



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**



ANANDA IVIE DIAS NOVAIS CASSIMIRO

Estigma do peso na organização do cuidado às pessoas com obesidade: análise a partir das diretrizes mundiais e de trabalhadores da atenção primária à saúde na bahia.

**VITÓRIA DA CONQUISTA - BAHIA
2024**

ANANDA IVIE DIAS NOVAIS CASSIMIRO

**ESTIGMA DO PESO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM
OBESIDADE: ANÁLISE A PARTIR DAS DIRETRIZES MUNDIAIS E DE
TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA BAHIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração/CNPQ: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Poliana Cardoso Martins.

Co-orientadora: Ligia Amparo da Silva Santos.

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

C345

Cassimiro, Ananda Ivie Dias Novais.

Estigma do peso na organização do cuidado às pessoas com obesidade: análise a partir das diretrizes mundiais e de trabalhadores da atenção primária à saúde na Bahia. / Ananda Ivie Dias Novais Cassimiro. -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2024.

98 f.; il.

Orientadora: Profa. Dra. Poliana Cardoso Martins.

Co-orientadora: Profa. Dra. Ligia Amparo da Silva Santos.

Dissertação (Tese – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2024.

1. Obesidade. 2. Estigma de Peso. 3. Profissionais da Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Martins, Poliana Cardoso. III. Santos, Ligia Amparo da Silva. IV. Título.

CDU: 612.39

Ananda Ivie Dias Novais Cassimiro

**"Estigma do peso na organização do cuidado às pessoas com obesidade:
entendendo através das diretrizes e na atenção primária à saúde no
Estado da Bahia"**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde. Linha Pesquisa: Produção do cuidado e práticas em saúde.

Aprovada em 24/01/2024

BANCA EXAMINADORA

Poliana C. Martins

Prof.^a Dr.^a Poliana Cardoso Martins (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Daniela Arruda Soares Alves

Prof.^a Dr.^a Daniela Arruda Soares Alves (Examinadora Interna)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Documento assinado digitalmente

gov.br

ERIKA CARDOSO DOS REIS

Data: 25/01/2024 09:06:19 -0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Erika Cardoso dos Reis (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP

Dedico essa dissertação de mestrado à minha Ohana - Bruno e meus filhos, Paçoca, Cocada e Thomas - que me ensinam diariamente sobre amor incondicional, entrega, dedicação e fidelidade. Sem vocês eu não sou nada. Obrigada por serem meus anjos da guarda, guias e mestres. *“I love you to the moon and back”*.

AGRADECIMENTOS

Sou infinitamente grata por ter chegado até aqui e preciso agradecer a quem andou junto comigo durante todo esse caminho que foi cheio de altos e baixos.

Primeiramente, agradeço à força maior do universo, por sempre me guiar em caminhos prósperos, de paz, afetuosa e generosa comigo. Obrigada pela vida, saúde e possibilidade de ser uma pessoa melhor a cada dia que passa e ver melhor o que é invisível aos olhos.

À minha mãe, mais carinhosamente chamada por mim de Nana, que sempre acredita mais em mim do que eu mesma. Que me ama e quer me proteger de todo mal que há nesse mundo, que sempre está na minha torcida. Obrigada por sonhar meus sonhos junto comigo. Te amo.

À minha avó Amélia (*in memoriam*) que tanto me amou e inspirou. Seus ensinamentos permeiam meus dias e os sabores dos temperos me lembram sempre você. Sei que me cuida aí do céu e está muito feliz por me ver vencer mais essa etapa.

Ao meu esposo e melhor amigo, Bruno, por ser a serenidade que eu precisava para o meu mar turbulento. Obrigada por ser minha paz e o meu porto seguro em todos esses anos e, em especial, nesses últimos dois. Sem as suas *skills* tecnológicas o meu caminho também teria sido mais difícil (risos). Você também é o pai desse filho que estou parindo agora (risos mais intensos).

Às minhas filhas *pets*, Paçoca e Cocada, por serem o riso fácil ao longo dos meus dias de *home office* e também por serem o carinho que muitas vezes eu precisava e nem sabia. Vocês alegram os meus dias, me fazem ver o mundo sob outra perspectiva e me cuidam só de existirem.

Ao meu filho humano, Thomas, que chegou para me ensinar a dizer não, a apreciar o simples, a viver cada dia valorizando os pequenos passos e vitórias. Que nem nasceu, mas já mudou minha vida e minha cabeça de ponta cabeça e fez as coisas ganharem mais sentido de existir. Você me ensina e faz melhor.

À minha gêmula, Fá, que me acompanha em todas as fases da minha vida e que, mesmo na distância e correria da vida adulta, me incentiva, me inspira e torce por mim. Os nossos momentos juntas sempre me ajudam a refletir, distrair e sair mais leve e contente. Te amo.

Aos meus amigos, Lê, Tatai, Buna, Tracy, Maria, que entenderam o meu afastar, me apoiaram e sempre vibram a cada conquista minha. Obrigada por terem sido presentes (mesmo que via *whatsapp*) e pelos momentos que compartilhamos juntos. Amo vocês demais.

Aos meus familiares que sempre vibram a cada conquista minha e que a tanto me dão carinho.

Ao meu grupo G2+1 (João, Gaby e Mila) que foram essenciais ao longo desses anos para os dias ficarem mais leves, cheios de comidinhas gostosas, fofocas, afetos, risadas, desesperos, partilhas científicas e memes. Vocês foram presentes na minha vida. Levarei vocês pro resto da minha vida. Disse e repito: sem vocês seria muito mais difícil esse caminho! Amo vocês.

À melhor turma de mestrado (vulgo, os “morta fome”) que poderia existir nesse programa. Vocês são muito especiais para mim e, cada um, me ajudou e impulsionou a chegar até aqui. Ansiosa pela nossa formatura com o nosso digníssimo orador da turma (muitos risos).

À minha orientadora, Poli, por todo acolhimento, paciência, orientações, sessões de terapia (risos), dicas de viagens, indicações de *podcasts* e leveza nesse processo. Obrigada por ser mais que uma orientadora para mim. Que nossa caminhada juntas seja longa e próspera.

À minha Equipotência que me acolheu nesse projeto de pesquisa lindo que tanto tem a contribuir para a vida dos profissionais e usuários do SUS. Obrigada por me ensinarem tanto! Cresci profissionalmente e pessoalmente com vocês. Que possamos seguir Tecendo Cuidados e afetos por muito mais tempo.

À Fapesb pela bolsa de estudos que financiou esses dois anos.

Por fim, à todxs que de alguma maneira cruzaram o meu caminho e contribuíram para a minha formação acadêmica e pessoal ao longo desses anos.

“Só crescemos à medida que nos damos a algo mais alto
que nós mesmos”

(Antoine de Saint-Exupéry)

LISTA DE QUADROS

Artigo 1

Quadro 1. Diretrizes classificadas de acordo com as cinco dimensões de análises.....33

Artigo 2

Quadro 1. Categorias e subcategorias das reflexões e comentários sobre a percepção de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Municípios do estado da Bahia quanto ao estigma da obesidade no cotidiano de trabalho, em 2023.....57

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Artigo 1

Figura 1. Diagrama de fluxo da busca por diretrizes clínicas.....31

Figura 2. Mapa Mundi com a classificação dos países/diretrizes de acordo com as dimensões de análise.....38

Tabela 1. Descrição das diretrizes segundo localização geográfica, ano de publicação, público alvo, atores envolvidos na sua elaboração, conflitos de interesse, abordagem do cuidado multidisciplinar e discussão sobre estrutura física.....34

Tabela 2. Classificação das diretrizes segundo as suas dimensões e a avaliação do seu conteúdo.....36

Artigo 2

Tabela 1. Características sociodemográficas de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Municípios do estado da Bahia, 2023.....58

Tabela 2. Percepção da competência profissional e do estigma de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Municípios do estado da Bahia, 2023.....59

Tabela 3. Nível de concordância com afirmativas relacionadas ao sobrepeso e obesidade de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Municípios do estado da Bahia, 2023.....61

Tabela 4. Atitudes do cotidiano de trabalho referente às pessoas com sobrepeso e obesidade de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Municípios do estado da Bahia, 2023.....61

Tabela 5. Estrutura, mobiliários e equipamentos das unidades de Atenção Primária à Saúde de Municípios do estado da Bahia, 2023.....63

LISTA DE ABREVIATURAS

OCA- Observatório do Comportamento Alimentar

PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição

CAN- Cuidado Alimentar e Nutricional

APS- Atenção Primária à Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

IMC- Índice de Massa Corporal

EOSS- *Edmonton Obesity Staging System*

ESF- Estratégia de Saúde da Família

EqSF- Equipes de Saúde da Família

Nasf- Núcleos de Apoio à Saúde da Família

MS- Ministério da Saúde

VAN- Vigilância Alimentar e Nutricional

CNS- Conferências Nacionais de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

Prosaúde- Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

EPS- Educação Permanente em Saúde

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

CNPQ- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CIRs- Comissões Intergestores Regionais

NRSs- Núcleos Regionais de Saúde

COSEMS- Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

RP- Razões de Prevalência

CNS- Conselho Nacional de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFBA- Universidade Federal da Bahia

CEP NUT- Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Nutrição

UN- Unidade

CX- Caixa

DTI- Desenvolvimento Tecnológico Industrial

LCSO- Linha de Cuidado para a Obesidade

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

APROXIMAÇÃO COM O OBJETO ¹	1
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA	20
3.1 UM OLHAR AMPLO PARA O CONCEITO DE OBESIDADE	20
3.2 A PORTA DE ENTRADA NO SUS: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
3.3 IMPACTOS DO ESTIGMA DO PESO E GORDOFOBIA	24
3.4 FORMAÇÃO ACADÊMICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS PRÁTICAS DE CUIDADO	26
4 RESULTADOS	27
ARTIGO 1 - Abordagem do estigma do peso nas diretrizes clínicas para o tratamento da obesidade	27
Resumo	27
Abstract	28
Introdução	28
Metodologia	29
Resultados	32
Discussão	42
Conclusão	44
Referências	44
ARTIGO 2 - Estigma do Peso na Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia: Uma análise das práticas e reflexões de profissionais de saúde.	49
Resumo	49
Abstract	50
Introdução	51
Metodologia	52
Resultados	57
Discussão	68
Conclusão	73
Referências	74
6 REFERÊNCIAS GERAIS	78
7 APÊNDICES E ANEXOS	86
APÊNDICE A	86
APÊNDICE B	94
ANEXO A	96

RESUMO

Mais de 60% dos adultos brasileiros estão acima do peso, com 25,9% vivendo com obesidade. A etiologia da obesidade é multifatorial, envolvendo aspectos genéticos, comportamentais, socioeconômicos e ambientais. Embora políticas públicas tenham sido implementadas para lidar com o problema, a estigmatização e a gordofobia persistem, impactando negativamente a saúde física e mental dos indivíduos. O cuidado efetivo requer uma abordagem integral e humanizada, considerando as diversas dimensões que influenciam o peso corporal. Objetivamos avaliar como a temática do estigma do peso é abordada nas diretrizes clínicas internacionais e nacionais para o tratamento da obesidade publicadas entre 2000 e 2022, além de compreender a percepção dos profissionais de saúde da APS sobre como o estigma do peso e a gordofobia se fazem presentes na organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS. O artigo 1 tratou-se de uma revisão sistemática com síntese qualitativa das recomendações de diretrizes clínicas, nacionais e internacionais, para o tratamento da obesidade publicadas entre 2000 e 2022, onde a maioria das diretrizes clínicas não enfatizam o tema do estigma do peso em suas recomendações. Apesar da pouca ênfase do tema, identifica-se avanços no discurso das diretrizes ao longo dos anos, e a temática da complexidade do cuidado e do estigma do peso começa a se fazer presente. O artigo 2 possui abordagem quali-quantitativa. As informações foram obtidas através de um curso de qualificação de profissionais de saúde em 54 municípios baianos. O estudo inclui reflexões sobre o estigma da obesidade no cotidiano de trabalho dos participantes. A pesquisa revela que muitos profissionais de saúde na APS se consideram competentes para cuidar de pessoas com sobrepeso e obesidade, mas reconhecem o potencial de suas abordagens e unidades para reforçar o estigma do peso. Há consenso de que a perda de peso é vista como o foco central do cuidado, e a aceitação pessoal do próprio corpo pode influenciar o julgamento e cuidado aos outros. A falta de estrutura física adequada nas unidades de saúde e reflexões culpabilizadoras e estigmatizantes são pontos de preocupação no cuidado oferecido. É essencial uma educação permanente em saúde que aborde não apenas aspectos biomédicos, mas também sociais e psicológicos, além de investimentos em infraestrutura inclusiva e políticas públicas que promovam a saúde de maneira holística, valorizando a diversidade corporal para tornar o cuidado mais efetivo e empático.

Palavras-chave: Obesidade; Estigma de Peso; Diretrizes Clínicas; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de Saúde.

APROXIMAÇÃO COM O OBJETO

É importante que antes de apresentar o meu objeto de estudo, eu apresente a minha experiência e vivência da graduação em nutrição até o ingresso no mestrado de saúde coletiva.

A escolha pela nutrição deu-se por conta da minha avó (*in memoriam*) Amélia. Mulher que amava cozinhar e o fazia muito bem. Fui criada por ela, em sua casa, observando diariamente a sua dedicação e amor ao fazer as nossas refeições. Estas, por sinal, eram simples, mas carregadas de sabor, cuidado e amor. Após a sua morte, uma das maiores saudades que sentia era de sua comida que trazia conforto e acolhimento. Coloquei nutrição como uma das escolhas para ingresso acadêmico pelo conhecimento que eu tinha que “nutrição mexe com comida”.

Logo no início do curso, cheia de matérias ditas como básicas na área da saúde, questionava o que estava fazendo ali pois não via a nutrição que eu tinha no meu imaginário e, tão pouco me foi explicada a importância daquelas matérias para compreender a nutrição, mas acreditava que quando as matérias específicas chegassem, eu iria entender o propósito e me encontraria enquanto profissional. E, portanto, a ansiedade era muito grande para esse momento.

As matérias específicas chegaram e eu não me encontrei totalmente. Confesso que várias me decepcionaram bastante. Eu não queria ser a profissional que falava de macro e micronutriente. Não entendia o motivo de não se falar das pessoas que estariam envolvidas nesse processo de uma maneira mais humana. Me questionei novamente e me sentia angustiada, porém desistir não era uma opção para mim pois não queria decepcionar minha família que tinha muito orgulho por estar graduando em uma universidade federal. Um tremendo privilégio!

Até que, no componente de psicologia em nutrição, uma convidada especial apareceu e mudou o curso de toda a minha vida profissional e pessoal. Verena Macedo chegou apresentando a nutrição comportamental e mostrando o sentido de eu estar ali naquele curso. Antes de continuar a falar dessa experiência preciso deixar o meu agradecimento especial à Veu que tenho um carinho e gratidão enorme!

Essa nova abordagem condizia exatamente com todas as minhas verdades sobre a nutrição. A nutrição que eu sempre acreditei não tem nutricionismo, é acolhedora, não acredita em restrições e vai para além da ingestão dos alimentos. Perpassa memórias, sentimentos, momentos, ato político, comensalidade e uma outra infinidade de conceitos que empiricamente

eu aprendi com a minha avó, dentro de sua cozinha, enquanto ela fazia o bife de caldo para toda família. Fui descobrindo no dia a dia como utilizar essa abordagem na prática clínica para demonstrar toda essa nutrição que pouco tem a ver com contagem de calorias e de macro e micronutrientes, mas que tem muito sobre escuta ativa, comunicação não violenta, compreensão e afetos.

Além da nutrição comportamental, a saúde coletiva também me chamava muita atenção e eu me sentia inquieta a estudar mais. Fui apresentada a professores fantásticos que plantaram uma sementezinha em mim: Poliana, Vivian e Adriano. O contato na graduação foi pontual, mas o suficiente para me mudar enquanto ser política e cidadã. Sempre foram discussões que gostava pois sempre fui uma pessoa que acreditava (e acredita) em causas sociais. Conheci um pouco do Sistema Único de Saúde (SUS), políticas de saúde, controle e participação social, educação alimentar e nutricional e etc. Esses assuntos sempre me envolveram e complementavam os meus desejos em seguir uma nutrição inclusiva, acessível e equitativa.

Em paralelo a tudo isso, eu estava em um projeto de pesquisa voltado para a epidemiologia que, também, sempre teve meu coração. Entretanto, eu sentia a necessidade e vontade de trabalhar mais com a nutrição comportamental visto que esse projeto de pesquisa era voltado para a atividade física e seus fatores associados entre trabalhadores. Me envolvi em um projeto de pesquisa desenvolvido por minha atual orientadora, que eu chamo carinhosamente de Poli, que abordava questões relacionadas ao comer emocional e fatores associados ao ganho de peso entre estudantes universitários do nosso campus. Simultaneamente, formamos um grupo de pessoas para estudar o comportamento alimentar e fomentar discussões na área chamado de OCA (Observatório do Comportamento Alimentar).

Graduei-me em 2019, tentei a seleção do mestrado em psicologia pois naquele momento não conseguia ver as possibilidades da saúde coletiva (minha visão era restrita às possibilidades infinitas desse campo). Não passei na seleção e fiquei triste. Estava pouco preparada e não tinha maturidade suficiente para entender todo aquele processo seletivo, pensei que não era pra eu fazer um mestrado. Segui a minha carreira fazendo atendimentos clínicos na perspectiva da nutrição comportamental.

2021 chegou e com ele a possibilidade de trabalhar no diagnóstico de um projeto de pesquisa que tinha como objetivo traçar o perfil dos programas e ações relacionados à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), no que se refere ao cuidado alimentar e nutricional (CAN) às pessoas com sobrepeso e obesidade, de modo a conhecer sobre a sua

formulação e implementação no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS). A equipe me acolheu muito bem e o trabalho fluiu super bem. Me interessava cada vez mais por aquele ambiente e por entender as temáticas discutidas neste espaço. A partir de então, meu coração me falou que eu precisava fazer a seleção do mestrado para dar continuidade nesse sonho que havia ficado adormecido em 2019.

Estar em um ambiente acadêmico, através daquela prestação de serviço, me encheu de gás e esperança, mas ainda sim faltava algo para tomar a decisão de realmente fazer a seleção. Graças aos vários incentivos que tive das colegas de trabalho, eu não desisti e enxerguei possibilidades e capacidades em mim para enfrentar esse desafio.

A temática da APS começou a despertar curiosidade e no final do ano de 2021 iniciamos a construção de um instrumento para coleta de dados de um novo projeto de pesquisa que eu também estaria envolvida. Nesse momento vi a possibilidade de trabalhar temas que são muito falados na nutrição comportamental dentro do contexto da APS pois a prática de cuidado acolhedora, integral e empática se caracteriza como atributos essenciais dentro dessa organização do trabalho.

Uni, assim, vários universos que eu sempre gostei. Uma nutrição mais empática e dialética com a saúde coletiva e seus dois eixos (políticas e epidemiologia). Estou nessa trajetória que não é fácil, mas me impulsiona todos os dias. Me sinto motivada, feliz e bastante realizada em fazer pesquisa nessa área. Que eu seja sempre curiosa e desbravadora desses terrenos.

Hoje, ao olhar para toda a trajetória que percorri para chegar aqui, vi o quanto cresci pessoalmente e profissionalmente. Ajudar na construção do instrumento, posteriormente de um curso de formação, acompanhar e gerir todo o processo operacional para tal, me fez enxergar para além do que os meus horizontes jamais haviam imaginado ver. Os resultados aqui apresentados são o recorte de uma realidade que perpassa muitos desafios na prática e só é possível se ver bem com o coração.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 60,3% da população brasileira adulta está acima do peso (com Índice de Massa Corporal [IMC] igual ou maior que 25 kg/m²) e desses, 25,9% está com obesidade (IMC igual ou maior que 30 kg/m²) (IBGE, 2020). O Ministério da Saúde (2020) também revela que a obesidade aumentou 72% nos últimos treze anos nas capitais brasileiras.

No cenário mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que:

[...] a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde que temos que enfrentar. Em 2025, a estimativa é que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade (OMS, 2018).

A etiologia do sobrepeso e obesidade se apresenta de maneira multifatorial, complexa, heterogênea e se caracteriza pela relação entre dimensões biológicas (genéticas, epigenéticas, fisiológicas e neuro-hormonais), comportamentais, socioeconômicas, políticas, históricas e ambientais (ALBURY et al. 2020). Faz-se necessário considerar a forma como os Sistemas agroalimentares impulsionam as pandemias de obesidade e desnutrição no mundo e estão agregadas às mudanças climáticas representam desafio para a humanidade, o meio ambiente e a Terra (SWINBURN et al., 2019).

Apesar de nos últimos anos termos o reconhecimento da complexidade etiológica da obesidade, ainda percebemos a difícil tarefa que cerca a produção científica e a operacionalização das práticas de cuidado. Muitos pesquisadores, gestores e profissionais de saúde ainda identificam a obesidade como “doença”, centrada no paradigma biomédico com o foco na caracterização do acúmulo de gordura corporal associada a riscos à saúde e na culpabilização do indivíduo por sua condição (DE VASCONCELOS, 2021; AMB, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

São necessárias políticas públicas para organizar o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade que reflitam uma abordagem desses condicionantes de maneira intersetorial e multidisciplinar. Nessa perspectiva, o governo brasileiro tem produzido documentos que constituem referências de promoção de práticas alimentares saudáveis, a fim de obter políticas mais amplas de promoção da saúde e na construção de novas práticas de cuidado da obesidade. Estes, somados a ações presentes em outras políticas e programas, se referem a estratégias combinadas que traçam diretrizes e responsabilidades com vistas à prevenção e controle da obesidade.

Atualmente no Brasil são basilares na organização da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS: A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, diretrizes da Linha de Cuidado para Obesidade (LCSO), o Caderno de Atenção Básica n. 38, o Guia Alimentar, a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), o Plano de Enfrentamento das DCNTs, assim como o Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde, o Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS e outros protocolos e diretrizes de cuidado voltados à temática (BRASIL, 2022; BRASIL 2011).

O conteúdo desses documentos e diretrizes podem direcionar a prática de cuidados uma vez que se apresenta enquanto material com informações atualizadas, revisadas e com objetivo de fornecer dados sobre etiologia, diagnóstico e tratamento. Além disso, uma boa diretriz, levando em consideração o cuidado integral e humanizado, portanto, deve abordar sobre o estigma do peso e suas repercussões na vida dos indivíduos que vivem com sobrepeso e obesidade a fim de proporcioná-los um cuidado em saúde adequado e digno.

No que tange ao cuidado aos indivíduos com sobrepeso e obesidade no SUS, compete ao profissional de saúde da APS ofertar um cuidado humanizado, com abordagem integral e em rede (BRASIL, 2021). Portanto, espera-se que sejam competentes para atingir as exigências do trabalho. Sendo, portanto, necessários conhecimentos, habilidades e atitudes para traduzir em ação efetiva na sua prática e gerar, assim, o desenvolvimento da promoção da saúde (TILSON et al., 2004; BATTEL-KIRK et al., 2009). É sabido que o cuidado, em especial, às pessoas com sobrepeso e obesidade, representa um grande desafio e existem entraves para a efetivação das ações de alimentação e nutrição que também versam com a elevada demanda de atendimentos

individuais, necessidade de ações curativas, estrutura física precária, ausência ou pouca equipe multidisciplinar e baixa adesão por parte dos usuários nas atividades (BRASIL, 2021).

Observa-se que as ações empreendidas no cuidado de indivíduos com sobrepeso e obesidade centram-se, em sua maioria, no controle do consumo de alimentos, na promoção da atividade física, sinalizando o desequilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético como a principal causalidade do problema, para além disso existe ainda culpabilização do indivíduo por sua condição física e pela realidade que as envolve (BRASIL, 2021; ARAÚJO, 2019)

Quando essas ações curativas têm como único objetivo de intervenção a perda de peso, os meios para alcançá-lo podem se distanciar do que se considera como atitudes saudáveis, de modo que o estigma do peso e a gordofobia podem acontecer como justificativa de desencorajar comportamentos não saudáveis com o argumento de melhorar a saúde das pessoas com obesidade (RUBINO et al., 2020). Além disso, estudos apontam múltiplas formas de preconceito durante o atendimento em saúde demonstrando a crença que os indivíduos são preguiçosos, sem disciplina e sem força de vontade estão presentes nesses espaços (PUHL; HEUER, 2009, RUBINO et al., 2020).

Este estigma do peso surge da necessidade da sociedade em excluir indivíduos que fogem do padrão de normalidade corporal, e são deixados de serem vistos como sujeitos para serem reduzidos ao descrédito e à fraqueza (SIQUEIRA e colab., 2021). Em concordância ao estigma, que é a atribuição de julgamentos negativos ou estereótipos a pessoas com sobrepeso ou obesidade, a gordofobia se apresenta no sistema de opressão aos corpos que estão acima do peso, que se revela em diversos segmentos, sejam elas: sociais, midiáticas, culturais e médicas (ARAÚJO, 2018). Dessa forma, a gordofobia acontece através da discriminação social daqueles indivíduos considerados “inadequados” ao padrão de corpo vigente na atualidade, sendo reiterado pela ciência patologizante (ISAIA, 2015).

A estigmatização é reproduzida pelos discursos de poder e isso pode ser visto quando o corpo gordo é diagnosticado como doente, pelo simples fato de ter o IMC elevado, mesmo quando não se tem nenhum outro parâmetro clínico para detectar o problema de saúde como podemos ver neste trecho do livro “Lute como uma gorda”:

[...] a justificativa desses profissionais é de que, mesmo que o corpo gordo não tenha nenhum exame mostrando alguma

morbidez, ela vai aparecer já que “*o corpo gordo é como uma bomba-relógio prestes a explodir*” (MÉDICO, consultório, 2017) (JIMENEZ, cap 1, p. 99, 2022).

Acredita-se que este pode ser um dos motivos que se associam à baixa eficácia das ações de controle e prevenção da obesidade e dos tratamentos convencionais dos programas de controle do peso corporal. Se apresenta ainda mais desafiadora quando os diversos profissionais de saúde reproduzem o discurso da indústria da alimentação, saúde, beleza, que reforçam o estigma e a gordofobia (ALBURY et al., 2020; YOSHINO, 2010).

Quando se pensa em cuidado, é preciso ofertar um cuidado integral e humano que perpassa pelos diferentes níveis de atenção e setores envolvidos na determinação social da saúde conforme as necessidades do sujeito, compreendendo que o peso corporal é reflexo de muitos fatores e que muitos destes não estão sob controle direto da pessoa (BRASIL, 2021).

Além da oferta do cuidado individual respeitoso, toda organização da rede e a estrutura física dos serviços precisam acolher esses indivíduos de maneira equitativa e com qualidade, portanto, para prestar esse serviço, é preciso que os equipamentos, mobiliário e infraestrutura estejam adequadas para que assim não exclua e deixe de prestar o atendimento que estes necessitam. O serviço de saúde precisa ser um “lugar que cabe” a todos que o demandam e só assim é possível se pensar numa atenção à saúde integrada e coordenada que busca garantir a universalidade e a integralidade do cuidado.

Podemos vislumbrar que o estigma e a gordofobia são deletérios à saúde, devendo ser considerado uma problemática importante de investigação no campo da saúde coletiva, uma vez que ameaçam a saúde psicológica e física dos indivíduos com obesidade, atrapalha a implementação de esforços eficazes na prevenção e combate à obesidade e afastando os mesmos do cuidado, gerando impactos negativos na esfera da APS, tornando ainda mais agravante a situação. Faz-se necessário a priorização e revisão das práticas de cuidado, pautadas em novas narrativas sobre a obesidade e colocando o indivíduo e suas reais necessidades, na centralidade do processo. Bem como, a implementação da linha de cuidado de forma a garantir a atenção integral em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sem se esquecer a importância da adequação do espaço físico destes serviços para o acolhimento. Desta forma temos como foco compreender as seguintes questões: Como as diretrizes mundiais abordam a temática do estigma do peso? A organização do cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade na APS do

estado da Bahia favorece o estigma do peso e a gordofobia? Como os profissionais de saúde percebem a existência do estigma do peso e da gordofobia em seu cotidiano de atuação? Os profissionais de saúde que atuam na APS do estado da Bahia são competentes (ou seja, possuem conhecimentos, habilidades e atitudes) para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a presença do estigma do peso e da gordofobia na perspectiva das diretrizes clínicas mundiais e na organização do cuidado ofertado para indivíduos com sobrepeso e obesidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar como a temática do estigma do peso é abordada nas diretrizes clínicas internacionais e nacionais para o tratamento da obesidade publicadas entre 2000 e 2022.
- Compreender a percepção dos profissionais de saúde da APS sobre como o estigma do peso e a gordofobia se fazem presentes na organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS.

3 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

3.1 UM OLHAR AMPLO PARA O CONCEITO DE OBESIDADE

Segundo a OMS, sobrepeso e obesidade são o excesso de peso anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde (OMS, 2020). Essa condição alcançou o status de doença no ano de 2013 através da Associação Médica Americana (AMA) e, levando em consideração apenas a perspectiva biomédica, oferece riscos à saúde do indivíduo (FIGUEIRÔA, 2015; DE VASCONCELOS, 2021). Porém, a condição da obesidade repercute uma série de consequências, partindo desde a legislação do país até a forma como os indivíduos são vistos e tratados na sociedade (SANTOLIN, 2021).

Por ser vista como uma “doença”, a obesidade adquire um status de epidemia sendo reforçada a ideia do “combate” através de medidas preventivas que buscam modificar o corpo considerado defeituoso (TAROZO; PESSA, 2020).

No trabalho de Vigarello (2012), podemos perceber as mudanças em torno do conceito da obesidade, como o corpo gordo era visto e os seus impactos na vida dos indivíduos ao longo das décadas. Na Idade Média o excesso de gordura foi visto como saúde, sinal de status e riqueza. Bem diferente de hoje onde o excesso de peso tomou protagonismo na mídia e dita um padrão de beleza que endeusa o corpo magro (ANJOS L, 2021; MENEZES, 2006).

Na perspectiva da multicausalidade, o sobrepeso e a obesidade também é reflexo do ambiente obesogênico que, consistem em sistemas alimentares complexos que estimulam o consumo excessivo de alimentos e bebidas baixos em nutrientes, baixo consumo de frutas, hortaliças, cereais, alto nível de inatividade física o que impõe articulações no cuidado que devem impactar nesse ambiente (WHO, 2021; SWINBURN et al., 2019; BURLANDY et al., 2020).

A OMS classifica a obesidade em categorias a partir do IMC e o seu risco de mortalidade associado (OMS, 1995). Cabe aqui destacar que o IMC é calculado a partir de uma razão onde o peso sobre a altura ao quadrado gera um número que pode se enquadrar em cinco categorias. Resultados a partir de 30kg/m^2 coloca o indivíduo em uma posição de risco para o desenvolvimento de doenças associadas.

Precisamos entender e admitir que nem todos indivíduos com IMC acima do considerado “normal” devem ser vistos como doente assim como aqueles que se enquadram na “normalidade” não devem ser vistos como sem problemas de saúde que possam ser potencialmente melhorados pela perda de peso. Portanto, o IMC não deveria servir unicamente como uma ferramenta diagnóstica para identificar os indivíduos em risco (SHARMA A, 2017). Nessa perspectiva, ferramentas como o *Edmonton Obesity Staging System* (EOSS), mesmo que não seja reconhecido e utilizado oficialmente, poderiam ser melhores alternativas para a classificação do risco que o excesso de gordura pode acarretar na vida do indivíduo pois avalia a saúde física, mental e funcional para definir e caracterizar sua gravidade (SHARMA A, 2009).

Todo o cenário descrito acima pode ser encarado como propício para o combate à obesidade, mas pode ser visto sob a ótica do combate às pessoas gordas a partir da discriminação, dos julgamentos e da culpabilização do indivíduo por sua condição (PAIM, 2020). O entendimento do sobrepeso e obesidade como uma escolha individual pode impactar negativamente nas formulações de políticas públicas de saúde, acesso aos tratamentos adequados e às pesquisas (RUBINO e al., 2020). Nessa perspectiva, o combate às pessoas

gordas pode ser definido através de dois termos, estigma e gordofobia, que serão melhores abordados nas páginas seguintes.

3.2 A PORTA DE ENTRADA NO SUS PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS refere-se à porta de entrada e primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Política Nacional de Atenção Básica. É a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA, 2012).

Os atributos essenciais da APS, propostos por Barbara Starfield (2002), com o intuito de caracterizar a atenção primária abrangente nos países industrializados, considera como características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma possibilidade de integração, promovendo a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas, além disso, trabalha com o princípio de vigilância à saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se integralmente pela população que reside na área de abrangência da unidade de saúde (BRASIL, 1997).

Pensando em ampliar a resolutividade das Equipes de Saúde da Família (EqSF), foi proposta a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que atualmente é intitulado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf- AB) criado pela Portaria GM/ MS nº 154 de 24 de junho de 2008. Sendo ele composto por profissionais de diferentes áreas para atuarem em parceria com a EqSF. O Nasf possui oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (GIOVANELLA, 2012).

Em 2020 o Ministério da Saúde (MS) publicou uma nota técnica que acabou com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao Nasf, introduzindo

importantes mudanças também no financiamento. O que significa que fica a cargo dos gestores municipais a implementação desses profissionais em suas equipes. Com essa extinção, várias ações de cuidado fragilizaram-se. A exemplo do papel do nutricionista que desenvolvia ações de alimentação e nutrição, Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e práticas de cuidado com indivíduos com condições crônicas, dentre elas o sobrepeso e a obesidade. Essa dissolução implica na perda de um espaço de atuação multiprofissional que aumentava o alcance da integralidade da atenção (ALVES, 2022).

Além disso, destaca-se também a implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) que orientam à gestão e profissionais de saúde o percurso terapêutico que aquele indivíduo irá fazer dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) se propondo a promover, prevenir e tratar desta condição. A LCSO inclui ações como a oferta de atividade física, mudanças na alimentação, grupos de apoio e acompanhamento médico, prevê a realização de cirurgias bariátricas para casos graves de obesidade e conta com uma equipe multiprofissional personalizada e individualizada para suporte em todo o percurso (CONASS, 2015; FERREIRA, 2021).

Adicionalmente, o Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de saúde se caracterizou como um marco legal pois tem a intenção de fornecer suporte aos estados e municípios na execução de ações de cuidados com a saúde, fortalecendo assim a competência e eficácia do atendimento, apresentando um conjunto de diretrizes destinadas a aprimorar o desempenho dos gestores, equipes e profissionais de saúde envolvidos na APS no tratamento de casos de sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2022).

Sob outra perspectiva, o Instrutivo de Abordagem Coletiva para o Manejo da Obesidade no SUS (2021) reflete sobre o enfrentamento da obesidade que necessita de ações intersetoriais capazes de influenciar nos determinantes e que:

[...] O cuidado da pessoa com obesidade é um grande desafio para os profissionais de saúde nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A superação desse desafio demanda a reorganização dos serviços de saúde de forma a ofertar ações contínuas, colaborativas, efetivas e que contemplem a complexidade da obesidade (BRASIL, cap 3, pág 13, 2021).

Ainda com vistas ao monitoramento das condições de acesso e qualidade das unidades de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi implantado. Tem por objetivo o levantamento de informações dos municípios e das equipes de AB por meio de visita e avaliação externa (BRANDÃO et al., 2020; BRASIL, 2011)

Nesse sentido, existem obstáculos na APS que dificultam a integralidade do cuidado e o usuário de se enquadrar aos serviços de saúde e que dizem respeito à estrutura física das instituições de saúde, assim como os materiais e equipamentos utilizados que muitas das vezes não são adequados a essa população, causando constrangimento e dificultando o acesso aos serviços de saúde (GRASSELEY; MERRILI, 2008; THOMAS et al., 2008).

3.3 IMPACTOS DO ESTIGMA DO PESO E GORDOFOBIA

O estigma do peso se caracteriza pela rejeição social e desvalorização daqueles que não se encaixam nos padrões de corpo estabelecidos pela sociedade, mídia e indústria (TOMIYAMA A, 2018). Estudos demonstram que mais do que a obesidade em si, o estigma do peso pode ser prejudicial à saúde mental dos indivíduos, alimentação não saudável, comportamentos como compulsão alimentar e alimentação emocional excessiva (VARTANIAN, 2016). Além disso, paradoxalmente, expor os indivíduos ao estigma do peso pode levar ao aumento da ingestão alimentar (SCHVEY et al., 2011; MAJOR et al., 2014)

Denominamos como gordofobia o preconceito, a estigmatização e a aversão por meio da opressão na sociedade que é sentida por pessoas gordas. É importante destacar que o estigma relacionado ao peso não é uma consequência direta da condição de obesidade em si. Na realidade, são as atitudes das pessoas que perpetuam o estigma, utilizando a presença de gordura como um ponto focal para essa discriminação (SCAGLIUSI FBS, 2021). As atitudes gordofóbicas reforçam estereótipos e são segregacionais, estando presente nos tipos de discriminação e também nos valores de diversas pessoas. Várias são as características associadas à pessoa gorda, tais como: descontrolada, fracassada, descuidada, inapta, depressiva, sedentária, preguiçosa, inapta para realizar atividade física (PROESTAKIS A, 2016; FLINT S, 2016).

No que tange à prática dos profissionais de saúde, diretrizes são desenvolvidas para melhorar a prática de cuidados a partir de recomendações práticas, viáveis, clinicamente flexíveis e de fácil utilização para embasar a tomada de decisões (ABESO, 2016). Portanto,

conhecer o que esse guia apresenta sobre a temática do corpo gordo é fundamental para compreender o que respalda a prática clínica desses profissionais em seus campos de atuação (PAIM, 2020). Entretanto, nem sempre esses documentos fazem a inclusão dessas temáticas (estigma e gordofobia) nesses materiais para que possamos superar a descriminalização desses sujeitos.

Nesse sentido, evidências apontam que médicos passam menos tempo em consultas e provém menos educação em saúde para os indivíduos com obesidade quando comparado com pacientes magros além de um resultado ruim em saúde o que gera menor cuidado futuro em saúde (PHELAN et al., 2015; GUDZUNE et al., 2014; PUHL et al., 2013).

Outros estudos relatam que pacientes com obesidade se sentem excluídos por profissionais da saúde e não recebem o tratamento adequado para os seus problemas de saúde em paralelo à obesidade (GRASSELEY; MERRILI, 2008; THOMAS et al., 2008). Em um estudo na Atenção Primária, os pacientes que haviam recebido tratamento respeitoso quando comparados com aqueles que se sentiram julgados pelos profissionais de saúde, tiveram uma maior probabilidade de atingir uma perda de peso maior ou igual a 10% (GUDZUNE et al., 2014).

O cuidado em saúde prestado aos indivíduos com obesidade também é prejudicado devido à estigmatização relacionada ao peso. Existem diferenças no que tange o aconselhamento sobre alimentação e realização de exercício físico, recomendações sobre mudanças no estilo de vida para a perda de peso e a ênfase em intervenções farmacêuticas juntamente com a menor empatia nas orientações pelos profissionais o que implica e impacta diretamente na qualidade do cuidado prestado o que gera abandono do tratamento por parte do indivíduo com sobrepeso e obesidade (SEYMOUR, BARNES, SCHUMACHER, & VOLLMER, 2018)

Propostas que focam apenas no indivíduo, nas suas práticas alimentares e de atividade física são mais facilmente adotadas, principalmente com os governos, pois fazem relação com os interesses do marketing das indústrias alimentícias o que difere das intervenções nos ambientes obesogênicos, relacionados à regulamentação da publicidade de alimentos. As duas estratégias são importantes no que diz respeito ao cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, porém impõe desafios políticos e de gestão completamente diferentes entre si (ROBERTO et al., 2015).

O estigma da obesidade e a gordofobia dos profissionais de saúde perpetuam a obesidade e o insucesso do cuidado focado na perda do peso pois reduz a probabilidade de os indivíduos atingirem as metas de perda de peso o que gera ainda mais frustração nos indivíduos e reforçam o sentimento culpabilizador do profissional de saúde (GUDZUNE et al., 2014).

3.4 FORMAÇÃO ACADÊMICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS PRÁTICAS DE CUIDADO VOLTADAS ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA APS

O trabalho em saúde vem sendo reformulado ao longo da história do Sistema Único de Saúde (SUS) onde as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) abrigam discussões a respeito dessa temática. Na 12ª CNS, em seu relatório final, definiu-se o trabalhador não apenas como um recurso desse trabalho, mas como a principal ferramenta para o pleno desenvolvimento do serviço (RAMOS, 2022). Sob essa ótica, devemos olhar para a formação acadêmica que lapidará este profissional enquanto ferramenta de atuação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) preconizam a importância da formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais da área da saúde. Foram instituídas também com ênfase no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, desafiando as universidades a transformar currículos e processos de ensino-aprendizagem-avaliação, direcionando a uma estruturação qualitativa dos cursos, voltada às necessidades sociais da saúde da população, com ênfase no SUS (SOARES, 2010; BRASIL 2001 - 2007; AGUIAR, 2010).

Entretanto, não é suficiente apenas ter profissionais de saúde, é preciso que estes sejam competentes para suprir as necessidades do trabalho. Sendo assim, uma força de trabalho que tenha conhecimento, habilidades e atitudes para traduzir a teoria em ação efetiva o que gera crescimento e o desenvolvimento da promoção da saúde (TILSON et al., 2004; BATTEL-KIRK et al., 2009)

O processo de formação profissional não se finda ao concluir o curso de graduação. Nessa perspectiva, a Educação Permanente em Saúde (EPS), se propõe a nortear a formação e qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos a fim de transformar as práticas de cuidado e a organização do trabalho tendo como panorama as necessidades e dificuldades encontradas no sistema. Portanto, consegue fortalecer as práticas na APS e o modelo de atenção

levando em consideração a gestão, instituições de ensino, serviço e comunidade (CARDOSO, 2017; MENDES, 2008).

A formação acadêmica do sujeito e as ações de EPS fazem-se necessárias para o desenvolvimento de profissionais com potencial social, formando profissionais humanos, éticos e comprometidos em visualizar o sujeito de maneira integral, com olhar gentil e acolhedor para suas necessidades em saúde (RECINE, 2012).

Estudos com estudantes da área da saúde apontam uma concepção inadequada sobre a condição do sobrepeso e obesidade, associando somente ao indivíduo a responsabilidade sobre o excesso de peso e desconsiderando todos os outros fatores que também interferem no processo de ganho de peso (PANTERBURG et. al, 2012; PUHL; HEUER, 2009).

Portanto, existe a necessidade de intervenção na formação dos profissionais para aumentar a sensibilidade ao estigma da obesidade nos currículos pois há a predominância da visão biomédica e pouco trabalhada as questões sociais relacionadas ao sobrepeso e obesidade o que torna assim maior a probabilidade de uma abordagem estigmatizante por parte desses futuros profissionais da saúde (PUHL, WHARTON E HEUER, 2009). Estudos apontam que quando o estigma está presente nesse contexto, pode impactar a atuação dos profissionais de saúde, comprometer os encaminhamentos para serviços especializados e prejudicar a utilização desses serviços pelos pacientes, afetando a maneira como os serviços são prestados (PERRIARD-ABDOH et al., 2019; BREWIS; STURTZSREETHARAN; WUTICH, 2018; PHELAN et al., 2015; PUHL; HEUER, 2010)

4 RESULTADOS

ARTIGO 1¹ - Abordagem do estigma do peso nas diretrizes clínicas mundiais para o tratamento da obesidade

Resumo

Objetivo: Avaliar como a temática do estigma do peso é abordada nas diretrizes clínicas para o tratamento da obesidade. Métodos: Trata-se de uma revisão sistemática com síntese qualitativa das recomendações de diretrizes clínicas, nacionais e internacionais, para o tratamento da obesidade publicadas entre 2000 e 2022. Resultados: A maioria das diretrizes clínicas não

¹ Este artigo foi submetido à uma revista internacional (Journal of Nutrition Education and Behavior) portanto, foi traduzido e submetido a sua versão em inglês para apreciação do manuscrito.

ênfatisam o tema do estigma do peso em suas recomendações. Conclusões: Apesar da pouca ênfatisação do tema, identifica-se avanços no discurso das diretrizes ao longo dos anos, e a temática da complexidade do cuidado e do estigma do peso começa a se fazer presente.

Abstract

Objective: To assess how the theme of weight stigma is addressed in clinical guidelines for obesity treatment. **Methods:** This study involves a systematic review with qualitative synthesis of recommendations from national and international clinical guidelines for obesity treatment published between 2000 and 2022. **Results:** The majority of clinical guidelines do not highlight the issue of weight stigma in their recommendations. **Conclusions:** Despite the limited emphasis on the subject, advances in the guidelines' discourse have been identified over the years, and the themes of care complexity and weight stigma are starting to emerge.

Palavras chaves: Obesidade; Estigma de Peso; Diretrizes Clínicas.

Keywords: Obesity, Weight Prejudice, Practice Guideline.

Introdução

A partir de 1980 a obesidade ganhou destaque na agenda pública ao ser considerada uma “epidemia mundial” (POULAIN, 2013; SEIXAS; BIRMAN, 2012). Ela vem sendo colocada em uma posição em que se deve combatê-la e, frente ao cenário de guerra contra a obesidade e de responsabilização dos indivíduos por sua condição, observa-se uma guerra contra as pessoas gordas, a partir de ações discriminatórias e estigmatizantes (FARRELL, 2011).

Na perspectiva da qualificação do cuidado, o desenvolvimento de diretrizes clínicas auxilia profissionais e pacientes na tomada de decisão em relação à alternativa mais adequada para o cuidado em circunstâncias clínicas específicas (BRASIL, 2016). Estas são construídas com base em revisões sistemáticas das evidências científicas, e na avaliação dos benefícios e danos de diferentes opções na atenção à saúde. Considerando a complexidade da obesidade, caracterizada pela interseccionalidade de dimensões biológicas, comportamentais, socioeconômicas, culturais, políticas, históricas e ambientais (ALBURY ET AL. 2020), faz-se necessário que as diretrizes clínicas para o cuidado à pessoa com obesidade abordem essas dimensões no escopo das suas recomendações.

Entretanto, observa-se que a incorporação de uma visão mais ampla para o fenômeno da obesidade ainda é uma tarefa difícil que cerca a produção científica e a operacionalização das práticas de cuidado. O que vivenciamos são constructos ainda fundamentados no paradigma biomédico que enfatiza a relação entre acúmulo de gordura corporal e riscos à saúde; a perda de peso como sucesso do tratamento; e a culpabilização do indivíduo por sua condição (VASCONCELOS FAG, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Nessa direção, a maioria das diretrizes centram-se em informações sobre etiologia, diagnóstico, e diferentes tipos de tratamento: dietético, cognitivo comportamental, atividade física, farmacológico e cirúrgico (ABESO, 2016; CMAJ, 2020; MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION, 2014; CENETEC, 2018).

Dentre os desafios para o cuidado à pessoa com obesidade, destaca-se a importância de se refletir e superar o estigma do peso. As pessoas que vivem com um corpo gordo sofrem diversas formas de preconceito e desvalorização social por não se encaixarem nos padrões de corpo estabelecidos pela sociedade (TOMIYAMA A et. al, 2018).

Estudos demonstram que o estigma do peso, mais do que a obesidade em si, prejudica a saúde mental e está associado a níveis mais altos de ansiedade, depressão e estresse percebido, baixa autoestima, isolamento social, e uso excessivo de substâncias nocivas. Também pode impulsionar comportamentos alimentares disfuncionais como compulsão alimentar, uso de práticas extremas para a perda de peso, alimentação emocional excessiva e aumento de comportamentos sedentários (RUBINO et al. 2020).

O estigma do peso, e os estereótipos associados a ele, estão muito presentes nos espaços de saúde e contaminam as práticas de cuidado nesses espaços. Profissionais de saúde estão entre os principais atores no processo de reforço e perpetuação do estigma, adotando práticas negativas em relação à pessoa com obesidade, implicando na diminuição da qualidade da assistência prestada aos indivíduos (ARAÚJO K, 2018; PUHL; HEUER, 2010). Tais práticas, que são julgadoras, discriminatórias e marginalizantes, além de subtrair a dignidade das pessoas com obesidade e perpetuar sua invisibilização, fazem com que elas evitem os serviços de saúde e se afastem de ações de cuidado (RUBINO et al., 2020). Cabe refletir também sobre a importância de se garantir que o ambiente do serviço de saúde seja adequado para o atendimento da pessoa com obesidade, com equipamentos e mobiliários que comportem o tamanho corporal de todos os seus usuários.

Diante deste contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar como a temática do estigma do peso tem sido abordada nas diretrizes clínicas para o tratamento da obesidade.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática com síntese qualitativa das recomendações de diretrizes clínicas, nacionais e internacionais, incluindo as governamentais e as de associações também, para o tratamento da obesidade publicadas entre 2000 e 2022. As diretrizes foram recuperadas nas bases de dados *Guidelines International Network* (GIN), *Medline*, *Scopus* e *Web of Science*, páginas de instituições de saúde e de sociedades de categorias profissionais disponíveis na internet.

Para identificação das diretrizes clínicas nas bases de dados foram utilizadas as seguintes estratégias de busca: (1) Para *Medline*: guideline [Title] AND "obesity" [MeSH Terms]; practice guideline [Publication Type] AND "obesity" [MeSH Terms]. (2) Para *Scopus*: Title (practice guideline) AND Title (obesity); Title (clinical practice guideline) AND Title (obesity). (3) Para *Web of Science*: Title: (practice guideline) AND Title:(obesity); Title:(clinical practice guideline) AND Title: (obesity). No *Guideline International Network* (GIN) foi usado o termo "obesity".

Os critérios de inclusão foram: 1) diretrizes clínicas para obesidade; 2) apresentar recomendações para tratamento de adultos; 3) elaboração por órgão governamental e/ou sociedades de nível nacional de profissionais de saúde, para permitir maior comparabilidade entre as diretrizes em termos de abrangência e recursos; e 4) publicados de 2000 a 2022. Os critérios de exclusão foram: 1) diretrizes clínicas que tratassem exclusivamente da obesidade associada a outra condição de saúde; 2) diretrizes clínicas que tratam exclusivamente da obesidade em fases específicas da vida exceto a idade adulta; e 3) não inclusão de recomendações de tratamento para adultos. Não houve limitação de nenhum idioma.

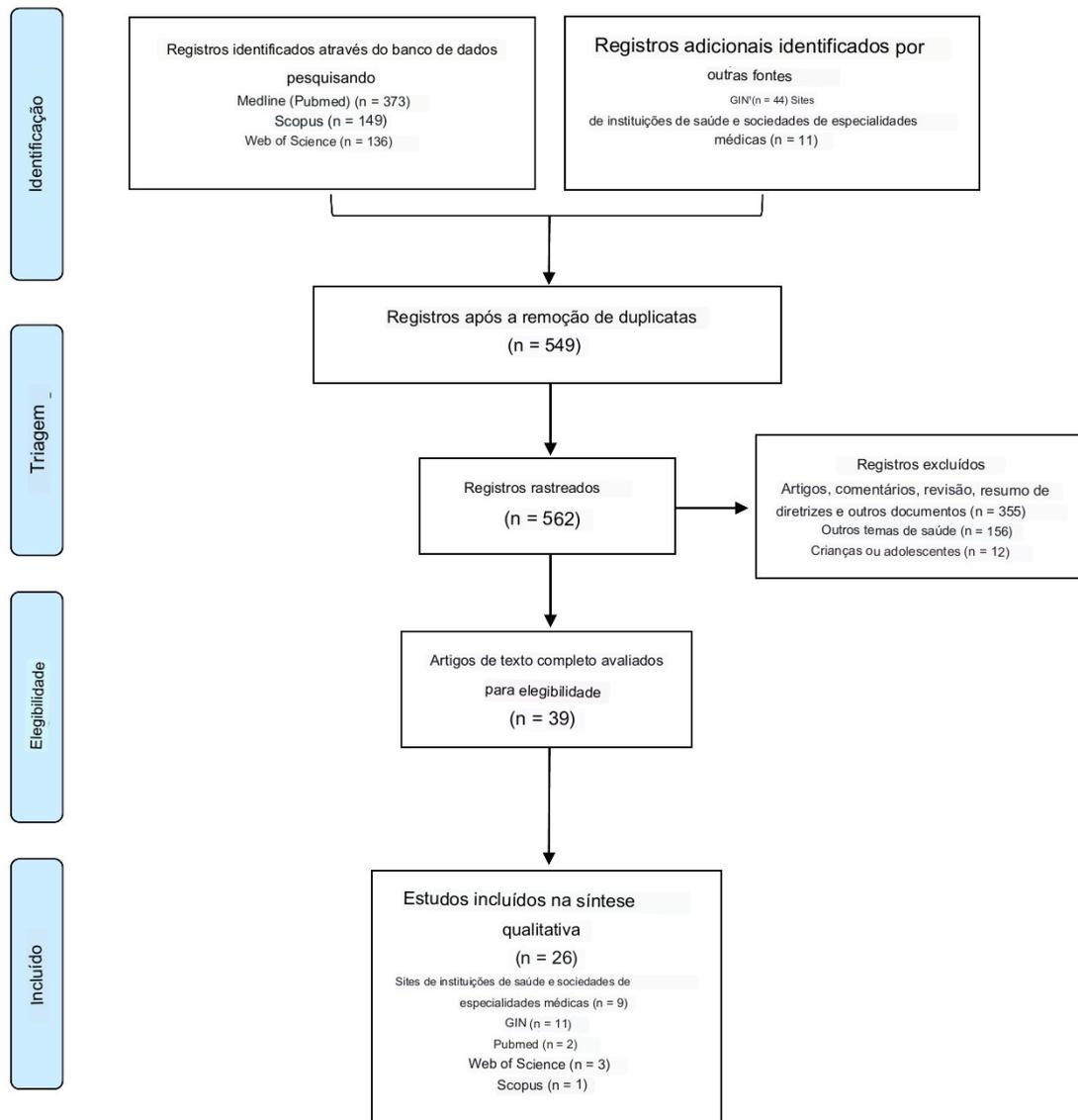


Figura 1: Fluxograma da busca de diretrizes clínicas

1: Diretrizes da Rede Internacional (<http://www.g-i-n.net/>)

Figura 1: Diagrama de fluxo da busca por diretrizes clínicas.

Foram identificados 713 registros, dos quais 687 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão (Figura 1). Vinte e seis diretrizes clínicas foram incluídas e avaliadas por um par de avaliadores/autores, de forma independente. Os dados foram extraídos do sumário de recomendações, quando existente, ou do texto geral da diretriz, quando estas não possuíam a síntese de suas recomendações.

Para descrever e avaliar as diretrizes e recomendações, as seguintes etapas foram implementadas:

(a) Para cada país foram descritos o público-alvo, ano de publicação, os atores envolvidos na elaboração do material, conflitos de interesses e a abordagem sobre o cuidado multiprofissional.

(b) As recomendações relacionadas ao estigma do peso foram distribuídas em cinco classificações de análise, levando em conta a qualidade dos estudos, o aprofundamento na temática, a responsabilização dos profissionais de saúde na condução dos cuidados ofertados e os impactos do estigma do peso na vida da pessoa com obesidade. A classificação 'A' foi construída para diretrizes que abordam o estigma de forma mais ampla e fornecem recomendações voltadas para a responsabilização dos profissionais sobre a necessidade de ampliação do olhar para o cuidado, e também orientações aos usuários; a classificação 'B' para quando o material aborda o estigma e traz recomendações voltadas apenas aos profissionais; a classificação 'C' foi atribuída para aqueles documentos onde o estigma do peso era abordado sem tecer recomendações mais profundas e não estavam descritas recomendações voltadas para a sua redução e nem a atribuição dos profissionais nesse processo ou sem demonstrar os impactos na vida dos usuários; a classificação 'D' para as diretrizes que apesar de abordarem aspectos do estigma mas reforçam em suas recomendações temas centrados na perda de peso, com visões culpabilizadoras e estigmatizantes; e a classificação 'E' para as diretrizes que não citam nenhum aspecto sobre a temática.

Resultados

Foram avaliadas vinte e seis diretrizes clínicas para o tratamento da obesidade, publicadas entre os anos de 2004 e 2020. Destas, seis foram publicadas no ano de 2020 (Brasil-Ministério da Saúde, Canadá, Catar, Coreia, Finlândia, EUA (*Department of Defense*)). As mais antigas são dos anos de 2004 (Malásia) e 2006 (Bélgica) (Quadro 1).

As diretrizes são de vinte e um países ao redor do mundo, assim distribuídos: 11 (42,3%) de países localizados no continente das Américas (do Norte, Central e Sul), 9 (34,6%) de países da Europa e a apenas 5 (19,2%) na Ásia e 1 (3,8%) na Oceania. Destaca-se a ausência total de documentos oriundos de países Africanos (Figura 2). Salienta-se, também, que existem dois países (Brasil e Estados Unidos) que possuem mais de uma diretriz e, por isso, possuem mais de uma dimensão de categoria.

Em relação à classificação, 12 diretrizes (46,15%) foram classificadas no nível ‘E’, ou seja, não fazem nenhuma menção ao estigma do peso. Destaca-se que quatro das cinco diretrizes dos EUA estão nesse nível de classificação. Já a diretriz da Austrália afirma em seu corpo de texto que não fará a inclusão de reflexões mais amplas sobre a obesidade:

“[...] As diretrizes não incluem: discussão de questões sociais mais amplas associadas ao sobrepeso e obesidade, incluindo normas sociais de forma e tamanho do corpo, discriminação e estigma na mídia e na comunidade, e como isso afeta o estilo de vida e a mudança comportamental nos indivíduos [...]”
 “(AUSTRÁLIA 2010, p. 19)

Quadro 01: Diretrizes classificadas de acordo com as cinco dimensões de análises.

Dimensão	Total (País/Organização)
A	1 (Canadá)
B	4 (França, Argentina, Inglaterra e EUA- <i>Department of Defense</i>)
C	7 (Holanda, Noruega, Alemanha, Itália, Brasil- Ministério da Saúde, Catar, Arábia Saudita)
D	2 (Bélgica, Brasil- ABESO)
E	12 (Malásia, Escócia, EUA- World Gastroenterology Organization, Austrália, EUA- American College of Cardiology, EUA- National Heart, Lung, and Blood Institute, Cingapura, Coreia, Colômbia, EUA- American Association of Clinical Endocrinologists, México e Finlândia)
Total	26

Tabela 01: Descrição das diretrizes segundo localização geográfica, ano de publicação, público alvo, atores envolvidos na sua elaboração, conflitos de interesse, abordagem do cuidado multidisciplinar e discussão sobre estrutura física.

País	Continente	Ano de publicação	Público alvo	Atores envolvidos na elaboração	Conflito de interesses	Cuidado multidisciplinar	Estrutura física
Malásia	Ásia	2004	EMP	EMP	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Não cita
Bélgica	Europa	2006	MED	EMP	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Não cita
Escócia	Europa	2010	EMP	EMP	Sim	Sim	Não cita
Holanda	Europa	2010	MED	EMP	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Não cita
França	Europa	2011	EMP	EMP	Sim	Sim	Não cita
Noruega	Europa	2011	EMP	EMP + USUÁRIO	Não menciona os conflitos de interesse	Sim	Não cita
EUA (<i>World Gastroenterology Organization</i>)	América do Norte	2011	Não descreve	MED	Não menciona os conflitos de interesse	Sim	Não cita
Austrália	Oceania	2013	EMP	MED + GOV	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Não cita
EUA (<i>American College of Cardiology</i>)	América do Norte	2013	MED	EMP	Sim. Indústria farmacêutica	Sim	Não cita
EUA (<i>National Heart, Lung, and Blood Institute</i>)	América do Norte	2013	EMP	EMP	Sim. Indústria farmacêutica	Sim	Não cita
Alemanha	Europa	2014	EMP	EMP	Sim	Sim	Não cita
Argentina	América do Sul	2014	EMP	EMP + GOV	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Não cita

Inglaterra	Europa	2014	PP	EMP + Usuário	Sim. Indústria	Sim	Não cita
Arábia Saudita	Ásia	2016	EMP	MED	Declara que não há conflitos de interesse	Não	Não cita
Brasil (ABESO)	América do Sul	2016	MED	EMP	Declara que não há conflitos de interesse	Não	Não cita
Cingapura	Ásia	2016	EMP	EMP	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Não cita
Colômbia	América do Sul	2016	EMP	INTERSETORIAL	Sim	Sim	Estrutura física para cirurgia adequada ao paciente com obesidade
EUA (<i>American Association of Clinical Endocrinologists</i>)	América do Norte	2016	MED	MED	Sim. Indústria farmacêutica	Sim	Infraestrutura para consultas, transporte e segurança
Itália	Europa	2016	MED	EMP	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Infraestrutura, mobiliário e equipamentos adequados para o paciente com obesidade na internação e atendimento ambulatorial
México	América Central	2018	EMP	MED	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Não cita
Brasil (Min. Saúde)	América do Sul	2020	Não descreve	EMP	Não	Sim	Não cita
Canadá	América do Norte	2020	PP	EMP	Sim. Indústria farmacêutica	Sim	Não cita
Catar	Ásia	2020	EMP	MED + GOV	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Não cita
Coreia	Ásia	2020	MED	MED	Declara que não há conflitos de interesse	Sim	Não cita

EUA – (<i>Department of Defense</i>)	América do Norte	2020	PP	EMP	Sim	Não	Não cita
Finlândia	Europa	2020	PP	EMP	Sim. Indústria farmacêutica	Sim	Não cita

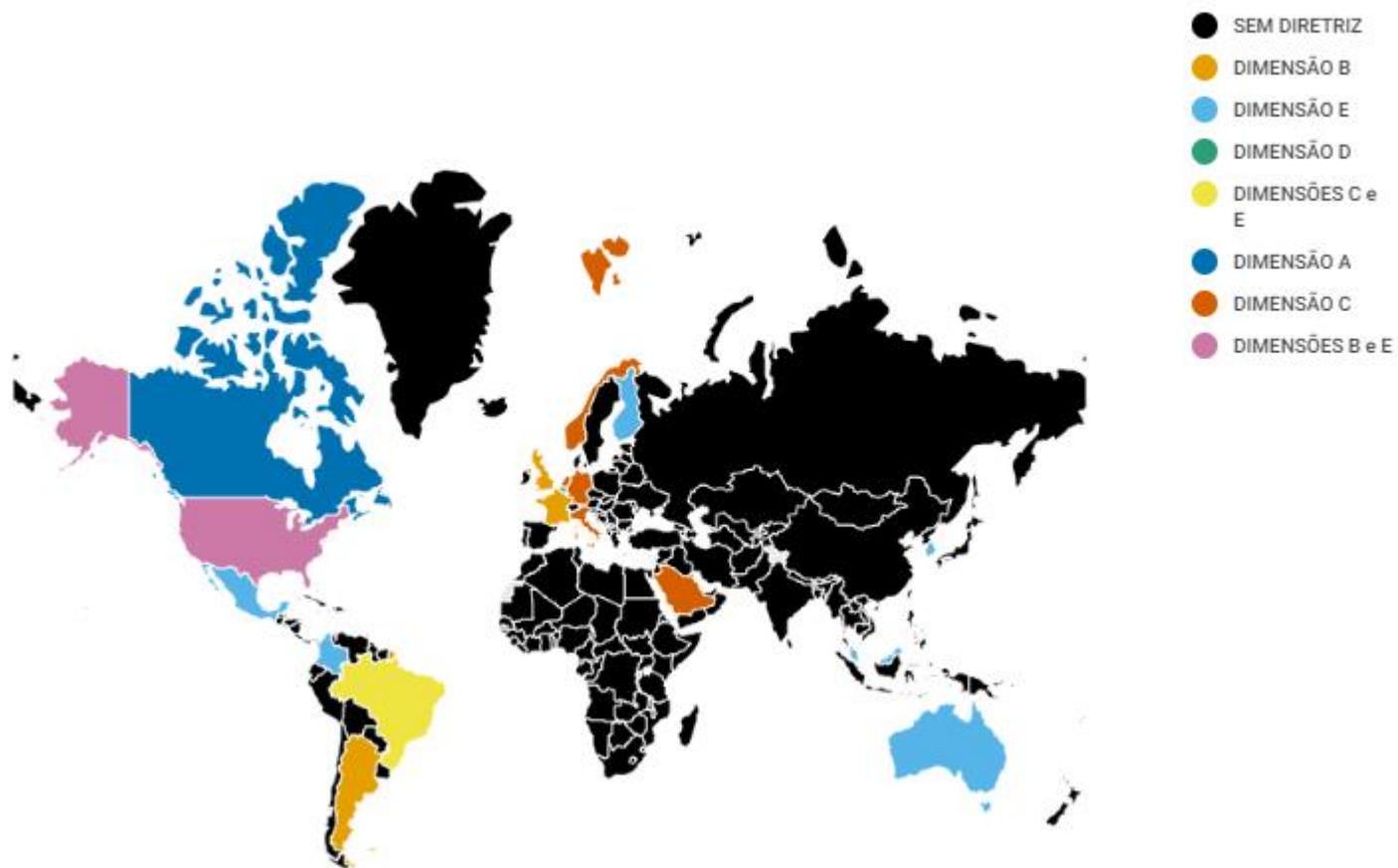
Siglas: EMP: equipe multidisciplinar; MED: equipe formada por médicos; GOV: organizações governamentais; USUÁRIOS: população em geral; INTERSETORIAL: áreas de atuação diversas (educação, tecnologia, agricultura, assistência social); PP: público e população em geral.

Tabela 02: Classificação das diretrizes segundo as suas dimensões e a avaliação do seu conteúdo.

Países	Classificação	Avaliação
Malásia, Escócia, EUA (<i>World Gastroenterology Organization</i>), Austrália, EUA (<i>American College of Cardiology</i>), EUA (<i>National Heart, Lung, and Blood Institute</i>), Cingapura, Colômbia, EUA (<i>American Association of Clinical Endocrinologists</i>), México, Coreia, Finlândia	E	Não cita
Bélgica	D	Atrela à perda de peso, a melhora em outros aspectos da vida e ao ganho de peso, a retomada de alguns desses problemas.
Holanda	C	Em apenas um parágrafo do texto mostra que o preconceito e estigma têm impactos negativos na vida do indivíduo com obesidade e isso afeta a sua vida social.
França	B	Aborda de maneira mais enfática o estigma sentido, como repercute na vida do indivíduo, o seu impacto social. Atribui à classe médica a maior responsabilidade na produção do estigma, encoraja os profissionais a mudarem de práticas e relaciona o uso de medicamentos ao estigma.
Noruega	C	O termo estigma aparece somente uma vez, mas apresenta consequências para a vida do indivíduo que sofre com ele e também vias pautadas no respeito mútuo para lidar com o processo de tratamento clínico, psicológico e social da questão.
Alemanha	C	Apresenta conceitos de estigmas e auto estigmatização, suas repercussões no curso clínico do agravo e na vida social. Também aborda o estigma apresentado na mídia e como a saúde mental do indivíduo pode ser prejudicada.

Argentina	B	Aborda de maneira rasa e superficial dando o enfoque no âmbito do trabalho
Inglaterra	B	Não fala sobre estigma. Deixa implícito o cuidado não discriminatório. Fala sobre abordagem do cuidado levando em consideração preferências do usuário.
Arábia Saudita	C	"Estigmatização social" dentro de uma tabela que fala sobre comorbidades e consequências da obesidade, inserido na subseção: psicológico. Apresenta a avaliação da prontidão para mudar comportamentos e estilo de vida, modelo de estágios para avaliação da prontidão e intervenções psicológicas/comportamentais levando em consideração estratégias para lidar com a recuperação do peso (Terapia Cognitivo-Comportamental).
Brasil (ABESO)	D	Apresenta a estigmatização social como um dos possíveis agravos que corroboram a indicação da cirurgia bariátrica. Sendo raso e superficial ao restringir a apenas esse tópico.
Itália	C	Coloca o profissional da saúde como parte importante no combate ao estigma, apresenta as repercussões na vida do indivíduo em nível individual, psicológico e social, dando o exemplo de concursos públicos.
Brasil (Min. Saúde)	C	Aborda bastante na sua introdução sobre o estigma e seus impactos na vida do indivíduo, também fala sobre gordofobia. Como parte do tratamento, apresenta a abordagem psicológica e as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) para tratamento também a nível social.
Canadá	A	Uma abordagem bastante ampla, conscientizando os profissionais de saúde da rede sobre a importância de práticas não estigmatizadas. Além de pontuar que a implementação da diretriz irá requerer uma política pública voltada para o combate a ações estigmatizadoras em saúde.
Catar	C	O principal ponto abordado é o respeito ao paciente e a maneira adequada de o tratar. Assegurando-o sobre o ambiente seguro para a discussão e que suas decisões serão acolhidas. Não aborda explicitamente sobre estigma social, mas fala sobre "aceitação cultural" como sendo um fator de risco para a obesidade.
EUA (<i>Department of Defense</i>)	B	O texto apresenta o estigma, seus impactos na vida do indivíduo, como este deve ser tratado na conduta terapêutica e a responsabilidade dos profissionais de saúde no cuidado para não gerar estigma.

Figura 2: Mapa Mundi com a classificação dos países/diretrizes de acordo com as dimensões de análise.



Em relação à conscientização e responsabilização dos profissionais sobre o estigma do peso, destaca-se que a diretriz do Canadá foi a única que se classificou no nível ‘A’, trazendo recomendações tanto para os profissionais, com o foco na equipe multidisciplinar, quanto orientações para a população, como descrito no trecho a seguir:

“Os profissionais de saúde devem avaliar suas próprias atitudes e crenças em relação à obesidade e considerar como suas atitudes e crenças podem influenciar a oferta de cuidados (Nível 1A; Grau A). (...) Os profissionais de saúde devem evitar o uso de palavras de julgamento (nível 1A, grau A), imagens (nível 2B, grau B) e práticas (nível 2A, grau B) ao trabalhar com pessoas que vivem com obesidade (CMAJ, 2020, p. 5)

A diretriz também apresenta mensagens chave para as pessoas com obesidade, informando, por exemplo, que o viés de peso pode afetar a qualidade dos cuidados de saúde e prejudicar sua saúde e bem-estar, além de incentivar a conversa com os profissionais de saúde sobre como lidar com o viés de peso internalizado e se concentrar em melhorar hábitos saudáveis e qualidade de vida, e não em perder peso (CMAJ, 2020).

As diretrizes classificadas na dimensão ‘D’ reforçaram o estigma do peso ao darem declarações que atrelavam o sucesso da intervenção à perda do peso, como é o caso da Bélgica:

“Existe uma relação entre perda de peso e melhora da imagem corporal, mas não é linear. Em outras palavras, maior perda de peso não está correlacionada com maior melhora da imagem corporal. Por outro lado, um pequeno ganho de peso já pode significar uma recaída significativa. (ROYEN P et al., p 10)”

Situação semelhante é encontrada na diretriz brasileira da ABESO, com afirmações relacionadas à uma resolução para a indicação de cirurgia bariátrica:

“Aparentemente uma resolução que pretende, por um lado, aumentar o zelo na indicação da cirurgia, ela pode na prática banalizar a indicação cirúrgica, quando arrola comorbidades difíceis de documentar através de exames (estigmatização social, depressão, infertilidade) e outras que, ou não tiveram sua gravidade mencionada na Resolução, ou podem não necessariamente ter relação com a obesidade em todos os casos (depressão,

cardiomiopatia dilatada, osteoartroses, disfunção erétil, veias varicosas e doença hemorroidária, estigmatização social) (ABESO 2016, p 164)"

A diretriz francesa atribui à classe médica a responsabilização pela produção do estigma, encorajando-os a mudarem suas práticas de cuidado. Recomendação similar é feita pela diretriz do *Department of Defense* dos EUA, que reforça a necessidade de cuidado, por parte dos profissionais de saúde, em sua abordagem clínica para não gerar estigma em seus pacientes. A diretriz argentina aborda a temática se voltando para o âmbito da inserção de indivíduos que vivem com obesidade no mercado de trabalho e afirma que é preciso pensar em espaços de aproximação e assistência a este problema a fim de gerar estratégias de comunicação e conscientização.

Já a diretriz da Inglaterra aborda, sem citar o termo estigma, a promoção da igualdade de oportunidades e redução das desigualdades em saúde, além de pontuar que “ao exercer seu julgamento, espera-se que os profissionais levem totalmente em consideração esta diretriz, juntamente com as necessidades individuais, preferências e valores de seus pacientes ou das pessoas que usam seus serviços” (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014). Portanto, essas quatro diretrizes foram classificadas no nível ‘B’.

As recomendações da Holanda, Noruega, Alemanha, Itália, Brasil- Ministério da Saúde e Catar foram mais genéricas e superficiais. Ora demonstrando em apenas um parágrafo que o preconceito e o estigma têm impactos negativos na vida do indivíduo, como é o caso da Holanda, ora vinculando mídia e agravos de saúde mental ao estigma do peso. Algumas diretrizes, como a da Alemanha, também citam o termo “autoestigmatização”, porém não se aprofundam na explicação do termo. Já a Noruega apresenta em sua diretriz a palavra respeito como uma das vias para lidar com o processo de tratamento clínico, psicológico e social da questão. Outra diretriz que fala sobre o respeito é a do Catar, lembrando ao profissional de saúde que as decisões do usuário devem ser acolhidas. A diretriz italiana coloca o profissional da saúde como ator importante no combate ao estigma do peso, demonstrando as repercussões deste em diversos âmbitos da vida. De maneira similar, a diretriz brasileira do Ministério da Saúde apresenta os impactos do estigma do peso e da gordofobia, além de indicar as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como uma estratégia de tratamento.

Também foi avaliado se as diretrizes faziam menção ao estigma ambiental, ou seja, sobre a estrutura física adequada para acolher pessoas com obesidade. Das vinte e seis diretrizes analisadas, 88,5% (n=23) não faziam menção alguma a esta questão. A Colômbia apresenta um breve trecho mencionando sobre a importância da estrutura física adequada para a cirurgia de

pacientes com obesidade; a Itália faz menção a mobiliário e equipamentos adequados para a internação e atendimento ambulatorial das pessoas com obesidade; e a diretriz americana da *American Association of Clinical Endocrinologists* fala sobre infraestrutura para consultas, transporte e segurança dos pacientes.

No que diz respeito ao público alvo, a maioria das diretrizes (Malásia, Escócia, França, Noruega, Austrália, Alemanha, EUA- *National Heart, Lung, and Blood Institute*, Argentina, Arábia Saudita, Cingapura, Colômbia, México e Catar) descrevem que são destinadas para a equipe multiprofissional. Apenas a diretriz da Finlândia se declarou como para uso dos profissionais de saúde e da população em geral. As diretrizes americanas do *World Gastroenterology Organization* e brasileira do Ministério da Saúde não descrevem o seu público-alvo. Entretanto, Bélgica, Holanda, EUA- *American College of Cardiology*, Brasil- ABESO, EUA- *American Association of Clinical Endocrinologists*, Itália e Coreia declaram que suas orientações são para o público médico.

A Austrália e o Catar tiveram a participação de médicos e de atores do governo na elaboração de suas diretrizes. A Noruega e a Inglaterra referem ter contado com o apoio de equipes multiprofissionais e dos usuários para a construção das suas diretrizes. Por outro lado, países como os EUA- *World Gastroenterology Organization* e *American Association of Clinical Endocrinologists*, Arábia Saudita, México e Coreia contaram apenas com profissionais médicos nessa elaboração. Vale destacar que a diretriz da Colômbia foi a única construída de maneira intersetorial (profissionais da saúde, órgãos do governo e outros setores como o da proteção social/seguro social, ciência e tecnologia).

O cuidado multidisciplinar, que é a existência de recomendações nas diretrizes indicando que o indivíduo com obesidade receba cuidado integral através de uma equipe de profissionais multidisciplinar, se faz presente em quase todas as recomendações, exceto nas da Arábia Saudita, Brasil- ABESO e EUA- *Department of Defense*.

As diretrizes que declaram não existir conflito de interesse em suas recomendações foram as da Malásia, Bélgica, Holanda, Austrália, Argentina, Arábia Saudita, Brasil- ABESO, Cingapura, Itália, México, Catar e Coreia. Alguns declaram que há conflitos de interesse, porém sem explicá-los, como: Escócia, França, Alemanha, Colômbia e EUA- *Department of Defense*. Já as diretrizes dos EUA- *American College of Cardiology*, *American Association of Clinical Endocrinologists* e *National Heart, Lung, and Blood Institute*, da Inglaterra, do Canadá e da Finlândia afirmam que pode haver conflitos de interesse pela indústria, em especial, a farmacêutica. Por fim, sem nenhuma menção aos conflitos de interesse se encontram a Noruega e os EUA- *World Gastroenterology Organization*.

Discussão

A maioria das diretrizes clínicas não enfatizam o tema do estigma do peso no corpo das suas recomendações. Diante do impacto da obesidade como uma questão de saúde pública em diversos países do mundo, é preocupante que existam apenas 26 diretrizes que abordam esse fenômeno. Dessas, na perspectiva de um cuidado humanizado e adequado, apenas 46,2% versam sobre o estigma do peso e sobre práticas em saúde mais empática que considerem esse aspecto. Destaca-se que entre as que abordam, apenas cinco (19,2%) discutem o tema de forma mais ampla considerando a perspectiva do profissional de saúde e do usuário com obesidade.

Esta análise é importante uma vez que as prevalências de sobrepeso e obesidade vem aumentando nas últimas décadas, e que os caminhos percorridos ainda são pouco exitosos na perspectiva de se atingir a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de não aumentar esses níveis entre os anos 2010 a 2025 (WORLD OBESITY FEDERATION, 2023).

Sabe-se que o estigma e a discriminação relacionados ao peso, apesar de inaceitáveis, se fazem presentes na nossa sociedade e tem causado impactos negativos significativos na vida das pessoas com obesidade. A narrativa sobre a obesidade presente na mídia, no discurso político, na organização das ações de cuidado, na formação profissional e até mesmo na produção científica, se pauta na responsabilização pessoal pela condição de obesidade, contribuindo de forma contundente para o reforço a estereótipos e na centralidade no peso no processo de cuidado às pessoas com obesidade (RUBINO et al. 2020). Esse discurso contribui para que as pessoas, ao experienciar o estigma, procurem cada vez menos os serviços de saúde e se distanciem de práticas de autocuidado, por não se sentirem acolhidos e pertencentes a estes espaços, o que pode agravar sua condição.

Ressalta-se que os profissionais de saúde ocupam papel de destaque enquanto agente reforçador do estigma relacionado ao peso e da gordofobia. (GUDZUNE K et al., 2014). A literatura indica que profissionais de saúde apresentam tratamento desrespeitoso com pessoas com obesidade; atribuindo todos os problemas de saúde apresentados por elas ao seu excesso de peso, realizando suposições sobre ganho de peso e construindo barreiras para a utilização de cuidados de saúde (RUBINO et al., 2020).

A prática dos profissionais de saúde deve pautar-se em diretrizes que orientem decisões assistenciais de prevenção, promoção e organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença e baseada em evidências científicas robustas (BRASIL, 2017). A perspectiva de um processo de

cuidado em saúde integral deve contemplar o respeito e o acolhimento ao indivíduo, colocando-o na centralidade do processo de maneira individual e gentil, em uma perspectiva de corresponsabilidade. Nessa direção, citações estigmatizantes presentes em diretrizes como da Bélgica e do Brasil- ABESO acendem um alerta importante. A existência de diretrizes que reforçam o estigma dificulta sobremaneira o cuidado em saúde integral, humanizado e empático, o que amplia as situações de vulnerabilidade e constrangimento para pessoas com obesidade.

A empatia e compaixão possibilitam que os cuidados de saúde com o paciente sejam mais efetivos, favorecendo a adesão à terapêutica (SEYMOUR et al., 2018). Portanto, conhecer o que as diretrizes clínicas apresentam sobre a temática do estigma do peso é fundamental para compreender o que respalda a prática clínica desses profissionais em seus campos de atuação (PAIM et al., 2020). Nesse sentido, observou-se que a diretriz do Canadá é a mais ampla na temática, apresentando aspectos importantes que devem ser considerados na prática clínica com relação à responsabilização dos profissionais da saúde sobre suas atitudes. Para além disso, coloca o usuário no centro da atenção prestando recomendações que empoderam este indivíduo sobre o cuidado que lhe é devido (CMAJ, 2020). Nessa direção, Gudzone et al. (2014) demonstraram que pacientes que receberam tratamento respeitoso, comparados àqueles que se sentiram julgados pelos profissionais de saúde, tiveram uma maior probabilidade de atingir uma perda de peso maior ou igual a 10%.

A grande maioria das diretrizes não fazem menção ao estigma ambiental, demonstrando ausência de preocupação e informação sobre a relevância desse aspecto no cuidado integral dos indivíduos que vivem com obesidade. Nesse contexto, vale marcar que, para além da oferta do cuidado individual respeitoso, o ambiente dos serviços deve acolher os indivíduos de maneira equitativa e com qualidade. Portanto, equipamentos, mobiliário e infraestrutura devem ser adequados para acolher as pessoas com obesidade. O serviço de saúde precisa ser um 'lugar que cabe' todos que o demandam. Só assim é possível viabilizar uma atenção à saúde integrada que garanta a universalidade e integralidade do cuidado.

As diretrizes que mais abordaram a temática do estigma do peso foram aquelas que apresentavam uma equipe multidisciplinar na sua composição. Tal fato indica que múltiplos olhares para a temática favorecem que o sujeito seja visto em sua integralidade, reduzindo o foco biomédico no cuidado, que se limita a ações curativas e reduzidas a perda de peso.

As diretrizes da Noruega e da Inglaterra tiveram a sensibilidade de agregarem os usuários

na construção do material, tornando-o ainda mais potente, por dar voz aos sujeitos com obesidade no processo de construção de seu processo de cuidado. Estudo feito por Reis et al (2018), sobre a qualidade das diretrizes clínicas para o tratamento da obesidade, confirma que essa não é uma prática muito comum no desenvolvimento de diretrizes, e apontou que, das 21 diretrizes avaliadas, sete não incluíram representantes dos usuários na elaboração das diretrizes ou de sua revisão.

Por fim, vale destacar que algumas das diretrizes que abordam a temática do estigma do peso são financiadas pelas indústrias, especialmente a farmacêutica, e não se pode desconsiderar a existência de interesses econômicos envolvidos, o que pode influenciar o discurso adotado no texto da diretriz.

Conclusão

Ao longo dos anos podemos observar mudanças no discurso apresentado nas diretrizes clínicas para a obesidade, com a incorporação de recomendações que consideram a multicausalidade, a complexidade do cuidado e os impactos que o estigma do peso pode ocasionar na vida da pessoa com obesidade. A inclusão dessas reflexões contribui para a instituição e consolidação de práticas de cuidado que abrangem o sujeito em sua integralidade, sem discriminação e culpabilização individual pelo excesso de peso, enxergando e valorizando suas potencialidades. Entretanto, ainda identificamos um caminho importante a ser percorrido para a construção dessa nova narrativa epistemológica da obesidade. Essa mudança exige esforços coordenados em níveis individual, comunitário e sistêmico. Implicando em mudanças na forma como a sociedade compreende a obesidade e principalmente o viver com um corpo gordo. Precisamos avançar no foco do cuidado pautado na perda de peso corporal para a construção de práxis que traduzam o respeito, a empatia, a proteção e a justiça social. Assegurando o cuidado integral, oportuno e digno às necessidades das pessoas com obesidade e suas famílias, bem como o respeito à sua história e construção social.

Referências

ALBURY, C. et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *The Lancet

Diabetes & Endocrinology*, [s.l.], v. 8, n. 5, p. 447–455, 2020.

[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30102-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30102-9).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4a Ed. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016.

BERG, A. et al. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur “Prävention und Therapie der Adipositas”. Planegg: Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2014.

CMAJ. 2020 August 4;192:E875-91. doi: 10.1503/cmaj.191707.

DE ARAÚJO, K. L. et al. Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho.

Revista de Nutricao, [s.l.], v. 28, n. 6, p. 569–579, 2015. <https://doi.org/10.1590/1415-52732015000600001>.

FARRELL, A. E. Fat shame: Stigma and the fat body in American culture. New York: New York University Press, 2011.

FITCH, A. et al. Prevention and management of obesity for adults. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement, 2013.

FRIED, M.; KHAN, A. G.; GARISCH, J. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. WGO practice guidelines: obesidade (versão completa-português). Milwaukee: World Gastroenterology Organisation, 2011.

GARVEY, W. T. et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract*, [s.l.], v. 22, Suppl 3, p. 1-203, 2016.

GUDZUNE, K. A. et al. Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: A cross-sectional study of overweight and obese patients. *Preventive Medicine*, [s.l.], v. 62, p. 103, 2014. <https://doi.org/10.1016/J.YPMED.2014.02.001>.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis-la-Plaine: Service des bonnes pratiques professionnelles, Haute Autorité de Santé, 2011.

HELSEDIREKTORATET. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Oslo: Norwegian Directorate of Health, 2011.

JENSEN, M. D. et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol*, [s.l.], v. 63, n. 25 Pt B, p. 2985-3023, 2014.

LAU, D. C. et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ*, [s.l.], v. 176, n. 8 Suppl, p. S1-13, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do sus. Disponível em:

<<https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/37250.html>>. Acesso em: 01 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. ISBN: 978-85-334-2372-5.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Buenos Aires, 2014.

MINISTRY OF HEALTH; ACADEMY OF MEDICINE OF MALAYSIA; MALAYSIAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY; MALAYSIAN ENDOCRINE &

METABOLIC SOCIETY. Clinical practice guidelines on management of obesity. Putrajaya: Ministry of Health, 2014.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC). Clinical Practice Guidelines for the management of overweight and obesity. Disponível em: <<https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guidelines-management-overweight-and-obesity>>. Acesso em: 11 jul. 2023.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. Melbourne: National Health and Medical Research Council, 2013.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults – the evidence report. Bethesda: National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998. (National Institutes of Health Publication, 984083).

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Obesity: identification, assessment and management: clinical guideline CG189. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde Soc.*, [s.l.], v. 29, n. 1, e190227, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>.

PÉREZ, E. C.; MORALES, E. E. M.; SALAZAR, L. M. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. México DF: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2012.

POULAIN, J. P. Sociologia da obesidade. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health.

American Journal of Public Health, [s.l.], v. 100, n. 6, p. 1019, 2010.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>.

REIS, E. C. dos; PASSOS, S. R. L.; SANTOS, M. A. B. dos. Avaliação da qualidade de diretrizes clínicas para o tratamento da obesidade em adultos: aplicação do instrumento

AGREE II. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018;34(6):e00050517. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00050517>.

RUBINO, F. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity.

Nature Medicine, v. 26, n. 4, p. 485–497, 2020. <https://doi.org/10.1038/S41591-020-0803-X>.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. Management of obesity: a national clinical guideline. Edinburgh: NHS Improvement, 2010.

SEIXAS, C. M.; BIRMAN, J. O peso do patológico: biopolítica e vida nua. *História,*

Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012, p.13-26.

SEYMOUR, J. et al. A Qualitative Exploration of Weight Bias and Quality of Health Care

Among Health Care Professionals Using Hypothetical Patient Scenarios. *INQUIRY: The*

Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, v. 55, p. 004695801877417,

1 jan. 2018.

SOCIETÀ ITALIANA DELL'OBESITÀ; ASSOCIAZIONE ITALIANA DI DIETETICA.

Standard Italiani per la cura dell'obesità. Pisa: Società Italiana dell'Obesità, 2012.

SUOMALAISEN LÄÄKÄRISEURAN DUODECIMIN JA SUOMEN

LIHAVUUSTUTKIJAT RY:N ASETTAMA TYÖRYHMÄ. Helsinki: Käypä hoito, 2013.

THE MANAGEMENT OF OVERWEIGHT AND OBESITY WORKING GROUP. VA/DoD

clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity.

Washington DC: Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2014.

TOMIYAMA, A. J. et al. How and why weight stigma drives the obesity “epidemic” and harms health. *BMC Medicine*, v. 16, n. 1, p. 1–6, 2018. <https://doi.org/10.1186/S12916-018-1116-5/PEER-REVIEW>.

VAN BINSBERGEN, J. J. et al. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): standaard obesitas. *Huisarts Wet*, v. 53, p. 609-25, 2010.

VAN ROYEN, P. et al. Overgewicht en obesitas bij volwassenen en in de huisartsenpraktijk: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. *Huisarts Nu*, v. 35, n. 3, april 2006.

VASCONCELOS, F. A. G. Diffusion of scientific concepts on obesity in the global context: a historical review. *Rev Nutr.*, 2021;34:e200166. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200166>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Draft recommendations for the prevention and management of obesity over the life course, including potential targets, 2021. <https://doi.org/10.1017/S2040174421000027>.

WORLD OBESITY FEDERATION. World Obesity Atlas 2023. Disponível em: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>.

ARTIGO 2 - Estigma do Peso na Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia: Uma análise das práticas e reflexões de profissionais de saúde.

Resumo

Objetivo: investigar a compreensão dos profissionais de saúde da APS quanto à presença de estigma em relação à organização do serviço e em suas práticas de cuidado ofertado às pessoas com obesidade. Métodos: Trata-se de um estudo com delineamento quali-quantitativo que analisou as informações obtidas no curso de profissionais de saúde da APS de 54 municípios da Bahia. Resultados: A maioria dos profissionais de saúde da APS sentem-se competentes para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade mas reconhecem que sua abordagem e sua unidade de atuação têm potencial para reforçar o estigma do peso e concordam que a perda de peso deve ser o foco central do cuidado. Destaca-se que, de maneira geral, as unidades de saúde não possuem estrutura física, equipamentos e mobiliários que comportem os indivíduos com obesidade. Ademais, é preocupante observar reflexões altamente culpabilizadoras, estigmatizantes e com a perspectiva do paradigma biomédico muito presente no cuidado prestado. Conclusões: É crucial implementar programas de educação permanente em saúde, abordando não apenas aspectos biomédicos, mas também as complexidades sociais e psicológicas associadas à obesidade. Paralelamente, políticas públicas direcionadas à promoção da saúde devem priorizar estratégias de prevenção e tratamento holísticas, focando na saúde em vez de apenas na perda de peso, e valorizando a diversidade de corpos e experiências, de modo a promover um cuidado mais inclusivo e compassivo.

Abstract

Objective: To investigate primary healthcare professionals' understanding of stigma regarding service organization and their care practices offered to individuals with obesity. Methods: This is a qualitative-quantitative study that analyzed information gathered from primary healthcare professionals in 54 municipalities in Bahia, Brazil. Results: The majority of primary healthcare professionals feel competent in caring for individuals with overweight and obesity, but they recognize that their approach and their practice settings have the potential to reinforce weight stigma. They agree that weight loss should be the central focus of care. It is noteworthy that, overall, healthcare units lack physical structure, equipment, and furniture to accommodate individuals with obesity. Furthermore, it is concerning to observe highly blaming and stigmatizing reflections, with a strong presence of the biomedical paradigm in the care

provided. Conclusions: It is crucial to implement continuous health education programs addressing not only biomedical aspects but also the social and psychological complexities associated with obesity. Additionally, public health policies should prioritize holistic prevention and treatment strategies, focusing on health rather than just weight loss, and valuing the diversity of bodies and experiences to promote more inclusive and compassionate care.

Palavras- chave: Obesidade; Estigma de Peso; Atenção Primária à Saúde

Keywords: Obesity; Weight Prejudice; Primary Health Care

Introdução

Nos últimos anos, aprendemos muito sobre as causas da obesidade, mas ainda enfrentamos desafios na prática de cuidados prestados aos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Muitos especialistas e profissionais de saúde ainda encaram a obesidade como uma "doença", focando principalmente na quantidade de gordura no corpo e responsabilizam o indivíduo por sua condição (DE VASCONCELOS, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é papel dos profissionais de saúde oferecer um cuidado completo e integrado aos usuários (BRASIL, 2021), independente da sua composição corporal. Para tal, eles precisam ser competentes para atender às demandas desse trabalho, exigindo conhecimento, habilidade e atitude para a garantia do cuidado adequado (TILSON et al., 2004; BATTEL-KIRK et al., 2009). No entanto, lidar com pessoas com sobrepeso e obesidade pode ser desafiador, devido à sua complexidade multifatorial, relacionados às questões fisiológicas, ambientais, sociais, econômicas, psicológicas etc., envolvendo dificuldades como atendimentos individuais em grande quantidade, foco em tratamentos em vez de prevenção, falta de estrutura adequada, equipe limitada e pouca adesão dos pacientes às atividades propostas, visto que muitos fogem do cuidado em saúde por não serem compreendidos e acolhidos por completo na rede (BRASIL, 2021).

A realidade atual nos mostra que a prevalência da obesidade segue em ascensão, no Brasil e em todo o mundo, e que precisamos buscar novos modos de pensar e de abordar a obesidade, com vistas a produzir novos caminhos de cuidado (WHO, 2023). Quando o objetivo principal do cuidado é apenas a perda de peso, as estratégias adotadas podem não promover hábitos saudáveis, podendo até reforçar o estigma e a discriminação contra pessoas com

obesidade (RUBINO et al., 2020). Estudos também mostram preconceitos durante o atendimento, perpetuando a ideia de que esses indivíduos são preguiçosos, sem disciplina e sem força de vontade (PUHL; HEUER, 2009, RUBINO et al., 2020).

O estigma em relação ao peso vem da sociedade, que exclui aqueles que não se encaixam no padrão corporal considerado “normal”, diminuindo sua importância como indivíduos (SIQUEIRA et al., 2021). Esse preconceito se intensifica quando a ciência encara o peso como uma patologia (ISAIA, 2015). Mesmo com muitos esforços, é evidente que as estratégias para controlar e prevenir a obesidade, assim como os tratamentos tradicionais para controlar o peso corporal, têm tido resultados limitados. Isso se torna ainda mais desafiador quando os profissionais de saúde adotam o discurso da indústria alimentícia e da beleza, contribuindo para estigmatizar e perpetuar a gordofobia (ALBURY et al., 2020; YOSHINO, 2010).

Nesse sentido, torna-se crucial oferecer um cuidado completo e humano que abranja diferentes níveis de atenção e áreas relacionadas à saúde, levando em conta as necessidades individuais. Precisamos compreender que o peso corporal é influenciado por vários fatores, muitos dos quais não estão sob controle direto do indivíduo (BRASIL, 2021). Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo investigar a compreensão dos profissionais de saúde da APS quanto à presença de estigma do peso em relação à organização do serviço e em suas práticas de cuidado ofertado às pessoas com obesidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo com delineamento quali-quantitativo sendo um recorte do eixo do diagnóstico e da formação vinculados ao projeto de pesquisa intitulado “Qualificação do cuidado a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco associados no âmbito da atenção primária à saúde do SUS no Estado da Bahia: integrando pesquisa, extensão e formação”. O projeto foi financiado através da Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS No 28/2020 (Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados).

Quatro eixos nortearam o andamento do projeto: o Eixo Formação, o Eixo Diagnóstico, Eixo Difusão e Tradução do Conhecimento e o Eixo Avaliação. O primeiro supracitado foi construído de modo a estruturar e conduzir três cursos de qualificação do cuidado

semipresenciais para gestores e profissionais de saúde. O eixo Diagnóstico, buscou apreender como se organiza o processo de trabalho das equipes e da produção do cuidado às pessoas com DCNTs no contexto da APS, com o foco na avaliação de competências profissionais. Assumimos que o diagnóstico seria parte integrante do processo de formação, assim o instrumento de pesquisa, assume um caráter pedagógico e passa a ser aplicado como disparador inicial de aprendizagem de cada um dos módulos.

Neste trabalho, vamos analisar as informações obtidas no curso dos profissionais de saúde da APS de 54 municípios da Bahia. Os participantes foram indicados pelos gestores municipais após o contato da equipe responsável pelo projeto. Se inscreveram no curso 312 profissionais de saúde que atuavam na APS de três macrorregiões de saúde, sendo 25 municípios na Macrorregião Sul (n=109), 17 municípios na Leste (n=130) e 12 municípios no Sudoeste (n= 73).

Os critérios de seleção dos municípios foram: (1) prevalência de obesidade acima 24,2%, que é a média do Estado da Bahia; (2) identificação das três macrorregiões de saúde com maior número de municípios com prevalência de obesidade acima de 24,2%; (3) e capacidade instalada da instituição proponente e instituições parceiras para a execução do projeto, considerando os princípios da territorialidade, da dinâmica da organização das redes de atenção à saúde e da integralidade do cuidado.

Em relação às variáveis que estudamos aqui, cabe destacar que o instrumento de maior contribuição para a compreensão das questões aqui trabalhadas foi denominado como Módulo 0 (M0), sendo aplicado logo no início do curso, durante o momento de ambientação dos inscritos ao ambiente virtual de aprendizagem. Deste modo, tentou-se garantir que as respostas não fossem influenciadas pelo conteúdo a ser trabalhado no curso. Mas também utilizamos algumas questões do M1 (Mapeamento e vigilância em condições crônicas não transmissíveis na APS), M2 (O cuidar do outro: tecendo reflexões sobre o acolhimento a pessoas com condições crônicas não transmissíveis no contexto da Atenção Primária à Saúde), M3 (Abordagens coletivas e comunitárias na atenção primária em saúde) e M4 (Cuidado individual e longitudinal às pessoas com condições crônicas não transmissíveis).

O instrumento utilizado na coleta das informações, foi desenvolvido pelo grupo de pesquisadores tomando como base as principais diretrizes e documentos que respaldam o cuidado à pessoa com Condição Crônica Não Transmissíveis no Brasil (CCNT) (Brasil, 2013; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; BRASIL, 2014; BRASIL, 2014; ABESO, 2016).

O questionário contemplou a investigação de conhecimentos e percepções sobre: (1) CCNT e seus fatores de risco (alimentação inadequada, tabagismo, inatividade física e uso

abusivo do álcool), (2) Linhas de cuidado para atenção às CCNT, (3) Modelos de atenção e organização do cuidado para a CCNT e (4) Atributos essenciais e derivados da APS. Designava também a investigação de habilidades sobre a capacidade de aplicação do conhecimento recebido e de atitudes para a aplicação do conhecimento no cotidiano profissional para atenção às pessoas com CCNT. Para ambas, foi solicitada abordagem para: (1) combater seus fatores de risco, (2) a organização do modelo de atenção e das linhas de cuidado das CCNT e (3) a organização do processo de trabalho na APS de modo a garantir seus atributos essenciais e derivados.

O acesso aos *links* para cada uma das etapas de aplicação dos questionários foi devidamente disponibilizado no ambiente virtual de aprendizagem (AVA). Cada *link* esteve acessível por um determinado período, de acordo com as fases do curso. A plataforma de hospedagem dos questionários utilizada foi o *Survey Monkey*.

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), sob o parecer de número 5.237.500, em fevereiro de 2022 (ANEXO A).

Para participação no estudo os cursistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi explicado que caso não se sentissem à vontade, poderiam não autorizar a utilização dos dados. No entanto, foi estabelecida a possibilidade de autorização a qualquer momento até o final do curso. Como de direito, o anonimato dos participantes foi preservado, garantindo-se o sigilo (Apêndice B).

Variáveis quantitativas estudadas

O olhar deste trabalho foi voltado para as questões relacionadas ao Sobrepeso e Obesidade. As variáveis estudadas dizem respeito à:

A- Perfil da população e da unidade de atuação: formação profissional, sexo, idade, raça/cor, tempo de atuação na APS, vínculo empregatício, tipo de unidade que atua e localização da unidade.

B- Dimensões do cuidado: solicita permissão para avaliar o peso, realiza medidas antropométricas, avalia estágio de prontidão para mudança, avaliações do peso em atividades coletivas, atendimento individual e estratégias para apoiar a mudança do comportamento.

C- Dimensões sobre sua percepção sobre o estigma do peso: se sente competente para o cuidado, reflexão sobre a temática, a abordagem como reforço ao estigma, a organização do cuidado como reforço ao estigma.

D- Dimensões relacionadas ao 5As (BARONE; HELMAN; PEDROSA; RIPOLI, 2022) (avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento), pois sabemos que em situações de atendimento, a comunicação é crucial para estabelecer uma abordagem, construir laços de confiança e proporcionar educação em saúde (LLANES, 2014): perda de peso como foco central do cuidado, IMC como indicador confiável, perda ou ganho de peso como consequência de escolhas individuais, manutenção do peso como resultado importante do cuidado, alcance do bem estar independente do peso corporal, peso como determinante para outras DCNTs, autoaceitação como reflexo do cuidado.

Para a dimensão D, criamos uma lista de afirmativas e os participantes definiam o grau de concordância das variáveis (concordo totalmente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente, discordo totalmente), estas posteriormente, foram agrupadas em três categorias de análise: concorda (concordo totalmente e concordo parcialmente), neutro (não concorda nem discorda) e discorda (discordo parcialmente e discordo totalmente).

Realizados análises descritivas por meio das medidas de frequência absolutas (n) e relativas (%), utilizando o *software* Stata, versão 16.0 (*Stata Corporation, College Station, USA*), levando em consideração as características gerais da população estudada.

Dimensão qualitativa

Contou-se, também, com uma análise de reflexões vindas do seguinte questionamento: “Aqui temos um espaço livre para que você possa refletir e comentar sobre a sua percepção quanto ao estigma da obesidade no seu cotidiano de trabalho”. Iniciamos a análise com a leitura flutuante das afirmativas, com eleição das categorias de análises que surgiram a partir do material analisado. Posteriormente, foi realizada uma análise independente das afirmativas por duas pesquisadoras, com o objetivo de classificar em núcleos de sentido.

Os relatos dos profissionais de saúde foram analisados buscando compreender aspectos objetivos e subjetivos do cuidado com foco na presença do estigma do peso nas práticas de cuidado. Após essa etapa, o material analisado foi submetido à análise das discordâncias de forma conjunta onde, as afirmativas foram lidas em voz alta sendo justificada a escolha da categoria e possibilidades de interpretação para que, assim, chegassem a um consenso na classificação (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias e subcategorias das reflexões e comentários sobre a percepção de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de 54 Municípios do estado da Bahia quanto ao estigma da obesidade no cotidiano de trabalho, em 2023.

Categorias	Subcategoria(s)
1. Foco na doença	1.1 Foco em hábitos de vida
	1.2 Foco no tratamento
	1.3 Obesidade como problema de saúde pública
2. Multicausalidade da obesidade	2.1 Acolhimento pela equipe multiprofissional
	2.2 Questão multifatorial
3. Reconhece o estigma	3.1 Profissional como agente que combate o estigma
	3.2 Necessidade de empatia no cuidado
	3.3 Reconhece o estigma estrutural
	3.4 Indivíduo na centralidade do cuidado
	3.5 Reconhece o estigma experienciado
	3.6 Mídia como reforço do estigma
	3.7 Preocupação com a saúde mental dos sujeitos
4. Culpabiliza/ responsabiliza o indivíduo	4.1 Foco no "combate a obesidade"
	4.2 Responsabilização do indivíduo por sua condição
	4.3 Coloca o sujeito como resistente ao tratamento
	4.4 Profissional de saúde como o "salvador"/"superior" e o indivíduo como algo de menor importância
	4.5 Patologização do indivíduo
	4.6 Associação da obesidade a transtornos mentais
5. Não é um problema	5.1 Falta de conhecimento/vigilância no território
	5.2 Não faz sentido na prática profissional
6. Precisa estudar	6.1 Necessidade de formação profissional na temática
	6.2 Nunca parou para pensar
	6.3 Pouca discussão na área

Resultados

A amostra deste estudo foi composta por 178 profissionais, sendo um público majoritariamente feminino (90,59%), na faixa de 39 a 49 anos de idade (44,84%), que se declaram como pardos (54,41%), a maioria com formação em enfermagem (72,06%), com alguma especialização (70,33%), atuando há mais de quatro anos na APS (49,55%) tendo como principal vínculo trabalhista o contrato temporário por prestação de serviço (39,76%), seguido

de servidor público concursado (28,49%). Relataram atuar na Unidade Saúde da Família (61,03%) com localização Urbana Central (50,72%).

Tabela 1. Características sociodemográficas de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de 54 Municípios do estado da Bahia, 2023.

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	17 (8,82)
Feminino	162 (90,59)
Idade (anos)	
22-29	26 (14,75)
30-39	79 (44,84)
40 ou mais	73 (40,41)
Cor de Pele	
Branca	19 (23,53)
Preta	12 (18,53)
Amarela	2 (1,76)
Parda	100 (54,41)
Indígena	1 (0,59)
Formação profissional	
Enfermeiro (a)	128 (72,06)
Médico (a)	13 (7,65)
Nutricionista	10 (5,88)
Psicólogo (a)	2 (1,47)
Profissional de Educação Física	1 (0,88)
Assistente Social	2 (1,47)
Farmacêutico (a)	1 (0,88)
Odontólogo (a)	10 (5,88)
Fisioterapeuta	4 (2,35)
Outro	1 (0,88)
Pós-graduação	
Não possui	33 (18,69)
Especialização	125 (70,33)
Residência	5 (3,26)
Mestrado	8 (5,04)
Doutorado	0 (0)

Vínculo empregatício	
Servidor público estatutário (concurado)	50 (28,49)
Cargo comissionado (cargo de confiança)	24 (13,95)
Contrato temporário por prestação de serviço	70 (39,76)
Outro	26 (15,13)
Tempo de atuação	
Menos de 6 meses	20 (5,93)
6 meses a 1 ano e 11 meses	47 (13,95)
2 a 3 anos e 11 meses	102 (30,27)
Mais de 4 anos	167 (49,55)
Unidade de atuação	
Unidade Básica de Saúde	30 (16,90)
Unidade de Saúde da Família	108 (61,03)
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Ou serviços semelhantes	13 (7,51)
Polo da academia da Saúde	1 (0,94)
Outra	23 (13,15)
Localização da unidade	
Urbana Central	90 (50,72)
Urbana Periférica	54 (30,62)
Rural	33 (18,66)

No que tange às competências para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, os profissionais relataram se sentir muito competente (63,13%), e afirmaram que já tinham refletido sobre a temática do estigma do peso (83,80%) e compreendendo que a sua abordagem e a unidade em que atua podem sim reforçar o estigma do peso (62,57% e 75,98%, respectivamente).

Tabela 2. Percepção da competência profissional e do estigma de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de 54 Municípios do estado da Bahia, 2023.

Variável	n (%)
Competência no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade	
Muito competente	113 (63,13)
Pouco competente	50 (27,93)
Nada competente	15 (8,38)
Refletiu sobre o estigma	

Sim	150 (83,80)
Não	20 (11,17)
Não sabe responder	7 (3,91)
Prefere não responder	2 (1,12)
Abordagem pode reforçar o estigma	
Sim	112 (62,57)
Nunca parou para pensar	31 (17,32)
Não	29 (16,20)
Não sabe responder	3 (1,68)
Prefere não responder	4 (2,23)
Unidade que atua reforça o estigma	
Sim	136 (75,98)
Não	29 (16,20)
Não sabe responder	11 (6,15)
Prefere não responder	3 (1,68)

Aplicou-se uma escala de afirmativas onde o respondente deveria informar seu grau de concordância e, observou-se que 64,29% concordam que a perda de peso deve ser o foco central do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade e também acreditam que o IMC é um indicador confiável para o diagnóstico e acompanhamento da obesidade (77,51%). As respostas reforçam também que a perda ou ganho de peso são consequências de escolhas individuais (56,21%), afirmam, também, que a manutenção do peso quando o indivíduo está em processo de ganho de peso crescente é um resultado importante do cuidado (89,69%) e que também todos os indivíduos são capazes de atingir saúde e bem-estar, sem associação com o peso corporal (67,26%). Em contrapartida, concordam que o peso corporal elevado é determinante para o desenvolvimento de outras doenças crônicas e complicações para a saúde (92,26%), além de entenderem e concordarem que a autopercepção sobre seu corpo e seu peso, assim como a aceitação, interferem no cuidado e julgamento do paciente a ser assistido (86,06%).

Tabela 3. Nível de concordância com afirmativas relacionadas ao sobrepeso e obesidade de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de 54 Municípios do estado da Bahia, 2023.

Variável	n (%)		
	Concorda	Neutro	Discorda
A perda de peso deve ser o foco central do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade	108 (64,29)	4 (2,38)	56 (33,33)
O IMC é um indicador confiável para o diagnóstico e acompanhamento da obesidade	131 (77,51)	8 (4,73)	30 (17,75)

A perda ou ganho de peso é consequência das escolhas individuais	95 (56,21)	7 (4,14)	67 (39,64)
A manutenção do peso atual quando uma pessoa está em um processo de ganho de peso crescente e acelerado é um resultado importante do cuidado.	149 (88,69)	6 (3,57)	13 (7,74)
Todos os indivíduos são capazes de alcançar saúde e bem-estar independentemente do peso corporal	113 (67,26)	5 (2,98)	50 (29,76)
O peso corporal elevado é determinante para o desenvolvimento de outras Doenças Crônicas e complicações para a saúde.	155 (92,26)	5 (2,98)	8 (4,76)
A forma como eu aceito o meu corpo e o meu peso corporal pode interferir no meu julgamento e no meu cuidado com o outro	142 (86,06)	8 (4,85)	15 (9,09)

Os resultados mostraram que os trabalhadores da APS, em sua maioria solicitam a permissão para avaliar e discutir sobre o peso do indivíduo (83,92%) e que também realizam a avaliação de outras medidas corporais (90,67%) assim como avaliam o estado de prontidão para a mudança do comportamento (65,57%). O atendimento individual também é uma prática de cuidado existente (76,42%) e são pensadas estratégias para apoiar a manutenção da perda de peso e mudanças comportamentais em médio e longo prazo (53,77%).

Tabela 4. Atitudes do cotidiano de trabalho referente às pessoas com sobrepeso e obesidade de uma população de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de 54 Municípios do estado da Bahia, 2023.

Variável	n (%)
Solicita permissão para avaliar e discutir sobre o peso da pessoa	
Faço na rotina do meu trabalho	90 (59,21)
Eu não faço, mas outro profissional da equipe faz	33 (21,71)
Não é feito nessa equipe	21 (13,82)
Não sabe responder	5 (3,29)
Realiza avaliação de outras medidas corporais (circunferências corporais e/ou composição corporal)	
Faço na rotina do meu trabalho	22 (14,67)
Eu não faço, mas outro profissional da equipe faz	114 (76,00)
Não é feito nessa equipe	13 (8,87)
Não sabe responder	1 (0,67)
Avalia o estágio de prontidão de mudança ou o estágio de mudança do comportamento	
Faço na rotina do meu trabalho	79 (52,32)
Eu não faço, mas outro profissional da equipe faz	23 (13,25)
Não é feito nessa equipe	25 (16,56)

Não sabe responder	22 (14,57)
Aferições de peso durante as atividades coletivas	
Aferições são realizadas em coletivo, junto aos demais participantes	49 (52,13)
Aferições são realizadas em ambiente privado	27 (28,72)
Não se realizam aferições de peso	11 (11,70)
Não sabe responder	3 (3,19)
Atendimento individual para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade	
Sim	81 (76,42)
Não	22 (20,75)
Não sabe responder	1 (0,94)
Prefere não responder	2 (1,89)
Estratégias para apoiar a manutenção da perda de peso e as mudanças comportamentais em médio e longo prazo	
Sim	57 (53,77)
Não	33 (31,13)
Não sabe responder	14 (13,21)
Prefere não responder	2 (1,89)

Na análise qualitativa dos 101 relatos iniciais, 99 foram classificados em categorias de entendimento e, destas, 55 faziam parte de dimensões que não havia o reconhecimento do estigma e suas múltiplas facetas. Tais como: *“Não consigo perceber com clareza, o quanto o modelo hoje utilizado fortalece o estigma. Percebo sim, que existem poucas ações para combater a obesidade”* (categoria 4); *“A obesidade na verdade é um tema não trabalhado no meu cotidiano do trabalho somente quando ligado ao HIPERDIA”* (categoria 5).

Ainda, existem aqueles que nunca refletiram sobre o tema e/ou reconhecem que precisam de maior capacitação e estudos sobre a temática: *“De fato nunca pensei sobre isso”* (categoria 6); *“Precisamos de capacitação e mais políticas para esse público. Percebo na minha vivência que pouco é desenvolvido e trabalhado na prática”* (categoria 6); *“Assunto pouco discutido”* (categoria 6). Observa-se, também, a falta de rastreamento desses indivíduos a partir do seguinte comentário: *“Observo que este tipo de atendimento não tem sido realizado em nossa unidade, havendo pouca procura e também pouca abordagem sobre o tema”* (categoria 5).

Além da presença de falas culpabilizadoras: *“Muitas vezes, o próprio paciente não vê a obesidade como um problema de saúde e não aceita que apontemos como uma comorbidade. Levam para o pessoal e não aderem ao tratamento”* (categoria 4). Outro profissional relata *“As*

“pessoas acabam muitas das vezes com medo, acabam aceitando a obesidade, pois as vezes não conseguem seguir uma dieta, uma atividade, não tem tempo, ignoram os riscos em alguns casos.” (categoria 4).

Outro relato emblemático: *“Eu como profissional de saúde, posso dá uma melhor qualidade de vida a paciente com obesidade”* (categoria 4), conversando com essas reflexões mas, de maneira oposta, *“Ficamos fixados em passar para o paciente os malefícios da obesidade, como se fosse apenas uma condição de descuido do indivíduo, ao invés de tentarmos entender qual a real causa para aquela condição. Esse tipo de discurso acaba por afastar esses pacientes das Unidades de Saúde.”* (categoria 3).

Chama-se a atenção para a reflexão a seguir: *“Além de uma doença física, acredito que a obesidade também pode ser um transtorno mental”* (categoria 4), onde podemos entender que o indivíduo possui uma desregulação física e mental.

O foco na doença, nos hábitos e na obesidade como uma questão de saúde pública também é bastante recorrente, como podemos ver nos comentários que dizem: *“A obesidade é um tema que precisa ser bastante trabalhada nas instituições, visto que desencadeia uma série de problemas à saúde. Percebe-se que um dos maiores motivos que predispõe a essa doença é o sedentarismo e a alimentação inadequada, visto que alguns pacientes relatam dificuldades em manter uma dieta balanceada e falta de tempo ou cansaço para praticar atividade física.”* (categoria 1). Em concordância com as reflexões acima, observamos a presença do pensamento advindo do modelo biomédico presente *“Qualidade de vida, mudança de hábitos, melhoria das doenças crônicas”* (categoria 1).

Apesar das falas acima, alguns apresentam um olhar um pouco mais amplo para a questão *“O acolhimento a pessoa obesa deve ser feito de forma multiprofissional, partindo do princípio que é multifatorial”* (categoria 2); *“Muito importante avaliar o paciente como um todo”* (categoria 2); *“Infelizmente existe o estigma de que pessoas obesas são assim porque querem. Que são preguiçosas e ociosas e que por isso não emagrece. Eu enquanto profissional de saúde, entendo que as causas são multifatoriais e que esse indivíduo deve ser cuidado como um todo”* (categoria 3).

Além disso, algumas reflexões foram bastante profundas, mesmo que em menor quantidade (n=44) e demonstram uma mudança na perspectiva quanto ao cuidado à pessoa com excesso de peso de maneira adequada *“O estigma da obesidade entre profissionais de saúde pode ter um impacto negativo na qualidade do atendimento aos pacientes. Infelizmente, alguns*

profissionais de saúde podem manifestar preconceitos implícitos ou explícitos em relação à obesidade, o que pode resultar em julgamentos, estereótipos e discriminação. Esse estigma pode levar a uma menor empatia, falta de comunicação adequada e até mesmo a uma subvalorização dos sintomas e necessidades dos pacientes obesos. É fundamental que os profissionais de saúde sejam conscientizados sobre a importância de oferecer um atendimento compassivo e livre de julgamentos, reconhecendo que a obesidade é uma condição complexa e multifatorial, que requer um enfoque abrangente e individualizado. A abordagem mais inclusiva e sensível dos profissionais de saúde podem ajudar a melhorar o acesso aos cuidados e a saúde geral dos pacientes obesos” (categoria 3).

A empatia por parte dos profissionais também foi observada: *“Na unidade qual faço parte, priorizamos o atendimento baseado no respeito, todo ser deve ser tratado dignamente. Infelizmente a gordofobia existe, e é gritante. Precisamos nos preocupar com o emocional desses pacientes que já convivem com a discriminação diariamente”* (categoria 3). Além do reconhecimento que alguns profissionais estigmatizam mais do que outros *“Estigma por parte da comunidade e profissionais de saúde é ainda muito grande, principalmente da equipe médica”* (categoria 3), complementarmente, uma reflexão aborda sobre como esse estigma afasta os pacientes do cuidado e da unidade de saúde, dificultando o cuidado prestado: *“Na minha rotina percebo que o estigma da obesidade se apresenta de maneira sutil, em que muitas vezes o indivíduo é culpabilizado pela sua condição, o que dificulta sua continuidade na busca do serviço de saúde. É preciso maior cuidado na abordagem, para que o indivíduo se sinta bem acolhido”* (categoria 3).

A autovigilância das suas atitudes no cuidado para as pessoas com sobrepeso e obesidade também foi pontuada *“O estigma do peso é algo muito frequente e que no decorrer da minha prática fui me policiando para não reforçar. Claro que ainda ocorrem situações, mas é o “refletir e discutir” que ocasiona ressignificações de situações”* (categoria 3). Assim como relatos de experiências pessoais que contribuem para um cuidado mais atento e respeitoso: *“Eu já fui obesa hoje sou bariátrica e sem como estigma nos maltrata então faço de tudo para ajudar as pessoas acima do peso”* (categoria 3).

Além desses pontos observados acima, o curso em questão foi reconhecido como importante para essa mudança de paradigma *“Na verdade vivencio a não importância quanto a obesidade. Esse curso bem como esse questionário abrem os horizontes para um novo olhar para esse público tão presente na UBS”* (categoria 3).

Discussão

Os resultados apresentados mostram a dicotomia existente no cuidado às pessoas com obesidade, de um lado a maioria dos profissionais de saúde da APS sentem-se competentes para o cuidado assim como reconhecem que sua abordagem e sua unidade de atuação têm potencial para reforçar o estigma do peso e, por outro observa-se que o foco do cuidado é pautado na perda de peso corporal. deve ser o foco central do cuidado. Outro ponto relevante, é o fato desses profissionais reconhecerem que a forma que aceitam o seu corpo pode interferir no julgamento e cuidado do outro.

Destaca-se que, de maneira geral, as unidades de saúde não possuem estrutura física, equipamentos e mobiliários que sejam adequados para o cuidado dos indivíduos que apresentam corpos maiores, evidenciando assim o estigma estrutural e físico, e reforçando a mensagem de que esses espaços “não cabem” essas pessoas. Ademais, nos chama atenção de forma negativa, a existência de tantas reflexões altamente culpabilizadoras, estigmatizantes e fundamentadas na perspectiva do paradigma biomédico e focadas na perda peso presente nas narrativas dos profissionais.

É de muita relevância essa análise uma vez que é uma temática que está muito presente na prática de muitos profissionais que estão envolvidos em todo o processo de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade e, quando presente, pode afastar o indivíduo do cuidado e piorar a sua situação física, emocional e social (RUBINO e al., 2020). O aumento da prevalência da obesidade no Brasil e no mundo faz com que essa condição tenha bastante notoriedade e atraia preocupação por parte, principalmente, dos profissionais de saúde, sendo empenhado esforços para criar estratégias a fim de combater essa condição de saúde (SCHWARTZ et al., 2003).

Todo o contexto mencionado pode ser interpretado como uma oportunidade para enfrentar a obesidade, mas também pode ser visto como uma maneira de hostilizar as pessoas com excesso de peso, por meio da discriminação, dos preconceitos e da responsabilização individual por sua condição (PAIM, 2020). Inclusive trazemos aqui a reflexão que o enfrentamento à obesidade, expressão tão corriqueira na agenda política da obesidade, não pode representar no enfrentamento e discriminação à pessoa que vive com o excesso de peso corporal. Quando o excesso de peso e a obesidade são considerados escolhas pessoais, isso pode prejudicar a criação de políticas de saúde, o acesso a tratamentos adequados, o avanço das pesquisas (RUBINO e al., 2020) e o que chamamos de gordofobia, pode ser definida como a

discriminação sofrida é conhecida como gordofobia, um preconceito que leva à exclusão social e nega acessibilidade às pessoas gordas (JIMENEZ JIMENEZ,2020).

Mesmo com os avanços apresentados, percebe-se que ainda há a necessidade de maior qualificação e o desenvolvimento de ações de educação permanente, a fim de da ruptura dos paradigmas construídos visto que reconhecem que suas práticas individuais e coletivas contribuem para reforçar o estigma.

O público participante deste estudo, aponta o IMC como o melhor indicador confiável para o diagnóstico e acompanhamento da obesidade. Mesmo que o uso deste indicador seja amplamente utilizado para tal, cabe destacar que o mesmo possui limitações visto que ele avalia o peso total do indivíduo em relação à sua altura, desconsiderando proporções de massa magra, massa gorda, massa esquelética e água, além de ser racista e eurocentrada (SHARMA A, 2017). Outro ponto importante de se refletir, é que sobre o uso do IMC como único indicador para diagnosticar com precisão a obesidade. A discussão sobre obesidade enquanto doença ou condição é complexa e embora as evidências prevalentes apoiem uma justificativa para que a obesidade seja definida como uma doença não podemos pautar o diagnóstico e as práticas de cuidados pautadas apenas pela avaliação do IMC e na perda de peso corporal (RUBINO, 2020)

Dentro desse ponto de vista, ferramentas como o *Edmonton Obesity Staging System* (EOSS), embora ainda não tenham o reconhecimento oficial nem uso generalizado, podem ser opções mais eficientes para avaliar o risco associado ao excesso de gordura na vida das pessoas. Isso porque essa ferramenta considera não apenas a saúde física, mas também a saúde mental e funcional para determinar e descrever a gravidade da situação (SHARMA A, 2009).

É possível notar que muitas das ações para cuidar de pessoas com excesso de peso focam principalmente em controlar a comida que consomem e incentivar a prática de exercícios. Isso destaca um desequilíbrio percebido entre a comida que se ingere e a energia que se gasta, sendo apontado como a causa principal do problema. Além disso, há uma tendência de responsabilizar o próprio indivíduo pela sua condição física e pelas circunstâncias em que se encontra (BRASIL, 2021; ARAÚJO, 2019).

Apesar de reconhecerem a existência do estigma nas suas práticas e locais de trabalho, segundo a avaliação de resposta quantitativa, verifica-se que as narrativas de um grande número dos profissionais ainda revelam visões estigmatizantes, que reforça a visão biomedicalizada desse evento. Como consequência disso temos o afastamento do indivíduo daquele ambiente. Evidências científicas, apontam que muitos profissionais de saúde têm atitudes negativas em

relação à obesidade, incluindo estereótipos de que os pacientes afetados são preguiçosos, não têm autocontrole e força de vontade, considerando os mesmos como culpados pelo seu peso e pela não adesão ao tratamento (RUBINO, 2020). Este preconceito é inaceitável, especialmente entre aqueles que deveriam ofertar o cuidado adequado às pessoas com obesidade. Um dos caminhos para a superação dessa realidade é o desenvolvimento de ações de educação. Para reduzir a gordofobia, é necessário reconhecer onde ela acontece, reconhecer seus impactos na vida do outro, conscientizar mais as pessoas sobre isso e construir estratégias para mudança (FIDANCI I, et al., 2021).

Atribuir a perda ou ganho de peso apenas a escolhas individuais também é uma crença limitante e que não leva em consideração toda a multicausalidade dessa condição, afirmando, mais uma vez, a visão biomédica muito impregnada. Somente o peso corporal elevado não deve ser visto como um preditor de outras condições crônicas visto que, também, são questões que possuem relações multicausais (RUBINO, 2020). Um dado positivo é o fato de uma parte dos participantes entenderem que todos os indivíduos são capazes de atingir saúde e bem-estar, sem associação com o peso corporal. O que nos leva a uma confusão no entendimento. Porém, ao refletir, podemos perceber que apesar dessa visão culpabilizadora do indivíduo enraizada, vislumbramos uma realidade em que essa problemática foge ao controle individual e da importância de um estímulo à promoção da “saúde para todos os corpos”. Pensando na construção de uma abordagem inclusiva e respeitosa em relação à diversidade de corpos e identidades, por meio de práticas de cuidado que respeitem e considerem a diversidade de tamanhos, formas, gêneros e identidades corporais (GILMOR S, 2020).

Nesse contexto, há evidências indicando que os médicos dedicam menos tempo e oferecem menos orientação sobre saúde para pessoas com obesidade em comparação com pacientes magros. Isso resulta em piores desfechos de saúde e pode levar a um menor cuidado futuro com a saúde desses pacientes (PHELAN et al., 2015; GUDZUNE et al., 2014; PUHL et al., 2013). Outras pesquisas apontam que pacientes com obesidade se sentem excluídos por profissionais de saúde e não recebem o cuidado adequado para suas questões de saúde além da obesidade (GRASSELEY; MERRILI, 2008; THOMAS et al., 2008). Em um estudo na área da Atenção Primária, pacientes que foram tratados com respeito, em comparação àqueles que se sentiram julgados pelos profissionais de saúde, tiveram maior probabilidade de alcançar uma perda de peso de 10% ou maior (GUDZUNE et al., 2014).

Torna-se mais desafiador quando vários profissionais de saúde ecoam as ideias da indústria alimentícia e da beleza, reforçando o estigma e a aversão a pessoas com sobrepeso

(ALBURY et al., 2020; YOSHINO, 2010). É crucial oferecer cuidados completos e humanizados que abordem diferentes níveis de atenção e áreas que influenciam a saúde de acordo com as necessidades individuais. Isso envolve entender que o peso corporal é resultado de muitos fatores, muitos dos quais não estão sob controle direto da pessoa (BRASIL, 2021).

Portanto, é importante que o aprendizado contínuo não termine com a graduação. A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca guiar o aprimoramento dos profissionais que trabalham nos serviços públicos. Seu objetivo é mudar a maneira como cuidamos das pessoas e organizamos o trabalho, considerando as necessidades e desafios do sistema de saúde. Isso ajuda a reforçar as práticas na APS e o modelo de atendimento, envolvendo gestão, instituições de ensino, serviços de saúde e a comunidade (CARDOSO, 2017; MENDES, 2008).

Logo, é crucial intervir na formação dos profissionais para que eles se tornem mais sensíveis ao estigma associado à obesidade. Isso se deve à ênfase predominante na abordagem biomédica, enquanto as questões psicossociais ligadas ao excesso de peso e obesidade são pouco exploradas. Essa lacuna aumenta a possibilidade de os futuros profissionais de saúde adotarem abordagens estigmatizantes (PUHL, WHARTON E HEUER, 2009).

Conclusão

São evidentes as complexidades envolvidas no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS. Os profissionais reconhecem a competência para essa prestação de cuidados, porém, muitas vezes, estão imersos em práticas que reforçam o estigma, com foco na perda de peso e uma visão limitada e estigmatizante dessa condição de saúde. As reflexões culpabilizadoras e estigmatizantes, aliadas à predominância do paradigma biomédico, refletem a necessidade urgente de uma qualificação mais profunda e abrangente para os profissionais da área. A falta de sensibilidade para compreender o estigma, bem como a escassez de abordagens integrais e humanizadas, podem afastar as pessoas do cuidado necessário, agravando sua condição física, emocional e social. Essa análise é essencial, especialmente diante do aumento alarmante da prevalência da obesidade, exigindo esforços concentrados na elaboração de estratégias eficazes para lidar com essa condição de saúde multifacetada.

Diante desses desafios, algumas intervenções são fundamentais para promover um cuidado mais efetivo e inclusivo às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS. É crucial implementar programas de educação permanente, abordando não apenas aspectos biomédicos, mas também as complexidades sociais e psicológicas associadas à obesidade. Esses programas devem incluir a conscientização sobre estigma, preconceito e gordofobia, visando à

sensibilização dos profissionais para a importância de práticas não estigmatizantes e abordagens centradas na pessoa. Paralelamente, políticas públicas direcionadas à promoção da saúde devem priorizar estratégias de prevenção e tratamento holísticas, focando na saúde em vez de apenas na perda de peso, e valorizando a diversidade de corpos e experiências, de modo a promover um cuidado mais inclusivo e integral.

Referências

ABESO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2T5FIbn>. Acesso em: 25 jun. 2022.

ALBURY, C. et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, [s.l.], v. 8, n. 5, p. 447–455, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30102-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30102-9).

ARAÚJO, L. S. et al. Discriminação baseada no peso: representações sociais de internautas sobre a gordofobia. *Psicologia Em Estudo*, [s.l.], v. 23, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v23i0.34502>.

BARONE, Mark et al. Linguagem Importa! (Language Matters!). Atualização de Linguagem para Diabetes, Obesidade e outras Condições Crônicas de Saúde. Fórum Intersetorial para Combate às DCNTs no Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.forumdcnts.org/post/linguagem-importa>. Acesso em: 13 dez. 2023.

BATTEL-KIRK, B. et al. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promot*, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 12-20, 2009.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Obesidade. [S.l.: s.n.], 2014. v. 38.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 5/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 nov. 2001, p. 39, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 424, de 19/03/2013. 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. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 22 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3.019/2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARDOSO, M. L. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. Saúde Colet.*, [s.l.], v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

DE VASCONCELOS, Francisco De Assis Guedes. Diffusion of scientific concepts on obesity in the global context: a historical review. *Revista de Nutricao*. [S.l.]: Pontificia Universidade Catolica de Campinas., 2021.

DICKINSON, J. K. et al. The Use of Language in Diabetes Care and EducaΘon. *Diabetes Care*, [s.l.], v. 40, n. 12, p. 1790–1799, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dci17-0041>.

FIDANCI, Í. et al. Evaluation of factors affecting the fat phobia level. *Int J Clin Pract.*, [s.l.], v. 75, 2021. e14297. doi: 10.1111/ijcp.14297, PMID: - DOI – PubMed.

FORSEY, J. et al. The Basic Science of PaΘent–Physician CommunicaΘon: A CriΘcal Scoping Review. *Academic Medicine*, [s.l.], v. 096, n. 11, p. S109-S118, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004323>.

GILMOUR, S. et al. Progress towards Health for All: Time to End Discrimination and Marginalization. *Int J Environ Res Public Health*, [s.l.], v. 17, n. 5, p. 1696, 5 mar. 2020. doi: 10.3390/ijerph17051696. PMID: 32150920; PMCID: PMC7084917.

- GUDZUNE, K. A. et al. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Educ. Couns.*, [s.l.], v. 97, p. 128–131, 2014.
- GUDZUNE, K. A. et al. Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: a cross-sectional study of overweight and obese patients. *Prev Med.*, [s.l.], v. 62, p. 103–107, 2014.
- LLANES, L. L. La comunicación en el campo de la diabetes mellitus, algunas pautas para su acción efectiva. *Rev Cubana Endocrinol.*, [s.l.], v. 25, n. 2, 2014. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arText&pid=S1561-29532014000200008.
- LOPES, M. S. et al. Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil? *Cadernos de Saude Publica*, [s.l.], v. 37, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051620>.
- MACÊDO, Patrícia Fortes Cavalcanti de. Estigma do peso e sua relação com comportamentos alimentares transtornados na pandemia pela COVID-19. 2023. 210 f. Tese (Doutorado) – Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.*, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Analysis of Brazilian guidelines for obesity: Pathologization of fat bodies, an approach focused on weight loss and anti-fat bias. *Saude e Sociedade*, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 1–12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>.
- PHELAN, S. M. et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes. Rev.*, [s.l.], v. 16, p. 319–326, 2015.
- POLONSKY, W. H. et al. Physician–patient communication at diagnosis of type 2 diabetes and its links to patient outcomes: New results from the global IntroDia® study. *Diabetes Res Clin Pract.*, [s.l.], v. 127, p. 265-274, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.016>.
- PUHL, R.; HEUER, C. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, [s.l.], 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2008.636/epdf>.
- PUHL, R.; PETERSON, J. L.; LUEDICKE, J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int. J. Obes.*, [s.l.], v. 37, p. 612–619, 2013.
- RUBINO, F. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 485–497, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>.
- SHARMA, A. M.; CAMPBELL-SCHERER, D. L. Redefining obesity: Beyond the numbers. *Obesity*, [s.l.]: Blackwell Publishing Inc, v. 25, n. 4, p. 660–661, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/oby.21801>.

SHARMA, A. M.; KUSHNER, R. F. A proposed clinical staging system for obesity. *International Journal of Obesity*, [s.l.], v. 33, n. 3, p. 289–295, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.2>.

SIQUEIRA, Bruna Barbosa e colab. Weight stigma and health – repercussions on the health of adolescents and adults: Integrative review of the literature. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. [S.l.]: Editora Científica Nacional Ltda., 2021.

THOMAS, S. L. et al. Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expect*, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 321-330, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x>.

TILSON, H.; GEBBIE, K. M. The public health workforce. *Annu Rev Public Health*, [s.l.], v. 25, p. 341-56, 2004.

VALENTINE, V. The Most Important Thing We Give to People Is Hope: Overcoming Stigma in Diabetes and Obesity. *Diabetes Spectr.*, [s.l.], v. 33, n. 1, p. 89–94, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/ds19-0055>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and overweight factsheet. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>. Acesso em: 22 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. At the 75th World Health Assembly in. *eClinicalMedicine*, [s.l.], v. 1, p. 1-20, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101850>. Acesso em: 13 dez. 2023.

5 CONCLUSÕES GERAIS

Observando as diretrizes mundiais e as reflexões de práticas profissionais conseguimos enxergar avanços, mas ainda temos um longo caminho a percorrer considerando a complexidade e multifatoriedade da obesidade. É necessário um cuidado pautado no olhar integral, gentil e sem a culpabilização dos indivíduos que vivem com essa condição. Apesar do reconhecimento de aspectos a serem melhorados nas práticas, nos serviços e na lógica estrutural, ainda é central o manejo do peso corporal. Fala-se sobre o combate ao estigma do peso, mas ainda estamos muito presos e frágeis de estudos para a mudança dessa práxis, não por falta somente da vontade dos profissionais que estão na ponta, visto que toda a cadeia anterior (políticas e diretrizes) ainda se apresenta incipiente. Gostaríamos de contribuir para a construção do arcabouço teórico para que demais estudos na área possam fortalecer a temática e contrapor à lógica de cuidado estabelecida atualmente que exclui, julga e coloca os indivíduos em posição de culpa e desvalor. Por fim, como nutricionista, mulher, mãe e cientista, vejo o quanto o percurso até aqui me fez amadurecer, crescer e querer continuar lutando para mostrar,

nas esferas do micro e do macro, que é possível fazer a diferença na vida dos indivíduos tecendo cuidados e afetos.

6 REFERÊNCIAS GERAIS

AGUIAR, A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev Bras Educ Med.*, [s.l.], v. 34, n. 3, p. 371-378, 2010.

ALVES, C. G. L.; LUZ, V. G.; TÓFOLI, L. F. Competências do nutricionista para a Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 32, n. 3, 2022.
<https://doi.org/10.1590/s0103-73312022320304>.

ANJOS, L. A. dos; FERREIRA, Z. A. B. Saúde Estética: Impactos Emocionais causados pelo padrão de beleza imposto pela sociedade. *ID on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, [s.l.], v. 15, n. 55, p. 595–604, 2021. <https://doi.org/10.14295/idonline.v15i55.3093>.

ARAÚJO, L. S. et al. Discriminação baseada no peso: representações sociais de internautas sobre a gordofobia. *Psicologia Em Estudo*, [s.l.], v. 23, 2018.
<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23i0.34502>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2T5FIbn>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. ed. São Paulo, SP: ABESO, 2016.

BATTEL-KIRK, B. et al. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promot.*, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 12-20, 2009.

BRANDÃO, A. L. et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde Em Debate*, [s.l.], v. 44, n. 126, p. 678–693, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012607>.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Obesidade. [S.l.: s.n.], 2014. v. 38.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 5/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 nov. 2001, p. 39, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção 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, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção 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, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2014. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 424, de 19/03/2013. 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. 2013. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3.019/2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*, 19 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BREWIS, A.; STURTZSREETHARAN, C.; WUTICH, A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Globalization and Health*, v. 14, n. 1, p. 20, 2018.

BURLANDY, L. et al. Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, [s.l.], v. 36, n. 3, 2020. e00093419. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000305007&script=sci_abstract>.

CARDOSO, M. L. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. Saúde Colet.*, [s.l.], v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CONASS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: [s.n.].

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:
<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDTSobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf>.

DE VASCONCELOS, Francisco De Assis Guedes. Diffusion of scientific concepts on obesity in the global context: a historical review. **Revista de Nutricao**. [S.l.]: Pontificia Universidade Catolica de Campinas, 2021.

FERREIRA, Cinthya Rodrigues. Avaliação do grau da implantação da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade na Região de Saúde Central do Distrito Federal. 2021.

FIGUEIRÔA, Natália Lima. Uma etnografia das cirurgias bariátricas. 2015. [Referência incompleta, faltam detalhes como tipo de publicação, editora, ano etc.]

FIKKAN, J. L.; ROTHBLUM, E. D. Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. **Sex Roles**, [s.l.], v. 66, n. 9-10, p. 575-592, 2012.
<https://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5>.

FLINT, S. W. et al. Obesity discrimination in the recruitment process: “You’re not hired!” **Frontiers in Psychology**, [s.l.], v. 7, maio 2016. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.0064>.

GENEVA: WHO. [mar. 2023] Disponível em:
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>.

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE. Autores Camila Irigonhé Ramos et al. 1. ed. Santa Maria, RS: UFSM, CTE, UAB, 2022. 1 e-book: il.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GUDZUNE, K. A. et al. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. **Patient Educ. Couns.**, [s.l.], v. 97, p. 128-131, 2014.

GUDZUNE, K. A. et al. Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: a cross-sectional study of overweight and obese patients. *Prev Med.*, [s.l.], v. 62, p. 103-107, 2014.

GUERRIERO, I. C. Z.; DALLARI, S. G. The need for adequate ethical guidelines. [Referência incompleta, faltam detalhes como título da publicação, editora, ano etc.]

MAJOR, B. et al. The ironic effects of weight stigma. *J. Exp. Soc. Psychol.*, [s.l.], v. 51, p. 74-80, 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.*, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENEZES, Jorge Antônio de. Ditadura da beleza. *Epistemo-Somática* [Belo Horizonte], v. 3, p. 265-267, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em: 14 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório público do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), referente ao consolidado de dados do ano de 2019. Disponível em: <<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>>. Acesso em: 15 out. 2021.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Analysis of Brazilian guidelines for obesity: Pathologization of fat bodies, an approach focused on weight loss and anti-fat bias. *Saude e Sociedade*, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 1-12, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>.

PANTENBURG, B. et al. Medical Students' Attitudes towards Overweight and Obesity. *PLOS One*, [s.l.], v. 7, n. 11, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489830/>>.

PERRIARD-ABDOH, S. et al. Psychological perspectives on obesity: addressing policy, practice and research priorities. *British Psychological Society*, 2019. [Referência incompleta, faltam detalhes como título da publicação, editora, ano etc.]

PHELAN, S. M. et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obes. Rev.**, [s.l.], v. 16, p. 319-326, 2015.

PHELAN, S. M. et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: The medical student CHANGES study. **Obesity**, [s.l.]: Nature Publishing Group, v. 22, n. 4, p. 1201-1208, 2014. <https://doi.org/10.1002/oby.20687>.

PROESTAKIS, A.; BRAÑAS-GARZA, P. Self-identified obese people request less money: A field experiment. **Frontiers in Psychology**, [s.l.], v. 7, set. 2016. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01454>.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American Journal of Public Health**, [s.l.], v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.

PUHL, R.; HEUER, C. The Stigma of Obesity: A Review and Update. **Obesity**, [s.l.], 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2008.636/epdf>>.

PUHL, R.; PETERSON, J. L.; LUEDICKE, J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. **Int. J. Obes.**, [s.l.], v. 37, p. 612-619, 2013.

PUHL, R.; WHARTON, C.; HEUER, C. Weight bias among dietetics students: Implications for treatment practices. **Journal of the American Dietetic Association**, [s.l.], p. 438-444, 2009.

RECINE, E. et al. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Rev Nutr.**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 21-33, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732012000100003>.

ROBERTO, C. A. et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **Lancet**, [s.l.], v. 385, p. 2400-9, 2015.

RUBINO, F. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 485–497, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>.

SANTOLIN, C. B. História da obesidade na classificação internacional de doenças (CID): De 1900 a 2018. *Arquivos de Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, [s.l.], v. 25, n. 3, 2021. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i3.2021.8045>.

SCAGLIUSI, F. B. S. Estigma relacionado ao peso corporal: da compreensão teórica à mudança no cuidado em saúde. 2021. Tese de Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

SCHVEY, N. A.; PUHL, R. M.; BROWNELL, K. D. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity*, [s.l.], v. 19, p. 1957-1962, 2011.

SEYMOUR, J. et al. A qualitative exploration of weight bias and quality of health care among health care professionals using hypothetical patient scenarios. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, [s.l.], v. 55, 2018. <https://doi.org/10.1177/0046958018774171>.

SHARMA, A. M.; CAMPBELL-SCHERER, D. L. Redefining obesity: Beyond the numbers. *Obesity*, [s.l.]: Blackwell Publishing Inc, v. 25, n. 4, p. 660–661, 2017. <https://doi.org/10.1002/oby.21801>.

SHARMA, A. M.; KUSHNER, R. F. A proposed clinical staging system for obesity. *International Journal of Obesity*, [s.l.], v. 33, n. 3, p. 289–295, 2009. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.2>.

SIQUEIRA, B. B. et al. Weight stigma and health – repercussions on the health of adolescents and adults: Integrative review of the literature. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [s.l.]: Editora Científica Nacional Ltda., 2021.

SOARES, N. T.; AGUIAR, A. C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Rev Nutr.*, [s.l.], v. 23, n. 5, p. 895-905, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000500019>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA; S. B. de C. M. Obesidade: Etiologia. 2005.

SOUZA, E. C. Diálogos cruzados sobre pesquisa (auto) biográfica: análise compreensiva-interpretativa e política de sentido. *Educação (UFMS)*, [s.l.], v. 39, n. 1, p. 39-50, 2014.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission Report. *The Lancet*, [s.l.], v. 393, p. 791-846, 2019. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).

TAROZO, M.; PESSA, R. P. Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [s.l.], v. 40, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>.

TILSON, H.; GEBBIE, K. M. The public health workforce. *Annu Rev Public Health*, [s.l.], v. 25, p. 341-56, 2004.

TOMIYAMA, A. J. et al. How and why weight stigma drives the obesity “epidemic” and harms health. *BMC Medicine*, [s.l.], v. 16, n. 1, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>.

VARTANIAN, L. R.; PORTER, A. M. Weight stigma and eating behavior: a review of the literature. *Appetite*, [s.l.], v. 102, p. 3-14, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Body mass index classification - report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1995. Technical Report Series 854. Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and overweight. Fact sheet N°311. [Internet]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>>. Acesso em: 22 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2020. [Acesso em: 28 fev. 2023]. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>>.

WORLD OBESITY FEDERATION. Covid-19 and Obesity: The 2021 Atlas. The cost of not addressing the global obesity crisis. Março 2021. Disponível em: <www.worldobesity.org>. Acesso em: 21 out. 2021.

7 APÊNDICES E ANEXOS
APÊNDICE A

NESTA PARTE QUEREMOS TE CONHECER MELHOR E GOSTARÍAMOS QUE VOCÊ RESPONDESSE ESSAS QUESTÕES			
	Qual a sua Formação Profissional?	0. Enfermeiro(a)	
		1. Médico(a)	
		2. Nutricionista	
		3. Psicólogo(a)	
		4. Profissional de Educação Física	
		5. Assistente Social	
		6. Farmacêutico(a)	
		7. Odontólogo (a)	
		8. Fisioterapeuta	
		9. Outro, qual? _____	
		99. Prefiro não responder	
	Sexo/Gênero	0. Homem	
		1. Mulher	
		2. Homem trans	
		3. Travesti ou mulher trans	
		4. Outro	
		99. Prefiro não responder	

		__/__/____		
	Qual a sua data de nascimento?	99. Prefiro não responder		
		0. Branca		
		1. Preta		
		2. Amarela		
		3. Parda		
		4. Indígena		
	Qual é a sua cor (raça)?	99. Prefiro não responder		
NESTA PARTE VAMOS CONVERSAR SOBRE SUA EXPERIÊNCIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL				
		0. Menos de 6 meses		
		1. 6 meses a 1 ano e 11 meses		
		2. 2 a 3 anos e 11 meses		
		3. Mais de 4 anos		
		98. Não sabe responder		
	Há quanto tempo você atua na Atenção Primária em Saúde deste município?	99. Prefiro não responder		
		0. Servidor público estatutário (concurado)		
		1. Cargo comissionado (cargo de confiança)		
		2. Contrato temporário por prestação de serviço		
	Qual o seu vínculo com este município?	3. Outro, qual? _____		

		98. Não sabe responder		
		99. Prefiro não responder		
		0. Não		
		1. Especialização		
		2. Residência		
		3. Mestrado		
		4. Doutorado		
		98. Não sabe responder		
		99. Prefiro não responder		
Você já realizou alguma pós-graduação?				
NESTA PARTE VAMOS CONVERSAR SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE ONDE VOCÊ ATUA				
		() Unidade Básica de Saúde		
		() Unidade de Saúde da Família		
		() Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde - Tipo I		
		() Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde - Tipo II		
		() Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde - Tipo III		
		() Polo da academia da Saúde		
		() Outra, qual? _____		
		98. Não sabe responder		
Em que tipo de unidade você atua?				

		99. Prefiro não responder		
	Localização da Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual você está vinculado(a):	() Urbana Central		
		() Urbana Periférica		
		() Rural		
NESTA PARTE VAMOS CONVERSAR SOBRE AS AÇÕES DE ACOLHIMENTO E ABORDAGEM INICIAL AO USUÁRIO COM DCNT				
Ao iniciar o acolhimento de adultos que comparecem à Unidade Básica de Saúde (UBS), você:				
	Solicita a permissão para avaliar e discutir sobre o peso da pessoa?	0. Sim		
		1. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Prefiro não responder		
	Realiza avaliação antropométrica e classificação do estado nutricional como recomendado pela SISVAN?	0. Sim		
		1. Não		
		2. Eu não realizo, mas é feito por outro profissional		
		98. Não sabe responder		
		99. Prefiro não responder		
	Avalia o estágio de prontidão de mudança ou o estágio de mudança do comportamento?	0. Sim, eu faço na rotina do meu trabalho		
		1. Não, eu não faço mas outro profissional da equipe faz		
		2. Não é feito nessa equipe		
		98. Não sabe responder		

		99. Prefiro não responder		
		8. Fisioterapeuta		
		9. Outro, qual? _____		
		98. Não sabe responder		
		99. Prefiro não responder		
AINDA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE, NA PERSPECTIVA DE ABORDAGENS INDIVIDUAIS				
		() Extremamente competente		
		() Muito competente		
		() Competente		
		() Pouco competente		
		() Nada competente		
		() Nem competente nem incompetente		
		99. Prefiro não responder		
		0. Sim		
		1. Não		
		98. Não sabe responder		
	Você se sente competente na abordagem terapêutica de pacientes com sobrepeso e obesidade? Entende-se como competência ter conhecimento, habilidade e atitude para o desenvolvimento desta atividade.			
	Você já refletiu sobre o estigma da obesidade na vida das pessoas que você cuida? O estigma da obesidade é a depreciação de um indivíduo por ter um peso acima daquele			

	considerado ideal para determinada sociedade, que pode resultar em graves danos, de ordem física e psicossocial. Socialmente estes indivíduos são frequentemente percebidos (sem evidências) como preguiçosos, gulosos, sem força de vontade e autodisciplina. Os indivíduos com sobrepeso ou obesidade são vulneráveis ao estigma e à discriminação no local de trabalho, educação, serviços de saúde e na sociedade em geral. (RUBINO, 2020)	99. Prefiro não responder		
	Você acredita que a sua abordagem pode reforçar este estigma na vida das pessoas com sobrepeso e obesidade?	0. Sim 1. Não 98. Não sabe responder 99. Prefiro não responder		
	Você acredita que a organização do cuidado na unidade em que você atua pode reforçar este estigma na vida das pessoas com sobrepeso e obesidade?	0. Sim 1. Não 98. Não sabe responder 99. Prefiro não responder		
	Aqui temos um espaço livre para que você possa refletir sobre sua percepção sobre o estigma da obesidade no seu cotidiano de trabalho:	_____ _____ 99. Prefiro não responder		
NESTA PARTE, VAMOS CONVERSAR SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (SOBREPESO, OBESIDADE, DM, HAS) NA PERSPECTIVA DE ABORDAGENS COLETIVAS E COMUNITÁRIAS.				

	São realizadas aferições de peso durante as atividades coletivas?	() Sim, as aferições são realizadas em coletivo, junto aos demais participantes		
		() Sim, as aferições são realizadas em ambiente privado, por exemplo.		
		() Não se realizam aferições de peso		
		98. Não sabe responder		
		99. Prefiro não responder		

A SEGUIR FAREMOS ALGUMAS COLOCAÇÕES SOBRE O PESO CORPORAL E VOCÊ DEVE COLOCAR SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA CONFORME A ESCALA APRESENTADA.					
	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
A perda de peso deve ser o foco central do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade.					
O IMC é um indicador confiável para o diagnóstico e acompanhamento da obesidade.					

A perda ou ganho de peso é consequência das escolhas individuais.					
A manutenção do peso atual quando uma pessoa está em um processo de ganho de peso crescente e acelerado é um resultado importante do cuidado.					
Todos os indivíduos são capazes de alcançar saúde e bem-estar independentemente do peso corporal.					
O peso corporal elevado é determinante para o desenvolvimento de outras Doenças Crônicas e complicações para a saúde.					
A forma como eu aceito o meu corpo e o meu peso corporal pode interferir no meu julgamento e no meu cuidado com o outro					

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E SEUS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS NO ESTADO DA BAHIA: integrando pesquisa, extensão e formação”**, realizada sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Lígia Amparo da Silva Santos, com o objetivo de descrever o cuidado a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco na atenção básica de municípios baianos. Você está sendo convidado(a) por ser gestor responsável municipal pelas ações de alimentação e nutrição e/ou ser gestor responsável municipal pela atenção básica e/ou ser profissional do NASF-AB.

Este estudo tem o potencial de contribuir com a formação continuada de profissionais e gestores na perspectiva de atender às preconizações das diretrizes do processo de trabalho do NASF e aos desafios que se interpõem ao cuidado de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, tendo em vista o caráter complexo de sua determinação.

Ao participar deste estudo, você será submetido, voluntariamente, a **Pesquisa *on line* com instrumentos elaborados pela equipe deste projeto**, planejados com respeito a processos formativos, na perspectiva da multiplicação de pares, para qualificação de equipes dos NASF-A. Serão utilizados dois questionários online semi-estruturado e autoaplicável que tem como objetivo realizar diagnóstico da organização da gestão e da atenção à saúde nos municípios, dirigido a gestores e profissionais de saúde de âmbito municipal; e, desenvolver ferramentas de apoio à gestão municipal com instrumento de gestão e instrumento de avaliação da atenção à saúde.

Os riscos decorrentes da participação do estudo podem ser alguns desconfortos causados durante a aplicação do questionário ou relacionado à disponibilidade de tempo para participar. Como medidas de minimização de riscos, os entrevistadores são treinados, apresentando cautela na aplicação dos instrumentos, além de serem orientados a evitar qualquer constrangimento. Além disso, caso não se sinta à vontade, você pode deixar de responder a qualquer pergunta, bem como deixar de participar da pesquisa a qualquer

momento, sem que isso lhe acarrete nenhum tipo de prejuízo, nem qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá contatar os pesquisadores responsáveis pela condução e coordenação da pesquisa pessoalmente ou por telefone ou email, conforme os contatos descritos a seguir: Pesquisadora responsável Sr^a Lígia Amparo da Silva Santos, no telefone: (71) 9 9917-9231 e email: amparo@ufba.br. Em caso de dúvidas, reclamações e/ou denúncias, você também poderá procurar o Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da Escola de Nutrição da UFBA na Rua Basílio da Gama s/n, Canela, Salvador, às segundas e sextas-feiras, das 8:00 às 12:00h, pessoalmente ou pelo telefone 3283- 7704, ou ainda poderá entrar em contato pelo email cepnut@ufba.br.

Declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **“QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E SEUS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS NO ESTADO DA BAHIA: integrando pesquisa, extensão e formação”**, assim como dos procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa de maneira clara e detalhada.

Consentimento de participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Declaro que li os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos. Para participar da pesquisa, é necessário que você concorde com o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

E-mail* (inserir campo OBRIGATÓRIO para preenchimento)

Telefone ou WhatsApp (inserir campo OPCIONAL para preenchimento)

Ao clicar no botão abaixo, o (a) Senhor (a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador. Você concorda em participar desta pesquisa?

() Concordo em participar desta pesquisa

ANEXO A

UFBA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO
(ENUFBA) DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E SEUS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS NO ESTADO DA BAHIA: integrando pesquisa, extensão e formação

Pesquisador: LIGIA AMPARO DA SILVA SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54219721.4.0000.5023

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.178.829

Apresentação do Projeto:

O referido projeto articula atividades de pesquisa, extensão e formação a partir da elaboração, implementação e avaliação de tecnologias de formação para gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) com vistas à qualificação do cuidado a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, incluindo a abordagem de fatores de riscos associados. As ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

serão voltadas à promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos usuários, considerando contextos sociais, comunitários e familiares em municípios do estado da Bahia. A proposta também constitui um desdobramento do projeto de pesquisa que está em curso intitulado QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS NO ESTADO DA BAHIA: integrando pesquisa, extensão e formação, financiado pela Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018– Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS. A proposta por ora apresentada está apoiada em quatro eixos: a) Análise diagnóstica; b) Formação; c) Avaliação; d) Difusão e tradução do conhecimento. O primeiro eixo consistirá em uma avaliação situacional da qualidade do cuidado e da organização dos processos de trabalho das equipes dos municípios selecionados para este projeto, assim como das necessidades dos trabalhadores de saúde e dos gestores da APS no que se refere ao cuidado às

Endereço: Rua Brasília da Gama, s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-907

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7704

E-mail: cepnut@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO
(ENUFBA) DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.178.829

pessoas com DCNT, com vistas a fornecer subsídios para os eixos subsequentes. O segundo eixo tem como finalidade promover cursos de formação na modalidade semipresencial apoiados em estratégias efetivas e inovadoras nas temáticas

propostas deste projeto. Os cursos ofertarão 300 vagas para profissionais de saúde e gestores dos municípios selecionados de acordo com os critérios estabelecidos distribuídos em três Polos Regionais de Saúde – Sudoeste, Leste e Sul - totalizando 62 municípios de abrangência. Outras 50 vagas serão destinadas a 08 municípios situados na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do estado da Bahia. Sendo

assim, serão desenvolvidas formações e módulos específicos para o cuidado a populações indígenas e quilombolas, respectivamente. Tais proposições visam a ampliação do cuidado a populações em situação de vulnerabilidade no estado da Bahia. O terceiro eixo buscará desenvolver estudos que visem avaliar os efeitos da formação sobre a reorganização dos serviços de saúde e o processo de trabalho das equipes para atenção aos usuários. Para tanto, serão desenvolvidas pesquisas com o intuito de compreender os processos formativos de modo processual, apoiando-se na pesquisa-formação e estudos qualitativos – cartografia, estudos de narrativas, dentre outras estratégias investigativas. Além disso, o processo de investigação relacionado a este eixo será realizado em três etapas: ao final do curso, seis meses e nove meses após a formação. Por fim, o quarto eixo será composto por um conjunto de estratégias de caráter transversal para promover a popularização e divulgação científica dos conhecimentos produzidos ao longo do projeto junto à sociedade, o qual se destinará a diferentes públicos de interesse, de atores da esfera pública, bem como

reorientação de modelos de gestão e práticas de cuidado a pessoas com DCNT. Considerando a promoção do espaço democrático, participativo e da articulação do diálogo e de proposições interinstitucionais, o projeto prevê ainda a realização de audiências públicas e sessões temáticas junto a conselhos de controle social para discutir os resultados da experiência e explorar soluções compartilhadas que possam ser assumidas pelos diferentes atores sociais envolvidos, através da criação de um site do projeto e páginas em redes sociais. Por fim, espera-se com este projeto contribuir para desenvolvimento e divulgação de estratégias efetivas e inovadoras para o cuidado a pessoas com DCNT no contexto da Atenção Primária à Saúde no SUS.

Em relação a metodologia que será utilizada, os pesquisadores relatam que "Esta proposta figura como aperfeiçoamento da experiência implementada do projeto de qualificação do cuidado de obesidade e focar-se-á nas seguintes etapas: a) Análise diagnóstica: será desenvolvida uma

Endereço: Rua Brasília da Gama, s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7704 **E-mail:** cepnut@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO
(ENUFBA) DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.178.829

avaliação situacional da qualidade do cuidado às pessoas com DCNT e da organização do processo de trabalho das equipes e necessidades de formação de profissionais de nível superior e de gestores da APS. Essa análise subsidiará as propostas para desenvolvimento dos eixos "Formação" e "Avaliação" dos projetos. b) Formação: a formação será realizada junto aos trabalhadores de saúde de nível superior e gestores da APS, e profissionais de saúde que atuam nos Distrito Sanitário Especial Indígena.

d) Avaliação: serão desenvolvidos estudos e pesquisas que visem avaliar as mudanças produzidas na organização dos serviços de saúde e no processo de trabalho das equipes para atenção às pessoas com DCNT. Como local de pesquisa, considerando o estado da Bahia como o local de abrangência para esse projeto, considerando seu extenso território com 417 municípios organizados em 09 Núcleos Regionais de Saúde (NRS), subdivididos em 28 regiões de saúde para operacionalizar o planejamento das ações e serviços de saúde, considerando os critérios sugeridos pela Chamada 28/2020, considerando as limitações quanto a disponibilidade de informações sobre as prevalências de Hipertensão Arterial e Sistêmica e Diabetes Mellitus nos municípios baianos, foi utilizado, para a definição da área de abrangência deste projeto, os "Municípios com a Prevalência de obesidade acima da média estadual conforme o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (2019)" – ou seja, a classificação dos municípios baianos com prevalência de obesidade acima 24,2%, que é a média do estado da Bahia. Assim, foram classificados 174 municípios, inicialmente. Considerando a capacidade instalada da instituição proponente e instituições parceiras para a execução deste projeto, considerando os princípios da territorialidade, da dinâmica da organização das redes de atenção à saúde e da integralidade do cuidado, foram quatro regiões de saúde selecionadas, totalizando 62 municípios de abrangência, cujas atividades serão sediadas em Salvador, Santo Antônio de Jesus, Itapetinga, Vitória da Conquista, Itabuna. Agrega-se ainda o curso destinado a população indígena com 50 vagas para os 10 municípios que são polo do DSEI Bahia. O curso proporcionará a formação de profissionais de saúde de ensino superior e gestores da Atenção Primária à Saúde totalizando 300 pessoas beneficiadas diretamente, e 50 vagas para os 10 municípios que são polo da DSEI-Bahia, para o curso destinado à saúde da população indígena. A análise situacional será realizada por meio da aplicação de 3 questionários estruturados. Os instrumentos serão aplicados na plataforma online Survey Monkey® durante o período de 30 dias, como estratégia minimizar possíveis desconfortos diante da amplitude do instrumento. Esse instrumento será aplicado on-line, através de um link enviado ao secretário municipal de saúde como um convite, solicitando que este estruture juntamente com sua equipe o envio das informações. Para as entrevistas qualitativas

Endereço: Rua Brasília da Gama, s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7704 **E-mail:** cepnut@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO
(ENUFBA) DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA**



Continuação do Parecer: 5.178.829

foram elaborados 03 roteiros específicos, direcionados para profissionais que atuam na atenção básica com o público em geral, para os que prestam assistência a comunidades quilombolas e outro para os que prestam atenção a povos indígenas (anexado como "Roteiro_entrevistas.profissionais.geral", "Roteiro_entrevista.quilombolas" e "Roteiro_entrevista.saúde.indígena"), com questões voltadas para temas centrais da proposta investigativa, a ser aprimorado a partir de aprofundamentos teóricos. Segundo Minayo (2010, p. 189) este instrumento atua como uma "conversa com finalidade" a fim de dar forma e conteúdo ao objeto estudado, direcionando as narrativas que serão apresentadas como linguagem empírica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver atividades de pesquisa, extensão e formação a partir da elaboração, implementação e avaliação de tecnologias de formação para gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) com vistas à organização e qualificação do cuidado a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (diabetes mellitus - DM, hipertensão arterial sistêmica - HAS e obesidade) e a abordagem dos fatores de risco associados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado da Bahia.

Objetivo Secundário:

1. Reconhecer, através de uma análise situacional, os modelos de organização da gestão e do cuidado às pessoas com DCNT e as necessidades de formação de profissionais de saúde e gestores da APS;
2. Reconhecer as ações e práticas da atenção alimentar e nutricional nos municípios integrantes no que se refere ao cuidado a pessoas com DCNT no âmbito da APS;
3. Promover processos formativos em serviço na modalidade semipresencial, na perspectiva da multiplicação de pares, que visem fortalecer capacidades conceituais, metodológicas e estratégicas de trabalhadores de saúde da Atenção Primária à Saúde e gestores municipais para qualificação do cuidado a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados;
4. Oportunizar a qualificação de gestores municipais visando fortalecer pactuações interinstitucionais que possibilitem avanços na gestão e nas práticas dos serviços de saúde dirigidos às estratégias locais de cuidado a pessoas com

Endereço: Rua Brasília da Gama, s/n	CEP: 40.110-907
Bairro: Canela	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7704	E-mail: cepnut@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO
(ENUFBA) DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.178.829

DCNT;

5. Empreender mecanismos de acompanhamento e avaliação dos processos e resultados da proposta de formação voltada ao fortalecimento de capacidades de intervenção no contexto das DCNT;

6. Desenvolver e difundir conhecimentos produzidos no âmbito do projeto que possibilitem trocas de experiências, divulgação dos resultados, métodos e tecnologias utilizadas que contribuam para consolidação de perspectivas territorialmente referenciadas de cuidado a pessoas com DCNT na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, os pesquisadores relatam primeiramente que: "o momento de submissão deste projeto está situado em uma crise sanitária ocasionada pela pandemia de COVID-19 que tem, por seu turno, repercussões significativas em todos os setores da vida, demandando que estejamos sensíveis a tais aspectos no decorrer do projeto. O prognóstico de outras crises decorrentes da primeira, como a econômica poderá incidir não só na saúde da

população como também na própria organização dos modos de atenção a ela destinado pelos próximos anos. Este será um desafio inusitado a ser considerado em todo processo de elaboração, execução, avaliação e monitoramento do projeto. A proposta de ações para superar este primeiro obstáculo será a intensificação de diálogos e das parcerias com os municípios com vistas a construir colaborativamente estratégias de garantia da

participação dos cursistas na formação, considerando o cenário atual. Com vista a respeitar os pressupostos éticos, para a coleta dos dados serão seguidas as recomendações das Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016 no que concerne ao respeito, não maleficência, dignidade e autonomia dos sujeitos da pesquisa, bem como da utilização dos dados e informações obtidos na pesquisa exclusivamente para fins acadêmicos e científicos

(BRASIL, 2012, 2016). Cada participante será esclarecido quanto aos objetivos do estudo e, o preenchimento do questionário só será realizado após leitura e aceite (mediante confirmação digital) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em relação aos questionários estruturados, como estratégia de mitigar o caráter exaustivo que o mesmo poderia assumir em função de sua amplitude, optou-se por destinar um período de 30 dias

para seu preenchimento. No que tange os riscos que aos quais a realização de entrevistas pode expor os participantes, salienta-se a possibilidade de constrangimento e/ou desconforto dos entrevistados durante a realização das mesmas. Desta forma, buscar-se-á evitar julgamentos durante a execução, bem como esclarecer aos participantes sobre a possibilidade de interrupção

Endereço: Rua Brasilão da Gama, s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-907

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7704

E-mail: cepnut@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO
(ENUFBA) DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 5.178.829

da entrevista a qualquer momento, bem como sobre a proteção da confidencialidade das informações e da identidade dos participantes do estudo.' Já em relação aos benefícios da pesquisa, os pesquisadores descrevem que:" Como benefício direto aos participantes, almeja-se que este projeto possa colaborar junto aos gestores e profissionais de saúde na construção de conhecimentos e busca de estratégias e ações inovadoras que contribuam para o enfrentamento dos problemas de saúde, e em particular, as DCNTs nos seus contextos profissionais. Dentre os benefícios indiretos, registra-se que os resultados deste projeto serão relevantes por proporcionar um aprofundamento sobre os cenários epidemiológicos e socioculturais da DCNT no estado da Bahia, importante para o subsidiar a implementação de políticas e ações de enfrentamento ao problema. A oferta de cursos de formação sobre o cuidado a pessoas com DCNT para os profissionais de saúde e gestores da Atenção Primária à Saúde, além de proporcionar que os sujeitos formados sejam multiplicadores nos seus campos de atuação, disponibiliza de tecnologias de formação – cursos, materiais educativos, recursos humanos formados como mediadores – que podem ser empreendido em outras regiões do estado da Bahia, como também fora do estado. Considerando que a complexidade do tema e o que o seu enfrentamento deve ser de modo intersetorial, processo de desenvolvimento destas tecnologias também pode ser apropriadas para outros atores sociais a exemplo dos profissionais da educação e da agricultura, bem como ações de informação, educação e comunicação para diferentes setores da sociedade. Cabe salientar, que o decurso do projeto também já tem gerado diálogos institucionais frutíferos para potenciais parcerias e convergências de ações e estratégias que pode ser pensadas como a construção de um Observatório de DCNTs no estado da Bahia, com o objetivo de promover a difusão dos conhecimentos pertinentes ao tema e um diálogo mais efetivo entre as instituições acadêmicas, da gestão política e da sociedade em geral."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O referido protocolo de pesquisa tem o potencial de contribuir com a produção de socialização de conhecimentos científicos pertinentes ao tema da organização e cuidado a pessoas com DCNT, assim no desenvolvimento de tecnologias de formação, monitoramento e avaliação efetivas para profissionais de saúde e gestores, pautados na educação permanente, que visem reorientar o modelo de atenção à saúde orientadas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.

Endereço: Rua Brasília da Gama, s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7704 **E-mail:** cepnut@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO
(ENUFBA) DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA**



Continuação do Parecer: 5.178.829

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto de Pesquisa: De acordo

Folha de Rosto - De acordo

Cartas de Anuência - De acordo

TCLE (Profissionais, Diagnóstico, Ava_Ep) - De acordo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e do relatado anteriormente o referido protocolo de pesquisa não apresenta pendências.

Assim, encaminho pela sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado acompanha Parecer do Relator

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1753789.pdf	07/12/2021 20:48:41		Aceito
Outros	ANUENCIA_COSEMS.pdf	07/12/2021 20:47:25	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	02/12/2021 20:49:37	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DCNT_PROFSSIONAIS.pdf	02/12/2021 20:27:58	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DCNT_DIAGNOSTICO.pdf	02/12/2021 20:27:51	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DCNT_AVA_EP.pdf	02/12/2021 20:27:42	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	Instrumento_Questionario_Dados_Secundarios.pdf	02/12/2021 18:50:17	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	Instrumento_Questionario_Modulo_Gestao.pdf	02/12/2021 18:49:53	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_Questionario_Modulo_Profissionais_de_saude.pdf	02/12/2021 18:49:31	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_quilombolas.pdf	02/12/2021	JOAO PAULO DE	Aceito

Endereço: Rua Brasílio da Gama, s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-907

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7704

E-mail: cepnut@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO
(ENUFBA) DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA**



Continuação do Parecer: 5.178.829

Outros	roteiro_entrevista_quilombolas.pdf	18:29:43	OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_saudeindigena.pdf	02/12/2021 18:29:26	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_profissionais_geral.pdf	02/12/2021 18:29:04	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto.pdf	02/12/2021 18:22:42	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/12/2021 18:15:32	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	ANUENCIA_UNEB.pdf	02/12/2021 13:43:30	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	ANUENCIA_UFRB.pdf	02/12/2021 13:43:13	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	ANUENCIA_SMS.pdf	02/12/2021 13:42:58	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	ANUENCIA_SESAB.pdf	02/12/2021 13:42:45	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	ANUENCIADSEI.pdf	02/12/2021 13:42:31	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Outros	termosDeConcessao_DCNT.pdf	02/12/2021 13:41:53	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf	02/12/2021 13:40:20	JOAO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 20 de Dezembro de 2021

Assinado por:

**Vilson Caetano de Sousa Júnior
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Brasília da Gama, s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7704 **E-mail:** cepnut@ufba.br