidade, que é uma doença crônica multifatorial, onde o ambiente exerce forte influência (Congdon, 2019).

Nesta direção, a PNAN aponta que, para o enfrentamento desse quadro, são necessárias ações em diversos setores, identificando locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, cultura alimentar, entre outras características do território onde vive a população, que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares (Brasil, 2013). Conforme argumenta Mattos (2004), é necessário que as ações de saúde estejam sintonizadas com o contexto específico de cada encontro do sujeito com as equipes de saúde, onde se insere o conjunto de ações relacionadas à alimentação e nutrição.

Ademais, estudos apontam para uma baixa cobertura da VAN em um sistema que se pretende universal (Nascimento; Silva; Jaime,

2017; Silva *et al.*, 2022), ainda que alguns estados tenham se destacado na ampliação da cobertura nos últimos anos, a exemplo de Minas Gerais (Campos; Fonseca; Antero, 2023). Além disso, observa-se que as coberturas de acompanhamento do Estado Nutricional (EN) (Enes; Loiola; Oliveira, 2014; Jung; Bairros; Neutzling, 2014) e a qualidade desses dados (Silva *et al.*, 2023) são maiores em crianças e em beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) (Enes; Loiola; Oliveira, 2014). Cabe ressaltar que o acompanhamento do Consumo Alimentar (CA) apresenta menos registros quando comparado ao EN, sendo um grande desafio a incorporação da avaliação na rotina das equipes da APS (Bortolini *et al.*, 2020, Campos; Fonseca; Antero, 2023).

No campo da avaliação, não apenas o SISVAN e a VAN têm sido objeto de estudo ao longo da última década, mas também a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, tanto no que se refere aos aspectos estruturais da APS, que tenham interface com essas intervenções (Alberto *et al.*, 2022; Vitorino *et al.*, 2016), quanto a discussão coletiva com diversos interessados na intervenção para debater sobre seu funcionamento (Alberto; Vitorino; Barros, 2023; Vitorino *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, o objetivo deste capítulo é refletir sobre os desafios da estruturação da VAN no cuidado destinado às pessoas com sobrepeso e obesidade, com enfoque na disponibilidade da estrutura, organização do processo de trabalho e resultados da VAN, em municípios de grande porte populacional de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte analítico de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação. A fim de sistematizar as análises à luz do cuidado para o sobrepeso e a obesidade, foram selecionados alguns critérios contidos na Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), elaborada a partir da pesquisa “Avaliação da implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde em municípios de grande porte populacional de Minas Gerais”. Tal pesquisa, realizada entre agosto de

2020 e julho de 2023, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, com parecer nº 4.540.688, emitido em 15 de fevereiro de 2021 sob o CAAE 42119021.0.0000.5240.

A literatura aponta que a análise comparativa, a experimentação e o estudo de caso são tipos de desenho de pesquisa adequados para se avaliar a implantação de uma intervenção, a depender da abordagem teórica para o estudo do contexto (Champagne *et al.*, 2011). Optou-se pelo estudo de caso pela relevância de analisar as complexas relações entre o desenho de políticas universais, como a VAN, e a operacionalização dessas políticas em contextos locais específicos (Matida; Camacho, 2004; Yin, 2015), incluindo os processos e resultados de propostas administrativas, a fim de explicar as ligações entre o grau de implantação e os contextos políticos e organizacionais locais (Silva, 2005).

Procurou-se ampliar a validade interna de quatro formas:

- a. partir da teoria da VAN, já disponível na literatura (Vitorino; Cruz; Barros, 2017a, 2017b), e de sua validação com uma diversidade de potenciais interessados na intervenção e na avaliação, para orientar a lógica de generalização analítica dos achados (Knaap, 2004; Yin, 2015);
- b. construção de padrões e critérios para julgar o mérito e atribuir valor à intervenção (MAJ) (Alföldi, 2006);
- c. uso de múltiplas fontes de evidências, a partir da utilização de métodos mistos (Gómez, 2014; Mertens, 2007);
- d. incorporação de explicações rivais para os achados (Yin, 2015).

Já a validade externa foi fortalecida pelo estudo de mais de um caso. Foram escolhidos dois municípios de grande porte do estado de Minas Gerais – Montes Claros e Uberlândia –, apresentados como caso 1 e caso 2. Ressalta-se que o objetivo não é de comparação, uma vez que tais municípios apresentam contextos, características de organização e situação de saúde distintas.

O desenho adotado utilizou abordagem mista, que combina técnicas qualitativas e quantitativas a partir de diferentes fontes de dados

primárias e secundárias. Para os dados primários, foram realizadas análise documental, grupo focal, oficinas formativas de monitoramento e avaliação com foco na VAN e observação direta em Unidades Básicas de Saúde. Para a análise documental, foram analisados a Programação Anual de Saúde (PAS) de 2019 a 2022; o Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2018 a 2025; o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2019 a 2022; e a Política Estadual de Promoção da Saúde. No município de Uberlândia, foi realizado grupo focal envolvendo representantes da equipe gestora da VAN, coordenadora da APS e gerentes das seis UBS, em um total de 10 pessoas e 31 profissionais das equipes da APS, que participaram da oficina formativa em M&A, com foco na VAN, a partir da qual os dados para responder à MAJ foram produzidos em um processo de co-construção do conhecimento. Nesse município, foram selecionadas seis UBS das regiões centro-norte, leste, oeste e sul, dos tipos 1, 2 e 3, da zona urbana e rural, de regiões centrais e periféricas, gerenciadas pelas duas organizações sociais que atuam no município. As unidades selecionadas em Uberlândia tinham equipes de ESF, equipe de consultório na rua (CnaR) e equipe multiprofissional. Em Montes Claros, foi realizado grupo focal com três pessoas da equipe de gestão da APS e 26 profissionais das equipes da APS, que participaram da oficina formativa em M&A, com foco na VAN. Em tal município, foram selecionadas seis UBS da zona urbana (4) e rural (2), de bairros com e sem associação de moradores, de regiões centrais e periféricas, com equipes da ESF, multiprofissional e CnaR, UBS apoiada pela Academia da Saúde e UBS com apenas uma equipe e compartilhada entre duas ou mais equipes. Os atores entrevistados e a seleção das UBS foram definidos em conjunto com os membros do Comitê Gestor da Pesquisa de cada município. As UBS foram selecionadas para a etapa da observação direta da estrutura disponível na APS.

Os dados secundários foram provenientes do SISVAN, utilizado para obter os relatórios de produção¹ que informam as coberturas de

¹ Relatório de Produção: permite obter a cobertura do Sisvan em uma região específica (Brasil, Estados e Municípios). Para tanto, é considerado o total de indivíduos

monitoramento do EN e do CA da população dos municípios, por ciclo vital; e os relatórios consolidados² para análise da prevalência de sobrepeso e obesidade por ciclo vital. Os dados foram extraídos diretamente via relatórios do SISVAN, não havendo necessidade de cálculos adicionais.

As técnicas de análise utilizadas foram: estatística descritiva, para os sistemas de informação; e análise de conteúdo, para os documentos, grupo focal e oficinas formativas.

Os critérios selecionados para essa análise correspondem à disponibilidade da estrutura, à organização do processo de trabalho e aos resultados encontrados pela VAN no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade. A elaboração da proposta foi apoiada no pressuposto de que uma intervenção é compreendida como um sistema organizado de ação que articula em determinado contexto, e com objetivos específicos, a produção de bens, ações e serviços, a fim de amenizar ou reverter uma situação problemática em saúde pública (Champagne *et al.*, 2011) e serviu como orientação para o desenvolvimento da representação esquemática do funcionamento esperado para a VAN e da linha de cuidado para o sobrepeso e a obesidade (Alberto; Vitorino; Barros, 2023; Vitorino; Cruz; Barros, 2017a, 2017b).

O quadro 1 apresenta os componentes, subcomponentes, critérios de análise e as fontes de informações estabelecidos para a análise.

acompanhados em todas as fases do curso da vida e o total de população residente nesta região, segundo o IBGE (SISVAN, 2024a).

² Os parâmetros para avaliação nutricional de cada ciclo vital utilizado nos relatórios são oriundos das classificações dos protocolos do SISVAN (Brasil, 2008; SISVAN, 2024b).

Quadro 1 – Componentes, subcomponentes, critérios selecionados e fontes de informação para a estruturação da VAN no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade.

Componentes	Subcomponentes	Crítérios selecionados	Fontes de informações
Estrutura	Recursos Físicos	Disponibilidade de ambiente com privacidade da UBS e espaço para práticas corporais e atividades físicas	Observação direta e análise documental
	Recursos Humanos	Existência de referência técnica nos municípios para as ações da VAN	Grupo focal com gestores e análise documental
	Recursos Materiais	Disponibilidade de equipamentos para avaliação antropométrica	Observação direta e análise documental
Processo de Trabalho	Educação Permanente	Formação e treinamento para a VAN relacionada a antropometria e ao CA	Grupo focal com equipe gestora da VAN, coordenador da APS e gerentes das UBS; Oficina formativa de monitoramento e avaliação com foco na VAN com profissionais de saúde da APS.
	Coordenação do Cuidado	Fluxos de referência e contrarreferência pactuados e linha de cuidado para pessoas com sobrepeso/obesidade	
	Produção de Informações	Registro das informações do EN e do CA no SISVAN	
	Monitoramento e avaliação	Geração de relatórios do SISVAN sobre o EN e o CA da população do território e utilização para o planejamento de ações	

Resultados da VAN	Cobertura do SISVAN	Percentual da população dos municípios com o EN e CA acompanhadas por fase do ciclo vital.	Relatórios de produção do SISVAN
	Prevalência de excesso de peso	Percentual da população com sobrepeso e obesidade por ciclo vital	Relatórios consolidados do EN e CA

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para traçar algumas reflexões de como os critérios elencados podem influenciar na estruturação da VAN e no cuidado destinado às pessoas com sobrepeso e obesidade, o quadro 2 detalha os resultados encontrados nos dois municípios selecionados para o estudo de caso.

Quadro 2 – Resultados encontrados nos dois municípios selecionados para o estudo de caso em relação aos recursos físicos, recursos humanos, recursos materiais, processo de trabalho e resultados da VAN.

Critérios elencados		Caso 1 Município de Montes Claros	Caso 2 Município de Uberlândia
Recursos Físicos	Ambiente com privacidade para realização da antropometria	Não	Não
	Academias da saúde	Sim	Não
Recursos Humanos	Existência de referência técnica nos municípios para as ações da VAN	Sim	Sim
Recursos materiais	Balança com capacidade para 200 kg	Sim	Sim
	Balança infantil	Sim	Sim
	Antropômetro infantil	Sim	Sim
	Balança para adultos	Sim	Sim
	Antropômetro para adultos	Sim	Sim
	Fita Métrica	Sim	Sim

Processo de Trabalho	Formação e treinamento para a VAN relacionada a antropometria	Sim	Sim
	Formação e treinamento para VAN relacionada ao CA	Não	Não
	Fluxos de referência pactuados para pessoas com sobrepeso/obesidade.	Sim	Sim
	Fluxos de contra referência pactuados para pessoas com sobrepeso/obesidade.	Não	Não
	Linha de cuidado estabelecida para indivíduos com sobrepeso e obesidade	Não	Sim
	Registro das informações do EN e CA	Sim	Sim
	Geração de relatórios do SISVAN sobre o EN e o CA da população do território e utilização para o planejamento de ações	Sim	Sim
Resultados da VAN	Cobertura do EN por fase do ciclo vital	Figura 1a	Figura 1b
	Cobertura do marcador de CA	Figura 2b	Figura 2b
	Percentual da população com sobrepeso e obesidade por ciclo vital	Figura 3	Figura 4

Fonte: Elaboração própria

DISPONIBILIDADE DA ESTRUTURA

No que se refere à estrutura, identificou-se que não há ambiente com privacidade para a realização da antropometria dos usuários, visto que as balanças, em geral, ficam localizadas nos corredores das UBS. Pessoas com sobrepeso e obesidade enfrentam estigma na sua vida social, preconceito e discriminação devido ao peso (Puhl; Himmelstein; Pearl, 2020). A literatura aponta grande impacto do estigma do peso na saúde psicossocial da pessoa com obesidade e para as atitudes pouco acolhedoras dos profissionais de saúde na abordagem terapêutica. Observa-se ainda um enfoque com estratégias de cunho comportamental que minimizam as demandas de caráter psicossocial (Tarozi; Pessa, 2020), desconsiderando a influência do ambiente obesogênico.

Cabe problematizar que a falta de privacidade indica que o estigma do peso ainda recebe pouca atenção dos profissionais de saúde e especialmente das referências técnicas da VAN, presentes nos municípios. Dessa forma, torna-se fundamental garantir atitudes acolhedoras e privacidade para a realização da VAN nos variados espaços de convivência e nos ambientes de cuidado em saúde, sobretudo para os indivíduos que procuram tratamento.

O estudo de Almeida *et al.* (2017) investigou as estratégias e desafios da gestão da APS e revelou que a Academia da Saúde é a principal estratégia no manejo e prevenção da obesidade. Estudos apontam, ainda, que, em geral, os usuários da Academia da Saúde são pessoas com menos acesso às práticas de promoção da saúde com foco em atividade física (Simões *et al.*, 2017). Dessa forma, a ausência dessas estruturas, encontradas no presente estudo, fragiliza os cuidados destinados às pessoas com obesidade e fere o princípio de equidade do SUS.

A disponibilidade de equipamentos, observada nos 2 municípios, pode estar relacionada aos avanços na estruturação da própria APS (Brandão *et al.*, 2022) quanto à vinculação da avaliação do EN ao recurso financeiro destinado aos municípios, como ocorre com o PBF, o Programa Saúde na Escola e o Crescer Saudável (Campos; Fonseca, 2021). Um estudo realizado com os dados do ciclo 2 do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) identificou que mais de 80% das UBS apresentam balanças para adultos e crianças, régua antropométrica e fita métrica (Motta; Silva; Casemiro, 2021). Apesar da existência de balança com capacidade de 200 kg no município, essa estratégia de vinculação financeira pode contribuir para que a VAN fique limitada a determinadas fases de curso da vida, como gestantes, crianças e adolescentes (Campos; Fonseca, 2021), afetando negativamente o diagnóstico do território, invisibilizando, por exemplo, adultos com sobrepeso e obesidade.

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

No que diz respeito à gestão e organização das práticas, foram encontradas, nos documentos de gestão, ações de treinamento para os profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável e avaliação do EN para o acompanhamento das famílias usuárias do PBF. Entretanto, na prática, não há atividades de educação permanente especificamente para a VAN, visto que não são realizados treinamentos para o CA. Corroborando os achados da pesquisa, Nascimento, Silva e Jaime (2019) relatam que os espaços para a formação em VAN são escassos e focados somente na coleta de dados antropométricos. Nessa direção, são necessários esforços governamentais que estimulem a educação permanente dos profissionais para a coleta de dados de CA, além de induzir ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população assistida pelas equipes da APS, de acordo com as características de território, ciclo vital, sexo e raça/cor.

Ao considerar esse aspecto, em 2022, foi publicado o protocolo do Uso do Guia Alimentar (Brasil, 2022), que visa instrumentalizar os profissionais de saúde para a orientação alimentar individualizada, integrando as recomendações presentes no Guia Alimentar às especificidades da obesidade em adultos. Para as recomendações, foi utilizado o instrumento presente no SISVAN sobre os marcadores do CA, o que pode contribuir para sua maior utilização na rotina das equipes.

Apesar da disponibilidade de fluxos de referência para pessoas com sobrepeso e obesidade, ele é incipiente, ocorre de forma lenta e é mais estabelecido para grupos específicos, como crianças e gestantes – perfil populacional historicamente priorizado no país. Destaca-se, ainda, que um dos municípios estudados não possui nutricionista na gestão municipal e nem na rede assistencial. Dessa forma, as crianças com sobrepeso e obesidade são referenciadas para o pediatra; e os demais usuários, com o mesmo agravo, para o endocrinologista. Tais desafios vêm sendo registrados por outros estudos. Uma pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro demonstrou que o fluxo de atendimento para

o indivíduo com obesidade não está sendo elaborado na maior parte dos seus municípios (Burlandy *et al.*, 2020).

A contrarreferência não acontece na prática, o que rompe com a longitudinalidade do cuidado, um atributo essencial para a APS. A VAN e a Atenção Nutricional, que inclui a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade, assim como as demais intervenções específicas direcionadas aos distúrbios nutricionais carenciais, são aspectos sequenciais e complementares. Isso porque a VAN é a etapa inicial da linha de cuidado da obesidade, ao permitir o diagnóstico e orientar as ações necessárias nos diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Alberto; Vitorino; Barros, 2023; Brandão *et al.*, 2022; Mendes, 2010).

Destaca-se, ainda, que apenas um dos municípios apresenta linha de cuidado para indivíduos com obesidade, entretanto os dois municípios apresentam linhas de cuidado para doenças como hipertensão e diabetes, o que demonstra que a obesidade ainda não é vista como um agravo pelos gestores e profissionais de saúde. Segundo Brandão *et al.* (2022), para a organização em rede e na APS é necessário fundamentar as ações de alimentação e nutrição na RAS, na perspectiva de construção de linhas de cuidado.

Diante da complexidade que envolve o tratamento de pessoas com obesidade, visto que diversos fatores podem impactar as escolhas alimentares e a relação com a comida, ter uma linha de cuidado implementada no território para atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade é um importante passo na organização dos serviços e para o sucesso das ações delineadas.

Em relação ao registro da informação, foi observado, nesta pesquisa, que há maior proporção de dados sobre o em, em todas as fases do curso da vida, quando comparado ao CA, o que é amplamente apontado na literatura (Bortolini *et al.*, 2020; Campos; Fonseca; Antero, 2023; Rolim *et al.*, 2015).

No que concerne ao monitoramento e avaliação, foi observado que há a geração dos relatórios para o planejamento das ações, entretanto esse monitoramento é feito pela gestão e não pelas equipes da APS. Chama a atenção que as equipes também deveriam gerar relatórios

para o diagnóstico do território e, assim, planejar e tomar decisões mais condizentes com sua realidade de atuação. A falta de credibilidade das informações e problemas relacionados ao próprio desenvolvimento do SISVAN foram observados na pesquisa como impedimentos para a geração periódica de relatórios, o que é relatado também pela literatura (Nascimento; Silva; Jaime, 2019).

RESULTADOS DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Quanto à cobertura do EN (Figura 1), destaca-se, para os dois municípios, a redução da cobertura em 2020, primeiro ano da pandemia de covid-19, seguida de retomada em 2021 e chegando a 2022 em patamares superiores a 2019, ano imediatamente antes da pandemia. Resultados similares foram encontrados por Mrejen, Cruz e Rosa (2023). Segundo os autores, a suspensão das aulas presenciais, devido às restrições sanitárias durante a pandemia, prejudicou a coleta de dados antropométricos pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

Em relação aos ciclos vitais, as crianças menores de 2 anos foram o grupo com maior representação, enquanto adolescentes e adultos tiveram a menor proporção de acompanhamento, resultados corroborados pela literatura (Enes; Loiola; Oliveira, 2014; Jung; Bairros; Neutzling, 2014; Mrejen; Cruz; Rosa, 2023; Silva *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023). A elevada cobertura para as crianças com idade inferior a 10 anos dialoga com os esforços da Política Estadual de Promoção à Saúde do estado de Minas Gerais (POEPS), no que se refere ao Programa Crescer Saudável, vinculado ao PSE. O esforço direcionado a esse grupo é visível, considerando as baixas taxas de cobertura dos adolescentes, para os quais não existem condicionalidades específicas.

No que se refere aos adultos, Silva *et al.* (2022) encontraram valores de cobertura no Brasil (5% em 2008 e de 10,6% em 2019) diferentes deste trabalho. Em 2019, Montes Claros apresentou cobertura

de 18,8% e Uberlândia de 5%, demonstrando que outros fatores afetam o monitoramento do EN dos adultos.

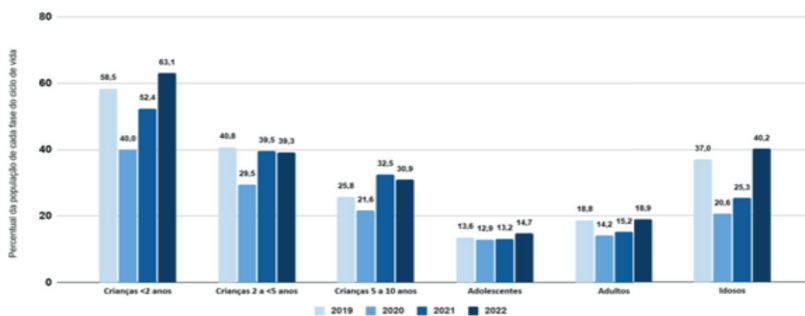
Em relação aos idosos, a proporção da população acompanhada em 2022 foi de 40% em Montes Claros e 17% em Uberlândia, valores superiores aos encontrados em São Paulo (Enes, Loiola, Oliveira, 2014), no Brasil e em grandes regiões, entre os anos de 2008 e 2019, para esta faixa etária (Barbosa *et al.*, 2023).

Não foi possível analisar a cobertura do EN das gestantes, em termos percentuais, pois não há registro do total dessa população no SISVAN, apenas o registro dos acompanhamentos realizados.

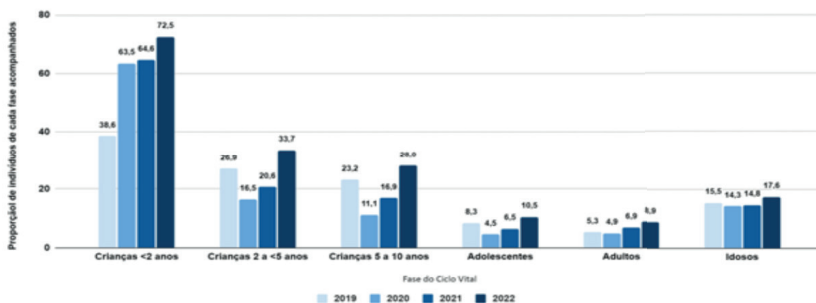
Em relação aos dois municípios abordados nesta pesquisa, a maior cobertura de monitoramento do EN, observada em todas as fases do ciclo vital, no município de Montes Claros, exceto para os menores de 2 anos, reforça a hipótese de que municípios com menor nível de desenvolvimento socioeconômico e com maior cobertura de programas de APS propostos pelo Governo Federal possuem maior cobertura do SISVAN (Mrejen; Cruz; Rosa, 2023).

Figura 2 – Cobertura do estado nutricional por fase do ciclo vital. 2019-2022.

a. Município de Montes Claros



b. Município de Uberlândia

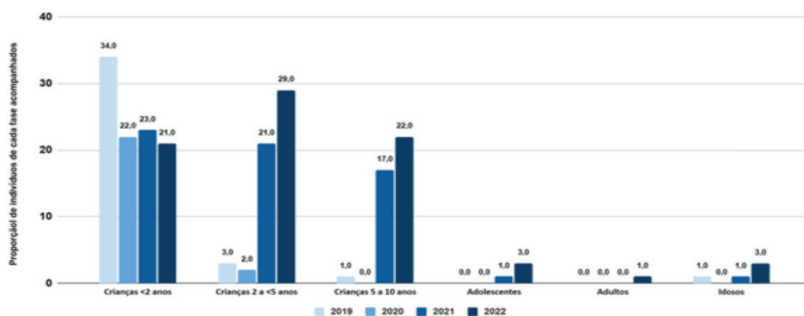


Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados no SISVAN.

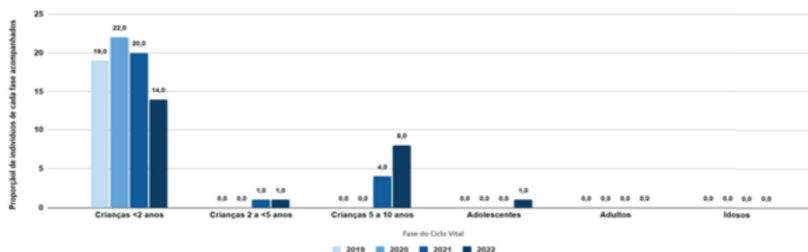
Em relação à cobertura do marcador de CA (Figura 2), o grupo com maior acompanhamento também são as crianças menores de 2 anos. A baixa cobertura nos demais ciclos vitais é uma constante, sendo zero em algumas fases, como adultos e idosos, em alguns anos analisados. Apesar desse resultado, o estado de Minas Gerais tem apresentado avanços na cobertura do CA, sendo o que mais registrou esses dados no SISVAN em 2018 (Campos; Fonseca; Antero, 2023). Para maiores progressos, a POEPS incluiu, em 2023, um indicador sobre o acompanhamento do CA e do EN, englobando todas as fases do ciclo vital. Nesse sentido, a VAN tornou-se uma prioridade no estado de Minas Gerais (Minas Gerais, 2023).

Figura 3 – Cobertura do consumo alimentar por fase do ciclo vital. 2019-2022.

a. Município de Montes Claros



b. Município de Uberlândia



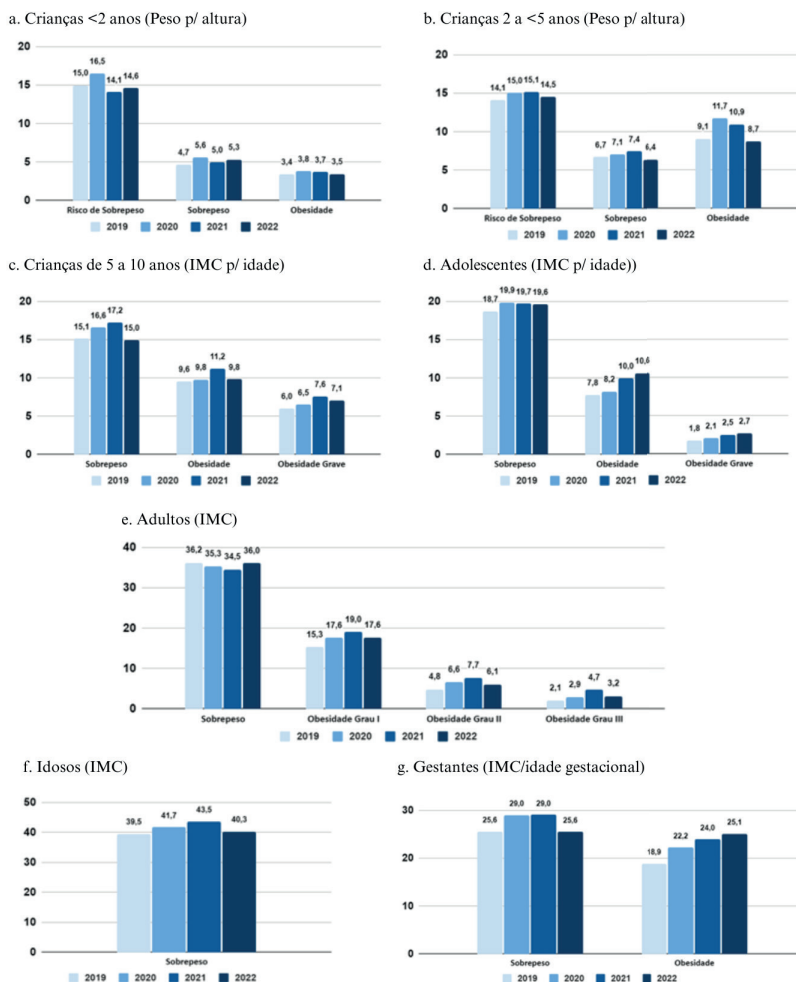
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados no SISVAN.

No que se refere à prevalência de sobrepeso e obesidade por ciclo vital, os dados do SISVAN, em geral, apontam tendência de aumento de sobrepeso e obesidade, nos usuários assistidos pela APS dos municípios, conforme o envelhecimento (Figuras 3 e 4).

Corroborando os achados da pesquisa, dados registrados no SISVAN confirmam a tendência crescente de obesidade e sobrepeso em crianças de 5 a 9 anos, entre 2008 e 2015 (Moreira *et al.*, 2020); e em adultos, entre 2008 e 2019 (Silva *et al.*, 2022).

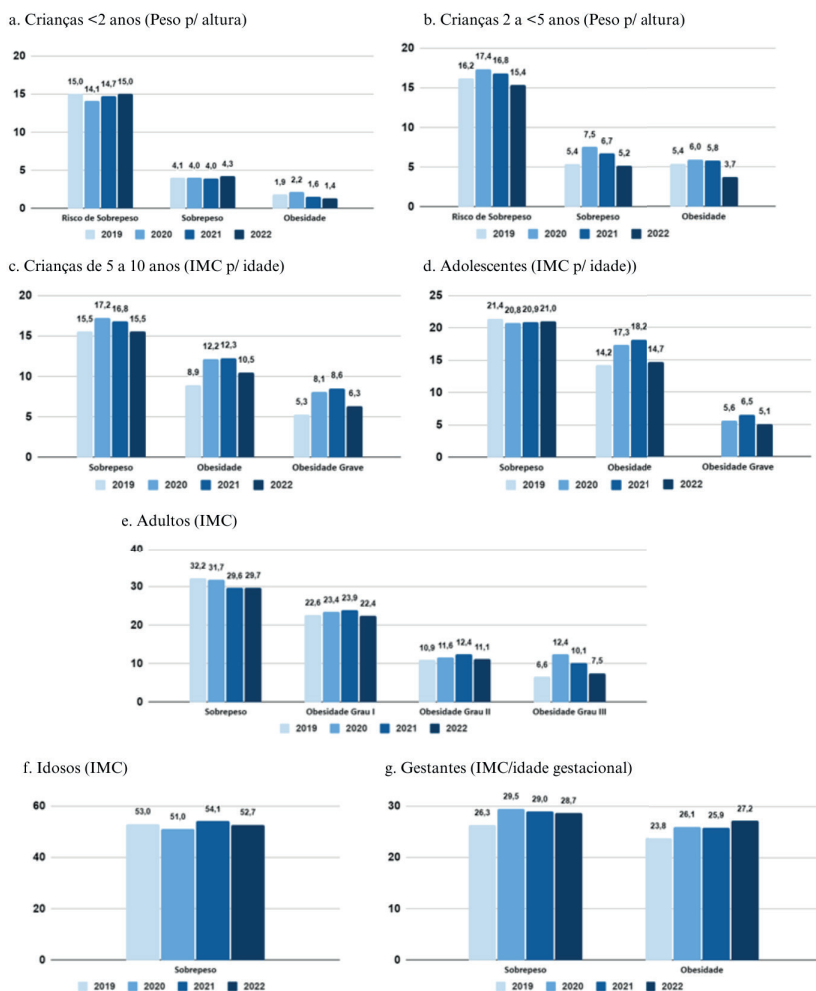
Esses resultados, que retratam o aumento da obesidade e do sobrepeso vivenciado no país, são fundamentais para a realização de intervenções que permitam a melhoria da situação alimentar e nutricional e da qualidade de vida dessa população.

Figura 4 – Percentual de prevalência de excesso de peso na população por grupo etário. Município de Montes Claros, MG, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no SISVAN.

Figura 5 – Prevalência de excesso de peso na população por grupo etário. Município de Uberlândia, MG, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no SISVAN.

CONCLUSÃO

Os resultados sobre a disponibilidade da estrutura indicam que os recursos físicos que garantam ambientes com privacidade e a existência de academias da saúde não foram priorizados. Entretanto, identificou-se boas condições de recursos materiais. Ambientes sem privacidade apontam que a questão do estigma em relação à obesidade ainda não está presente nas abordagens terapêuticas dos profissionais. A ausência das academias da saúde prejudica as atividades de práticas corporais, incluindo ações de educação alimentar e nutricional que são importantes estratégias de promoção da saúde para a população. Nesse sentido, é crucial resgatar, nos processos de formação de novos profissionais, o princípio da integralidade da atenção à saúde, para que seja possível superar as práticas assistenciais pautadas pelo modelo biocêntrico.

As boas condições dos recursos materiais denotam que programas, incentivos financeiros e metas estabelecidas, em âmbito municipal, estadual ou nacional, atrelados ao registro de dados sobre o EN, contribuíram para a aquisição de materiais e a estruturação da VAN. Porém, essa ação, de maneira isolada, burocratiza a coleta de dados sobre o EN, beneficiando apenas grupos tradicionalmente priorizados. Além disso, o registro dos dados para cumprimento de metas não garante a avaliação da situação nutricional dos indivíduos, o que é imprescindível para o diagnóstico de agravos relacionados com a alimentação e nutrição, como a obesidade.

Em relação ao processo de trabalho, os maiores desafios encontrados na pesquisa se referem à ausência de treinamento para o CA, de contrarreferência e da linha de cuidado para a obesidade. A exemplo do estado de Minas Gerais, os demais Estados necessitam incentivar a ampliação da utilização dos marcadores do CA e do EN. Um maior registro desses dados pelos profissionais da APS possibilitaria que, durante as consultas, fossem ofertadas ações de educação alimentar e nutricional que promovam melhores escolhas alimentares pelos indivíduos. No que se refere à coordenação do cuidado na APS, a sua qualificação é imprescindível para o cuidado de indivíduos com obesidade.

Os resultados, de um modo amplo, evidenciam que a boa cobertura do EN e dos marcadores de CA de crianças menores de 2 anos ainda está em descompasso com os demais ciclos vitais. Além disso, ainda que haja observação do aumento de sobrepeso e obesidade, seria necessário o aumento da cobertura populacional para melhor predizer sobre a magnitude do problema. Dessa forma, em última análise, um caminho promissor para a estruturação da VAN e para o cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade seria a continuidade de investimentos no SUS dentro da APS, avançar na expansão de serviços públicos de qualidade e promover maior envolvimento e compreensão de gestores e profissionais de saúde, com a temática.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, Norma Sueli Marques da Costa ; VITORINO, Santuzza Arreguy Silva; BARROS, Denise Cavalcante de. Modelização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde no Piauí: Uma construção compartilhada. *In*: CRUZ, Marly Marques da;

BARROS, Denise Cavalcante de; VITORINO, Santuzza Arreguy Silva (org.). **Avaliação das Políticas de Alimentação e Nutrição**: Contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. p. 311-334.

ALBERTO, Norma Sueli Marques da Costa *et al.* Disponibilidade da estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à linha de cuidado de sobrepeso e obesidade no estado do Piauí. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 405-420, Jun. 2022. DOI 10.1590/0103-1104202213311 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213311>. Acesso em: 25 out. 2023.

ALFÖLDI, Francis. **Savoir Évaluer en Action Sociale et Médico-Sociale**. La fabrication des critères. Paris: Dunod, 2006. 256 p.

ALMEIDA, Luana Mirelle de *et al.* Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 114-139, Jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3700/3377>. Acesso em: 21 out. 2023.

BARBOSA, Brena Barreto *et al.* Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) coverage, nutritional status of older adults and its relationship with social inequalities in Brazil, 2008-2019: an ecological time-series study. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 32, n. 1, e2022595, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000100034>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BORTOLINI, Gisele Ane *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 44, e39, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. Acesso em 10 out. 2023.

BORTOLINI, Gisele Ane *et al.* Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.37, e00152620, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152620>. Acesso em: 17 fev. 2024. Supl. 1.

BRANDÃO, Ana Laura *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 46, e119, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.119>. Acesso em: 30 out. 2023

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Rio de Janeiro: IBGE,

2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **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 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>. Acesso em: 2 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 5 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf. Acesso em: 5 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61 p. Disponível em; <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/vigilancia-alimentar-e-nutricional/arquivos/protocolos-do-sistema-de-vigilancia-alimentar-e-nutricional-sisvan>. Acesso em: 17 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade de Brasília. **Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. (Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira, v. 2). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

BURLANDY, Luciene *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n.3, e00093419, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419>. Acesso em: 17 out. 2023.

CAMPOS, Daniela Souzalima; FONSECA, Patrícia Costa. A vigilância alimentar e nutricional em 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, e00045821, 2021. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045821>. Acesso em 13 out. 2023.

CAMPOS, Daniela Souzalima; FONSECA, Patrícia Costa; ANTERO, Laís Santos. A Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: A experiência do monitoramento no estado de Minas Gerais. *In*: CRUZ, Marly Marques da; BARROS, Denise Cavalcante de; VITORINO, Santuzza Arreguy Silva (org.). **Avaliação das Políticas de Alimentação e Nutrição**: Contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. p. 217–234.

CHAMPAGNE, François *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira (org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 41-60.

CONGDON, P. Obesity and urban environments. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, n. 3, 464, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16030464>. Acesso em: 13 out. 2023.

ENES, Carla Cristina; LOIOLA, Helena; OLIVEIRA, Maria Rita Marques de. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p. 1543-1551, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.05872013>. Acesso em: 10 out. 2023.

FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2020**. Transforming food systems for affordable healthy diets. Roma: FAO, 2020. Disponível em: <https://www.fao.org/3/ca9692en/ca9692en.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

GÓMEZ, Aitor. New Developments in Mixed Methods With Vulnerable Groups. **J. Mix. Methods Res.**, Washington, v. 8, n. 3, p. 317-320, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1558689814527879>. Acesso em: 18 jun.2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Suplemento da pesquisa nacional por amostra de domicílios: segurança alimentar e nutricional**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

JUNG, Natália Miranda; BAIROS, Fernanda de Souza; NEUTZLING, Marilda Borges. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p. 1379-1388, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.20002013>. Acesso em: 4 out.2023.

KNAAP, Peter Van der. Theory-Based Evaluation and Learning: Possibilities and Challenges. **Evaluation**, Londres, v. 10, n. 1, p. 16–34, 1 jan. 2004.

MATIDA, Álvaro Hideyoshi; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 37-47, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100017>. Acesso em: 3 jan. 2017.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>. Acesso em: 2 out. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 6 out. 2023.

MERTENS, Donna M. Transformative Paradigm: Mixed Methods and Social Justice. **J. Mix. Methods Res.**, Washington, v. 1, n. 3, p. 212-225, jul. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1558689807302811>. Acesso em: 20 jun. 2021

MINAS GERAIS. **Resolução SES n.9.076, 18 de outubro de 2023**. Define as regras de cofinanciamento da política continuada de Promoção da Saúde (POEPS), Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICS) e Políticas de Promoção da Equidade a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.410, de 18 de outubro de 2023. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%209076%20-%20CIB.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2024,

MOREIRA, Naiara Ferraz *et al.* Tendência do estado nutricional de crianças no período de 2008 a 2015. Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). **Cad. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 447-454, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030133>. Acesso em: 23 fev. 2024,

MOTTA, Ana Laura Brandão; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; CASEMIRO, Juliana Pereira. Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: o cuidado como eixo estruturante. *In*: SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; MOTTA, Ana Laura Brandão; CASEMIRO, Juliana Pereira (org.). **Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: reflexões cotidianas e contribuições para as práticas do cuidado**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2021. p. 11-34. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q5fn4/pdf/silva-9786587949116.pdf>. Acesso em: 3 out. 2023

MREJEN, Matías; CRUZ, Maria Vitória; ROSA, Leonardo. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como ferramenta de monitoramento do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, e00169622, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT169622>. Acesso em: 21 fev. 2024.

NASCIMENTO, Fabiana Alves do; SILVA, Sara Araújo da; JAIME, Patrícia Constante. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Rev. bras epidemiol.**, São Paulo, v. 22, e190028, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190028>. Acesso em: 14 out. 2023.

NASCIMENTO, Fabiana Alves do; SILVA, Sara Araújo da; JAIME, Patrícia Constante. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00161516, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161516>. Acesso em: 3 out. 2023.

PUHL, Rebecca M.; HIMMELSTEIN, Mary S.; PEARL, Rebecca L. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. **Am. Psychol.**, Washington, v. 75, n. 2, p. 274-289, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/amp0000538>. Acesso em: 11 out. 2023.

REDE PENSSAN. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil: II VIGISAN**. Relatório final. São Paulo: Rede PENSSAN/Fundação Friedrich Ebert, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 27 de out. de 2023.

REDE PENSSAN. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil**. VIGISAN. São Paulo: Rede PENSSAN, 2021. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/download/13706/>. Acesso em: 27 de out. de 2023.

REIS, Erika Cardoso dos; RODRIGUEZ, Luciana da Silva; RODRIGUES, Phillipe Augusto Ferreira. Atenção Básica: A linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade. *In*: SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; MOTTA, Ana Laura Brandão; CASEMIRO, Juliana Pereira (org.). **Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: reflexões cotidianas e contribuições para as práticas do cuidado**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2021. p. 99-123. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q5fn4/pdf/silva-9786587949116.pdf>. Acesso em: 3 out. 2023

ROLIM, Mara Diana *et al.* Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2359-2369, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.00902015>. Acesso em: 21 out. 2023.

SILVA, Lígia Maria Vieira da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira da (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SILVA, Natanael de Jesus *et al.* Qualidade dos dados antropométricos infantis do Sisvan, Brasil, 2008-2017. **Rev. Saúde Pública**, v. 57, n. 62, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004655>. Acesso em: 26 out.2023.

SILVA, Ruth Pereira Costa *et al.* Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: tendência temporal da cobertura e estado nutricional de adultos registrados, 2008-2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 31, n. 1, e2021605, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742022000100019>. Acesso em: 12 out. 2023.

SIMÕES, Eduardo J. *et al.* Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: A natural experiment. **Prev. Med.**, Nova York, v.103, p. 66-76, Out.2017. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.09.032.

SISVAN. Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de Produção. **Sisaps**, [s. l.], 2024a. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriogestao/index>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SISVAN. Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de Acesso Público. **Sisaps**, [s. l.], 2024b. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 17 fev. 2024.

TAROZO, Maraisa; PESSA, Rosane Pilot. Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília,

v. 40, e190910, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>. Acesso em: 23 out. 2023.

VITORINO, Santuzza Arreguy Silva *et al.* De normativa a participativa: a construção da avaliação de implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária em Saúde de Minas Gerais. *In*: CRUZ, Marly Marques da; BARROS, Denise Cavalcante de; VITORINO, Santuzza Arreguy Silva (org.). **Avaliação das Políticas de Alimentação e Nutrição**: Contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. p. 79–105.

VITORINO, Santuzza Arreguy Silva *et al.* Estrutura da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica em saúde no estado de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 230-244, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15632/8192>. Acesso em: 10 out. 2023.

VITORINO, Santuzza Arreguy Silva; CRUZ, Marly Marques da; BARROS, Denise Cavalcante de. Modeling of Food and Nutrition Surveillance in Primary Health Care. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 109-126, 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000100011>. Acesso em: 30 out. 2023.

VITORINO, Santuzza Arreguy Silva; CRUZ, Marly Marques da; BARROS, Denise Cavalcante de. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00014217, 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00014217>. Acesso em: 12 maio 2018.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Atlas 2023**. Londres: World Obesity Federation, 2023. Disponível em: <https://data>.

worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-V5.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso:** Planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

IMPACTOS ECONÔMICOS DA OBESIDADE NA ATUALIDADE: UM OLHAR SOBRE A INTER-RELAÇÃO ENTRE ECONOMIA E EXCESSO DE PESO

MARIANA IZABEL SENA BARRETO DE MELO CAVALCANTI
MARÍLIA SANTANA DA SILVA
CARLA CAROLINE SILVA DOS SANTOS

INTRODUÇÃO

Na economia mundial, os gastos em saúde cresceram, nas últimas décadas, de maneira mais significativa do que em outros setores (World Health Organization, 2018). Nesse cenário, a crescente ocorrência da obesidade e do sobrepeso se constitui em um importante problema de saúde pública, com implicações econômicas relevantes para a sociedade e para os sistemas de saúde (Anekwe *et al.*, 2020).

A obesidade é um problema global e seu impacto não se limita ao contexto da saúde, mas afeta diversos campos da sociedade. Questiona-se que o real impacto da doença no contexto social é subestimado, visto as dificuldades de encontrar um nível de ajustamento suficiente para responder às necessidades reais e à extensão dessa questão (Cammarano *et al.*, 2022).

Sendo assim, este capítulo teórico foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica, mediante levantamento da literatura científica nas seguintes plataformas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME); acesso às bases eletrônicas de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Para tanto, utilizou-se os descritores de saúde: “Obesidade”, “Sobrepeso”, “Doença Crônica”, “COVID-19”, “Fatores Sociais”,

“Avaliação Econômica em Saúde”, “Avaliação do Impacto na Saúde”, “Custos e Análise de Custo” e “Financiamento da Assistência à Saúde”.

Tal busca mostrou as obras científicas publicadas e “cinzentas” que fundamentaram o entendimento do estudo proposto e viabilizaram o alcance dos seus objetivos, a saber:

- a. descrever os impactos econômicos diretos da obesidade e do excesso de peso na sociedade atual;
- b. apresentar os impactos econômicos diretos das doenças não transmissíveis e transmissíveis associados à obesidade, considerando a obesidade enquanto fator de risco;
- c. caracterizar as implicações econômicas indiretas da obesidade e suas inter-relações com os aspectos econômicos e fatores sociais.

A fim de apresentar os conteúdos abordados com mais clareza, optou-se por organizá-lo conforme as proposições supracitadas.

DESENVOLVIMENTO

OS IMPACTOS ECONÔMICOS DIRETOS DA OBESIDADE E DO EXCESSO DE PESO NA SOCIEDADE ATUAL

Estudos apontam que os impactos econômicos da obesidade são substanciais e podem atingir uma magnitude semelhante em contextos de países de alta renda e baixa renda. Contudo, dado a ascendente prevalência da doença, prevê-se que até 2060 esses impactos aumentem para 3,29% do Produto Interno Bruto (PIB), em âmbito mundial, com maior concentração de gastos entre países de média e baixa renda (Okunogbe *et al.*, 2021).

No entanto, o Atlas Mundial da Obesidade (World Obesity Federation, 2023), publicado em 2023, já prevê que, com base no índice de massa corporal (IMC) elevado, mais da metade da população mundial estará com excesso de peso ou obesidade até 2035, gerando impactos econômicos que podem alcançar US \$ 4,32 trilhões por ano, custos que

se aproximam a 3% do PIB global, o que é comparável ao impacto da pandemia de Covid-19 em 2020.

Em revisão sistemática sobre o impacto econômico da obesidade e os métodos utilizados em estudos de custo da doença (COI), Nagi *et al.* (2023) observaram que, mesmo com diferenças metodológicas, todas as pesquisas identificaram custos crescentes entre países de alta e média renda. O custo econômico da obesidade variou entre 15 milhões de PPC (Paridade de Poder de Compra) no Brasil e 126 bilhões nos Estados Unidos da América (EUA), no ano de 2022. Já os custos totais da obesidade variaram de 0,05% a 2,42% do PIB na Coreia e Arábia Saudita, respectivamente, com custos médicos diretos entre 0,7% a 17,8% dos gastos dos sistemas de saúde nesses mesmos países (Nagi *et al.*, 2023).

Países de alta renda, como os Estados Unidos, possuem custos médicos relacionados à obesidade que alcançam bilhões de dólares. De acordo com o estudo “America’s Obesity Crisis: The Health and Economic Impact of Exces Weight” (Milken Institute, 2018), em 2016 o país gastou US\$ 480,7 bilhões em custos diretos de saúde ligados à obesidade. Naquele ano, os EUA tinham mais de 70% da população com excesso de peso, dos quais quase 40% eram pessoas com obesidade. E a previsão é que em 2035 a população americana com obesidade chegue a 58% (World Obesity Federation, 2023), sendo que em 2025 já terão 20,5 milhões de indivíduos com obesidade grave (Cecchini, 2018).

Okunogbe *et al.*, (2021) estudaram os impactos econômicos do excesso de peso e da obesidade a partir de uma perspectiva social, no ano de 2019, para oito países de diferentes continentes e faixas de renda: Austrália, Brasil, Índia, México, Arábia Saudita, África do Sul, Espanha e Tailândia. Eles identificaram que os custos totais da obesidade per capita variaram de US\$ 17, na Índia, até US\$ 940, na Austrália, assim como os gastos representativos para o PIB desses países ficou em média 1,76%. Os autores discutiram que, ainda que se saiba que os países de alto rendimento têm elevados custos econômicos advindos da obesidade, os países de baixa e média renda têm sofrido com impactos de magnitudes semelhantes, devido ao duplo fardo da má nutrição.

Olhando para a realidade brasileira dos últimos anos, os custos atribuíveis à obesidade no país, em 2018, chegaram a R\$ 1,42 bilhão (US\$ 284 milhões), onde, isoladamente, a doença representou 11% dos custos diretos do sistema de saúde (desconsiderando os custos de hipertensão e diabetes atribuíveis à obesidade) (Nilson *et al.*, 2020a). Entre os países avaliados por Okunogbe *et al.* (2021), o Brasil apresentou o maior gasto pelo somatório dos custos diretos e indiretos da obesidade, alcançando US\$ 38,8 bilhões em 2019.

A tendência de manutenção do cenário pessimista do Brasil está mantida, haja vista que as projeções da World Obesity Federation (2023) trazem a previsão de um aumento anual de 4,4% na obesidade infantil entre 2020-2035, somados à condição de que, em 2035, o país terá 41% da população adulta com obesidade, com o excesso de peso chegando a impactar 3% do PIB nacional. Na atualidade, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019, a prevalência de obesidade na população brasileira chega a 26,8% (IBGE, 2020).

IMPACTOS ECONÔMICOS DIRETOS DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E TRANSMISSÍVEIS ASSOCIADAS À OBESIDADE

A obesidade é, simultaneamente, uma doença e um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que se constituem como a principal causa de morte e adoecimento no mundo e representam um grande impacto para os sistemas de saúde, para as sociedades e para as economias dos países, devido ao crescente custo para sua prevenção e tratamento (Nilson *et al.*, 2020a).

Paralelamente ao aumento da prevalência da obesidade no Brasil, espera-se que haja um aumento nos custos diretos de saúde relacionados às doenças não transmissíveis. Giannichi (2023) estimou que serão gastos, entre 2020 e 2030, cerca de R\$ 4,2 bilhões com custo direto das DCNT no SUS, mediante a continuidade de crescimento da prevalência de excesso de peso observada entre 2006 e 2019.

Em 2019, Ferrari *et al.* (2022) estimaram que o sobrepeso e a obesidade foram responsáveis por US\$ 654 milhões em custos diretos

das DCNT no Brasil. A hipertensão arterial (HA), a diabetes mellitus (DM), as doenças cardiovasculares (DC) e a doença renal crônica (DRC) são DCNT com altas prevalências na população mundial e brasileira que impactam economicamente os sistemas de saúde e estão fortemente associados às mortes e incapacidades (Brasil, 2022).

Considerando que o estudo da obesidade de forma isolada não retrata seus reais impactos econômicos, neste capítulo apresentaremos os impactos econômicos que essas comorbidades acima citadas, associadas à obesidade, produzem.

De acordo com Nilson *et al.*, (2020a), em 2018 houve quase 1,9 milhões de internações no SUS, por causas associadas com a HA, a DM e a obesidade, correspondendo a quase 16% do total de internações hospitalares no referido ano. Os custos diretos atribuíveis a essas doenças totalizaram R\$ 3,45 bilhões, ou seja, US\$ 890 milhões, considerando gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos. Desses custos, 59% foram referentes ao tratamento da HA, 30% ao da DM e 11% ao da obesidade.

Ainda, com a incorporação dos custos da obesidade como fator de risco para HA e DM, os custos totais atribuíveis à obesidade aumentam para R\$ 669 milhões em hospitalizações e gastos ambulatoriais; e para R\$ 722 milhões em gastos com medicamentos; ou seja, um total de R\$ 1,39 bilhão em 2018 (Nilson *et al.*, 2020a).

Existe uma preocupação crescente com o impacto econômico das DC. No Brasil, em 2015, os custos diretos com internações e consultas relacionados às DC foram de US\$ 2,11 bilhões (Siqueira; Siqueira-Filho; Land, 2017). Segundo o estudo de Ferrari *et al.* (2022), em 2019 as DC tiveram os maiores custos atribuíveis (US\$ 289 milhões; 44,18%) entre as DCNT relacionadas à obesidade no Brasil.

É oportuno destacar que, no Brasil, o SUS é fundamental para o atendimento das pessoas que vivem com a DRC, sendo responsável pelo financiamento de 90% dos tratamentos de pacientes que se encontram em Terapia Renal Substitutiva. De acordo com Alcade e Kirsztajn (2018), que analisaram os custos com o tratamento de DRC no Brasil no período de

2013 a 2015, em média, mais de R\$ 13 bilhões ao ano foram gastos no país para atender aos pacientes com doença renal crônica. Entre os anos de 2008 e 2013, o custo com transplantes de rins aumentou em 300%, passando de R\$ 61,8 milhões para R\$ 189 milhões, indicando a magnitude da doença renal crônica e o seu impacto econômico (Silva Junior *et al.*, 2018).

Nos países desenvolvidos, o custo do tratamento da DRC é um importante fator de desembolso para os sistemas de saúde, com uma taxa de crescimento anual de até 12% nas últimas duas décadas. No Brasil, no período de 2010 a 2016, os gastos do SUS atribuíveis às DRC em consequência de DM quase dobraram, atingindo os valores de US\$ 2,6 milhões (Gonçalves; Silva, 2018; Nilson *et al.*, 2020a).

Apesar de ratificado, neste capítulo, a associação entre a obesidade e as outras DCNT, também se faz importante elucidar que estudos comprovam o aumento do fator de risco de agravamento entre algumas doenças transmissíveis em obesos, a exemplo da Covid-19, infecção respiratória de grande relevância epidemiológica na atualidade. A obesidade foi reportada por diversos estudos como um fator de risco independente para os desfechos mais graves da Covid-19, incluindo a morte (Boutari; Mantzoros, 2022; Siqueira *et al.*, 2020; Yu *et al.*, 2021).

A pandemia da Covid-19 se caracterizou como um desafio sanitário sem precedentes contemporâneos, tendo graves impactos na saúde da população mundial, com altos custos sociais e econômicos, e exigiu respostas excepcionais da sociedade e dos governos nacionais (Alpino *et al.*, 2020). Em todo o mundo, até janeiro de 2024, foram notificados mais de 700 milhões de casos e mais de 6,9 milhões de mortes. No Brasil, contabilizam-se mais de 38 milhões de casos e 708 mil mortos (Worldmeter, 2024).

O estudo desenvolvido por Czernichow *et al.* (2021) constatou que, na Europa, entre janeiro e junho de 2020, os custos diretos com a Covid-19 foram de 13,9 bilhões de euros, dos quais 76% representaram o tratamento de pessoas com excesso de peso e obesidade. Entre os pacientes internados com Covid-19, 71% tinham excesso de peso e 35% apresentavam obesidade. Ainda, o custo médio por internamento hospitalar aumentou com o IMC: de 15.831 euros, para IMC <25 kg/m², para

30.982 euros, quando $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$. Assim, os custos de pacientes com desfechos graves de Covid-19 e com obesidade foi estimado em 6,1 bilhões de euros, representando 44% dos custos totais. Dessa forma, o estudo revelou que o excesso de peso contribui para o agravamento dos sintomas, gerando um aumento dos custos diretos para o tratamento relacionado ao Covid-19.

AS IMPLICAÇÕES ECONÔMICAS INDIRETAS DA OBESIDADE E SUAS INTER-RELAÇÕES COM OS ASPECTOS ECONÔMICOS E FATORES SOCIAIS

As evidências científicas indicam que a obesidade associada à outras doenças, de fato, trazem impactos econômicos significativos, entretanto, na maioria dos estudos, as estimativas dos impactos econômicos da obesidade são limitadas apenas aos custos diretos de saúde, não levando em consideração os gastos indiretos, a exemplo das perdas econômicas decorrentes de mortalidade prematura (de 30 e 69 anos), dias perdidos de trabalho (absenteísmo) e redução da produtividade durante o trabalho (presenteísmo) (Okunogbe *et al.*, 2021).

Sobre os aspectos indiretos, é oportuno destacar a relevância da obesidade na perspectiva do sistema econômico social, sendo fundamental estudá-la como uma questão coletiva e não somente individual, uma vez que condições de extrema pobreza e insegurança econômica têm sido relacionadas ao maior risco de desenvolver obesidade (UNDP, 2022).

Níveis socioeconômicos determinam a segurança alimentar das populações, que diz respeito ao acesso permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, sem comprometer outras necessidades básicas, trazendo, portanto, impactos ao estado nutricional, a exemplo do excesso de peso e obesidade (Bueno *et al.*, 2021; FAO *et al.*, 2023).

Nesse sentido, determinadas características socioeconômicas, especialmente as que mensuram desigualdades sociais entre populações, têm sido associadas à prevalência da obesidade e do excesso de peso, a exemplo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (Ataey *et al.*, 2020; Shiri *et al.*, 2023).

A obesidade é mais recorrente em países com IDH muito elevado, em comparação com países com baixo desenvolvimento humano (Ataey *et al.*, 2020). Em estudo recente, Shiri *et al.* (2023) destacaram que a prevalência da obesidade está aumentando em todos os países, especialmente nos países com IDH elevado e muito elevado.

Entretanto, ao considerar as desigualdades socioeconômicas intra populações e a complexidade da inter-relação entre economia, fatores sociais e excesso de peso nos países com IDH mais elevado, a obesidade afeta mais os grupos de nível socioeconômico mais baixos, enquanto nos países com baixo nível de IDH, a associação entre os níveis socioeconômicos e a prevalência de obesidade é positiva (Shiri *et al.*, 2023).

No Brasil, um estudo realizado com base nos dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) dos anos de 2008 a 2019, que buscou relacionar indicadores de desigualdade social e taxa de incremento do estado nutricional, constatou que houve um crescimento da prevalência de sobrepeso inversamente relacionada ao IDH e ao PIB *per capita*. As análises demonstram, ainda, que as Unidades Federativas (UFs) menos favorecidas em relação a esses indicadores acumularam maiores taxas de incremento de baixo peso e sobrepeso, quando comparadas às UFs com maiores valores de IDH e PIB *per capita* (Barbosa *et al.*, 2023)

De forma complementar aos achados supracitados, Anann, Santos e Gigante (2019) constataram que as capitais brasileiras com maior IDH apresentaram tendência de menor prevalência de obesidade. Segundo Almeida (2023), restrições orçamentárias, que se impõe ao poder aquisitivo perante à inflação, influenciam os padrões de consumo alimentar, levando ao consumo de produtos de menor qualidade e valor nutricional, impactando nas condições nutricionais, sendo a obesidade uma possível consequência.

Por outro lado, considerando o impacto que o estado nutricional exerce sobre a economia, a obesidade pode ser um fator significativo de entrave no desenvolvimento econômico dos países. Os impactos econômicos são consequência da redução da produtividade no mercado de

trabalho por mortalidade prematura, perda de anos de vida sadio, perda de produtividade e absenteísmo (Okunogbe *et al.*, 2021).

Em 2019, o estudo Global Burden Disease (GBD) indicou que só as DCNT associadas à obesidade foram responsáveis por mais de 5 milhões de mortes no mundo, sendo que mais da metade ocorreu em pessoas abaixo de 70 anos de idade (Murray *et al.*, 2020).

No Brasil, entre os anos de 2010 e 2021, houve um aumento no total de óbitos prematuros por obesidade em 123%, saindo de 1.457 para 3.250, respectivamente, totalizando, no período, 24.678 óbitos prematuros por obesidade registrados (Brasil, 2022). Nesse sentido, projeções realizadas por Giannichi (2023) apontam que, em 2030, os óbitos prematuros associados ao excesso de peso no Brasil gerarão um custo de R\$ 45,5 bilhões (US\$ 9,1 milhões).

Além do impacto econômico gerado pelo óbito de pessoas em idade produtiva, a obesidade também contribui para a perda de anos de vida sadio (DALY). Chong *et al.* (2023) descreveram que, globalmente, entre 2000 e 2019, houve o aumento anual dos DALYs relacionado à obesidade em 0,48% e previu que os DALYs tendem a aumentar 39,8% entre 2020 e 2030, em razão do excesso de peso e obesidade. No Brasil, o IMC elevado causou uma perda de 5.817.938,71 DALYs e 177.939,70 mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis em 2019 (Rocha, 2023).

A obesidade também traz implicações ao desempenho no trabalho, impactando na economia, em razão do presenteísmo e do absenteísmo. O presenteísmo em pessoas com obesidade se justifica pela menor aptidão cardiovascular, menor resposta às exigências físicas e pelas comorbidades associadas. Essas condições levam às alterações na capacidade de trabalho e redução da produtividade (Linaker *et al.*, 2020; Tonnon *et al.*, 2019).

Goettler, Grosse e Sonntag (2017) e Linaker *et al.* (2020) relataram a elevada taxa de custos indiretos associados ao excesso de peso e à obesidade, atribuíveis ao fardo da perda de produtividade, reafirmando que a obesidade aumenta a necessidade de reduzir, evitar ou alterar o que os indivíduos conseguem desenvolver em suas atividades laborais, impactando na produtividade e trazendo consequências econômicas importantes.

Ao considerar que os indivíduos com obesidade estão mais expostos aos riscos de comorbidades, eles devem alocar parte do seu tempo para tratamentos médicos, implicando em maior grau de absenteísmo e possível afastamento de suas ocupações (Kudel; Huang; Ganguly, 2018) e, conseqüentemente, um aumento dos custos indiretos associados ao excesso de peso e à obesidade atribuíveis o absenteísmo (Goettler; Grosse; Sonntag, 2017).

A obesidade foi associada a um maior risco de faltas, em comparação com indivíduos com peso normal (Bramming *et al.*, 2019). Estima-se que indivíduos com obesidade tiram quatro dias extras de licença por doença, anualmente, quando comparados com indivíduos com peso normal (Harvey *et al.*, 2010). Além disso, a obesidade associa-se a absenteísmos mais prolongados em função das patologias associadas, como alterações musculoesqueléticas, doenças cardiovasculares e alterações emocionais (Lee *et al.*, 2019).

Ainda na perspectiva de mercado de trabalho e nas suas conseqüências sobre a empregabilidade e poder de compra, e naturalmente sobre a condição nutricional dos indivíduos, pessoas com obesidade, especialmente mulheres, tendem a ter menores salários, devido a aspectos discriminatórios e das conseqüências dessa doença sobre a sua produtividade (Averett, 2019; Lucas; Favoreto; Bondezan, 2023; Silva, 2022). Um estudo desenvolvido por Lee *et al* (2019) a partir de dados do Painel Coreano de Educação e Emprego, de 2010 a 2013, que analisou o salário recebido por mulheres jovens adultas empregadas nesse período, indicam ganhos salariais 9,0% menores entre as mulheres coreanas com obesidade.

A associação entre a obesidade em mulheres e empregabilidade também foi identificada. Estudos indicam que mulheres com obesidade têm maior chance de perda de emprego e menor probabilidade de estarem empregadas (Bramming *et al.*, 2019; Feigl *et al.*, 2019; Lee *et al.*, 2019; Linaker *et al.*; 2020).

Por fim, para além das perdas econômicas relacionadas ao absenteísmo e presenteísmo, a obesidade impacta a economia na perspectiva previdenciária, uma vez que todas as doenças crônicas associadas à obesidade e excesso de peso aumentam a intenção de se aposentar

precocemente, em razão dos seus efeitos sobre a deficiência física e condições crônicas (Feigl *et al.*, 2019). Isoladamente, estudos apontam que a obesidade aumenta a probabilidade de um trabalhador alegar estar incapacitado. No caso das mulheres, esse fator se torna mais incidente, em decorrência dos diagnósticos de DCNT relacionadas à obesidade (Renna; Thakur; 2010) e a uma menor percepção de boa saúde que elas apresentam em relação aos homens (Castro; Staduto, 2019).

CONCLUSÃO

Este capítulo aponta que conhecer os custos diretos e indiretos na obesidade e excesso de peso permite dimensionar a magnitude de sua carga para o sistema de saúde e para a economia, assim como avaliar o impacto de políticas implementadas e subsidiar a tomada de decisões, ao permitir a comparação da economicidade de distintas medidas.

Considerando todos os aspectos exposto neste capítulo, se faz oportuno reforçar que a obesidade, dada a sua complexidade, deve ser enfrentada na perspectiva de sua inter-relação com aspectos associados à saúde, fatores sociais e econômicos, individuais e coletivos. Esforços para enfrentar a obesidade e o excesso de peso – enquanto doença e fator de risco importante para outras DCNT e DCT – precisam ser dedicados, para que haja apaziguamento nos custos atrelado a essa condição nutricional.

A redução da alta carga econômica das doenças associadas à obesidade será obtida apenas por meio da elaboração de políticas públicas arrojadas, que permitam não apenas o impedimento do avanço, mas uma redução da prevalência do excesso de peso no Brasil. Entretanto, para que haja o impedimento do avanço/redução da prevalência, é necessário investir em estratégias abrangentes, condizentes com os aspectos sociais e fatores econômicos individuais e coletivos intervenientes da obesidade. Nesse sentido, se faz necessário priorizar políticas integradas e intersetoriais, com foco nas ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento, centradas nos determinantes sociais da obesidade e, sobretudo, nas ações estratégicas para a garantia da segurança alimentar das populações.

REFERÊNCIAS

ALCADE, Paulo Roberto; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Expenses of the Brazilian Public Healthcare System with chronic kidney disease. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 122-129, abr. 2018. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-3918.

ALMEIDA, Jéssica Viana. **Insegurança alimentar**: a influência da inflação no poder aquisitivo dos brasileiros (2015 a 2021). 2023. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Econômicas) – Universidade Federal do Pampa, Santana do Livramento, 2023.

ALPINO, Tais de Moura Ariza *et al.* COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00161320, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00161320.

ANANN, Valeria Romina; SANTOS, Leonardo Pozza dos; GIGANTE, Denise Petrucci. Associação entre excesso de peso e obesidade e mortalidade em capitais brasileiras e províncias argentinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, e00192518, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00192518.

ANEKWE, Chika Vera *et al.* Socioeconomics of Obesity. **Curr. Obes. Rep.**, Philadelphia, v. 9, n. 3, p. 272-279, 2020. DOI: 10.1007/s13679-020-00398-7.

ATAEY, Amin *et al.* The Relationship Between Obesity, Overweight, and the Human Development Index in World Health Organization Eastern Mediterranean Region Countries. **J. Prev. Med. Public Health**, Seoul, v. 53, n. 2, p. 98-105, 2020. DOI: 10.3961/jpmph.19.100.

AVERETT, Susan L. Obesity and labor market outcomes. **IZA World of Labor**, [s. l.], n. 32, 2019. DOI: 10.15185/izawol.32.

BARBOSA, Brena Barreto *et al.* Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) coverage, nutritional status of older adults and its relationship with social inequalities in Brazil, 2008-2019: an ecological time-series study. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 32, n. 1, e2022595, 2023. DOI: 10.1590/S2237-96222023000100034.

BOUTARI, Chrysoula; MANTZOROS, Christos S. A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: as its twin COVID-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on. **Metabolism**, Nova York, v. 133, 155217, 2022. DOI: 10.1016/j.metabol.2022.155217.

BRAMMING, Maja *et al.* BMI and Labor Market Participation: A Cohort Study of Transitions Between Work, Unemployment, and Sickness Absence. **Obesity**, Silver Spring, v. 27, n. 10, p.1703-1710, 2019. DOI: 10.1002/oby.22578.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BUENO, Marilene Cassel *et al.* Insegurança alimentar e fatores sociais, econômicos e nutricionais em estudantes de escolas rurais. **Cad. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 153-162, 2021. DOI: 10.1590/1414-462X202129020204.

CAMMARANO, Andrea *et al.* Obesity as a social phenomenon: A narrative review. **Epidemiol. Prev.**, Milão, v. 46, n. 3, p. 168-172, 2022. DOI: 10.19191/EP22.3.A378.039.

CASTRO, Bruna Naiara de; STADUTO, Jefferson Andronio Ramundo. Percepção de saúde no Brasil: uma análise das diferenças por sexo dos trabalhadores. **Econ. soc.**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 855-884, 2019. DOI: 10.1590/1982-3533.2019v28n3art10.

CECCHINI, Michele. Use of healthcare services and expenditure in the US in 2025: The effect of obesity and morbid obesity. **PLoS One**, San Francisco, v. 13, n. 11, e0206703, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0206703.

CHONG, Bryan *et al.* Trends and predictions of malnutrition and obesity in 204 countries and territories: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. **EClinicalMedicine**, Londres, v. 57, 101850, 2023. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.101850.

CZERNICHOW, Sebastien *et al.* Costs of the COVID-19 pandemic associated with obesity in Europe: A health-care cost model. **Clin. Obes.**, Oxford, v. 11, n. 2, e12442, 2021. DOI: 10.1111/cob.12442.

FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2023**. Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum. Roma: FAO, 2023. DOI: 10.4060/cc3017en. FEIGL, Andrea B. *et al.* The short-term effect of BMI, alcohol use, and related chronic conditions on labour market outcomes: A time-lag panel analysis utilizing European SHARE dataset. **PloS One**, San Francisco, v. 14, n. 3, e0211940, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0211940.

FERRARI, Gerson *et al.* The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian unified health system. **Public Health**, Londres, v. 207, n. 1, p.82-87, 2022. DOI: 10.1016/j.puhe.2022.03.015.

GIANNICHI, Beatriz. **Projeção da Carga Econômica das Doenças Crônicas não Transmissíveis Atribuível ao Excesso de Peso no Brasil entre 2020-2030**. 2023. 60 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2023.

GOETTLER, Andrea; GROSSE, Anna; SONNTAG, Diana. Productivity loss due to overweight and obesity: a systematic review of indirect costs. **BMJ Open**, Londres, v. 7, n. 10, e014632, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014632.

GONCALVES, Gabriela Maria Reis; SILVA, Everton Nunes da. Cost of chronic kidney disease attributable to diabetes from the perspective of the Brazilian Unified Health System. **PLoS One**, San Francisco, v.13, n.10, e0203992, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0203992.

HARVEY, Samuel B. *et al.* Obesity and sickness absence: Results from the CHAP study. **Occup. Med.**, Londres, v. 60, n. 5, p. 362-368, 2010. DOI: 10.1093/occmed/kqq031.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113 p.

KUDEL, Ian; HUANG, Joanna C.; GANGULY, Rahul. Impact of obesity on work productivity in different us occupations: analysis of the national health and wellness survey 2014 to 2015. **J. Occup. Environ. Med.**, Baltimore, v. 60, n. 1, p. 6-11, 2018. DOI: 10.1097/JOM.0000000000001144.

LEE, Hyeain *et al.* E. Impact of obesity on employment and wages among young adults: observational study with panel data. **Int. J.**

Environ. Res. Public Health, Basel, v. 16, n. 1, p. 139, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16010139.

LINAKE, Catherine H. *et al.* Body Mass Index (BMI) and Work Ability in Older Workers: results from the Health and Employment after fifty (HEAF) prospective cohort study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 17, n. 5, 1647, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17051647.

LUCAS, Miriã de Sousa; FAVORETO, Cássia Kely; BONDEZAN, Kézia de Lucas. Impacto da obesidade adulta no mercado de trabalho brasileiro: uma análise das diferenças entre homens e mulheres. **Econ. Soc.**, Campinas, v. 32, n. 1, p: 225-256, 2023. DOI: 10.1590/1982-3533.2023v32n1art10.

MILKEN INSTITUTE. **America's Obesity Crisis: The Health and Economic Impact of Exces Weight.** Santa Monica, CA: Milken Institute, 2018. Disponível em: https://milkeninstitute.org/sites/default/files/reports-pdf/Mi-Americas-Obesity-Crisis-WEB_2.pdf. Acesso em: 14 jan. 2024.

MURRAY, Christopher J. L. *et al.* Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. **Lancet**, Londres, v. 396, n. 10258, p. 1223-1249, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.

NAGI, Mouaddh Abdulmalik *et al.* Economic costs of obesity: a systematic review. **Int. J. Obes.**, Londres, v. 48, n. 1, p. 33-43, 2023. DOI: 10.1038/s41366-023-01398-y.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes *et al.* Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 44, e32, 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.32.

OKUNOGBE, A., *et al.* Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. **BMJ Glob. Health**, Londres, v. 6, n. 10, e006351, 2021. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-006351. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public spending on health: a closer look at global trends**. Genebra: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 4 fev. 2024.

RENNA, Francesco; THAKUR, Nidhi. Direct and indirect effects of obesity on US labor market outcomes of older working-age adults. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 71, n. 2, p.405-413, 2010. DOI:10.1016/j.socscimed.2010.03.038.

ROCHA, Luane Pinheiro. **Excesso de peso na população brasileira: prevalência, carga de doenças e custos para o SUS**. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

SHIRI Maryam Shirvani *et al.* The Effect of Human Development Index on Obesity Prevalence at the Global Level: A Spatial Analysis. **Iran J. Public Health**, Teerã, v. 52, n. 4, p. 829-839, 2023. DOI: 10.18502/ijph.v52i4.12456.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da *et al.* Global Costs Attributed to Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 64, n. 12, p. 1108-1116, 2018. DOI: 10.1590/1806-9282.64.12.1108

SILVA, Maria Eduarda de Lima e. **Ensaio sobre economia da saúde: subsídio a medicamentos, mercado de trabalho e obesidade**. 2022. 101 f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp; SIQUEIRA-FILHO, Aristarco Gonçalves de; LAND, Marcelo Gerardin Poirot. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017. DOI: 10.5935/abc.20170068

SIQUEIRA, João Vitor Vieira de *et al.* Impact of obesity on hospitalizations and mortality, due to COVID-19: A systematic review. **Obes. Res. Clin. Pract.**, Amsterdam, v. 14, n. 5, p. 398-403, 2020. DOI: 10.1016/j.orcp.2020.07.005.

TONNON, Susanne C. *et al.* Physical Workload and Obesity have a synergistic effect on work ability among construction workers. **Int. Arc. Occup. Environ. Health**, Berlin, v. 92, n. 6, p. 855- 864, 2019. DOI. 10.1007/s00420-019-01422-7 4.

UNDP. United Nations Development Programme. **Human Development Report 2021-22**. Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping our Future in a Transforming World. New York: UNDP, 2022.. Disponível em: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>. Acesso em: 17 fev. 2024.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Atlas 2023**. Londres: World Obesity Federation, 2023. Disponível em: <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-V5.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2023.

WORLDMETER. Covid-19 Coronavirus Pandemic. **worldometers.info**, [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus>. Acesso em 21 jan. 2024.

YU, Wanqi *et al.* Impact of obesity on COVID-19 patients. **J. Diabetes Complications**, v. 35, n. 3, 107817, 2021. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2020.107817.

