



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

JÚLIA RAMOS VIEIRA

**CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A
PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO SEDE DA
PRIMEIRA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
2023**

JÚLIA RAMOS VIEIRA

**CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A
PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO SEDE DA
PRIMEIRA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Área de concentração: Condições e Determinantes do Processo Saúde Doença

Orientadora: Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros

CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

V656c Vieira, Júlia Ramos.

Crenças e atitudes dos profissionais de saúde em relação a pessoas com obesidade na atenção básica do município sede da primeira macrorregião de saúde da paraíba [manuscrito] / Júlia Ramos Vieira. - 2023.

86 p.

Digitado. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2024. "Orientação : Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, Coordenação do Curso de Ciências Biológicas - CCBSA. "

1. Saúde pública. 2. Obesidade. 3. Estigma social. 4. Profissionais da saúde. I. Título

21. ed. CDD 616.8526

JÚLIA RAMOS VIEIRA

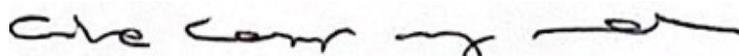
CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A
PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO SEDE DA
PRIMEIRA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Área de concentração: Condições e Determinantes do Processo Saúde Doença

Aprovada em: 16/02/2023.

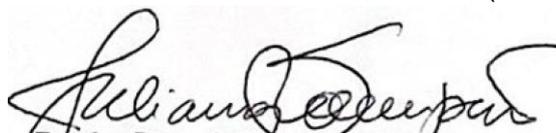
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Danielle Franklin de Carvalho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Juliana Sampaio
Instituto Federal da Paraíba (UFPB)

Aos meus pais e eternos mestres, Maria
Silene Vieira de Sousa Leite e Severino
Ramos Leite.

AGRADECIMENTOS

A Deus que, em Sua infinita bondade e misericórdia, permitiu que tudo acontecesse. Sem Sua benevolência, nada disto teria sequer começado. A Ti tudo que tenho e tudo que sou.

Aos meus pais, Silene e Biu - mas especialmente à minha mãe - que abriram mão de muito para que eu chegasse até aqui e me fizeram entender que a vida é um longo caminho construído por nós mesmos, além de serem meus exemplos de determinação, força, honestidade e altruísmo.

A João Antônio, Bernardo e Iasmin por todo carinho e estímulo em meio ao caos. Vocês tornaram minha trajetória de vida muito mais divertida e me deram meu melhor presente, meu sobrinho. Registro aqui minha gratidão e amor por vocês.

Aos meus amigos de longa data e aos novos que a vida apresentou, por todos os dias de risadas, experiências, lições e anseios. Vocês moldaram grande parte do meu eu e por isso sou imensamente grata a vocês. Aos meus amigos Ewayr e Lucenildo, um agradecimento especial, por toda ajuda e esperança nos momentos de ansiedade e pessimismo, tem muito de vocês aqui, e em mim. Obrigada, meus amigos, por se fazerem presentes e por me fazerem sentir ainda mais amada ao longo de todos estes anos.

À minha prima e amiga Raquel, por toda parceria, aprendizado, amizade. Só a gente sabe.

À Professora Danielle e Professora Juliana por seus conselhos e ajuda neste trabalho. Suas palavras coerentes e ideias conexas são força-motriz para a caminhada de muitos, inclusive a minha. Obrigada.

À Professora Carla por todo o carinho, paciência e suporte, mesmo em meio a tantos afazeres. Você me guiou e lapidou uma nova pesquisadora da qual hoje posso me orgulhar de ser. Você me tornou capaz. Aprendi nesta oportunidade que ser pesquisadora e professora e exercer tudo com dedicação, compromisso, ética e alegria é possível. Suas orientações me ajudaram a enxergar além, e fazê-las com carinho e um sorriso no rosto torna qualquer rotina mais feliz. Minha eterna gratidão, muito, muito obrigada.

RESUMO

Introdução: A obesidade apresenta-se como um grave problema de saúde pública, retratada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia global. Além do impacto no surgimento de doenças crônicas, como a hipertensão e a diabetes tipo 2, a obesidade atinge também a saúde mental dos indivíduos, principalmente ao se considerar os preconceitos e estigmas sociais relacionados ao excesso de peso, intitulados no Brasil de “gordofobia”. **Objetivo:** Avaliar crenças e atitudes de profissionais da saúde em relação às pessoas com obesidade na atenção básica do município de João Pessoa-PB. **Material e Métodos:** Estudo com abordagem qualitativa com etapa inicial descritiva exploratória, com caracterização dos sujeitos, envolvendo 25 profissionais de saúde da atenção básica. A coleta de dados foi realizada entre julho e setembro de 2022 através de um instrumento estruturado traduzido e adaptado intitulado Escala de Atitudes Antiobesidade constituído de 34 questões, além de um formulário estruturado autorreferido sobre as condições sociodemográficas e nutricionais dos participantes e uma entrevista semiestruturada. Foram selecionadas 8 Unidades Básicas de Saúde com o maior número de profissionais cadastrados. As variáveis investigadas foram distribuídas em três categorias: perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde; perfil nutricional; e existência de crenças e atitudes antiobesidade. Os dados descritivos foram armazenados em planilhas eletrônicas do Microsoft Office Excel 2019 e transferidos para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 22.0). A análise destes dados compreendeu a descrição dos resultados sociodemográficos e de estilo de vida, além do estado nutricional. Os dados qualitativos foram elaborados utilizando o pacote GoogleDocs do Google Drive para transcrição textual das respostas obtidas na entrevista semiestruturada, e foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin. O projeto de pesquisa seguiu todas as orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** a pesquisa demonstrou a presença de crenças e atitudes antiobesidade e/ou gordofóbicas entre profissionais da saúde das mais diferentes formações acadêmicas na atenção básica à saúde. Verificou-se também que a realização de ações preconizadas de prevenção e promoção da saúde voltadas à pessoa com obesidade foram quase inexistentes. **Considerações finais:** os dados produzidos por este estudo podem contribuir na reflexão atual sobre

os métodos utilizados para o diagnóstico da obesidade, as políticas públicas de saúde que baseiam o cuidado ofertado a essas pessoas, e como as atitudes dos profissionais frente aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade têm importante papel no tratamento destes, além da necessidade constante de sensibilização e educação permanente sobre a temática que contribui de forma direta na diminuição do estigma social que estes indivíduos sofrem.

Palavras-Chave: saúde pública; obesidade; estigma social; profissionais da saúde.

ABSTRACT

Introduction: obesity presents itself as a severe public health challenge, portrayed by the World Health Organization (WHO) as a global epidemic. Besides the impact on the occurrence of chronic diseases, such as hypertension and diabetes type 2, obesity also affects the mental health of the subjects, especially when considering the prejudice and social stigmas related to the weight excess, entitled in Brazil as “gordofobia”. **Purpose:** Evaluate beliefs and the behavior of healthcare professionals regarding people with obesity among primary health care in the city of João Pessoa-PB, whose investigated population encompassed the healthcare professionals who fit in the inclusion criteria. **Material and Methods:** study with a qualitative approach with an exploratory descriptive initial stage, with a cross-sectional approach and characterization of the subjects, involving 25 primary care health professionals. The data collection was done between July and September of 2022 through a translated structured and adapted instrument entitled Escala de Atitudes Antiobesidade composed of 34 questions, in addition to a structured self-referred form about the sociodemographics and nutritional conditions of the participants and a semi-structured interview. Basic Health Units were selected with the greater number of registered professionals. The investigated variables were distributed into three categories: sociodemographic profile of the healthcare staff; nutritional profile; and the existence of beliefs and behaviors anti-obesity. The descriptive data were stored in Microsoft Office Excel 2019 electronic spreadsheets and transferred to the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 22.0). The analysis of these data comprehended the description of the results of sociodemographic and lifestyle factors, in addition to nutritional status. The qualitative data were elaborated utilizing the Google Docs package from Google Drive for the textual transcription of the responses obtained at the semi-structured interview, and were analyzed through the Bardin Content Analysis. The research project followed all of the inherent orientation to the research protocol contained in the n 466/12 Resolution of the National Health Council. **Results:** this research demonstrated the presence of beliefs and behaviors anti-obesity and/or fatphobic amongst healthcare professionals from the most different academic backgrounds in primary health care. It was also verified that the realization of actions recommended

for the prevention and promotion of health aimed at people with obesity were almost non-existent. **Conclusions:** the data produced by this study contributed in the current reflection on the methods used for the obesity diagnosis, the public healthcare policies which are based on the offered care to these people, and how the behavior of the professionals towards the overweight or obese individuals has an important role of their treatment, moreover the constant necessity of the permanent awareness and education about the theme that contributes which contributes directly to reducing the social stigma that these individuals suffer from.

Keywords: public healthcare; obesity; social stigma; healthcare professionals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Atribuições da Atenção Primária à Saúde.....	20
Figura 2 – Mapa espacial dos Distritos Sanitários em João Pessoa (PB).....	30
Figura 3 - Fases da análise de conteúdo segundo Bardin.....	36
Quadro 1 - Distribuição de Unidades Básicas de Saúde em relação aos distritos sanitários de João Pessoa, 2022.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de profissionais da saúde da atenção básica de João Pessoa – PB, julho/setembro de 2022.....	44
Tabela 2 – Variáveis relacionadas ao peso dos profissionais da saúde da atenção básica de João Pessoa – PB, julho à setembro de 2022.....	45
Tabela 3 – Médias e desvio padrão por itens da Escala de Atitudes Antiobesidade. João Pessoa/PB, julho à setembro de 2022.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
EAA	Escala de Atitudes Antiobesidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
IHRSA	International Health, Racquet & Sportsclub Association
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SES-PB	Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
SISAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	As políticas públicas de saúde e a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade	18
2.2	Biopolítica dos corpos (raça, classe e gênero)	21
2.3	Estigma social e atitudes antiobesidade	23
2.4	Desafios para as práticas profissionais	25
3	OBJETIVO	28
3.1	Objetivo geral	28
3.2	Objetivo específico	28
4	METODOLOGIA	29
4.1	Tipo e local de realização da pesquisa	29
4.2	População e amostra	31
4.3	Critérios para seleção dos participantes	32
4.4	Critérios de Exclusão	32
4.5	Variáveis do Estudo	32
4.6	Instrumentos de coletas de dados	33
4.7	Análise dos dados	35
4.8	Aspectos éticos	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
	APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	75
	APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)	76
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA	78
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE ESTILO DE VIDA	80
	ANEXO C – ESCALA DE ATITUDES ANTI OBESIDADE	82

1 INTRODUÇÃO

O campo da saúde vem enfrentando os desafios de lidar com uma transição epidemiológica e nutricional nos últimos anos. De acordo com Silva (2017) a humanidade vem experienciando um aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade, bem como a diminuição da desnutrição, devido a mudanças desde socioeconômicas - como a expansão de centros urbanos e sua industrialização - até transformações nos estilos de vida, como os hábitos alimentares e de atividade física. Com o status de epidemia mundial atribuído à obesidade pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o ano 2000, começaram a ser instituídas políticas, ações e estratégias de combate à mesma capazes de influenciar os diversos determinantes relacionados: questões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, acesso à informação, à alimentação saudável, à viabilização de escolhas alimentares adequadas, entre outros (Ramos; Cruz, 2020).

Folmann *et al.* (2021) definem a obesidade como uma doença complexa que resulta de interações entre genética e múltiplos fatores ambientais, e tem como característica o acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. De acordo com Dias *et al.* (2017) o diagnóstico do sobrepeso e obesidade atualmente é realizado através do cálculo do índice de massa corporal (IMC), sendo este resultado do valor do peso em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado. Pelo seu caráter multifatorial, a obesidade é ainda um importante fator de risco para várias comorbidades, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, além de problemas psicossociais, sofrimento psíquico, transtornos mentais, baixa qualidade de vida, depressão e suicídio (Folmann *et al.*, 2021). Importante pontuar que alguns estudos apontam limitações em relação ao uso do IMC para diagnóstico, decorrentes de evidências que demonstram que, a depender da população estudada, o IMC possui baixa sensibilidade para identificar a adiposidade (Silveira *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (2022) afirma que atualmente 800 milhões de pessoas vivem com obesidade no mundo; Já um dado nacional do Brasil apontado pelo Mapa da Obesidade da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO, 2022) traz que a obesidade atinge cerca de 19,8% dos brasileiros, e ao demonstrar números regionais, aponta a capital da Paraíba, João Pessoa, com a taxa de 18,6% para homens e 21,8% para mulheres. Dados recentes do IBGE demonstram que o excesso de peso no Brasil

atinge 60,3% da população de 18 anos ou mais de idade, correspondendo a 96 milhões de pessoas e a proporção de pessoas com obesidade na população com 20 anos ou mais de idade dobrou no país entre 2003 e 2019, passando de 12,2% para 26,8% (IBGE, 2019).

Paralelamente a estas informações, o Relatório Global da International Health, Racquet & Sportsclub Association - IHRSA (2019) aponta o Brasil como o segundo país com mais academias de ginástica no ranking mundial, o primeiro com mais realização de cirurgias plásticas, e o segundo com mais cirurgias bariátricas. Dados coletados por uma enquete online aplicada pela Ipsos Global Advisor demonstram que o Brasil foi o país com mais ganho de peso desde o início da pandemia de covid-19, atingindo cerca de 52% da população (Bailey *et al.*, 2021).

Ao se compreender a obesidade como uma doença que vai além de sintomas e sinais físicos e questões biológicas, os aspectos psicossociais, culturais e biopolíticos devem ser considerados. A grande problemática se evidencia quando as políticas e estratégias fomentadas restringem-se a ações de cunho individual, responsabilizando unicamente o indivíduo por seu excesso de peso e pela possibilidade de perda dele, o que Paim e Kovalski (2020) chamam de “institucionalização de um projeto individual de emagrecimento”.

Documento construído pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde em 2014 intitulado “Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS” tem como ações prioritárias: a educação alimentar e nutricional, a orientação para melhores escolhas alimentares, a contribuição na construção de ambientes mais saudáveis, o favorecimento ao acesso de alimentos saudáveis, com estímulo ao compartilhamento das refeições, resgate e valorização da culinária tradicional, desenvolvimento de modos de produção ambiental e socialmente sustentáveis, regulação e controle dos alimentos, políticas públicas de promoção da saúde e atenção integral aos indivíduos que apresentam sobrepeso e/ou obesidade, de forma a garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS, 2014).

A Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006, dispõe sobre a Segurança Alimentar e Nutricional, e traz em seus artigos 2º e 3º a alimentação adequada como direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade dos indivíduos e indispensável à realização dos direitos da Constituição Federal, sendo dever do poder público adotar políticas e ações necessárias para promover e garantir a

segurança alimentar e nutricional da população. Ainda define a segurança alimentar e nutricional como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambientais, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”.

Apesar desta lei prever o acesso e disponibilidade dos alimentos, as estratégias prioritárias do Ministério da Saúde reforçam a ideia de que as modificações nos hábitos alimentares assumem importante papel na prevenção da obesidade. Considerando a gama de aspectos na vida do sujeito que influencia e é influenciado pelo excesso de peso é necessária a construção de um cuidado em saúde que visualize esses sujeitos e suas demandas em sua totalidade, e que esteja atenta às possibilidades de manejo que previne agravos e promova saúde a partir de cada história, cada corpo e cada singularidade (Reis *et al.*, 2011).

Paim e Kovalski (2020) citam estudos atuais que divergem de grande parte da literatura sobre o assunto e que pontuam o não aumento do risco de morte ligado à obesidade quando esta não vem acompanhada de outras comorbidades. Como exemplo, os autores trazem a pesquisa realizada por Kuk *et al.* (2018), que acompanhou 54.089 indivíduos em cinco estudos de coorte e comprovou que pessoas com obesidade metabolicamente saudáveis, diferentemente de pessoas com dislipidemia, diabetes ou hipertensão - doenças que isoladamente estão fortemente associadas ao alto risco de morte - não possuem taxa de mortalidade mais elevada. Ao fim, o estudo recomenda a necessidade de pesquisas que lancem luz aos possíveis benefícios advindos da recomendação de perda de peso em casos de obesidade metabolicamente saudável.

Atualmente existem divergências na discussão sobre a possibilidade de a obesidade realmente ser considerada uma doença, visto que há casos de pessoas com obesidade metabolicamente saudáveis que não apresentam nenhuma doença secundária ou comorbidade associada à obesidade (Johnson, 2018). Na contramão destes dados, alguns estudos de coorte prospectiva trazem em seus resultados que pessoas com obesidade conseguem se manter saudáveis por um certo período, porém, com o passar do tempo há prevalência de associação de surgimento de doenças cardiovasculares a obesidade metabolicamente saudável. O próprio conceito de obesidade metabolicamente saudável ainda está sendo discutido com

controvérsia, porém acredita-se que é um estado transicional para um status metabólico doente entre pessoas com obesidade com o passar do tempo; Portanto, a pessoa com obesidade que continuar obesa, poderá, em algum momento, desenvolver fatores de risco, resultando numa obesidade não saudável (Zhao *et al.*, 2019).

Apesar do debate em torno do fato de a obesidade ser doença ou não, segundo Baracat e Baracat (2016) além de ser um elemento da natureza, o corpo humano é uma construção cultural afetada e influenciada pelas regras sociais e reforçadas pela biopolítica. Na contemporaneidade, o físico idealizado que remete à saúde e bem-estar, além de ser referência estética, é o corpo jovem e magro. Enquanto isso, os indivíduos com obesidade são estereotipados como preguiçosos, incompetentes, sem força de vontade, desagradáveis e não atrativos fisicamente, além de culpados pelo seu excesso de peso (Cori; Petty; Alvarenga, 2015).

O fenômeno da obesidade vem sendo debatido em vários estudos importantes nos últimos anos, desde que esta começou a ser entendida como um grave problema de saúde pública. Porém, os estudos sobre a estigmatização dessas pessoas e os impactos que a gordofobia tem em suas vidas não seguiram o mesmo ritmo (Araújo *et al.*, 2018).

De acordo com Rubino *et al.* (2020) as atitudes de profissionais da saúde em relação ao sobrepeso e à obesidade influenciam diretamente na forma que estes ofertam o cuidado em saúde, com o potencial de gerar desdobramentos no surgimento e/ou agravamento de sofrimento psíquico nos indivíduos com obesidade de que cuidam, bem como na qualidade e continuidade do tratamento ofertado.

A escassez de estudos sobre o tema que é ainda considerado novo por muitos autores, leva à necessidade de se pensar em novas formas de analisar esta questão, principalmente no que tange o questionamento da forma que o corpo gordo é percebido na contemporaneidade, fato que pode levar à transformação e ao incentivo da educação em saúde sobre o estigma do peso nos meios acadêmicos e profissional, na mídia, na sociedade, nos governos e sobretudo nas instâncias fomentadoras de políticas públicas em saúde.

Gascón-Bacardí *et al.* (2015) apontam a América Latina com alta prevalência de obesidade tanto em adultos quanto em crianças, portanto, estudos desse tipo podem contribuir na redução de atitudes que tenham implicações negativas na vida de pessoas com obesidade, suas famílias e a sociedade em geral. O grande número

de estudos que demonstram presença de gordofobia entre profissionais (Cori; Petty; Alvarenga, 2015; Gascón-Bacardí *et al.*, 2015; Geissler; Korz, 2020) divergem das evidências de causas multifatoriais da obesidade. Medidas de sensibilização dos profissionais de saúde frente a esta questão que sejam baseadas em dados científicos que representem a realidade atual só serão possíveis após realização de estudos que avaliem as atitudes destes profissionais frente aos indivíduos obesos de quem cuidam.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As políticas públicas de saúde e a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade

Nos últimos 23 anos a obesidade transforma-se numa questão que demanda construção de políticas públicas no Brasil, e é através do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) que as principais ações são propostas e colocadas em prática (DIAS *et al.*, 2017). O primeiro esforço governamental neste sentido levou a construção da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) primeiramente definida em 1999, e revisada em 2012 e que dispõe sobre a proteção e promoção dos direitos humanos à saúde e à alimentação, através da melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, da promoção de práticas alimentares saudáveis, da vigilância alimentar e nutricional, da prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. A PNAN se organiza em diretrizes que focam na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição. Além disso, dispõe a atenção básica como ordenadora dessas estratégias e trabalha de forma integrada às demais redes de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) foi instituído pelo governo federal através da Lei Nº 11.346 de 15 de setembro de 2006, num compromisso não somente com a questão da obesidade, mas também objetivando o combate à fome e à miséria brasileira (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2022). De acordo com Dias *et al.* (2017) o SISAN trata desde produção até o consumo dos alimentos e organiza as ações através de planos intersetoriais entre os vários ministérios, e por isso, o diálogo existente entre estas diferentes instâncias gera um processo complexo de tomada de decisões em relação às políticas planejadas, visto a existência de diversos conflitos de interesses. Por exemplo, medidas que responsabilizam unicamente o indivíduo em relação a sua mudança de hábito alimentar e nutricional favorecem os desejos comerciais da indústria alimentícia. Na contramão, medidas que objetivem a transformação de ambientes obesogênicos, como a regulação do marketing de alimentos tem o potencial de afetar interesses comerciais. Segundo Silva *et al.* (2019) ambientes obesogênicos são entendidos

como locais que oferecem poucas oportunidades de escolha de alimentos e escassas opções e estruturas de prática de atividade física.

A dificuldade governamental de lidar com os interesses das empresas alimentícias é apontado por Santarelli *et al.* (2017) que ao considerar o cenário político-econômico do Brasil contemporâneo, aponta o retorno agressivo do neoliberalismo comercial, que zela pela proteção do capital e gera retrocesso na viabilização dos direitos conquistados. Um exemplo discutido pelo autor é o desmonte das ações do Estado no fomento de sistemas sustentáveis de produção e consumo de alimentos nutricionalmente favoráveis à saúde populacional.

Após a criação do SISAN, o próximo passo do Ministério da Saúde foi o estabelecimento da Linha de Cuidado para Obesidade (Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013), que fazia parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013). No Manual Instrutivo desta linha de cuidado, publicado em 2014, fica retratado o estabelecimento de um pacto entre os diversos serviços e atores da RAS; a construção de fluxos de referência e contra referência voltados a usuários com obesidade no SUS; a organização dos pontos de atenção e as ações que devem ser desenvolvidas nos diferentes níveis de complexidade e nos sistemas de apoio, entre outras. Um dos principais objetivos da Linha de Cuidado é, ao fim, facilitar o acesso do usuário aos serviços e práticas de cuidado dos quais necessita.

As preocupações do ministério pela promoção de uma alimentação adequada e saudável são formalizadas com o passar dos anos através de várias políticas, marcos, manuais e guias para profissionais e usuários do SUS. Dentre estes estão, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), a Política Nacional de Promoção da Saúde, os Guias Alimentares para a População de 2006 e 2014, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional, os Planos e Estratégias intersetoriais de prevenção e controle da obesidade, entre outros (Henriques *et al.*, 2020).

Outro documento importante que trata da prevenção e promoção de saúde em relação a alimentação saudável são os Cadernos de Atenção Básica cuja publicação tem o objetivo de fornecer aos profissionais de saúde da atenção primária do SUS, em especial as equipes da Estratégia de Saúde da Família suporte teórico e prático no cuidado à pessoa com obesidade, com foco nas perspectivas alimentar e nutricional. Promovendo um trabalho integralizado, os cadernos preveem

a inclusão da abordagem nutricional como práticas cotidianas dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Figura 1 - Atribuições da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde (aps) do sistema único de saúde (2021)

Este documento, baseado nos Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN publicado em 2008, recomenda o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) para os profissionais como estratégia para diagnóstico da obesidade de forma rápida, de baixo custo e não invasiva. Alguns autores, como Dias *et al.* (2017) problematizam o uso atual do IMC, apesar do seu status e uso internacional já que este não mede a composição corporal, demonstrando uma possível inconsistência quanto ao seu uso da obesidade que é conceitualizada como uma doença cuja principal característica é o acúmulo de gordura.

Ainda de acordo com Dias *et al.* (2017) a obesidade vem sendo manejada pela ótica da epidemiologia, gerando intervenções restritas à dimensão biológica que focam mais no tratamento da doença já instalada do que na sua prevenção, e que não contribuem na diminuição dos dados de prevalência. As ações priorizadas pelas políticas e manuais são prescritivas e não favorecem uma mudança realista para os indivíduos. Não obstante, o que se observa é uma baixa adesão ao tratamento

individualizado, na medida que apesar dos esforços pessoais para mudança de práticas e comportamento alimentar, os indivíduos continuam vivenciando uma realidade com as mesmas pressões estéticas e ambientes obesogênicos. Desta forma, no processo de construção de políticas públicas deve-se atentar para evitar a dualidade existente entre medidas individuais e medidas ambientais, mas sim estar sempre visualizando a obesidade através de sua complexidade e dos desafios contemporâneos para lidar com a questão.

2.2 Biopolítica dos corpos (raça, classe e gênero)

Jesus (2021) aponta o fenômeno da fome como problemática global, e diz que no Brasil, aparece como o principal indicador do subdesenvolvimento nacional derivado da má distribuição de recursos entre a população. O modelo sociopolítico vigente é produtor da desnutrição e obesidade populacional, e apesar do antagonismo destes diagnósticos, ambos são resultantes de uma prática alimentar prejudicada e acomete uma significativa parcela da população brasileira e mundial.

Alguns estudos vêm demonstrando a existência e o impacto das desigualdades socioeconômicas em relação ao excesso de peso, além de que o nível de desenvolvimento socioeconômico dos países tem importante papel nessa associação. Ferreira e Andrade (2021) citam estudos realizados em países ricos cujos resultados apontaram que o excesso de peso em adolescentes é mais prevalente entre indivíduos com piores condições socioeconômicas, enquanto o inverso ocorre nos países em desenvolvimento. As variáveis socioeconômicas avaliadas incluíram renda familiar, escolaridade e ocupação dos pais.

O que justifica a menor prevalência do excesso de peso em pessoas com piores condições socioeconômicas nos países em desenvolvimento é o maior gasto calórico entre os mais pobres e a dificuldade de acesso a alimentos saudáveis. O consumo de alguns alimentos de uma dieta saudável no Brasil, como arroz, feijão, peixe e farinha diminui à medida que a renda familiar aumenta. Já a ingestão de alguns alimentos de maior custo tanto saudáveis (frutas, verduras e laticínios) quanto de alimentos não saudáveis (pizzas, refrigerantes, salgados e doces) tem seu aumento associado a uma maior renda familiar. No Brasil, o que resulta das mudanças socioeconômicas é uma ampliação do acesso a alimentos não saudáveis, de forma que atualmente as famílias mais pobres têm maior chance de ingerir fontes

de calorias mais baratas, advindas de alimentos ultra processados com alto teor de gordura, açúcares e densidade energética, além de baixos valores nutricionais de minerais e vitaminas (Ferreira; Andrade, 2021).

Isto demonstra que além dos hábitos e preferências alimentares, a renda, acesso, sistema alimentar disponível e publicidade dos alimentos também tem grande influência nos índices de desnutrição e obesidade no Brasil. Dá-se aí, a importância de estratégias de saúde pública que sempre considerem os determinantes sociais de saúde (DIAS *et al.*, 2017).

Entender quais são os traços dos grupos expostos a má nutrição, ou seja, como os extratos étnico-raciais, de gênero e socioeconômicos operam nessa associação com estado nutricional e quais são as possibilidades reais de minimizar o adoecimento por causas evitáveis. No estudo realizado por Jesus (2021) que objetivava descrever e analisar o estado nutricional da população brasileira com base na raça/cor, estratos socioeconômicos e demográficos a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 do IBGE, os resultados demonstram que os indicadores do estado nutricional de crianças e adultos apresentam comportamentos variáveis de acordo com a raça/cor da pele e que às condições socioeconômicas mostram iniquidades que são somatórias a raça/cor. Pretos, pardos e indígenas são os mais afetados pelas desigualdades raciais e sociais, diretamente atravessados pelo racismo.

Okara *et al.* (2020) apontam que embora a relação entre ganho de peso e fatores sociodemográficos seja muito estudada, pesquisas que avaliem diretamente a raça/etnia ainda são raras. Além disso, é necessário considerar o racismo estrutural como corresponsável pelas disparidades no cuidado ofertado, capaz de manter e/ou produzir vulnerabilidade nos grupos sociais afetados pelo racismo, como por exemplo: no modo que estes são acolhidos nos serviços, na baixa produção de informações que levem a raça/cor como variável significativa e na dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde em todos os níveis de complexidade. Desta forma, é necessário que raça/cor, gênero e nível socioeconômico seja considerado nas estratégias, políticas, ações, serviços e práticas de cuidado coletivas e individuais de promoção, proteção e recuperação da saúde, especialmente quando se trata do cuidado à pessoa com obesidade.

Em relação à disparidade de gênero, na última década as prevalências de obesidade entre mulheres vêm aumentando exponencialmente, enquanto o mesmo

não pode ser observado entre os homens (Flegal *et al.*, 2016). Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, que examinou as diferenças de gênero, raça e etnia associadas à insegurança alimentar e sobrepeso/obesidade em adultos de 18 a 59 anos, os achados indicaram que uma maior porcentagem de mulheres negras e hispânicas tinham sobrepeso/obesidade e insegurança alimentar quando comparadas às mulheres brancas. Isso pode estar relacionado a vários fatores. Geralmente, homens não são responsáveis pela compra e preparo dos alimentos, e muitas vezes nunca possuem a preocupação de recorrer a estratégias que as mulheres usam para lidar com a falta de alimentos. Por exemplo, algumas mulheres do estudo citado acima afirmam enviar seus filhos para a casa de algum amigo ou parente para uma refeição, penhoram/vendem seus objetos para conseguir dinheiro e atrasam pagamento de contas como métodos para conseguir manter ou aumentar o suprimento de comida. Além disso, mulheres em insegurança alimentar tendem a se alimentar com alimentos de baixa qualidade. Portanto, por mais que homens estejam conscientes da escassez de alimentos em casa, eles muitas vezes não estão conscientes da severidade da situação assim como as mulheres. Conseqüentemente, homens acabam apresentando menos ansiedade em relação a de onde virá a próxima refeição, quando comparado às mulheres. Como a ansiedade e estresse são respostas psicológicas relacionadas à obesidade, este se mostra um dado significativo para exemplificar essas disparidades de gênero (Hernandez; Reesor; Murillo, 2017).

2.3 Estigma social e atitudes antiobesidade

O termo gordofobia vem sendo utilizado para representar formas de opressão (sociais, midiáticas, científicas e culturais), demonstrando a desvalorização, hostilização e estigma de pessoas com sobrepeso e/ou obesidade, e a supervalorização e validação da magreza. Assim, a gordofobia situa-se como processo de discriminação social das pessoas que não fazem parte do padrão corporal de beleza considerada ideal, auxiliada pelo discurso da ciência médica e da estética midiática e social (Araújo *et al.*, 2018).

Segundo Rubino *et al.* (2020) os danos causados pelo estigma do peso vão além do plano individual. A visão prevalente de que obesidade é uma escolha e que pode ser revertida apenas por vontade própria e decisões de comer menos e se

exercitar mais podem exercer influências negativas nas políticas de saúde pública, acesso a tratamentos e pesquisas.

Wu e Berry (2018) apontam que o estigma relacionado à obesidade resulta em graves danos a pessoas com excesso de peso, tanto de ordem física quanto psicossocial. Esta percepção negativa associada aos corpos obesos pode ser responsável pelo surgimento de sentimentos de inferioridade, inadequação social e fragilidade emocional; além disto, a constante baixa autoestima e preocupação com o corpo são fenômenos propícios ao sofrimento psíquico e a alguns transtornos mentais, comportamentos depressivos, transtornos do comportamento alimentar, entre outras (Taroza; Pessa, 2020).

Ainda de acordo com Taroza e Pessa (2020) é importante salientar que tanto o estigma sofrido por estar obeso pode favorecer o surgimento destes transtornos e sintomas, quanto estes podem contribuir para o excesso de peso/obesidade. Portanto, esta relação de mão dupla entre a saúde mental e a obesidade dá luz às formas que a estigmatização social e a estereotipização em relação ao peso impactam na saúde dos indivíduos.

Outros fenômenos relacionados ao estigma do peso e a busca pelo corpo “ideal” e que são de acordo com Buker e Klein (2020), contemporâneos e fortalecidos a partir da proliferação midiática, são o uso de medicamentos e/ou intervenções cirúrgicas, vistas como alternativas “rápidas”, “de baixo custo” e “acessíveis” a indivíduos que são levados a viver em constante insatisfação em relação ao próprio corpo.

Estudos experimentais mostraram paradoxalmente que a exposição de indivíduos a situações gordofóbicas resultaram em um consumo maior de alimentos, independente do Índice de Massa Corporal. Outros estudos caso-controle randomizados demonstraram que a experiência de sofrer estigma do peso está ligada a baixos níveis de realização de atividade física e aumento da evasão à prática de exercícios, maior consumo de dietas não saudáveis e de comportamentos sedentários, além de contribuir com maior ganho de peso ao longo do tempo, aumentando o risco de transição de sobrepeso para obesidade tanto em adultos quanto em adolescentes (Rubino, 2020).

Isto acontece porque a desvalorização externa interfere na autoavaliação interna dos indivíduos, no sentido que a forma que cada pessoa se vê também é influenciada pela forma que é vista pelos outros. Assim, pessoas com obesidade que

sofrem preconceito deixam de assimilar suas características positivas e seu peso transforma-se no seu principal foco, mantendo a autoavaliação negativa. Ao se perceber acima do peso e reconhecer que a condição é desvalorizada socialmente e culturalmente, passa a considerar essa como sua principal característica (Tarozi; Pessa, 2020).

Kubota (2014) em sua pesquisa sobre saúde estudantil traz resultados que indicam que estudantes que se identificam como “muito gordos” ou “muito magros” têm maior probabilidade de adotar comportamentos de risco, como consumo abusivo de drogas ilícitas, álcool cigarros e laxantes (ou indução do próprio vômito) quando comparados com estudantes que se consideram eutróficos. A probabilidade de sofrer bullying ou se tornar um bully, ou seja, uma pessoa que expõe outras repetidamente a atos negativos, com a intenção de ferir ou machucar também aumenta, e existem evidências científicas da associação entre a exposição ao bullying e diversos problemas de saúde, tais como ansiedade, baixa autoestima, depressão, automutilação e ideação suicida. Há também maior risco em desenvolver transtornos alimentares e uso abusivo de substâncias lícitas e ilícitas, além dos impactos a longo prazo que podem afetar esses indivíduos até a vida adulta (Russo, 2020).

2.4. Desafios para as práticas profissionais

Em relação às práticas de cuidado em saúde, relatos de usuários considerados com obesidade indicam que os profissionais de saúde são uma fonte importante de preconceito. Profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, profissionais de educação física e nutricionistas são apontados como propagadores de atitudes preconceituosas, inclusive entre especialistas em obesidade (Cori; Petty; Alvarenga, 2015).

É possível constatar presença de gordofobia inclusive durante o período de formação acadêmica destes profissionais. Um estudo realizado no México com estudantes do curso de nutrição demonstrou presença de gordofobia, com prevalência de atitudes negativas em relação a pessoas com obesidade em 88% da amostra estudada. Usando a mesma metodologia, outro estudo foi realizado com 528 alunos do primeiro ano de psicologia e medicina, e apenas 7% da amostra teve crenças e atitudes neutras/positivas em relação à obesidade. Paralelo a estes

resultados, a prevalência de gordofobia em estudantes do quinto ano de medicina em relação aos do primeiro ano foi bem maior, sugerindo que o ambiente acadêmico do curso favorece atitudes preconceituosas em relação a pessoas com obesidade (Gascón-Bacardí *et al.*, 2015).

É importante salientar que ao mesmo tempo que estas formas de reprodução de preconceito e estigma relacionados ao peso são identificados, encontra-se também nas políticas públicas e nas ações e estratégias direcionadas pela linha de cuidado à pessoas com obesidade a escassez de possibilidades de cuidado em saúde que façam uso ampliado do conceito de saúde, principalmente ao questionar o saber hegemônico que como constatado, compreende obesidade enquanto doença.

O seguinte questionamento levantado num estudo realizado em 2020 é interessante: “Por que, mesmo já sendo consenso que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, ainda é preponderante entre os profissionais a visão de que a obesidade é responsabilidade do sujeito e que os fatores externos possuem menor impacto?” (Paim; Kovaleski, 2020).

Por que ainda é encontrado nas políticas públicas estratégias que colocam os indivíduos como únicos responsáveis pelo processo de adoecimento, tratamento e cura em relação à obesidade? Será que as ações e estratégias utilizadas consideram questões biopolíticas de raça, classe social e gênero?

Ainda de acordo com Paim e Kovaleski (2020) a saúde pública vem de forma progressiva restringindo as estratégias de intervenções ao âmbito comportamental individual, retirando a responsabilização de políticas, serviços e profissionais sobre o processo saúde-doença.

“Nesse contexto, torna-se imperativo reconhecer os limites técnicos e éticos das tradicionais intervenções biomédicas diante da baixa resolutividade dessas intervenções, pois elas não têm sido efetivas na redução da prevalência da obesidade, tendo em vista que a epidemia obesidade não foi revertida em nenhuma população pelas medidas de saúde pública atualmente utilizadas (Paim; Kovaleski, 2020, p. 10)”.

Em estudo realizado por Geissler e Korz (2020), os resultados mostram a necessidade de compreensão da complexidade da obesidade por parte dos profissionais, cuja principal ferramenta para isso deve ser a sensibilização dos mesmos para desenvolvimento de um olhar mais humanizado frente ao cuidado em

saúde de pessoas gordas. Para tal, é levantada a importância de mais pesquisas que levem em conta o estigma do peso entre profissionais da saúde.

Ouvir as pessoas com obesidade, acolher suas demandas, centralizá-las no processo de cuidado apresentando uma conduta livre de preconceitos é o foco que deve ser direcionado no combate ao estigma da obesidade no cuidado em saúde, e que deve ser sempre entendido enquanto uma responsabilidade coletiva, tanto dos profissionais do setor público e privado, quanto dos atores e instituições que possuem o poder de implementar políticas públicas e estratégias de intervenção e mudança desta realidade (Ramos, 2022).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as crenças e atitudes antiobesidade promovidas pelos profissionais de saúde em relação às pessoas com obesidade, e sua possível relação com as práticas de cuidado na atenção básica à saúde no município de João Pessoa - Paraíba.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e estado nutricional dos profissionais de saúde;
- Identificar a presença de crenças e atitudes antiobesidade entre os profissionais da saúde;
- Analisar de que forma estas crenças se relacionam com as práticas de cuidado à pessoa com obesidade.

4 METODOLOGIA

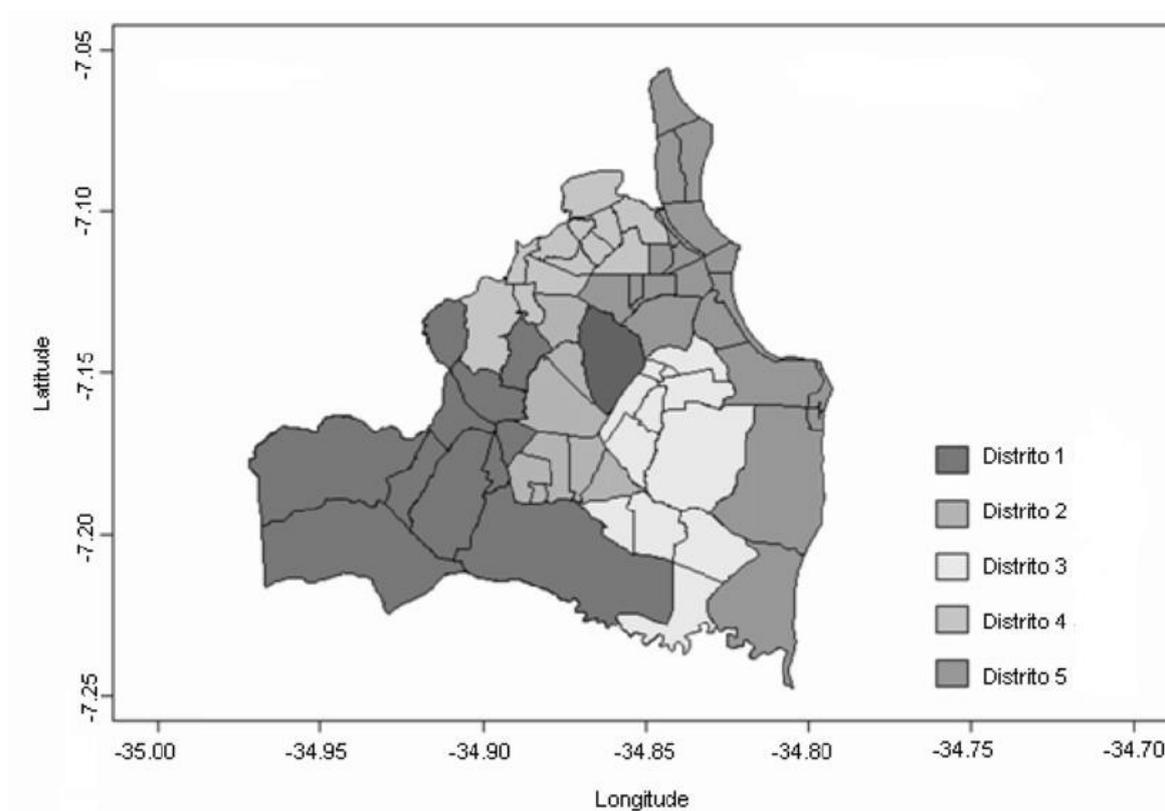
4.1 Tipo e local de realização da pesquisa

Esta pesquisa é parte integrante do Projeto de Pesquisa, Extensão e Formação de Gestores e Trabalhadores da Atenção Primária em Saúde para Controle e Enfrentamento da Obesidade na Paraíba, financiado pelo CNPQ/Ministério da Saúde (processo nº439719/2018-6) e desenvolvido pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Universidade Federal da Paraíba - UFPB e Universidade Federal de Campina Grande – UFCG apoiado pela Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba.

Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa e uma etapa inicial descritiva exploratória, com recorte transversal e coleta de dados primários. Diante dos objetivos elencados, a utilização do método qualitativo faz-se essencial, na medida que auxilia na obtenção de dados descritivos sob a ótica da investigação crítica, ao focar nas relações humanas em diversos ambientes, bem como na complexidade dos fenômenos que surgem dessas relações, a fim de traduzir, interpretar e dar sentido aos fatos e acontecimentos (Rodrigues, Oliveira e Santos, 2021).

Quanto ao local da pesquisa, o estado da Paraíba, segundo estimativa de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma população de 4.018.127 habitantes distribuída em uma área de 56.469 km², com uma densidade demográfica total de 70,77 habitantes/km. A regionalização da saúde na Paraíba faz com que seus 223 municípios sejam divididos em 16 regiões de saúde, e estas, por sua vez, separadas geograficamente em 3 macrorregiões (SES-PB, 2020). O estudo foi desenvolvido com profissionais da saúde trabalhadores de serviços públicos da atenção básica da capital da Paraíba: João Pessoa.

João Pessoa está localizada no litoral do estado, atualmente sua população estimada é de 817.511 pessoas e seu IDHM é 0,763 (IBGE 2010, 2020). O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (2022) informa que a capital tem 96 Unidades Básicas de Saúde e conta com 2689 profissionais de saúde no seu quadro. A distribuição dos distritos sanitários e as respectivas quantidades de UBS por distrito estão apresentadas na Figura 2 e Quadro 1 a seguir.

Figura 2 - Mapa espacial dos Distritos Sanitários em João Pessoa (PB)

Fonte: Araújo *et. al.*, (2015)

Quadro 1 - Distribuição de Unidades Básicas de Saúde em relação aos distritos sanitários de João Pessoa, 2022.

DISTRITO SANITÁRIO	QUANTIDADE DE UBS
Distrito Sanitário I	28
Distrito Sanitário II	17
Distrito Sanitário III	18
Distrito Sanitário IV	19
Distrito Sanitário V	14
Total	96

Fonte: Prefeitura de João Pessoa, 2022.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), alguns serviços são apontados como estratégicos nesta perspectiva de cuidado em saúde: na atenção básica são as Unidades Básicas de Saúde da Família, os Núcleo de Apoio à Saúde da Família, rebatizado em 2017 pela nova Política Nacional de Atenção Básica de Núcleo

Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), e as Academias da Saúde; e na atenção especializada os serviços constituintes dos níveis secundário e terciário especializados ambulatorial e hospitalar; por fim, nas ações dos sistemas de apoio e logísticos: os serviços que realizam exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, assistência farmacêutica e transporte sanitário.

Dos serviços que trabalham nesta perspectiva no estado da Paraíba, o presente estudo foca em profissionais que atuam na atenção básica. A importância de se pesquisar na atenção primária à saúde encontra justificativa no fato desta ser a porta de entrada e primeiro contato dos usuários do Sistema Único à Saúde a seus serviços e estratégias de cuidado, além de se apresentar como uma alternativa ao modelo biomédico ao propor trabalho multidisciplinar e territorial, de tecnologias leves, baseado em vínculo, acolhimento e comunidade (Jesus et al., 2022).

4.2 População e Amostra

A capital João Pessoa, da primeira macrorregião de saúde, segundo o CNES conta com o quadro profissional da atenção básica composto por 225 enfermeiros, 120 médicos, 22 profissionais de educação física, 38 psicólogos, 43 nutricionistas, 36 assistentes sociais, 68 farmacêuticos, 199 dentistas, 70 fisioterapeutas, 201 técnicos de enfermagem e 1377 agentes comunitários de saúde, num total de 2399 profissionais.

As Unidades Básicas de Saúde selecionadas para participar do estudo foram as apontadas pelos gerentes distritais como sendo as que possuem maior número de profissionais da saúde na sua equipe. As entrevistas eram agendadas através de contato telefônico com os gerentes das UBS. Foram visitadas 8 Unidades Básicas de Saúde em 4 dos 5 Distritos Sanitários. Os profissionais selecionados foram os que fizeram parte dos critérios de inclusão, e que aceitaram participar da pesquisa, caracterizando-se uma amostragem por conveniência. De acordo com Freitas (2018) a amostra por conveniência é definida pela seleção de participantes a partir da colaboração e disponibilidade destes. Eram abordados todos os profissionais que estavam presentes nos dias agendados. Os profissionais eram abordados na Unidade Básica de Saúde ao decorrer da pesquisa, até que foi atingido o ponto de saturação teórica (Minayo., 2017). No total, 25 profissionais participaram da

pesquisa, 8 enfermeiros, 3 médicos, 5 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, 3 farmacêuticos, 2 nutricionistas, 1 assistente social e 1 Agente Comunitário de Saúde.

4.3 Critérios para seleção dos participantes

Ser profissional da saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, dentista, nutricionista, assistente social, farmacêutico, profissional de educação física, fisioterapeuta, técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde) alocado em serviço público da atenção básica de saúde em João Pessoa.

4.4 Critérios de Exclusão

Estar afastado do trabalho no período da coleta de dados por se encontrar em período de gestação, doença, férias, licença ou outra razão.

Foram consideradas três tentativas de contato em horários e dias diferentes.

4.5 Variáveis do Estudo

Idade: em anos;

Gênero: feminino, masculino e outros;

Raça/Etnia: branca, preta, amarela, parda, indígena e outras;

Estado civil: solteiro, casado/união estável, separado/divorciado e viúvo;

Grau de escolaridade: curso superior completo, especialização/residência, mestrado e doutorado;

Atuação profissional: formação acadêmica, serviço de trabalho, tempo de trabalho no serviço (em anos), tempo de trabalho na profissão (em anos);

Peso: em quilos;

Altura: em metros;

Índice de Massa Corporal (IMC): Resultado pela razão entre o peso (em quilogramas) e o quadrado do valor da estatura (em metros) e seguindo os níveis: baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²), eutrófico (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²), obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (IMC > 40 kg/m²) (Feitosa-Filho et al., 2019).

Histórico e estado nutricional: se já teve sobrepeso/obesidade, se já utilizou algum método para perda de peso, número de vezes que fez tratamento para perda de

peso, se possui casos de obesidade na família, se se considera atualmente com sobrepeso/obesidade.

Atitudes e Crenças em relação ao sobrepeso e obesidade (avaliado através da Escala de Atitudes Antiobesidade e Entrevista Semiestruturada).

4.6 Instrumentos de coletas de dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2022 de forma presencial, através de dois instrumentos estruturados e um semiestruturado. Inicialmente foi enviado ofício para a Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, contendo uma cópia do parecer de aprovação do comitê de ética (ANEXO A) em pesquisa e solicitando autorização da realização da pesquisa. Após aprovação da SMS para realização do projeto, foi solicitado ofício dos distritos sanitários para autorização de ida às UBS a fim de realizar a coleta de dados. Neste momento também foram disponibilizados os contatos telefônicos dos gerentes das UBS para agendamento da ida ao serviço. A autorização dos profissionais foi solicitada através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), por meio do qual eram orientados em relação aos objetivos, critérios e finalidade do estudo. Os dados foram coletados com a presença do pesquisador no local, através de aplicação de dois instrumentos autorreferidos, intitulados “Questionário de Estilo de Vida” (ANEXO B) e a “Escala de Atitudes Antiobesidade” (ANEXO C), e uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE B).

O primeiro questionário com 17 itens contém informações sociodemográficas e nutricionais dos participantes, como idade, gênero, raça, escolaridade, qual serviço de saúde trabalha, quanto tempo trabalha no serviço, quanto tempo trabalha como profissional de saúde, se já teve sobrepeso ou obesidade, qual método utilizou para perda de peso, quantas vezes fez tratamentos para perda de peso, se o (a) participante se considera com sobrepeso ou obesidade atualmente e se possui casos de obesidade na família. Além destas informações, também foram solicitadas medidas referidas de peso (em quilos-kg), e a altura (em metros-m), para realização a posteriori do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

O segundo instrumento aplicado para avaliação de estigma social em relação ao peso foi desenvolvido por Lewis et al. em 1997, e no Brasil já está traduzido, adaptado e validado através de estudo realizado em 2018 por Obara e Alvarenga. Trata-se da Escala de Atitudes Antiobesidade constituída por 34 questões

subdivididas em três escalas: “depreciação social e do caráter”, com 15 itens que estimam a atribuição de características pessoais socialmente indesejáveis e desprezo social em relação a pessoas gordas; a segunda subescala é a de “não atratividade física e romântica”, e possui 10 itens que demonstram percepções de que pessoas gordas não são atraentes e são inaceitáveis como parceiros românticos; por fim, a última subescala chama-se “controle do peso e culpa”, e conta com 9 itens que avaliam crenças relacionadas a responsabilidade de pessoas gordas por seu excesso de peso, ao levantar o embate comportamento versus genética.

Cada item possui cinco opções de resposta em escala likert, sendo ‘não concordo com nada’, ‘não concordo com a maior parte’, ‘nem concordo nem concordo’, ‘concordo com a maior parte’ e ‘concordo totalmente’; com pontuação entre 1 e 5. É importante salientar que dentre os 34 itens, 6 possuem escala inversa identificadas no questionário através de um asterisco (*). De acordo com os autores Obara e Alvarenga (2018) o EAA possui muitas afirmações negativas em relação a pessoas percebidas como “gordas” ou obesas. Os 6 itens de escala inversa são itens semelhantes aos demais, porém possuem o sentido de resposta invertido, sendo essa uma estratégia da criação das escalas para garantir respostas não aleatórias.

A escolha pela entrevista semiestruturada para coleta dos dados qualitativos é justificada pela sua própria finalidade, visto que permite ao pesquisador um diálogo com a amostra da pesquisa que auxilia na descrição e apresentação dos aspectos particulares do contexto estudado, e além disto, a inferência de sentidos e significados ao produzido. Sempre alinhada aos objetivos da pesquisa, a entrevista resulta numa série de informações com riquezas de detalhes típica da abordagem qualitativa (Silva, Oliveira e Salge, 2021). Todos os materiais para coleta de dados foram impressos e entregues aos profissionais, exceto a entrevista, que ocorreu por meio de gravação de voz através do Aplicativo de Gravação de Voz para Android. As entrevistas semiestruturadas deste estudo ocorreram em salas reservadas apontadas pelos gerentes das UBS e variaram entre 3 e 12 minutos. Desta forma, a entrevista semiestruturada deste estudo foi composta pelas perguntas norteadoras: Qual a sua compreensão sobre o cuidado ofertado à pessoa com obesidade? Quais fatores você associa a uma pessoa com obesidade? Quais práticas do seu dia a dia

de trabalho são voltadas ao cuidado às pessoas com obesidade? Quais estratégias você acredita serem as mais eficazes no controle e/ou tentativa de perda de peso?

4.7 Análise dos dados

Os dados descritivos coletados foram tabulados em duplicata no programa Microsoft Excel®, versão 19. Após a realização da coleta e tabulação dos dados, estes foram organizados, codificados e analisados quanto à sua consistência. Em seguida, foram analisados através de estatística descritiva e inferencial no programa SPSS®, versão 22.0.

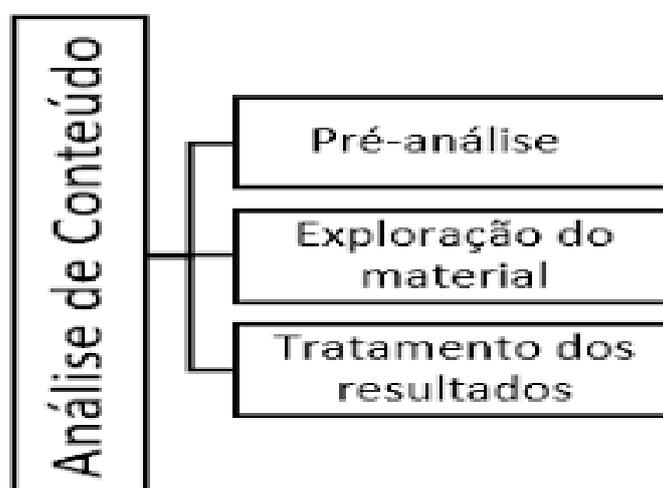
Foi realizada uma análise descritiva na qual as variáveis categóricas estão apresentadas com frequência absoluta e relativa. As variáveis foram representadas com a medida de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil). Para descrição dos itens do questionário que inferem as atitudes antiobesidade, estão pontuadas através de escala de likert com pontuação de 1 a 5, sendo quanto maior o grau de atitude antiobesidade, maior a pontuação, exceto nos 6 itens onde a pontuação da escala está representada de forma inversa. Não há ponto de corte preconizado na construção da EAA.

Os dados qualitativos foram elaborados utilizando o pacote GoogleDocs do Google Drive para transcrição textual das respostas obtidas com as gravações das entrevistas semiestruturadas. O processo de análise qualitativa das entrevistas se deu através da transcrição, sistematização, leituras e releituras dos dados coletados. Na análise das entrevistas observou-se quais assuntos e temas surgiram com mais frequência, e foi justamente o que definiu as categorias emergentes de análise dos dados. O processamento do corpus foi constituído por 23 páginas de unidades de análise (transcrição das entrevistas), 100 parágrafos, equivalentes às respostas dos 25 profissionais às 4 questões das entrevistas, onde os sujeitos eram identificados pelo código E (entrevistado) e o número da entrevista (1, 2, 3...). Para sua observação, foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (1979), técnica de análise que examina detalhadamente as comunicações coletadas na pesquisa, considerando as observações do pesquisador bem como a semântica por trás do discurso, buscando inferi-lo através de uma:

“operação lógica que permite a admissão de uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (Bardin, 1979, p. 39).

Ou seja, esta técnica permite a produção de sentido através das falas coletadas. De acordo com Bardin (1979), a análise de conteúdo deve ser realizada com base em três procedimentos que seguem ordem sequencial: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Figura 3 - Fases da análise de conteúdo segundo Bardin



Fonte: Alves, Filho e Henrique (2015).

A primeira etapa, chamada de pré-análise, consiste no planejamento de uma análise de conteúdo. Selecionam-se os documentos a serem analisados, e se formulam as questões e hipóteses de trabalho. Alguns procedimentos são indicados, como a exaustividade da comunicação; a representatividade da amostra; a igualdade de temáticas, métodos e indivíduos para toda análise; a adaptação dos documentos para o objetivo da pesquisa e a categorização do produto. Esses procedimentos são responsáveis por aumentar a validade e a confiabilidade dos resultados. No segundo passo, de exploração do material, o pesquisador deve codificar os dados e agregar em unidades de registro, que são escolhidas nesta etapa, bem como as categorias. Bardin salienta o fato de que a mesma informação não pode ser categorizada em subgrupos diferentes, evitando-se gerar inconsistência nas inferências. A terceira e última fase são os tratamentos dos dados, resumidos pela inferência e interpretação. É aqui onde se confronta os

resultados com o referencial teórico utilizado, ou seja, onde se dá significado aos resultados (Bardin, 1979).

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e seus complementares e com a Resolução outorgada pelo decreto nº 93.933, de 24 de janeiro de 1997, afirmando o cumprimento com os direitos e deveres zelados pela comunidade científica, para os sujeitos da pesquisa e do estado. O estudo só foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 58267622.7.0000.5187) com seres humanos da UEPB e com as possíveis adequações recomendadas por esta instância.

Aos serviços de saúde foram entregues uma carta de apresentação do projeto, bem como Ofício de deferimento da realização da pesquisa da Gerência de Educação em Saúde e das sedes dos Distritos Sanitários. Com os profissionais foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), bem como do Termo de Autorização de Gravação de Voz (APÊNDICE C). O TCLE foi elaborado em linguagem clara, simples e objetiva e durante a leitura houve um momento para retirada de possíveis dúvidas. Os participantes tiveram o direito de negar sua participação na pesquisa ou dela desistir, a qualquer momento, assim como estavam garantidas a privacidade, confidencialidade e anonimato de todas as suas informações. Os questionários e formulários serão arquivados por um período mínimo de cinco anos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo estão apresentados sob o formato de artigo científico, no qual verifica-se as crenças e atitudes de profissionais da saúde que atuam nas unidades de saúde da família da rede de atenção básica de João Pessoa – PB, em relação a pessoas com obesidade.

Esse artigo foi submetido à revista Cadernos de Saúde Pública, qualis A2 para Saúde Pública.

CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Júlia Ramos Vieira¹, Carla Campos Muniz Medeiros²

¹Psicóloga. Especialista em Saúde Mental. Mestrando em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSP/UEPB), Campina Grande, Paraíba. ²Médica Endocrinologista Pediátrica. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSP/UEPB), Campina Grande, Paraíba.

CORRESPONDÊNCIAS: Júlia Ramos Vieira. Rua Malaquita Souza do Ó, Nº 161, Bairro - Mirante. Campina Grande, Paraíba, Brasil. CEP: 58.407-563. E-mail: julia_ramosvieira@hotmail.com.

RESUMO

A obesidade apresenta-se como um dos graves problemas de saúde pública, impactando tanto a saúde física quanto mental dos indivíduos. Este trabalho objetiva avaliar crenças e atitudes de profissionais da saúde em relação às pessoas com obesidade na atenção básica do município de João Pessoa. Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa com uma etapa inicial descritiva, envolvendo 25 profissionais da atenção primária à saúde. A coleta de dados foi realizada entre julho e setembro de 2022 através de um instrumento estruturado traduzido e adaptado intitulado Escala de Atitudes Antiobesidade além de um formulário estruturado autorreferido sobre as condições sociodemográficas e nutricionais dos participantes

e uma entrevista semiestruturada na qual foi realizada a análise de conteúdo. As afirmações de maiores médias de toda escala foram 'se a maioria das pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam' ($3,08 \pm 1,47$), 'a maioria dos gordos compram muita besteira (junkfood)', ($2,96 \pm 1,45$) e 'a maioria das pessoas gordas se prendem a qualquer desculpa para estar gordas' ($2,28 \pm 1,24$). O processamento do corpus qualitativo foi constituído por 23 páginas de unidades de análise (transcrição das entrevistas), totalizando 100 parágrafos. As palavras com maior relevância à pesquisa e que mais se repetiram foram: atividade/exercício físico (92), alimentação/alimentar (80), nutrição/nutricionista (51). A análise deste material evidencia a limitação em relação ao conhecimento e práticas dos profissionais de saúde acerca da complexidade da obesidade. Os dados produzidos por este estudo visam contribuir na reflexão atual sobre as políticas públicas de saúde que baseiam o cuidado ofertado a estas pessoas, e como as atitudes dos profissionais frente aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade têm importante papel no tratamento destes, além da necessidade constante de sensibilização e educação permanente sobre a temática que contribui de forma direta na diminuição do estigma social que estes indivíduos sofrem.

Palavras-chave: Saúde Pública; Obesidade; Estigma Social; Profissionais da Saúde.

INTRODUÇÃO

Com o status de epidemia mundial atribuída à obesidade pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde os anos 2000, começam a ser instituídas políticas, ações e estratégias para controlá-la^{1,2}. A obesidade é uma doença complexa que resulta de interações entre genética e múltiplos fatores ambientais, e tem como característica o acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. Pelo seu caráter multifatorial, o excesso de peso é ainda um importante fator de risco para várias comorbidades, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, além de problemas psicossociais, sofrimento psíquico, baixa qualidade de vida, depressão e suicídio^{3,4}.

Atualmente 800 milhões de pessoas vivem com obesidade no mundo⁵, outros dados apontam que a obesidade atinge cerca de 19,8% dos brasileiros, e ao

demonstrar números regionais, aponta a capital da Paraíba, João Pessoa, com a taxa de 18,6% para homens e 21,8% para mulheres ⁶.

Dados recentes demonstram que o excesso de peso atinge 60,3% da população de 18 anos ou mais de idade, correspondendo a 96 milhões de pessoas e a proporção de pessoas com obesidade na população com 20 anos ou mais de idade dobrou no país entre 2003 e 2019, passando de 12,2% para 26,8%⁷. Paralelamente a estas informações, outros dados apontam o Brasil como o segundo país com mais academias de ginástica no ranking mundial, o primeiro com mais realizações de cirurgias plásticas, e o segundo com mais cirurgias bariátricas⁸.

Dados coletados por um survey online demonstram que o Brasil foi o país com mais ganho de peso desde o início da pandemia de covid-19, atingindo cerca de 52% da população⁹.

Ao se compreender a obesidade como uma doença que vai além de sintomas e sinais físicos e questões biológicas, os aspectos psicossociais, culturais e biopolíticos devem ser considerados. A grande problemática se evidencia quando as políticas e estratégias fomentadas restringem-se a ações de cunho individual, responsabilizando o indivíduo por seu excesso de peso e pela perda dele, o que pode ser chamado de “institucionalização de um projeto individual de emagrecimento” ¹⁰.

Considerando a gama de aspectos na vida do sujeito que influencia e é influenciado pelo excesso de peso é necessária a construção de um cuidado em saúde que visualize esses sujeitos e suas demandas em sua totalidade, e que esteja atenta às possibilidades de manejo que previne agravos e promova saúde a partir de cada história, cada corpo e cada singularidade^{11,12,13}.

Além de ser um elemento da natureza, o corpo humano é uma construção cultural afetada e influenciada pelas regras sociais e reforçadas pela biopolítica. Na contemporaneidade, o físico idealizado que remete à saúde e ao bem-estar, além de ser referência estética, é o corpo jovem e magro¹⁴. Enquanto isso, os indivíduos com obesidade são estereotipados como preguiçosos, incompetentes, sem força de vontade, desagradáveis e não atrativos fisicamente, além de culpados pelo seu excesso de peso¹⁵. Apesar disso, a realização de estudos sobre a estigmatização dessas pessoas e os impactos que a gordofobia tem em suas vidas são escassos¹⁶.

As atitudes de profissionais da saúde em relação à obesidade influenciam diretamente na forma que estes ofertam o cuidado em saúde, com o potencial de

gerar desdobramentos no surgimento e/ou agravamento de sofrimento psíquico nos indivíduos com obesidade de que cuidam, bem como na qualidade e continuidade do tratamento ofertado¹⁷. A América Latina possui alta prevalência de obesidade tanto em adultos quanto em crianças, portanto, estudos desse tipo podem contribuir na redução de atitudes que tenham implicações negativas na vida de pessoas com obesidade, suas famílias e a sociedade em geral. A partir disto, este trabalho objetiva analisar as crenças e atitudes antiobesidade promovidas pelos profissionais de saúde em relação às pessoas com obesidade na atenção básica à saúde no município de João Pessoa – Paraíba, além de descrever o perfil sociodemográfico e estado nutricional dos profissionais de saúde; identificar a presença de crenças e atitudes antiobesidade entre os profissionais da saúde e analisar de que forma estas crenças se relacionam com as práticas de cuidado à pessoa com obesidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de pesquisa, amostra e coleta de dados

Estudo qualitativo com uma etapa inicial descritiva, realizado no período de julho a setembro, envolvendo profissionais de saúde das UBS do município de João Pessoa-PB. A amostra foi por conveniência, sendo selecionadas as UBS com o maior número de profissionais de saúde e o n amostral foi determinado pelo método de saturação utilizado na metodologia de análise de conteúdo.

Foram visitadas 8 Unidades Básicas de Saúde em 4 dos 5 Distritos Sanitários, e no total, 25 profissionais participaram da pesquisa, sendo 8 enfermeiros, 3 médicos, 5 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, 3 farmacêuticos, 2 nutricionistas, 1 assistente social e 1 Agente Comunitário de Saúde. A coleta de dados foi realizada através de aplicação de dois instrumentos autorreferidos, intitulados “Questionário de Estilo de Vida”, “Escala de Atitudes Antiobesidade” e uma entrevista semiestruturada. O primeiro questionário com 17 itens contém informações sociodemográficas e nutricionais dos participantes, o segundo instrumento aplicado para avaliação de estigma social em relação ao peso ²⁰, e no Brasil já está traduzido, adaptado e validado através de estudo realizado em 2018²¹. Estes instrumentos auxiliaram na formulação da pergunta norteadora desta pesquisa. A escala de atitudes antiobesidade é constituída por 34 questões subdivididas em três escalas:

“depreciação social e do caráter”, “não atratividade física e romântica”, e “controle do peso e culpa”. Cada item possui cinco opções de resposta em escala likert, sendo ‘não concordo com nada’, ‘não concordo com a maior parte’, ‘nem discordo nem concordo’, ‘concordo com a maior parte’ e ‘concordo totalmente’; com pontuação entre 1 e 5. É importante salientar que dentre os 34 itens, 6 possuem escala inversa identificadas no questionário através de um asterisco (*). Os itens de escala inversa são itens semelhantes aos demais, porém possuem o sentido de resposta invertido, ou seja, se nos itens de escala normal quanto maior for o número pontuado, maior a presença de atitudes antiobesidade, nestes itens de escala inversa quanto maior a pontuação, menor a presença de atitudes antiobesidade, sendo essa uma estratégia da criação das escalas para garantir respostas não aleatórias ²¹.

As Unidades Básicas de Saúde selecionadas para participar do estudo foram as apontadas pelos gerentes distritais como sendo as que possuem maior número de profissionais da saúde na sua equipe. As entrevistas eram agendadas através de contato telefônico com os gerentes das UBS. Todos os materiais para coleta de dados foram impressos e entregues aos profissionais, exceto a entrevista, que ocorreu por meio de gravação de voz através do Aplicativo de Gravação de Voz para Android. Os profissionais selecionados foram os que fizeram parte dos critérios de inclusão, e que aceitaram participar da pesquisa, caracterizando-se uma amostragem por conveniência. As entrevistas ocorreram até que foi atingido o ponto de saturação teórica. As entrevistas semiestruturadas deste estudo ocorreram em salas reservadas apontadas pelos gerentes das UBS e variaram entre 3 e 12 minutos. Foram compostas pelas perguntas norteadoras: Qual a sua compreensão sobre o cuidado ofertado à pessoa com obesidade? Quais fatores você associa a uma pessoa com obesidade? Quais práticas do seu dia a dia de trabalho são voltadas ao cuidado às pessoas com obesidade? Quais estratégias você acredita serem as mais eficazes no controle e/ou tentativa de perda de peso?

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva, através do programa SPSS®, versão 22.0, na qual as variáveis categóricas são apresentadas com frequência absoluta e relativa, em medida de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil). Para descrição dos itens do questionário que

inferem as atitudes antiobesidade, estão pontuadas através de escala de likert, sendo quanto maior o grau de atitude antiobesidade, maior a pontuação, exceto nos 6 itens onde a pontuação da escala está representada de forma inversa.

Os dados qualitativos foram elaborados utilizando o pacote GoogleDocs do Google Drive para transcrição textual das respostas obtidas com as gravações das entrevistas semiestruturadas. Para sua observação, foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin, técnica de análise que examina detalhadamente as comunicações coletadas na pesquisa através de uma operação lógica que permite ao pesquisador admitir a ligação entre uma proposição e outras já vistas como verdadeiras²².

Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementares e com a Resolução outorgada pelo decreto nº 93.933, de 24 de janeiro de 1997, afirmando o cumprimento com os direitos e deveres zelados pela comunidade científica, para os sujeitos da pesquisa e do estado. O estudo só foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UEPB, CAAE 58267622.7.0000.5187 e com as possíveis adequações recomendadas por esta instância²³.

RESULTADOS

Foram abordados 28 profissionais no total, destes, 3 negaram participar da pesquisa. A amostra final de entrevistados é de 25 profissionais de saúde, a maioria do gênero feminino (92%) com idade média de 46,36 anos variando entre 25 e 73 anos. 60% declararam raça/etnia não branca e quanto ao estado civil a amostra predominante era casada/união estável (60%) e dos dados totais, 68% possuíam filhos. Em relação aos dados profissionais, a maioria dos entrevistados foram enfermeiros (32%), seguidos por técnicos de enfermagem (20%), farmacêuticos e médicos (12% cada), nutricionistas e odontólogos (8%), assistentes sociais e agentes comunitários de saúde (4%). Das 8 UBS visitadas para realização do estudo, nenhuma delas possuía de fato esses profissionais em suas equipes, apesar de alguns destes serviços tê-los cadastrados no CNES. Da amostra total, 52%

possuem nível escolar de especialização, e têm tempo médio de atuação em sua área de formação de 16,8 anos, e na atenção básica de 9,9 anos. (Tabela 1)

Tabela 1. Dados sociodemográficos de profissionais da saúde da atenção básica de João Pessoa – PB, julho/setembro de 2022.

Características	n=25	%
Gênero		
Feminino	23	92
Masculino	2	8
Outro	0	0
Raça/Etnia		
Branca	10	40
Preta	2	8
Amarela	1	4
Parda	12	48
Indígena	0	0
Outra	0	0
Estado Civil		
Solteiro	10	40
Casado/União Estável	15	60
Separado/Divorciado	0	0
Viúvo	0	0
Filhos		
Sim	17	68
Não	8	32
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	1	4
Superior Completo	6	24

Curso Técnico	5	20
Especialização/Residência	13	52
Mestrado	0	0
Doutorado	0	0
Formação Acadêmica/Função		
Médico	3	12
Enfermeiro	8	32
Técnico de Enfermagem	5	20
Farmacêutico	3	12
Agente Comunitário de Saúde	1	4
Nutricionista	2	8
Assistente Social	1	4
Odontólogo	2	8

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às variáveis relacionadas ao estado nutricional e estilo de vida da amostra pesquisada, 52% têm sobrepeso/obesidade, e 8% obesidade grave. O quantitativo de profissionais que afirmaram já ter tido obesidade em algum momento foi de 72%, que relatam nunca ter feito tratamento para perda de peso é 36%, o que destoa dos 32% que relatam ter feito 5 ou mais vezes. Os métodos mais utilizados para tentativa de perda de peso foram realização de atividade física (52%) e avaliação com profissional da nutrição (36%), seguido de uso de medicamentos e dieta sem acompanhamento, ambos com 24%. Os que afirmam não ter utilizado nenhum dos métodos descritos no questionário são 20%. Em relação ao histórico familiar, 56% dizem possuir casos de pessoas com obesidade na família, e 48% se consideram atualmente acima do peso. (Tabela 2)

Tabela 2. Variáveis relacionadas ao peso dos profissionais da saúde da atenção básica de João Pessoa – PB, julho/setembro de 2022.

Variáveis	n=25	%
IMC		
Eutrófico	10	40
Sobrepeso	9	36
Obesidade	4	16
Obesidade Grave	2	8
Já teve sobrepeso/obesidade na família		
Sim	17	72
Não	8	28
Métodos utilizados para perda de peso		
Nenhum	5	20
Uso de medicamentos	6	24
Cirurgia	4	16
Dieta sem acompanhamento	6	24
Nutricionista	9	36
Atividade física	13	52
Outros	3	12
Obesidade na família		
Sim	14	56
Não	11	44
Atualmente se considera com sobrepeso/obesidade		
Sim	12	48
Não	13	52

Fonte: Dados da pesquisa.

Tratando-se da Escala de Atitudes Antiobesidade (EAA), a subescala que apresentou maior média foi ‘controle de peso e culpa’ ($2,23 \pm 0,52$), seguido de ‘não atratividade física e romântica’ ($1,52 \pm 0,42$) e, por fim, ‘depreciação social e do caráter’ ($1,25 \pm 0,22$). As afirmações de maiores médias de toda escala foram ‘se a maioria das pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam’ ($3,08 \pm 1,47$), ‘a maioria dos gordos compram muita besteira (junkfood)’, ($2,96 \pm 1,45$) e ‘a maioria das pessoas gordas se prendem a qualquer desculpa para estar gordas’ ($2,28 \pm 1,24$). Todos estes itens pertencem à subescala ‘controle de peso e culpa’. (Tabela 3).

Tabela 3. Médias e desvio padrão por itens da Escala de Atitudes Antiobesidade. João Pessoa/PB, julho a setembro de 2022.

Variáveis	Média \pm DP
Subescala ‘depreciação social e de caráter’	
Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas.	1,20 \pm 0,40
Pessoas gordas não se importam com nada além de comer.	1,12 \pm 0,33
Eu perderia o respeito por um(a) amigo(a) que começasse a ficar gordo(a).	1,16 \pm 0,47
A maioria das pessoas gordas é chata.	1,16 \pm 0,47
A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas.	1,96 \pm 1,20
Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas.	1,20 \pm 0,57
As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho quanto qualquer um. *	1,48 \pm 1,08
Ser gordo é pecado.	1,20 \pm 0,57

Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas.	1,28±0,67
A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar.	1,36±0,90
Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem.	1,08±0,27
A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas.	1,12±0,33
A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas. *	1,32±0,90
Pessoas gordas não são higiênicas.	1,16±0,47
É difícil levar uma pessoa gorda a sério.	1,04±0,20
<hr/>	
Subescala 'não atratividade física e romântica'	
Se eu fosse solteiro(a), eu namoraria uma pessoa gorda. *	1,76±1,05
Pessoas gordas não são atraentes.	1,72±1,17
Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo.	1,64±1,21
Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda.	1,20±0,50
É nojento ver pessoas gordas comendo.	1,08±0,27
É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes.	1,20±0,50
Eu não continuaria num relacionamento amoroso se meu(minha) parceiro(a) se tornasse gordo(a).	1,16±0,62
Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda.	1,20±0,57

Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra. *	1,96±1,27
Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são. *	2,36±1,52
<hr/>	
Subescala 'controle do peso e culpa'	
Não há desculpa para ser gordo.	2,12±1,42
A maioria dos gordos compram muita besteira (<i>"junkfood"</i>).	2,96±1,45
A maioria das pessoas gordas é preguiçosa.	1,68±1,03
Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam.	3,08±1,47
Pessoas gordas não têm força de vontade.	1,64±0,86
A ideia de que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa.	1,92±1,28
Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam.	1,92±1,22
A maioria das pessoas gordas se prendem a qualquer desculpa para estar gordas.	2,28±1,24
Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros. *	2,48±1,61

Legenda:* = itens que tiveram pontuação invertida.

Fonte: Dados da pesquisa

Nos itens cuja legenda aponta pontuação invertida, as médias das afirmações 'pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros' ($2,48 \pm 1,61$) e 'pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são' ($2,36 \pm 1,52$) ficam situadas entre o "concordo com a maior parte" e "não concordo nem discordo". O processo de análise qualitativa das entrevistas se deu através da transcrição,

sistematização, leituras e releituras dos dados coletados. Na análise das entrevistas observou-se quais assuntos e temas surgiram com mais frequência, e foi justamente o que definiu as categorias emergentes de análise dos dados. O processamento do corpus foi constituído por 23 páginas de unidades de análise (transcrição das entrevistas), 100 parágrafos, equivalentes às respostas dos 25 profissionais às 4 questões das entrevistas. As palavras com maior relevância ao contexto da pesquisa e que mais se repetiram foram: atividade/exercício físico (92), alimentação/alimentar (80), nutrição/nutricionista (51), psicologia/psicológico (28) e encaminhar/encaminhamento (15). No âmbito dos resultados encontrados, os profissionais descreveram e expressaram suas crenças, saberes e práticas em relação à obesidade, as dificuldades dos processos de trabalho, a necessidade de trabalho multiprofissional e de educação permanente, os fatores que associam a obesidade e às melhores estratégias para auxiliar no cuidado em saúde para esta demanda, além de discutir o próprio papel do usuário/paciente neste processo.

As categorias de uma análise de conteúdo devem ser: homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e pertinentes ao objetivo da pesquisa ²², dessa forma, após análise minuciosa e embasada no referencial elencado, bem como utilizando a análise de conteúdo de Bardin, foi possível identificar duas categorias: Concepções e crenças em relação à obesidade, e Saberes e práticas dos profissionais de saúde da atenção básica em relação ao cuidado à pessoa com obesidade.

DISCUSSÃO

Nesta discussão serão apresentadas as considerações analíticas referentes ao conteúdo coletado e analisado neste estudo, tanto da parte descritiva quanto qualitativa, a partir das entrevistas semiestruturadas e aplicação dos questionários sobre as crenças e práticas profissionais na atenção básica em relação a pessoas com obesidade.

Ao se considerar o objetivo do presente estudo, pode-se inferir a partir dos resultados apresentados a presença de crenças e atitudes antiobesidade que influenciam diretamente nas práxis destes profissionais. Estes resultados são muito importantes, visto que, além de reforçar resultados obtidos em estudos anteriores, vão além e colocam em cena a voz destes profissionais, auxiliando na compreensão

do que está por trás desses estigmas e práticas. O estudo traz dados interessantes sobre o perfil destes profissionais de saúde, que são em sua grande maioria do gênero feminino (92%), o mesmo que é o principal a sofrer com as imposições de um corpo adequado aos padrões construídos socialmente e potencializados pelos meios midiáticos e redes sociais ³³. Outro dado relevante, foi a existência de associação entre o nível de escolaridade e itens relacionados a depreciação social e de caráter, e a não atratividade física e romântica da Escala de Atitudes Antiobesidade (EAA), já que 52% dos entrevistados possuem nível escolar de especialização, a existência deste alto grau de instrução profissional poderia hipoteticamente ser visto como um fator que auxiliasse na diminuição ou ausência de saberes e práticas baseadas no estigma do peso, mas este não é o caso. Estes dados são corroborados por pesquisas anteriores que demonstram que profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, profissionais de educação física e nutricionistas são apontados por pacientes com obesidade como propagadores de atitudes preconceituosas, inclusive entre especialistas na doença¹⁵.

Também pode ser observado que, apesar de 72% ter afirmado já ter tido obesidade em algum momento, 56% dizerem possuir casos de pessoas com obesidade na família, 52% possuírem IMC que indica sobrepeso/obesidade e 48% se considerarem atualmente acima do peso, as afirmações de maiores médias de toda EAA foram: ‘se a maioria das pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam’, ‘a maioria dos gordos compram muita besteira (junkfood)’, e ‘a maioria das pessoas gordas se prendem a qualquer desculpa para estar gordas’, itens da escala que estão diretamente associados a culpabilização da pessoa obesa por sua condição. Ou seja, os profissionais de saúde não só veem os indivíduos que atendem como responsáveis por sua condição, como também veem a si mesmos a partir desta ótica.

Em um estudo realizado no Brasil²⁴, os entrevistados relataram ver os pacientes com obesidade como pessoas tristes, e entendem que “para perder peso é necessário querer”, reiterando os achados desta pesquisa, e a ideia de que o indivíduo está obeso por escolha própria, descontrola alimentar, e preguiça para realizar atividades físicas. O preconceito se escora na justificativa de ser um modo de desestimular comportamentos entendidos como não saudáveis e melhorar a saúde das pessoas com obesidade, que são culpabilizadas pelo seu excesso de peso²⁵. De forma preocupante, a obesidade vem sendo considerada uma condição

de saúde na qual a responsabilização recai sobre o próprio indivíduo. Nas categorias levantadas a partir das entrevistas semiestruturadas, esta concepção da pessoa com obesidade aparece na fala de diversos profissionais.

Em relação aos métodos mais utilizados para tentativa de perda de peso, a amostra estudada relatou a realização de atividade física (52%) e avaliação com profissional da nutrição (36%), seguindo dieta prescrita. Estes dados demonstram, e são reforçados pelas entrevistas, que os fatores biológicos são os mais focalizados no que tange ao tratamento e as tentativas de controle do peso. Nas entrevistas que pontuaram fatores além desta concepção, dá-se a obesidade como um problema de ordem comportamental ou psicológica, o que também tem o efeito de reduzir uma questão multifatorial a apenas um de seus possíveis determinantes.

Apesar disto, os dados demonstram que os profissionais têm um bom conhecimento acerca da importância da atividade física e da alimentação adequada na sua saúde nutricional e dos usuários do SUS que acompanham. Mesmo que vários estudos e diretrizes clínicas demonstrem os benefícios da perda de peso, mesmo que de forma modesta, em pessoas com sobrepeso e obesidade e as ações do Ministério da Saúde direcionadas a esta demanda reforcem essa importância, evidências recentes têm apontado os desafios e limites de uma abordagem que foca na perda de peso²⁵. O desafio que se enfrenta, é conseguir ultrapassar esta visão, e ir além, integrando o cuidado com outros profissionais, outros serviços, com a comunidade, território e com o próprio sujeito.

As categorias discutidas a seguir consideraram o agrupamento das respostas mais significativas dos profissionais, porém não se limitaram somente à repetição de conteúdos comuns à maioria dos participantes. Também levam em conta a relevância implícita dos conteúdos, cujo tema não se repete em outras entrevistas, mas que possui importância para o estudo²⁶.

Categoria 1: Concepções e crenças em relação à obesidade

Diante das entrevistas realizadas, muitos dos resultados esperados por este estudo se mostraram reais. A percepção da obesidade enquanto doença, a importância do combate ao sedentarismo e a boa influência que uma alimentação saudável tem no organismo do sujeito, os estigmas sociais que a pessoa com obesidade sofre, além das dificuldades socioeconômicas que impedem que grande

parte da população brasileira tenha direito a segurança alimentar surgiram e foram debatidas pela maioria dos participantes.

A concepção sobre o cuidado à pessoa com obesidade aparece em falas como as apresentadas a seguir:

(E1) Eu sei que realmente precisa de um acompanhamento, porque muitas vezes a pessoa com obesidade tem a vontade de se cuidar, de emagrecer mesmo, tanto pela saúde quanto esteticamente, e muitas vezes precisa de um acompanhamento.

(E5) A gente sabe que uma pessoa obesa, ela não é obesa porque ela quer. Tem vários contextos que levam a um indivíduo se tornar obeso e a sociedade ela ainda é muito preconceituosa em relação a isso, então assim, eu acho que é muito, que as pessoas precisam enxergar um obeso não assim: “ah, ele é obeso porque ele quer”, a gente sabe que obesidade é uma doença, então eles deveriam ser mais respeitados. A população deve procurar entender melhor o porquê aquela pessoa está obesa, e o porquê da obesidade, porque é que surge a obesidade, o porquê de uma pessoa chegar a ser obesa.

Quanto aos fatores associados à obesidade, a maioria dos entrevistados demonstraram conhecimento adequado daqueles que são os mais relacionados ao excesso de peso: a falta de uma alimentação saudável e da realização de atividade física, resumidos como o estilo de vida dos indivíduos. Alguns mencionaram fatores psicológicos e genéticos, e poucos discutiram as questões socioeconômicas envolvidas no desafio da promoção à saúde.

Neste ponto, dados construídos a partir do questionário EAA são corroborados pelo produto das entrevistas, visto que o item “a maioria dos gordos compram muita besteira (junkfood)” foi a segunda afirmação com maior média, e na fala dos entrevistados algo que se repetiu foi a associação entre a alimentação inadequada e o diagnóstico de obesidade, como vê-se a seguir:

(E2) Esses fatores aí muitas vezes tem as pessoas que gostam de comer muito, não come muitas coisas nutritivas, muito pelo contrário, come coisas que no caso engordam, não ajuda na nutrição... é a vida, a vida que a pessoa leva, o estilo de vida, de alimentação de tudo, a falta de exercícios, a alimentação desregrada, é o estilo de vida da pessoa.

(E16) Aqui no bairro, a gente já vê às crianças quando vêm numa consulta aqui no posto, chegar aqui com um salgadinho, um biscoito recheado, um achocolatado, um refrigerante. Você não vê uma criança com uma maçã, uma pera, uma banana, qualquer fruta da época mais em conta.

Estas falas por si só não aparecem enquanto uma problemática, visto que o tipo de alimentação e o estilo de vida realmente está no rol de fatores associados à obesidade. O problema aparece quando os outros fatores são negligenciados e só se vê este como a possível causa, o que leva a outra grande questão evidenciada pelas entrevistas e aplicação do questionário EAA: A culpabilização do sujeito e o estigma social que este sofre:

(E2) A pessoa com obesidade no meu entender ela... não gosta ou tem até receio de sair de fazer uma caminhada, ou até preguiça mesmo de sair, algumas pessoas têm... e não é somente pessoas gordas, pessoas magras também às vezes tem muita preguiça, mas aí com relação ao sobrepeso, ela fica muito pesada e tem dificuldade realmente de se locomover, dificuldade de locomoção, e também tem a autoestima né, que é o pensamento “não, não vou fazer academia”... fica, se acomoda, não quer emagrecer, é esse tipo de coisa, que quando mexe com a autoestima mexe com tudo.

(E19) Vejo a própria preguiça também às vezes associada. Não seria só a questão psicológica não. Para eles a vida deles não tem mais sentido e eles acabam se entregando mesmo e comendo compulsivamente.

Esses discursos podem ser associados a um item da EAA que foi a que possuiu maior média: ‘se a maioria das pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam’. A crença de que pessoas gordas ou com obesidade são preguiçosas, sedentárias, acomodadas, sem foco e desistentes vindo por parte de profissionais da saúde demonstra a necessidade de se olhar esta doença e o cuidado relacionado a ela através de um novo paradigma.

Um estudo realizado apenas com enfermeiros de Equipes de Saúde da Família apresentou resultados similares a esta pesquisa²⁷. A responsabilização do sujeito também aparece neste estudo, cuja maior média evidenciada foi a subescala que trata da culpa do próprio indivíduo pelo seu excesso de peso.

Por conta do impacto negativo que o estigma do peso exerce sobre a saúde de pessoas obesas, a gordofobia deve então ser entendida como um dos principais determinantes sociais de saúde relacionados a esta condição²⁸. Com isso, é responsabilidade dos profissionais de saúde principalmente da atenção básica - visto seu lugar de porta de entrada das redes de atenção e de espaço privilegiado para prevenção e a promoção da saúde - o dever de atuar na redução da estigmatização social, tanto no cuidado em saúde, quanto nos sistemas sociais. Uma estratégia importante a ser considerada no combate ao estigma do peso seria a promoção da educação em saúde sobre as múltiplas causas da obesidade (como os sociais, culturais, psicológicos e ambientais) e não somente aos fatores associados ao biológico.

Uma das questões elaboradas por todos os entrevistados diz respeito a quais fatores eles associam a obesidade e quais estratégias podem ser consideradas mais eficazes no controle do excesso de peso. Como exposto anteriormente, o estilo de vida foi o principal fator nomeado pelos profissionais, e é importante salientar que para muitos deles, esses fatores são vistos como algo que depende diretamente da “força de vontade” e disciplina da pessoa com obesidade, como apresentado nas falas a seguir:

(E4) Com certeza a primeira coisa: atividade física. Quando eu digo atividade física é somente para criar uma disciplina. Mas a perda de peso é disciplina e uma atividade física, porque você conseguindo disciplina você vai chegar lá, você vai fazer até o que você não quer pra poder chegar onde você quer. Mas sem ela você não vai conseguir nada, então é o exercício físico, a disciplina e alimentação. É isso. Alimentação, exercício físico e disciplina.

(E23) Primeiro: vontade própria. Segundo: fazer exame para ver qual é a causa, se é genética, biológica, hormonal e orientar sobre exercícios físicos, fazer exames, dieta e encaminhar para serviços especializados.

Dos 25 profissionais entrevistados, somente 5 trouxeram a questão socioeconômica como um dos fatores principais associados à obesidade:

(E8) A comunidade, por exemplo, não tem condições... quem ganha salário mínimo não tem condição de manter uma alimentação boa. Aí as pessoas gordas engordam porque comem o que está à disposição delas né, as coisas mais baratas. As coisas integrais são muito caras. Por exemplo, qual pessoa que ganha salário mínimo, alguns pagam até aluguel, que pode dar 38 reais como vi outro dia num óleo de coco e além do mais naquele extravirgem que também é muito bom pra saúde e ajuda no colesterol, triglicérido e emagrecimento? É muito caro, então o pobre não tem, essas coisas são direcionadas a quem tem um poder aquisitivo melhor.

(E9) Quem tem condições de comprar, de fazer uma academia, de cuidar de si, eles têm mais probabilidade de ter uma vida saudável do que uma pessoa que ganha um salário mínimo, saúde é caro demais até.

O reducionismo conceitual que é evidenciado nos discursos analisados, e que também está evidenciado nas palavras que mais se repetiram nos discursos - como atividade/exercício físico, nutrição, e encaminhamento - parecem demonstrar que a abordagem com foco no peso leva os profissionais de saúde a ver a obesidade como uma condição cujo indivíduo que a possui é responsabilidade exclusiva dos profissionais da nutrição e da educação física, o que nos leva ao questionamento de como e se estas crenças aparecem também nas atitudes e práticas dos profissionais nos processos de trabalho da atenção básica. Esta relação entre discurso-ação, é destrinchada na categoria apresentada a seguir.

Categoria 2: Saberes e práticas dos profissionais de saúde da atenção básica em relação ao cuidado à pessoa com obesidade

Como visto anteriormente, através das entrevistas os profissionais conseguiram expressar suas crenças em relação à pessoa com obesidade. Nesta categoria, foi possível analisar como estas concepções se entrelaçam aos saberes e práticas em saúde, resultando nas possibilidades de cuidado, desafios enfrentados e ações cotidianas. Inicialmente, um fato que se destacou em muitas falas, foi a necessidade de se intensificar as ações que tratam do cuidado à pessoa com obesidade no âmbito da atenção básica, principalmente no tocante à atenção multiprofissional.

(E7) ...eu acredito que a obesidade ainda não é tratada ou vista pelos próprios profissionais como um problema multifatorial, social, econômico e tudo mais né... eu acho que a atenção básica ela ainda é muito voltada para a recuperação e a parte curativa, e a ideia é que a atenção básica seja promoção de saúde e prevenção, mas ainda é voltada pra parte curativa e acho que ainda existe muito a visão dos profissionais da obesidade como um problema isolado de ingestão exagerada dos alimentos e que tem que corrigir aquilo ali e pronto. É tanto que as equipes multiprofissionais foram aos poucos sendo desfeitas (referindo-se ao Programa Previne Brasil e ao fim do NASF), é como se não fosse importante naquele espaço, o nutricionista, o fisioterapeuta, o psicólogo, né... hoje eles não atuam mais na atenção básica.

(E15) Olha, eu acho muito pouco, sabe, o que a saúde pública tem feito em relação à obesidade né? Basicamente, o cuidado que a gente oferece se volta muito para as orientações certo?

O desafio de superar o modelo biomédico que não vê o sujeito, somente sua doença, e que dela cuida de maneira fragmentada parece retornar à atenção básica, supondo-se que ele um dia foi superado. Nos últimos anos, o Núcleo de Atenção à Saúde da Família vinha funcionando em concomitância com a APS, constituindo uma estratégia de ampliação das ações em saúde e da resolutividade da atenção básica no Brasil. Com a criação do Programa Previne Brasil e a Nota Técnica nº 3 do Departamento de Saúde da Família que confirma extinção do incentivo financeiro ao NASF, permitindo que a APS funcione sem o apoio de equipe multiprofissional, a nova resolução tem o poder de agravar vários problemas, como a redução da realização e eficácia de estratégias de saúde coletiva e individual e aumentando a demanda de outros setores de saúde por doenças e agravos que poderiam ser preveníveis a nível primário ²⁹. Conclui-se a partir da fala dos entrevistados, que a ausência de uma equipe multiprofissional capacitada, contribui no sufocamento das ações em relação a obesidade.

Quanto às práticas na atenção primária realizada pelos entrevistados e suas respectivas equipes, todos foram categóricos. Não há ações, individuais ou coletivas, sendo realizadas nas Unidades Básicas de Saúde que são voltadas especificamente às demandas de pessoas com obesidade. Alguns profissionais afirmam utilizar dos acolhimentos iniciais de usuários para realizar orientações que

podem envolver a temática da realização de atividades físicas e alimentação saudável quando percebem que o usuário é alguém que está com excesso de peso ou hipertensão, mas, pelo explicitado, não há continuidade no cuidado desta demanda em si.

Quando perguntados sobre a existência de ações coletivas ou individuais que realizassem no dia a dia de trabalho que envolvesse pessoas com obesidade, estas foram algumas das respostas:

(E10) Infelizmente, a gente trabalha numa unidade que a gente não tem um espaço físico para formar grupos, mas temos um número considerável de obesos, que a gente considera um índice de massa corporal acima de 30, e essas pessoas, como a gente não tem esse espaço físico para reunir, a gente faz um atendimento individual, orientando e pedindo a colaboração dessa pessoa. Se ela realmente tem interesse em resolver essa situação, aí a equipe está disposta a ajudar.

(E20) Infelizmente não, infelizmente não. Eu digo isso por experiência própria, própria mesmo, infelizmente não, hoje não. Eu posso chegar e dizer assim, que devido a pandemia foi tirado os grupos, foi tirado, mas não só por conta disso, é porque teve falta mesmo do interesse, falta de um norte mesmo, de uma pessoa que desse um norte.

A hipótese inicial deste trabalho era a de que as crenças baseadas no estigma do peso afetam de forma direta o cuidado em saúde ofertado, porém o resultado encontrado evidencia uma realidade possivelmente mais grave. As ações preconizadas de prevenção e promoção da saúde voltadas à pessoa com obesidade podem ser consideradas quase inexistentes dentro da amostra estudada.

Como visto, os profissionais demonstram ter conhecimento satisfatório em relação aos fatores relacionados à obesidade, bem como da importância do cuidado em saúde que eles podem ofertar. Então, o que está por trás da escassez de ações voltadas a essa demanda?

Algumas barreiras podem ser apontadas como causadoras da dificuldade de se realizar ações efetivas e contínuas, são estas: insuficiência de espaços físicos para as práticas de atividades de educação em saúde e atendimentos; equipamentos de avaliação e diagnóstico reduzidos e/ou danificados; ausência de equipe multiprofissional com psicólogos, profissionais de educação física,

nutricionistas. Todos estes podem ser considerados fatores limitantes da implementação da linha de cuidado ao indivíduo com sobrepeso/obesidade na Atenção Básica³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAL

Fica evidenciado a limitação em relação ao conhecimento e práticas dos profissionais de saúde acerca da complexidade da obesidade, resultando num enfoque exagerado com relação ao peso e em intervenções que visam o corpo e não o indivíduo, sua subjetividade, história de vida, potencialidades e desafios que enfrenta e que atingem diretamente seu estilo e qualidade de vida. A tarefa de sensibilização não se limita aos profissionais de saúde, mas também envolve a sociedade. Ações em saúde com mais empatia, acolhimento baseado no vínculo e humanização, além de conduta terapêutica que visualize todos os fatores intrínsecos e determinantes sociais de saúde que envolvem o processo saúde-doença é um caminho longo para a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO Technical Report Series, 894).
2. RAMOS. D. B. N.; CRUZ. M. C. C. **Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal**. Cad. Saúde Pública 36 (6) • 2020.
3. FOLMANN, A. G. et al. **Prevalência de excesso de peso em adolescentes de uma cidade do sul do Brasil, de acordo com diferentes índices antropométricos**. Rev. paul. pediatr. 39 • 2021
4. DIAS, P. C; et al. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro**. Cad. Saúde Pública 33 (7) • 2017
5. OMS. **Homepage/World Obesity Day**. 2022. Disponível em: <https://www.worldobesityday.org/>.
6. ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica). **Mapa da Obesidade. São Paulo. 2022. Disponível em:** <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade>.
7. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.
- Rio de Janeiro : IBGE, 2020. 85p.
8. IHRSA Global Report. **The state of the health club industry**. [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.ihrsa.org/publications/the-2019-ihrsa-global-report/#>
9. BAILEY, P; PURCELL, S; CALVAR, J; BAVERSTOCK, A. **Diet and health under covid-19**. Base: 22,008 online adults aged 16-74 across 30 countries, October 23rd- November 6th 2020. Ipsos | Future of Fats | December 2020. 2021.
10. 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 E SOCIEDADE (ONLINE), v. 29, p. 1-12, 2020.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às**

- peças com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde**; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
12. BRASIL. **Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2006.
 13. REIS, C. E. G. et al. **Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil**. Rev Paul Pediatr 2011;29(4):625-33.
 14. BARACAT, M; BARACAT, J. **A influência social e cultural da idealização do corpo perfeito através dos meios de comunicação e seu impacto na formação da imagem corporal**. Revista Científica Eletrônica de Psicologia, v. 26, p. 1, 2016.
 15. CORI, G. C; PETTY, M. L. B; ALVARENGA, M. S. **Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2015;20(2):565-576.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05832014>.
 16. ARAÚJO, L. S. et. al. **Discriminação baseada no peso: representações sociais de internautas sobre a gordofobia**. Psicologia em Estudo, vol. 23, pp. 1-17, 2018.
 17. RUBINO, F. et. al. **Joint international consensus statement for ending stigma of obesity**. Nature Medicine. Volume 26. April 2020. 485-497.
 18. GASCÓN-BACARDÍ, M. JIMÉNEZ-CRUZ, A; CASTILLO-RUIZ, O; BEZARES-SARMIENTO, V; LEÓN-GONZALES, J. M. **Fat phobia in Mexican nutrition students**. Nutr Hosp. 2015;32(6):2956-2957 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.
 19. RODRIGUES, T. D. F. F; OLIVEIRA, C. S; SANTOS, J. A. **As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação**. Revista Prisma. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 154-174, 2021.
 20. LEWIS, R. J; CASH, T. F; JACOB, L; BUBB-LEWIS, C. **Prejudice toward fat people: The development and validation of the Antifat Attitudes Test**. Obes Res. 1997;5:297-307.
<https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00555.x>.
 21. OBARA, A. A; ALVARENGA, M. S. **Adaptação transcultural da Escala de Atitudes Antiobesidade para o português do Brasil**. Artigo • Ciênc. saúde colet. 23 (5) • Maio 2018
 22. BARDIN, L. (1979), **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- GREJANIN, D. K. M; et al. **As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde.** Rev. Bras. Crescimento Desenvolv Hum. 2007;17(3):37-47. ISSN 0104-1282.
24. 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 do Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
25. RAMOS, R. A. **Avaliação da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde em municípios paraibanos.** 2021. 103f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - PPGSP) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB, 2022.
26. GEISLER, M. E; KORZ, V. **Atitudes de enfermeiros de equipe da saúde da família em relação à obesidade.** DEMETRA Alimentação, Nutrição e Saúde. 2020. 15:e46085
27. BOSWELL, R.G; WHITE, M. A. **Gender differences in weight bias internalisation and eating pathology in overweight individuals.** Adv Eat Disord. 2015;3(3):259-268.
28. CARVALHO, L. G. F; et al. **Impactos da desobrigação do NASF na APS.** Rev. APS. 2020; 23 (Supl. 2–Anais do 8º Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade)
29. CARVALHO, L de S; et. al. **Reflexões sobre os desafios e perspectivas no enfrentamento da obesidade no âmbito da atenção básica no Brasil.** Research, Society and Development, v. 10, n. 7, e6810716331, 2021

6 CONCLUSÃO

Com base no objetivo desta pesquisa, pode-se dizer que os resultados e discussões comprovaram a presença de crenças e atitudes antiobesidade entre profissionais da saúde das mais diferentes formações acadêmicas na atenção básica à saúde.

Os dados produzidos por este estudo visam contribuir na reflexão atual sobre os métodos utilizados para o diagnóstico da obesidade, as políticas públicas de saúde que baseiam o cuidado ofertado a pessoas com obesidade, e como as atitudes dos profissionais frente aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade têm importante papel no tratamento destes, além da necessidade constante de sensibilização e educação permanente sobre a temática que contribui de forma direta na diminuição do estigma social que estes indivíduos sofrem. Outro ponto a ser constatado é o estado nutricional dos próprios profissionais, principalmente ao se considerar o estado pandêmico em que o Brasil se encontrou nos últimos dois anos. Dados coletados por um survey online publicado em 2021 pela Ipsos Global Advisor demonstra que o Brasil foi o país com mais ganho de peso durante a pandemia de covid-19, equivalente a 52% da população (Bailey et al., 2021).

Espera-se também com estes resultados estimular a construção de novas políticas de saúde destinadas a essa população que realmente entenda a obesidade como algo multifatorial, cujas possibilidades de intervenção devem sempre ir além da alimentação saudável e prática de atividades físicas, ao responsabilizar não somente o indivíduo por seu estado nutricional, e possibilitar, portanto, uma melhora na qualidade de vida de pessoas com obesidade e uma melhor prática dos profissionais da saúde.

Fica evidenciado a limitação em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde acerca da complexidade da obesidade, resultando num enfoque exagerado com relação ao peso e em intervenções que visam o corpo e não o indivíduo, sua subjetividade, história de vida, potencialidades e desafios que enfrenta e que atingem diretamente seu estilo e qualidade de vida. A tarefa de sensibilização não se limita aos profissionais de saúde, mas também envolve a sociedade. Ações em saúde com mais empatia, acolhimento baseado no vínculo e humanização, além de conduta terapêutica que visualize todos os fatores intrínsecos e determinantes

sociais de saúde que envolvem o processo saúde-doença é um caminho que, pelo exposto nesta pesquisa, ainda há muito a se percorrer.

Visto que este trabalho propõe-se a ser também um instrumento de reflexão dos profissionais de saúde, apresentam-se nestas considerações finais algumas ações listadas em pesquisa realizada pelo Instituto Cordial, publicado pelo Painel Brasileiro da Obesidade (2022), como possibilidades aos profissionais de saúde para redução do estigma do peso em serviços de saúde: utilizar de linguagem acolhedora e empática no momento dos atendimentos, retirando o foco do corpo, do sobrepeso/obesidade e priorizando o sujeito e sua história de vida; Explicar com clareza os riscos envolvidos a obesidade, assim como as estratégias possíveis para cada caso, sem impor uma conduta específica, mas sim pensando com o indivíduo quais são as possibilidades reais frente sua condição de vida socioeconômica, psicológica, biológica, ambiental e etc; Promover cuidado em saúde que se baseie na qualidade de vida e bem-estar do sujeito, e não na aparência; Garantir ambiente acolhedor; Nos acolhimentos, não deve-se abordar primeiramente aspectos relacionados ao peso da pessoa com sobrepeso/obesidade e, sim, a demanda que a levou ao serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica). **Mapa da Obesidade. São Paulo. 2022. Disponível em:** <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 26 de abril de 2022.
- ALVE, D. P; FILHO, D. P; HENRIQUE, A. **O poderoso NVivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo.** *Revista Política Hoje*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 119-134, dez. 2015. ISSN 0104-7094. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3723/3025>>. Acesso em: 13 jan. 2023.
- ARAÚJO, J. S. S. et. al. **Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade.** SAÚDE DEBATE. RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 105, P.411-422, ABR-JUN 2015
- ARAÚJO, L. S. et. al. **Discriminação baseada no peso: representações sociais de internautas sobre a gordofobia.** *Psicologia em Estudo*, vol. 23, pp. 1-17, 2018.
- BAILEY, P; PURCELL, S; CALVAR, J; BAVERSTOCK, A. **Diet and health under covid-19.** Base: 22,008 online adults aged 16-74 across 30 countries, October 23rd- November 6th 2020. Ipsos | Future of Fats | December 2020. 2021.
- BARACAT, M; BARACAT, J. **A influência social e cultural da idealização do corpo perfeito através dos meios de comunicação e seu impacto na formação da imagem corporal.** *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, v. 26, p. 1, 2016.
- BARDIN, L. (1979), **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70.
- BOSWELL, R.G; WHITE, M. A. **Gender differences in weight bias internalisation and eating pathology in overweight individuals.** *Adv Eat Disord.* 2015;3(3):259-268.
- BRASIL. **CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE.** Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 20/07/2022.
- BRASIL. **Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, *Diário Oficial da União*, 12 dez.

2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 212 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

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 do Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – 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/Ministério da Saúde**; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BUKER, M. P; KLEIN, C. **Pedagogias de medicalização do corpo na revista Veja**.
Revista SUSTINERE, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 463-491, jul-dez, 2020

CARVALHO, L. G. F; et al. **Impactos da desobrigação do NASF na APS**. Rev. APS. 2020; 23 (Supl. 2–Anais do 8º Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade)

CARVALHO, L de S; et. al. **Reflexões sobre os desafios e perspectivas no enfrentamento da obesidade no âmbito da atenção básica no Brasil**.
Research, Society and Development, v. 10, n. 7, e6810716331, 2021

CORI, G. C; PETTY, M. L. B; ALVARENGA, M. S. **Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2015;20(2):565-576. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05832014>.

DIAS, P. C; et al. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro**. Cad. Saúde Pública 33 (7) • 2017

FEITOSA-FILHO, G. S. et al. **Updated Geriatric Cardiology Guidelines of the Brazilian Society of Cardiology-2019**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 112, n. 5, p. 649-705, 2019.

FERREIRA, C. S; ANDRADE F. B. **Desigualdades socioeconômicas associadas ao excesso de peso e sedentarismo em adolescentes brasileiros.** TEMAS LIVRES • Ciênc. saúde coletiva 26 (3) • Mar 2021

FLEGAL, K. M; et. al, **Trends in Obesity Among Adults in the United States, 2005 to 2014.** JAMA June 7, 2016 Volume 315, Number 21 2. Maryland.

FOLMANN, A. G. et al. **Prevalência de excesso de peso em adolescentes de uma cidade do sul do Brasil, de acordo com diferentes índices antropométricos.** Rev. paul. pediatr. 39 • 2021

FREITAG, R. M. K; **Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência?** MARÇO 2018 Revista de Estudos da Linguagem 26(2):667

GASCÓN-BACARDÍ, M. JIMÉNEZ-CRUZ, A; CASTILLO-RUIZ, O;

BEZARES-SARMIENTO, V; LEÓN-GONZALES, J. M. **Fat phobia in Mexican nutrition students.** Nutr Hosp. 2015;32(6):2956-2957 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.

GEISSLER, M. E; KORZ, V. **Atitudes de enfermeiros de equipe da saúde da família em relação à obesidade.** DEMETRA Alimentação, Nutrição e Saúde. 2020. 15:e46085.

GREJANIN, D. K. M; et al. **As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde.** Rev. Bras. Crescimento Desenvolv Hum. 2007;17(3):37-47. ISSN 0104-1282.

HENRIQUES, P. et al. **Ideias em disputa sobre as atribuições do Estado na prevenção e controle da obesidade infantil no Brasil.** Cad. Saúde Pública 36 (11) • 2020.

HERNANDEZ, D. C; REESOR, L. M; MURILLO, R. **Food insecurity and adult overweight/obesity: Gender and race/ethnic disparities.** Appetite, 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados Brasileiros.** 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb.html>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação /** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020. 85p.

IHRSA Global Report. **The state of the health club industry.** [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.ihrsa.org/publications/the-2019-ihrsa-global-report/#>

JESUS, A. C. S. **Cores e valores: marcas do racismo no estado nutricional da população brasileira.** 2021. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. doi:10.11606/D.6.2021.tde-31052021-161337. Acesso em: 2023-01-13.

JESUS, J. G. L. et al. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo.** Saúde debate 46 (132) 21 Fev 2022Jan-Mar 2022.

JOHNSON, W. **Healthy obesity: time to give up the ghost?** Ann Hum Biol. 2018;45(4):297-298.
<https://doi.org/10.1080/03014460.2018.1444789>.

KUBOTA, L. C. (2014). **Discriminação contra os estudantes obesos e os muito magros nas escolas brasileiras.** Rio de Janeiro, RJ: IPEA. Retrieved from
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21310

KUK, J. L. et al. **Individuals with obesity but no other metabolic risk factors are not at significantly elevated all-cause mortality risk in men and women.** Clinical Obesity, Hoboken, v. 8, n. 5, p. 305-312, 2018.

LEITE, M. L. S. **O ideal de beleza numa sociedade desigual: notas sobre a opressão ao corpo feminino em tempos de pandemia.** Cadernos Pagu (62), 2021:e216226 ISSN 1809-4449

LEWIS, R. J; CASH, T. F; JACOB, L; BUBB-LEWIS, C. **Prejudice toward fat people: The development and validation of the Antifat Attitudes Test.** Obes Res. 1997;5:297-307. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00555.x>.

MINAYO, M. C. S; (2017). **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1–12. Recuperado de <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.** Secretaria Especial do Desenvolvimento Especial. 2022. Disponível em:
<http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/sistema-nacion-al-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-sisan>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** Manual Instrutivo. Brasília. 2014. Acesso em:
<https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2016-07/m_anual-instrutivo-sobrepeso-e-obesidade.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

OBARA, A. A.; ALVARENGA, M. S. **Adaptação transcultural da Escala de Atitudes Antiobesidade para o português do Brasil**. Artigo • Ciênc. saúde colet. 23 (5) • Maio 2018

OKARA, C. S.; et. al. **Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo**. Saúde soc; São Paulo, v. 29, n. 3, e191003, 2020.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rSWR5gRGwVnPHphdqZ7sLSJ/?lang=pt#:~:text=No>

%20Brasil%2C%20homens%20e%20mulheres,n%C3%ADvel%20socioecon%C3%B4mico%20na%20ocorr%C3%A2ncia%20da

OMS. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Gene - va: World Health Organization; 2000. (WHO Technical Report Series, 894).

OMS. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, Switzerland: WHO. WHO Technical Report Series. 1995;854:312-345.

OMS. **Homepage/World Obesity Day**. 2022. Disponível em:

<https://www.worldobesityday.org/>. Acesso em 26 de abril de 2022.

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 E SOCIEDADE (ONLINE), v. 29, p. 1-12, 2020.

PREFEITURA DE JOÃO PESSOA. Secretaria e órgão - Distritos Sanitários. 2022. Disponível em:

<<http://antigo.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios/>>

RAMOS, D.B.N. **Entre teorias e práticas: o estigma da obesidade em serviços de saúde. Painel Brasileiro da Obesidade**. Ciclo 2021. Working Paper. São Paulo: Instituto Cordial, 2022. Disponível em:

<https://lp2.institutocordial.com.br/pbo-123-wp-estigma-obesidade>

RAMOS, D. B. N.; CRUZ, M. C. C. **Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal**. Cad. Saúde Pública 36 (6) • 2020.

RAMOS, R. A. **Avaliação da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde em municípios paraibanos**. 2021. 103f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - PPGSP) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB, 2022.

REIS, C. E. G. et al. **Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil.** Rev Paul Pediatr 2011;29(4):625-33.

RODRIGUES, T. D. F. F; OLIVEIRA, C. S; SANTOS, J. A. **As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação.** Revista Prisma. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 154-174, 2021.

RUBINO, F. et. al. **Joint international consensus statement for ending stigma of obesity.** Nature Medicine. Volume 26. April 2020. 485-497.

RUSSO, L. X. **Associação entre vitimização por bullying e índice de massa corporal em escolares.** Cad. Saúde Pública 36 (10) 19 Out 2020 2020.

SANTARELLI M, et al. **Da democratização ao golpe: avanços e retrocessos na garantia do direito humano à alimentação e à nutrição adequadas no Brasil.** Brasília: Rede de Informação e Ação pelo Direito a se Alimentar; 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023.** João Pessoa, PB, 2020. 208p.

SILVA, B. L. **As interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: uma problematização necessária.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SILVA, F. M. O; et al. **Fatores ambientais associados à obesidade em população adulta de um município brasileiro de médio porte.** Cad. Saúde Pública 35 (5) 23 Maio 2019.

SILVA, L. S. S; OLIVEIRA, G. S; SALGE, E. H. C. N. **Entrevista na pesquisa em educação de abordagem qualitativa: algumas considerações teóricas e práticas.** Revista Prisma. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 110-122, 2021.

SILVEIRA, E A. et al. **Acurácia de pontos de corte de IMC e circunferência da cintura para a predição de obesidade em idosos.** TEMAS LIVRES • Ciênc. saúde coletiva 25 (3) • Mar 2020.

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 2020 v. 40, e190910, 1-16

WU, Y. K; BERRY, D. C. (2018). **Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review.** Journal of Advanced Nursing, 74(5), 1030-1042.

ZHAO, M; et al. **Metabolically Healthy Obesity and High Carotid Intima-Media Thickness in Children and Adolescents: International Childhood Vascular Structure Evaluation Consortium.** Diabetes Care. Volume 42, January. 2019.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA DA PARAÍBA” sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, de forma totalmente voluntária. Esta pesquisa é parte integrante do Projeto de Pesquisa, Extensão e Formação de Gestores e Trabalhadores da Atenção Primária em Saúde para Controle e Enfrentamento da Obesidade na Paraíba, apoiado pelo Ministério da Saúde e pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Universidade Federal da Paraíba - UFPB e Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Profissionais da saúde são coadjuvantes essenciais no tratamento de pessoas com obesidade ou sobrepeso. As atitudes destes profissionais frente a essa parcela da população estão intimamente ligadas à forma que este cuidado em saúde é ofertado, principalmente nos serviços, ações e estratégias que fazem parte da Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade. A obesidade atualmente é considerada um grave problema de saúde pública e pesquisas que explorem seus mais diversos aspectos devem ser sempre estimulados.

Essa pesquisa tem por objetivo principal verificar a prevalência de atitudes antiobesidade dos profissionais de saúde em relação às pessoas com obesidade na atenção básica de dois municípios da Paraíba: Campina Grande e João Pessoa.

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, apresentada em questionário de perguntas e respostas, espera-se criar embasamento científico para planejar estratégias de melhorias na realidade da Linha de Cuidado de Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade, obtendo subsídios para o fortalecimento do cuidado multiprofissional oferecido aos usuários do SUS e aprimorar as ações de prevenção ao excesso de peso e de promoção de saúde ao considerar a obesidade em todos os seus fatores determinantes.

Sua participação neste estudo não infringe as normas legais e éticas, não oferece riscos à sua dignidade e não gera nenhuma despesa. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O risco existente nessa pesquisa se classifica como mínimo por se tratar de um estudo observacional, porém o participante poderá se sentir constrangido ao responder ao questionário sobre as atitudes em relação a pessoas com obesidade. Para diminuir o constrangimento, todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais e só serão utilizadas neste estudo. Somente a equipe de pesquisa terá conhecimento de seus dados e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados do estudo. As informações prestadas pelo(a) Sr.(Sra.) não serão divulgadas individualmente e nem servirão a outro propósito que não o de fornecer informações para melhoria e qualificação da gestão e do cuidado prestado aos usuários do SUS.

Ao final do estudo, o(a) Sr.(Sra.) será informado(a) sobre os principais resultados e conclusões obtidas. Essa pesquisa também proporcionará um melhor atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde e de uma gestão mais eficaz para o controle e enfrentamento da obesidade.

O seu conhecimento e experiência serão essenciais para o êxito de um diagnóstico que sirva ao desenvolvimento de ferramentas de apoio especificamente voltadas à organização, gestão e desenvolvimento do cuidado ofertado às pessoas com Sobrepeso/Obesidade nos três níveis de atenção à saúde.

O pesquisador me garantiu que: - A minha participação é inteiramente voluntária e não remunerada. - Poderei me recusar a participar ou retirar o meu consentimento a qualquer momento da realização do estudo ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo - Poderei me recusar a responder qualquer pergunta existente nos instrumentos de coleta de dados. - Terei acompanhamento e assistência durante o desenvolvimento da pesquisa. - Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro por participar desta pesquisa ou qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e também não receberei pagamento algum. Entretanto, caso necessite me deslocar por causa exclusivamente da pesquisa ou tenha algum prejuízo financeiro devido a participação do estudo, serei ressarcido.

Todos os encargos financeiros, se houver, serão de responsabilidade do pesquisador responsável. E que caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da minha participação na pesquisa, serei indenizado, - As informações coletadas serão utilizadas apenas para a pesquisa e poderão ser divulgadas em eventos e publicações científicas, porém minha identificação será resguardada.

A qualquer momento o(a) Sr.(Sra.) poderá obter maiores informações entrando em contato com a estudante Júlia Ramos Vieira, através dos telefones (83) 99990-2206 ou através do e-mail: julia_ramosvieira@hotmail.com ou do endereço: Rua Malaquita Souza do Ó, N° 161, bairro - Campina Grande/PB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelo pesquisador ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, E-mail: cep@uepb.edu.br – telefone: (83) 3315-3373 ou à Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (61)3315-9036, email: cgan@saude.gov.br, financiador deste estudo.

() Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a pesquisa e aceito participar voluntariamente

() Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a pesquisa e NÃO aceito participar

CONSENTIMENTO: () Profissional de Saúde

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “AATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA DA PARAÍBA” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu

_____, profissional da atenção básica no cargo de _____

RG número _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo,

juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

_____ - PB - , _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Perguntas norteadoras

Crenças e atitudes antiobesidade:

1. Qual a sua compreensão sobre o cuidado à pessoa com obesidade?
2. Quais fatores você associa a uma pessoa com obesidade? Você a entende como algo de causa multifatorial?
3. Quais práticas do seu dia a dia de trabalho (coletivas e individuais) são voltadas ao cuidado às pessoas com obesidade?
4. Quais estratégias você considera as mais eficazes no controle e/ou tentativa de perda de peso?

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA DA PARAÍBA poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Júlia Ramos Vieira a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

- I - Poderei ler a transcrição de minha gravação;

- II - Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza; Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;

- III - Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea "a" da Constituição Federal de 1988.

Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa **Júlia Ramos Vieira e Prof. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros**, e após esse período, serão destruídos e, serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as Diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da

Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

_____ -PB, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA DA PARAÍBA

Pesquisador: JULIA RAMOS VIEIRA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 58267622.7.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.516.041

Apresentação do Projeto:

No projeto lê-se: "A obesidade apresenta-se como um dos graves problemas de saúde pública, retratada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia global. Além do impacto no surgimento de doenças crônicas, como a hipertensão e a diabetes tipo 2, a obesidade atinge também a saúde mental dos indivíduos, principalmente ao se considerar os preconceitos e estigmas sociais relacionados ao excesso de peso, intitulados no Brasil de "gordofobia".".

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a prevalência de crenças e atitudes antiobesidade dos profissionais de saúde em relação às pessoas com obesidade na atenção básica à saúde no estado da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a pesquisadora informa: "O estudo em questão oferece risco mínimo, pois os participantes somente serão submetidos a uma entrevista semiestruturada e aplicação de um formulário e um questionário estruturado, adaptado e validado. O que pode acontecer é um certo nível de estresse por constrangimento decorrente das perguntas realizadas e pela gravação de voz da entrevista, e também pelo tempo necessário para respondê-las. Porém os riscos citados serão minimizados pelo pesquisador que estará preparado para aplicar o método de coleta de dados, mantendo-se atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto, garantindo ao participante a liberdade para optar por responder ou não o que lhe é perguntado, assegurando confidencialidade

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.516.041

dos dados e a não utilização das informações obtidas em prejuízo dos indivíduos e/ou comunidades. Também será assegurado pelo pesquisador que o estudo em questão será suspenso de forma imediata ao ser notado algum risco ou danos à saúde do participante, mesmo sem previsão disso no termo de consentimento. Também será garantido a ausência de conflito de interesses entre o pesquisador e os participantes, pois os dados obtidos serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados da pesquisa serão comunicados aos gestores e profissionais de saúde, além das autoridades sanitárias dos cenários do estudo e isso é um compromisso firmado pelo pesquisador.”.

Quanto aos benefícios, a pesquisadora informa: “Os benefícios para os participantes do estudo se mostram valiosos, visto o importante papel que estes possuem no cuidado em saúde ofertado a pessoas com obesidade, portanto sua prática profissional e atitudes em relação a estes indivíduos são ferramentas que exigem constante reflexão e evolução.”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta aspectos metodológicos característicos de uma pesquisa científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta os termos exigidos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1932534.pdf	23/06/2022 13:49:04		Aceito
Declaração de concordância	TERMODECONCORDANCIA.pdf	23/06/2022 13:48:27	JULIA RAMOS VIEIRA	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIAINSTITUCIONAL.pdf	07/06/2022 20:12:51	JULIA RAMOS VIEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e	2022_ANUENCIA_merged.pdf	16/05/2022 17:51:14	JULIA RAMOS VIEIRA	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE ESTILO DE VIDA

QUESTIONÁRIO DE ESTILO DE VIDA	
Pergunta	Resposta
1. Qual sua idade?	_____ anos
2. Qual o seu gênero?	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro _____ _____
3. Qual sua cor/raça?	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Outro _____
4. Qual seu estado civil?	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/União estável <input type="checkbox"/> Separado/ Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo
5. Você possui filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Qual seu grau de escolaridade?	<input type="checkbox"/> Curso superior completo <input type="checkbox"/> Especialização/Residência <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado
7. Qual a sua formação acadêmica?	
8. Em que serviço você trabalha?	
9. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?	

10. Há quanto tempo você trabalha na sua profissão?	
11. Qual seu peso (em quilos)?	
12. Qual sua altura (em metros)?	
13. Você já teve sobrepeso ou obesidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14. Já utilizou algum método para perda de peso?	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Dieta sem acompanhamento <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Atividade Física <input type="checkbox"/> Outros
15. Quantas vezes você já fez tratamento para perda de peso?	
16. Você tem casos de obesidade na família?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17. Atualmente você se considera com sobrepeso ou obesidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANEXO C - ESCALA DE ATITUDES ANTI OBESIDADE (EAA-2018)

SUBESCALA 'DEPRECIÇÃO SOCIAL E DE CARÁTER'	
Itens	Resposta
1. Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
2. Pessoas gordas não se importam com nada além de comer.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
3. Eu perderia o respeito por um(a) amigo(a) que começasse a ficar gordo(a).	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
4. A maioria das pessoas gordas é chata.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
5. A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
6. Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
7. As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo

quanto qualquer um. *	<input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
8. Ser gordo é pecado.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
9. Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
10. A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
11. Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
12. A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
13. A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas. *	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
14. Pessoas gordas não são higiênicas.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada

15. É difícil levar uma pessoa gorda a sério.	<input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
SUBESCALA 'NÃO ATRATIVIDADE FÍSICA E ROMÂNTICA'	
Itens	Resposta
16 Se eu fosse solteiro(a), eu namoraria uma pessoa gorda. *	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
17 Pessoas gordas não são atraentes.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
18 Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
19 Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
20 É nojento ver pessoas gordas comendo.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
21 É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
22 Eu não continuaria num relacionamento amoroso se meu(minha) parceiro(a) se tornasse gordo(a).	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente

23 Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
24 Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra. *	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
25 Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são. *	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
SUBESCALA 'CONTROLE DO PESO E CULPA'	
Itens	Resposta
26 Não há desculpa para ser gordo.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
27 A maioria dos gordos compram muita besteira ("junkfood").	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
28 A maioria das pessoas gordas é preguiçosa.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
29 Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
30 Pessoas gordas não têm força de vontade.	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte

	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente
<p>31 A ideia de que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa.</p>	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
<p>32 Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam.</p>	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
<p>33 A maioria das pessoas gordas se prendem a qualquer desculpa para estar gordas.</p>	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
<p>34 Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros. *</p>	<input type="checkbox"/> Não concordo com nada <input type="checkbox"/> Não concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo com a maior parte <input type="checkbox"/> Concordo totalmente