

Cirurgia bariátrica: complexidades e caminhos para a atenção da obesidade no SUS

Bariatric surgery: complexities and pathways to care for obesity in the SUS

Rebecca Soares de Andrade¹, Eduarda Ângela Pessoa Cesse¹, Ana Cláudia Figueiró¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313820

RESUMO Este ensaio objetivou analisar como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem lidado com o aumento da obesidade com indicação para cirurgia bariátrica no Brasil e apontar caminhos para a atenção à saúde integral dessa população. Fez-se um resgate do momento político-histórico de transformação epistemológica da obesidade e suas repercussões para indivíduos, sociedade, sistema de saúde e outros setores; expuseram-se alguns ataques sofridos pelo SUS, em especial os mais recentes, que afetam o já dificultoso acesso à cirurgia bariátrica; e refletiu-se sobre estratégias que buscam garantia da atenção à essa população e a sustentabilidade do sistema de saúde. Destacam-se os documentos produzidos pelo próprio Ministério da Saúde para a orientação do cuidado da obesidade, haja vista sua consonância com as evidências científicas mais atuais e sua utilização por outros países na construção de suas políticas. Ademais, reforça-se a importância do compartilhamento de responsabilidades entre todos os atores envolvidos; a regulamentação da publicidade voltada ao público que possui obesidade; o mandatório aumento de financiamento do SUS; e a utilização da avaliação em saúde de políticas, serviços e ações, para que se façam os ajustes necessários em tempo oportuno, garantindo uma melhor gestão do cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Obesidade. Cirurgia bariátrica. Atenção à saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT This essay aims to analyze how the Unified Health System (SUS) has dealt with the increase in obesity with indication for bariatric surgery in Brazil, and to point out pathways to provide comprehensive health care for such population. There was a rescue of the political-historic moment of epistemological transformation of obesity and its repercussions for individuals, society, the health system, and other sectors; some attacks suffered by the SUS were exposed, especially the most recent ones, which affect the already difficult access to bariatric surgery; and it reflect on strategies that seek to guarantee care for that population and the sustainability of the health system. The documents produced by the Ministry of Health to guide obesity care stand out, given their consonance with the most current scientific evidence, and their use by other countries in the construction of their policies. Furthermore, it is reinforced the importance of sharing responsibilities among all the actors involved; the regulation of advertising aimed at the public with obesity; the mandatory increase in SUS funding; and the use of health evaluation of policies, services, and actions, so that the necessary adjustments are made in a timely manner and guarantee a better management of health care.

KEYWORDS Obesity. Bariatric surgery. Delivery of health care. Unified Health System.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.
rebecca_soaresandrade@yahoo.com.br



Introdução

Nos últimos 50 anos, a prevalência de obesidade aumentou em todo o mundo, atingindo níveis de pandemia¹. Estima-se que, atualmente, quase um terço da população mundial possa ser classificada com sobrepeso ou obesidade. Se as tendências atuais permanecerem nesse valor, ele poderá chegar a 57,8% até 2030².

No Brasil, dados da última Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, em 2021, demonstraram que a prevalência do excesso de peso no País alcançou cerca de 80% da população, com 57,2% das pessoas apresentando sobrepeso (IMC \geq 25); e 22,3%, obesidade (IMC \geq 30)³.

Autores concordam que o aumento da obesidade resulta de uma interação complexa entre mudanças no ambiente alimentar, atividade física, fatores socioeconômicos, ambientais e genéticos⁴. Blüher¹ destaca que ambientes obesogênicos influenciam nas escolhas de comportamento e estilo de vida.

Apesar de os dados epidemiológicos evidenciarem seu aumento generalizado, a face mais acentuada da obesidade se apresenta entre as famílias de baixa renda, seja pelas iniquidades relativas ao acesso aos serviços, seja pela possibilidade de exercerem hábitos considerados saudáveis. No Brasil, quanto às desigualdades no tocante à pobreza monetária, a proporção de pessoas pretas ou pardas com rendimento inferior às linhas de pobreza é maior que o dobro da proporção observada entre as brancas⁵.

Segundo a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO)⁶, uma dieta saudável, rica em frutas e verduras, pode ser até cinco vezes mais cara que uma dieta que atenda apenas às necessidades básicas de energia. Ademais, Dantas e colaboradores⁷ afirmam que pertencer a estratos socioeconômicos inferiores e possuir cor de pele preta ou parda são fatores associados à maior prevalência de acesso precário aos serviços de saúde na população brasileira.

Destaca-se, assim, que existe uma relação complexa entre raça, obesidade e nível socioeconômico, cuja especificidade se dá em função do contexto sócio-histórico. Para Oraka e colaboradores⁸, as possíveis explicações para as disparidades raciais na obesidade residem em efeitos fisiológicos, psicológicos e culturais do estresse devido à discriminação racial.

Dessa forma, enquanto evento complexo, a obesidade requer uma abordagem sistêmica incluindo diversos setores da sociedade, como a comunidade científica, médica, a indústria de alimentos e farmacêutica, organizações sociais e, principalmente, o governo. O problema da obesidade não será revertido sem a liderança do governo, dados os diversos desafios políticos imbricados, como também não ocorrerá sem a pressão da sociedade por ações políticas¹.

Entretanto, um ponto já assinalado por diversos autores é a persistência em considerarem a obesidade um problema individual, sem apreciar a questão social, conjectural e histórico-cultural. Culpabilizar o indivíduo é uma conhecida estratégia governamental utilizada para retirar a responsabilidade do Estado⁹. A narrativa simplista de diversas políticas públicas de saúde, inclusive, segue o discurso de que a obesidade é promovida por irresponsabilidade individual e por falta de força de vontade, de consciência e de conhecimento das pessoas com obesidade sobre alimentação e atividade física, atribuindo, portanto, a responsabilidade da epidemia a essas pessoas¹⁰. Essa narrativa da obesidade como um problema individual não é inteiramente baseada em evidências, visto que a relação de alimentação e atividade física com a obesidade é muito complexa^{9,10}.

Dias e colaboradores¹¹ afirmam que medidas individualizadas são importantes e podem, inclusive, subsidiar políticas públicas, mas chamam atenção para a forte influência que o complexo industrial da saúde tem no processo decisório do governo, bem como atentam que a medicalização da obesidade deve ser analisada à luz desse contexto de disputas de interesses.

Nesse sentido, Rigo e Santolini⁹ alertam que as pessoas em situação de obesidade se tornam alvo de uma disputa que engloba interesses econômicos de indústrias farmacêuticas, prestadores de serviços terapêuticos, políticos, entre outros.

Evidências já demonstraram que apenas intervenções no componente estilo de vida não são efetivas no manejo do peso em longo prazo¹². Qualquer intervenção de componente único para prevenção ou tratamento da obesidade possivelmente produzirá efeitos menores e não duradouros no peso corporal, adiposidade e desfechos cardiometabólicos. O envolvimento de toda a sociedade e do governo aliado a ações regulatórias nos mercados são mandatórios para alcançar melhores resultados¹³.

Nesse cenário, a cirurgia bariátrica aparece como uma opção de tratamento para aqueles indivíduos que tentaram a perda de peso a partir de tratamentos conservadores (dieta, exercícios físicos e farmacoterapia) e falharam. No Brasil, a cirurgia bariátrica pode ser realizada pelo sistema público de saúde para pessoas com Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 35 kg/m² e outras comorbidades associadas; IMC acima de 40 kg/m², que, mesmo sem a presença de comorbidades associadas, falharam no tratamento conservador; e IMC acima de 50 kg/m² como primeira opção terapêutica devido ao elevado risco de morte¹⁴.

São resultados atribuídos à cirurgia bariátrica: maior expectativa^{15,16} e qualidade de vida¹⁶; remissão ou redução das comorbidades associadas^{16,17}; melhora de sintomas psíquicos; elevação da autoestima, entre outros¹⁸. Além disso, a bariátrica possui, também, melhor custo-benefício aos sistemas de saúde quando comparada aos tratamentos conservadores (mudança de comportamento, terapia medicamentosa)¹⁹. Em suma, a cirurgia possui reconhecida eficácia, efetividade e resultados clínicos promissores.

Pesquisa realizada no Brasil e divulgada em 2017 revelou que, naquele ano, 4,5 milhões de brasileiros tinham indicação formal para

realizar cirurgia bariátrica. Ainda, ponderou: considerando que cerca de 100 mil procedimentos são realizados por ano no País, seria necessário 45 anos para atender a essa demanda. Só que a situação ainda piora, visto que: 1) além desse montante, existem todas as outras pessoas que terão obesidade mórbida ao longo desse período (um crescimento estimado de 60% segundo dados do Ministério da Saúde)²⁰; e 2) essa pesquisa foi divulgada em período anterior à pandemia do novo coronavírus, e pesquisas atuais revelam que a pandemia influenciou o comportamento dos brasileiros, colaborando para diminuição da prática de atividade física, aumento do tempo dedicado às telas, redução do consumo de alimentos saudáveis e aumento do de ultraprocessados, afetando o balanço energético, o que pode contribuir para o cenário de aumento da obesidade²¹.

Ademais, observa-se uma dificuldade de acesso à cirurgia bariátrica pelo sistema público de saúde nacional, mas essa não é uma exclusividade do Brasil. Estudos em todo o mundo revelam dificuldades de acesso a essa cirurgia em vários países, e diversos fatores já foram relacionados. Verificou-se que a dificuldade de acesso está, entre outras coisas, intrinsecamente relacionada com a realidade contextual vivenciada pelo indivíduo, indo desde condições socioeconômicas e raça até atitudes gordofóbicas por profissionais de saúde e estigma vivenciado no cotidiano²². A pandemia causada pelo Sars-CoV-2 também terminou por reduzir ainda mais o acesso à cirurgia bariátrica no Brasil, uma vez que se trata de uma cirurgia eletiva, e cirurgias dessa natureza foram descontinuadas por todo o território nacional no intuito de conter o avanço da doença²³.

Considerando a problemática apresentada, o presente ensaio buscará compreender o momento político-histórico em que a obesidade foi colocada em evidência, adquiriu o *status* de epidemia e entrou na disputa de diferentes atores; problematizará os desdobramentos e as repercussões advindas dessa

transformação no *status* epistemológico da obesidade para indivíduos, sociedade, sistema de saúde e demais setores; apresentará, de forma sucinta, o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) e a dificuldade de acesso à cirurgia bariátrica nesse sistema; e, por fim, abordará algumas reflexões acerca da temática, no sentido de traçar estratégias que possam ser percorridas na busca pela garantia da atenção à saúde dessa população e a sustentabilidade do sistema de saúde diante do contexto vivenciado na atualidade pelo País.

Medicalização da obesidade – de atributo à epidemia

O termo ‘medicalização’ é definido por Peter Conrad, citado por Poulain²⁴, como ‘um processo pelo qual os problemas não médicos são definidos e tratados como médicos, em termos de doença e de disfunção’. Trata-se de conferir uma natureza médica a representações que até então não eram compreendidas nesses termos²⁴. A medicalização, então, é um processo no qual as questões social e moral desaparecem aos poucos e dão lugar a uma ordem racional, fundamentada pela ciência.

Foi a partir do processo de medicalização que a obesidade deixou de ser apenas uma característica, um atributo físico do indivíduo, e se transformou em fator de risco para o desenvolvimento de doenças, constatando-se que ela era fator de risco para doenças cardiovasculares. Depois do termo ‘fator de risco’, a obesidade adquiriu o *status* de ‘doença’, e então de ‘epidemia’. Rapidamente, a questão ‘obesidade’ saiu do âmbito hospitalar e médico e se tornou uma questão de saúde pública, coletiva e política. Colaboraram para isso um número crescente de teses alarmistas para as consequências da doença e o aumento nas estatísticas²⁴.

Nesse contexto, autores questionaram como e por que ocorreu essa transformação no *status* epistemológico da obesidade. Ora, é inegável o crescimento generalizado da obesidade no

mundo, mas existiriam interesses, até então não revelados, por trás dessa transformação ‘abrupta’? E se houve interesses, quem seriam os interessados? Como se beneficiariam? Na tentativa de responder a essas questões, fez-se um regaste do período político-histórico em que tais modificações ocorreram^{9,11,24,25}.

Em 1990, a obesidade passou a ser considerada ‘doença’ e se integrou à Classificação Internacional de Doenças por pressão de um grupo de pesquisadores da International Obesity Task Force (IOTF). Dez anos mais tarde, no ano 2000, Peter Kopelman, em artigo publicado na revista ‘Nature’, definiu a obesidade ‘por um IMC igual ou superior a 30’. No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) uniformizou e estabeleceu o IMC como métrica para a avaliação universal da obesidade. Kopelman ainda tentou esclarecer que o índice deveria ser considerado como uma indicação aproximativa, pois não correspondia necessariamente à mesma massa gorda para todos os indivíduos, mas a padronização foi indicada²⁴.

Além disso, especialistas chamam a atenção para que a classificação universalmente difundida do IMC só é válida para caucasianos, porém numerosos estudos utilizam a classificação do IMC para interpretação de populações com outros tipos físicos. Outrossim, em âmbito mundial, o ser humano não tem o mesmo biotipo, há uma diversidade de tipos antropomorfológicos.

Ademais, foi observada uma grande difusão do IMC e suas classificações entre o público leigo. Um índice aproximativo transformou-se em um sistema classificatório de ‘ordem social’, a partir do qual se passou a ter corpulências ‘aceitáveis’, ‘desejáveis’ e ‘desviantes’ na sociedade. Isso contribuiu para a estigmatização da pessoa com obesidade e fornece argumentos ‘científicos’ para busca obsessiva de um corpo idealizado, magro. Corre-se o risco de levar indivíduos considerados com peso ‘normal’ a tomar decisões impróprias ou a ter preocupações infundadas, que podem resultar até em transtornos de comportamento alimentar²⁴.

Destaca-se que, até 1998, a classificação do peso normal nos Estados Unidos da América (EUA) englobava os valores de IMC entre 20 kg/m² e 27,6 kg/m² para os homens e de 20 a 27,3 kg/m² para mulheres. Sob a influência do grupo de pesquisa da IOTF, a OMS propôs que o limite entre sobrepeso e peso normal fosse de 25 kg/m², e não mais de 27 kg/m². Ao recomendar que o limite reduzisse de 27 kg/m² para 25 kg/m² sem distinção de sexo, idade ou tipo antropomorfológico, cerca de 35 milhões de americanos ‘adquiriram’ sobrepeso da noite para o dia. Além do mais, com a padronização do IMC dos demais países, o número de pessoas com excesso de peso em todo o mundo ganhou uma notoriedade sem precedentes²⁴.

Essa ‘engorda’ de parte considerável da população, resultante da recategorização, tornou maior o público suscetível de se interessar por produtos e métodos de emagrecimento. Em concomitância, observou-se o desenvolvimento vultoso do mercado de produtos destinados ao emagrecimento, como: pílulas, produtos *light*, substitutos para refeições, entre outros²⁴. O caráter multifatorial e complexo da obesidade permitiu o desenvolvimento de diferentes formas de tratamento. Cirurgia, farmácia, psiquiatria e psicologia são algumas das áreas a se interessar pelo seu tratamento.

Para Poulain²⁴⁽¹⁸³⁾, “a construção dos níveis de IMC dificilmente é um exercício que pode deixar de ser parcialmente arbitrário”. O autor afirma que

[...] convém ampliar a perspectiva das lógicas de interesse e fugir da visão angelical que considera o meio de pesquisa como um universo onde reinaria somente o amor desinteressado pelo conhecimento²⁴⁽¹⁹²⁾.

Marion Nestle²², em seu livro intitulado ‘Verdade indigesta’, faz o alerta para a ligação entre pesquisadores e indústrias farmacêutica, parafarmacêutica, de alimentos, entre outras²⁵.

Para os autores, existe uma variedade de tipos de parcerias entre o setor privado e os atores da pesquisa: recrutamentos remunerados

ou não de pesquisadores para compor conselhos de administração, conselhos científicos, comitês de especialistas; financiamento ou cofinanciamento de pesquisas; patrocínio para participação dos pesquisadores nas sociedades de saber; prêmios; bolsas de pesquisas; participação em congressos; estadias, entre outros. A questão e o jogo de interesses podem, ainda, estender-se a atores do setor político, da mídia e entre tantos outros atores/setores que possam ser submetidos a essa lógica de influências, criando linha tênue entre essas parcerias e os processos na ciência^{24,25}.

Com a supervalorização da obesidade, tem-se uma intensa midiaticização e dramatização da situação. A designação da obesidade como ‘epidemia’ participa de sua socialização e contribui para que se articule à questão da má alimentação e de estilo de vida. A obesidade é a primeira epidemia não infecciosa da história da humanidade²⁴. Além das implicações elencadas, toda essa transformação epistemológica da obesidade acarretará importantes desdobramentos no campo científico-político-social.

Acredita-se que, apesar dessa padronização constituir um avanço importante para pesquisas em epidemiologia, visto que possibilita a realização de coletas de dados de forma simples e menos onerosa, o IMC não deve ser utilizado sem parâmetros em escala individual, pois não considera a verdadeira composição corporal do indivíduo. Ao utilizar o IMC em nível individual, corre-se o risco de não considerar adequadamente a massa óssea, os músculos e os líquidos que constituem o corpo humano. Assim, o IMC deveria ser usado apenas como instrumento a serviço da pesquisa epidemiológica ou do pré-diagnóstico na prática clínica²⁶.

Repercussões e responsabilidades

Diante do cenário apresentado, com o aumento alarmante da obesidade e o destaque atingido, inicia-se a busca por culpados suscetíveis de

serem condenados. Cada ator, identificado com parcela de responsabilidade na situação, defende-se atacando os demais envolvidos, mas a obesidade é tão complexa e multifatorial que se poderia designar todos ou quase todos os atores como ‘responsáveis’.

Na esfera individual, as pessoas em situação de obesidade se dividem entre a culpa por ‘comer mal’, ‘comer demasiado’ e o constrangimento ‘por existir milhões de indivíduos sem ter o que comer’. São acusados de dissipar recursos do sistema de saúde, responsabilizados por adotarem e/ou permitirem que seus filhos adotem modos de vida e alimentação nocivos à saúde^{24,27}.

Os setores agroalimentar e de *fast-food* são responsabilizados pelo consumo exagerado de alimentos ‘gordurosos’, considerados ruins para a saúde. Associações de consumidores e outras sociedades civis organizadas apontam para a ‘manipulação’ dos indivíduos por meio da publicidade, principalmente as crianças, consideradas mais frágeis e suscetíveis a tais práticas^{21,22}. As políticas comerciais, as estratégias publicitárias, de marketing e *lobbying* desses setores são apontadas como responsáveis pelo desenvolvimento da obesidade²⁸. Além disso, o montante financeiro gasto com publicidade parece provar sua eficácia por si só²⁵.

Pesquisadores e associações de consumidores consideram o marketing de alimentos a primeira causa do consumo alimentar excessivo, da desestruturação das refeições, constituindo-se uma motivação para a luta contra a obesidade. Reivindica-se regulamentação, com interdição da publicidade para certas categorias de produtos e para o público infantil²⁹.

Indústrias de ultraprocessados e de *fast-foods* argumentam que ‘ninguém obriga os consumidores a comprarem’²⁴, elas temem ser apontadas como as únicas responsáveis pela situação e sofrer processos vultosos como os que as empresas de tabacos sofreram de ex-fumantes no início da década 2000. Nesse sentido, conforme Beck citado por Poulain, já foi comprovado que a solvabilidade de um ator, ou seja, sua capacidade financeira (nesse

caso, os das empresas *versus* o do indivíduo), é um determinante essencial para a designação como juridicamente responsável²⁴.

De encontro às acusações, quanto aos responsáveis pelo excesso de peso, vêm as denúncias dos que credibilizam a ideia de que é possível, fácil e sem consequências perder peso. Os setores farmacêutico e parafarmacêutico são apontados por realizarem a difusão desse tipo de mensagem ao público leigo, o que poderia incitar pessoas, sobretudo as que não têm motivo sanitário para perder peso, a se engajarem em tentativas de controle de peso por motivos unicamente estéticos, o que pode ter efeitos nefastos³⁰.

Ao mesmo tempo que a gordura é considerada física e moralmente insana, a magreza torna-se atraente. A rejeição sistemática à gordura e o medo de engordar atingiram, nas sociedades atuais, uma intensidade incomum, transformando as pessoas em lipofóbicas³¹. Problemas de imagem corporal têm sido atribuídos à norma social da magreza e ao estigma voltado à pessoa em situação de obesidade. A alteração da imagem corporal em virtude do aumento de peso pode acarretar depreciação do autoconceito e da autoestima, ansiedade, depressão, sentimentos de inadequação social e diminuição do bem-estar, podendo resultar, ainda, na diminuição de relações interpessoais³².

Os setores farmacêutico e parafarmacêutico são também acusados de intervir no mercado por meio da publicidade, e ainda de atuar sobre pesquisadores e políticos a partir de *lobbying*. Alguns políticos, igualmente, são acusados pela sociedade civil de relações escusas com indústrias e falta de rigor. Na esfera da ciência, pesquisadores são denunciados por se deixarem influenciar pelas indústrias e manipularem dados em seu favor, objetivando obter recursos, financiamentos e notoriedade²⁵. Já a mídia é acusada por exacerbar ou expressar o desejo de emagrecer, além do incentivo ao consumo de produtos ‘*engordiet*’³³.

Dessa forma, tem-se que todos os atores podem, segundo o ponto de vista adotado,

ser designados como responsáveis. Essa é uma perspectiva a ser superada para que se construa uma partilha de responsabilizações e responsabilidades. Nesse sentido, Poulain²⁴ aposta no imperativo em se adotar práticas avaliativas. Segundo o autor, ações de prevenção, por exemplo, precisam ser apreciadas para que sejam (re)orientadas. Trata-se de demarcar o que não foi útil, produzir dados para capitalizar o conhecimento e promover as mudanças necessárias. Assim, fundamentam-se os determinantes da situação, e torna-se mais viável alcançar a responsabilização e o envolvimento das diferentes categorias de atores envolvidas.

Brasil: avanços, retrocessos, acesso à cirurgia bariátrica e desmonte do SUS

O Brasil é um país de dimensão continental, caracterizado por grandes desigualdades inter e intrarregionais, marcado por importantes iniquidades sociais e, ao mesmo tempo, autor de várias políticas e estratégias de saúde, reconhecidas e percorridas por outros governos internacionalmente.

Para exemplificar um pouco a disparidade existente entre as regiões, no que se refere à

obesidade, estudo realizado sobre a prevalência da obesidade mórbida no País revelou que, entre os anos de 1974 e 2003, a condição apresentou um crescimento de 255%, passando de 0,18% para 0,64% respectivamente. A região Nordeste foi a que apresentou a evolução mais rápida, aumentando em 760% no período analisado³⁴.

Já as diferenças intrarregionais podem ser evidenciadas em outro estudo realizado com moradores de favela da Região Metropolitana do Recife, em que foi observado o excesso de peso (conjunto do sobrepeso e obesidade) em 70,3% da população. Ainda, o percentual de obesidade grave (3,4%), equivalente a quase ao dobro da frequência de casos de baixo peso (1,9%), uma situação dissonante com os dados da população geral³⁵.

Vale ressaltar que nosso sistema de saúde, o SUS, instituído em 1988, passa, desde então, por progressos e percalços, e tem, desde 2007, trabalhado com portarias que favorecem uma abordagem mais integral da questão do sobrepeso e da obesidade. Citam-se: a reorganização dos serviços de saúde; a criação de Redes de Atenção à Saúde (RAS); e a organização de uma linha de cuidado. Critérios para acesso à alta complexidade e garantia do tratamento cirúrgico como direito garantido pelo SUS também fazem parte das ações do Ministério da Saúde¹¹ (*quadro 1*).

Quadro 1. Linha do tempo das estratégias de alimentação, nutrição e promoção da saúde correlatas à obesidade nas políticas públicas do Brasil, 1999-2022

1999	2000	2003	2006		
Portaria nº 710 – Aprova a PNAN – define diretrizes para organizar ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS	Portaria nº 196 – Institui critérios clínicos para indicação de gastroplastia como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida no SUS	Lei nº 10.696, art. 19 – cria o Programa de Aquisição de Alimentos – promover acesso à alimentação, estimulando hábitos alimentares saudáveis e incentivar a agricultura familiar	Publicado CAB v. 12 – Obesidade – subsidiar profissionais da AB para cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional	Portaria nº 687 – Aprova a PNaPS – promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes	Publicado o “Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável” – primeiras diretrizes alimentares para população brasileira, incluindo orientações para prevenção de obesidade

Quadro 1. Linha do tempo das estratégias de alimentação, nutrição e promoção da saúde correlatas à obesidade nas políticas públicas do Brasil, 1999-2022

2006		2007			
Implementação o Vigilante – monitorar frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT nas 26 capitais de estados brasileiros e DF	Lei nº 11.346 – Cria o Sisan – assegurar o direito humano à alimentação adequada	Portaria Interministerial nº 1.010 – Institui diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas nacionalmente	Projeto de Lei nº 1.755 – Dispõe sobre a proibição da venda de refrigerantes em escolas de educação básica (ainda em tramitação)	Decreto nº 6.286 – Institui o PSE, que, entre suas ações previstas, estão: avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, ações de atividade física e saúde	Portaria nº 1.569 – Institui diretrizes para atenção à saúde, prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, para implantação em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão
2010		2011			
Portaria nº 4.279 – Diretrizes para organização da RAS no SUS	Decreto nº 7.272 – regulamenta a Lei nº 11.346/2006, que criou o Sisan, e institui a PNSAN, que estabelece parâmetros para elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional	Publicado o Plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022	Publicado o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira, iniciativa da Caisan	Publicado o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015, iniciativa da Caisan	Publicada a PNAN revisada e abordando temática da obesidade de forma mais contundente
2012		2013		2014	
Publicado o Marco de referência de educação alimentar e nutricional para políticas públicas, iniciativa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	Portaria nº 252 – Institui RAS/DCNT no SUS	Publicadas as Diretrizes para cuidado das pessoas com doenças crônicas nas RAS e nas linhas de cuidado prioritária	Portaria nº 424 – Redefine diretrizes para organização da prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da RAS/DCNT	Portaria nº 425 – Regulamento técnico, normas e critérios para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade	Portaria nº 483 – Redefine RAS/DCNT no SUS e estabelece diretrizes para organização das linhas de cuidado
2014		2015			
Implantação das RAS	Publicado CAB v.38 – Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade	Publicada 2ª edição do Guia alimentar para população brasileira	Publicada a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios, pela Caisan	Publicada revisão da Portaria nº 687/2006 sobre a PNaPS	Resolução CFM nº 2.131 – altera anexo da Resolução CFM nº 1942/2010, incluindo 21 comorbidades que, associadas a IMC > 35 kg/m ² , são indicações para cirurgia bariátrica; reduz idade mínima para 16 anos e elege os tipos de cirurgias que podem ser indicadas, considerando vantagens e desvantagens
2017		2020		2021	
Portaria nº 62 – Altera a Portaria nº 424/2013 e a Portaria nº 425/2013	Resolução Anvisa nº 429 – dispõe sobre a rotulagem nutricional de alimentos embalados	Portaria nº 1.862 – Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil – Proteja	Publicado o Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS	Publicado o Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da APS do SUS	Publicado o Instrutivo para cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS

Fonte: elaboração própria.

Legenda:

☐ Ministério da Saúde;

☐ Outros ministérios, organizações, setores.

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; APS: Atenção Primária à Saúde; CAB: Cadernos de Atenção Básica; Caisan: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; CFM: Conselho Federal de Medicina; DCNT: Doença Crônica Não-Transmissível; DF: Distrito Federal; IMC: Índice de Massa Corpórea; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; PNaPS: Política Nacional de Promoção da Saúde; PNSAN: Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; PSE: Programa Saúde na Escola; RAS: Rede de Atenção à Saúde; Sisan: Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; SUS: Sistema Único de Saúde; Vigilante: Vigilância de fatores de risco para DCNT.

Destacam-se, no *quadro 1*, a atuação e a interlocução entre diferentes setores, como saúde, educação e agricultura na abordagem à obesidade, o que é extremamente recomendado por estudiosos e especialistas da área. Esse pioneirismo em políticas públicas é o que destaca mundialmente o País e o torna referência para diversas estratégias; entretanto, com a dimensão territorial do Brasil, o jogo de disputas e interesses termina muitas vezes por impactar negativamente na implementação de políticas.

Isso fica explícito ao constatar que, passadas mais de três décadas da implantação e da implementação do SUS, ainda se observam entraves no acesso da população brasileira à saúde, apesar de todo arcabouço institucional e aparato jurídico-legal existentes. Como consequência, percebem-se limitações para a concretização da integralidade e universalidade da atenção à saúde no País³⁶, e isso se torna ainda mais evidente quando colocado na perspectiva do acesso à cirurgia bariátrica.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), a história da intervenção no Brasil começou em 1970, e, desde então, a técnica já passou por várias transformações, conferindo maior segurança aos pacientes²⁷. O procedimento está disponível no País desde 1999 como parte do sistema público de saúde para pacientes com IMC > 40 kg/m² (ou > 35 kg/m² com comorbidades)²². No entanto, a incorporação da videolaparoscopia nos procedimentos da cirurgia realizadas pelo SUS ocorreu somente em 2017, quase 20 anos após sua consagração no País. Segundo Barros³⁷, a videolaparoscopia tem maior eficácia e menor taxa de complicação, seu maior custo inicial é compensado pelo menor tempo de internação, menos complicações e reinternações.

Desde 2008, o Brasil é o segundo país do mundo, depois dos EUA, a realizar o maior número de cirurgias bariátricas, entretanto, a realidade de acesso a essa cirurgia pela rede pública de saúde é desalentadora. Cerca de 75% dos indivíduos que necessitam do procedimento

usam exclusivamente o SUS (não têm acesso à rede suplementar), e esse sistema oferta menos que 10% dos procedimentos realizados. Ou seja, têm-se três quartos dessa população 'alocada' em um sistema que realiza apenas um décimo dos procedimentos no País³⁷.

Segundo a SBCBM, o Brasil conta atualmente com 7.700 hospitais, em 5.568 municípios brasileiros. Desses, apenas 98 realizam a cirurgia bariátrica e metabólica, sendo que 4 estados não oferecem o procedimento. Atualmente, Amazonas, Rondônia, Roraima e Amapá não possuem serviços habilitados no SUS para bariátrica³⁸. Para Coutinho³⁹, as filas para realização do procedimento nos serviços públicos são tão grandes que alguns hospitais estão sem receber novos pacientes, demonstrando dificuldades no acesso dessas pessoas.

Cazzo, Ramos, Chaim⁴⁰ destacam que, apesar do aumento no número de procedimentos públicos observado nos últimos anos no País, ainda é insuficiente a atual oferta de cirurgia bariátrica prestada pela rede pública. Reforça-se a necessidade de serem delineadas políticas e iniciativas públicas em prol do manejo da obesidade coletiva no Brasil, e de melhor ajustamento da oferta de cirurgias bariátricas via SUS à população.

Já se discutiu neste texto que reduzir a carga de obesidade vai muito além do acesso à cirurgia, requer abordagens que combinem intervenções individuais com mudanças no ambiente e na sociedade. É igualmente indubitável que o tratamento da obesidade por meio da cirurgia bariátrica, cujo sistema de saúde preconiza a universalidade, a integralidade e a equidade como seus princípios, deve ser acessível a todos que dela possam se beneficiar.

Em artigo recente, Gadelha e colaboradores⁴¹ discutem a necessidade imperiosa de aumentar o financiamento do sistema de saúde público brasileiro. Os autores chegam, inclusive, a citar uma nova proposta para o financiamento do SUS, elaborada por um grupo de trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva em conjunto com a Associação Brasileira de Economia da Saúde.

Essa iniciativa foi elaborada no contexto recente de ataques ao SUS, entre esses, a Emenda Constitucional (EC) nº 95, também conhecida como a ‘emenda da morte’. Essa emenda impôs um teto de gastos e congelou os valores do piso federal repassado ao SUS por um período de 20 anos. Segundo os autores, a EC nº 95 não apenas retirou recursos, mas também minou o setor no seu potencial gerador de emprego e renda, e de alavanca do crescimento e desenvolvimento econômico⁴¹.

Fala-se em ataques recentes ao SUS porque, segundo os próprios autores, ideólogos do neoliberalismo, vilanizam, sistematicamente, os gastos públicos em saúde, alegando crescimento exponencial dos gastos, ineficiência da gerência pública do sistema e apontando como solução a privatização do setor saúde no País⁴¹.

Não obstante o congelamento dos gastos federais até 2036 com a EC nº 95, o Ministério da Saúde, a partir do programa Previne Brasil, em 2019, que trouxe mudanças significativas no modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, confirma, a partir de sua Nota Técnica (NT) nº 3/2020, que não mais realizará o credenciamento de equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), e o quantitativo de equipes Nasf-AB deixa de existir como requisito para repasse de recursos. Ou seja, fica a critério dos gestores locais a manutenção dos trabalhadores⁴².

Criado em 2008 para consolidar a APS, o Nasf tem bem documentado na literatura o reconhecimento de sua importância na melhoria da qualidade da assistência prestada⁴³. No entanto, a NT nº 3/2020 promoveu um largo passo em direção ao seu desmonte, haja vista a falta de garantias do gestor municipal em conseguir arcar com seus custos.

A descredibilização do SUS, estratégia há muito utilizada pelos grupos de saúde privados, tensiona um dos elos do jogo de poderes existente entre o setor privado, a sociedade civil e o governo. Nesse contexto, torna-se imprescindível a união de todos os atores que concordam que a garantia do direito à saúde e o bem-estar social, constantes na Constituição

Federal de 1988, devem não somente caber no orçamento da União como também nortear políticas públicas⁴¹.

Foi nesse sentido que, em setembro de 2021, os Conselhos Regionais de Nutrição das dez regiões uniram-se em um manifesto em apoio ao ‘Guia Alimentar para população brasileira’. O Guia é um documento referencial para promoção da saúde e qualidade de vida e visa promover o acesso da população a informações e recomendações acerca da alimentação saudável, centrado na redução de doenças crônicas como a obesidade.

O material, baseado em pesquisas e evidências científicas, foi produzido em 2014 e é utilizado como parâmetro em diversos países. Além disso, o Guia é reconhecido mundialmente por nutricionistas e especialistas da área, no entanto, algumas indústrias de alimentos tentam desqualificá-lo, uma vez que, ao recomendar a redução do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, ele se opõe aos interesses dessas indústrias, em sua maioria de agronegócio e de alimentos processados. Essas indústrias veem o documento como um entrave à expansão de seus negócios⁴⁴.

As estratégias (RAS, Nasf-AB, Guia Alimentar) e os acontecimentos (EC nº 95, NT nº 3/2020, descredibilização do SUS e desqualificação do ‘Guia Alimentar para a população brasileira’) aqui elencados são apenas alguns exemplos de avanços e retrocessos, respectivamente, que houve no País e que afetam sobremaneira a atenção a saúde de todas as pessoas, em especial, a das pessoas que convivem com a obesidade e que necessitam exclusivamente do sistema de saúde público.

Reflexões e estratégias

Apesar de o recurso à cirurgia poder reforçar o aspecto patológico e curativo da obesidade, não cabe polarizar o debate entre medidas individuais *versus* ambientais, mas, sim, compreender a complexidade do problema e dos desafios para seu manejo adequado. Expandir

o entendimento da obesidade e apresentar ações ambientais deve ser mandatório diante da baixa resolutividade de intervenções focalizadas no atendimento individualizado e no corpo^{1,11}.

Políticas de apoio aos setores saúde, transporte, agricultura, comercialização de alimentos, planejamento urbano e educação, por exemplo, são imprescindíveis para mudanças do comportamento individual¹. Pineda e colaboradoras⁴⁵, nesse sentido, alertam para o aumento no nível de processamento dos alimentos, com a adição de conservantes, acidulantes e outras substâncias químicas capazes de prolongar o tempo de prateleira desses produtos, permitindo-os percorrer longas distâncias e tornarem-se mais acessíveis. Além disso, destacam que políticas de incentivo fiscal, flexibilização de leis ambientais e trabalhistas ao longo da cadeia de produção e distribuição desses produtos terminam por tornar seu preço final mais competitivo. Assim, além do comprometimento da saúde dos consumidores, em virtude da composição nutricional desfavorável desses novos produtos, tem-se a desvalorização da produção local e consciente, que compromete a subsistência e a fonte de renda de agricultores familiares.

Darolt⁴⁶ aponta o abastecimento alimentar por meio de Circuitos Curtos de Comercialização (CCC) como uma alternativa para solução desse problema. O CCC se caracteriza por uma cadeia curta, em que o produto chega ao consumidor com informações que lhes permita saber o local de produção, o produtor e o sistema de produção utilizado. Feiras orgânicas e agroecológicas direto do produtor são os CCC mais utilizados pelos brasileiros, e principal porta de entrada de agricultores familiares no mercado local. Para o autor, os circuitos curtos trazem oportunidades para estimular mudanças de hábitos alimentares, incentiva a educação para o consumo, organização e maior engajamento social dos consumidores. Destacam-se o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar

(PNAE), programas de governo que, além de proporcionar acesso a alimentos saudáveis, minimamente processados e *in natura* pelas populações empobrecidas e periféricas, ainda permitem a inclusão de agricultores familiares no mercado institucional.

O aumento acentuado da obesidade grave pode, também, refletir uma falha dos sistemas de saúde em tratar a obesidade em seus estágios iniciais¹. Ao tratar dos temas obesidade mórbida e cirurgia bariátrica no sistema de saúde público brasileiro, Barros⁴⁷ observou, por exemplo, que o paciente com obesidade mórbida é, muitas vezes, visto pela sociedade, pela mídia e até por profissionais de saúde não como alguém doente, mas como sedentário, guloso e sem disciplina; e alertou para o fato de que a desinformação, o preconceito e o estigma talvez sejam os primeiros aspectos a serem trabalhados.

Nessa perspectiva, Bluher¹ afirma que atitudes negativas e estereotipadas em relação às pessoas com obesidade pelos profissionais de saúde acarretam menor qualidade da assistência e, conseqüentemente, menor adesão aos programas de tratamentos pelos pacientes. Pessoas com obesidade podem experimentar atendimento menos centrado no paciente e são mais propensas a evitar ou a adiar o atendimento se acharem que sofrerão estigma. Segundo Vogel⁴⁸, em cada cinco adultos com obesidade, mais de três sofrem estigma pelos profissionais de saúde. Existem evidências de que o estigma do peso, independentemente do IMC, está associado a ganho de peso, distúrbios alimentares, ansiedade e depressão.

Estudos realizados em documentos norteadores de políticas de saúde, e até mesmo nas próprias políticas, observaram uma tendência à culpabilização do indivíduo com obesidade, à patologização do corpo gordo e à gordofobia^{9,49}. Percebe-se, então, a necessidade de analisar e discutir criticamente documentos que contenham recomendações de saúde, pois eles podem repercutir na prática dos serviços de saúde, na formação dos profissionais de saúde, terminando por disseminar a patologização da gordura e atitudes gordofóbicas.

Estratégias para reduzir o estigma da obesidade devem ser incentivadas, inclusive acerca da cirurgia bariátrica, que não deve ser considerada ‘último recurso’ ou a ‘saída mais fácil’. O credo de que a cirurgia bariátrica é uma ‘solução fácil e o último recurso para pacientes indisciplinados demais para perder peso de outras maneiras’ permeia muitas organizações de saúde e é um exemplo de estigma⁵⁰.

Nesse sentido, a saúde pública pode ajudar a distinguir indivíduos com obesidade daqueles que vivem em corpos maiores. Fornecer informações equilibradas sobre peso e saúde, disseminar evidências de que nem todas as pessoas com peso corporal maior têm a doença crônica obesidade e envolver as pessoas com obesidade no desenvolvimento de políticas e estratégias podem ajudar a mudar crenças e atitudes negativas, promover o respeito à diversidade do tamanho corporal e provocar o apoio às pessoas com obesidade¹⁰.

Disseminar e trabalhar a Política Nacional de Humanização (PNH) nos serviços de saúde e entre trabalhadores, sensibilizando-os para o tema, informando-os acerca dos dados mais atuais, desestigmatizando a doença e alertando para as drásticas consequências ocasionadas pelo preconceito ao indivíduo com obesidade, pode ser uma potente ferramenta na mudança de práxis desses profissionais e melhora na qualidade da assistência desses indivíduos, com maior acolhimento e adesão às iniciativas de tratamento propostas.

Documentos voltados para o cuidado da obesidade, produzidos e disseminados pelo próprio Ministério da Saúde, trazem diversas diretrizes e estratégias que consoam com as perspectivas apresentadas neste artigo: APS como ordenadora da RAS, com garantia de comunicação adequada entre os níveis de atenção; implantação da linha de cuidado ao paciente com obesidade; qualificação da atenção no nível primário, inclusive com a participação das equipes Nasf-AB, e mudança da NT nº 03/2020; educação permanente dos trabalhadores de toda a RAS, com inclusão da PNH e o tema obesidade; orientações para

promoção de uma alimentação mais saudável e um estilo de vida mais ativo; promoção de oficinas e atividades em grupos, que aumentam a sensação de pertencimento, aumentam o engajamento e a motivação; realização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e Projetos de Saúde no Território (PST); fortalecimento da participação social; utilização de equipamentos sociais; uso de práticas integrativas e complementares; engajamento com o Projeto Academia da saúde; e envolvimento de amigos e familiares do paciente⁵¹⁻⁵³.

Para além desses atributos e estratégias, também se destaca a importância da interlocução e da atuação dos diferentes atores da sociedade envolvidos com a questão do aumento da obesidade; a regulamentação da publicidade de produtos relacionados com o desenvolvimento da obesidade e produtos voltados ao emagrecimento; a adoção de uma rotulagem de alimentos inteligível aos consumidores; o necessário aumento do financiamento público do SUS; e, por conseguinte, a alteração da EC nº 95 e a utilização da avaliação em saúde, seja para proporcionar o encaixe ideal entre insumos e processo de trabalho, seja para verificar os efeitos de alguma intervenção quanto ao controle ou redução de agravos, ou, ainda, para avaliar a interface entre o serviço e a população (cobertura, oportunidade, aceitabilidade, acessibilidade, utilização)^{52,54}.

O desenvolvimento de políticas públicas de combate às desigualdades, que possibilitem, além do acesso a bens e serviços, o acesso físico e financeiro a alimentos saudáveis e a informações adequadas sobre o fenômeno alimentar, também deve ser considerado para a promoção da justiça social e a inclusão de populações mais vulnerabilizadas, na busca por uma atenção à saúde mais equitativa e integral.

Conclusões

O caminho percorrido pela conceitualização da obesidade ao longo do tempo e sua medicalização renderam-lhe destaque na mídia,

no mundo médico, científico, na sociedade, e, em concomitância, estruturou uma série de conflitos entre as pessoas, a sociedade civil, cientistas, políticos, governos, indústrias alimentícias, farmacêuticas e parafarmacêuticas.

À medida que se buscava por responsáveis a quem se pudesse atribuir culpa pelos malefícios ocasionados pela obesidade, viu-se expandir o estigma voltado à população obesa; indústrias se acusarem na tentativa de se eximir de responsabilidades; e a necessidade premente de políticas públicas intersetoriais, assim como o envolvimento do setor privado e dos demais atores para contornar essa situação.

No Brasil, observaram-se, assim como no restante do mundo, o aumento de pessoas em situação de obesidade com indicação para cirurgia bariátrica e o sistema de saúde sob ataque, em desmonte. De onde se viu essa fragilidade, também é possível ver uma fortaleza, e a potencialidade para equacionar essa difícil situação. Apoiar-se na PNH, na APS como

ordenadora da RAS, no trabalho qualificador das equipes Nasf-AB, na educação permanente de trabalhadores da saúde, no fortalecimento do controle social, nas atividades em grupo, na promoção de estilos de vida mais saudáveis, na interlocução com demais setores para além da saúde são apenas algumas das estratégias vislumbradas. Há ainda muito o que caminhar, mas já há muito também percorrido – e caminhos foram apresentados. Avante!

Colaboradoras

Andrade RS (0000-0003-4527-2248)* contribuiu para concepção; aquisição, análise e interpretação dos dados; e aprovação final do ensaio. Cesse EAP (0000-0001-5745-3981)* e Figueiró AC (0000-0003-0718-5426)* contribuíram para concepção; revisão crítica e aprovação final do ensaio. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature reviews. Endocrinology*. 2019; 15(5):288-298.
- Kelly T, Yang W, Chen CS, et al. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes*. 2008; 32(9):1431-7.
- Brasil. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
- Silva MO, Branco AU. Obesity, Prejudice, Self, and Culture: A Longitudinal Case Study. *Paidéia (Rio de Janeiro)*. 2019; (29):e2926.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. In: *Estudos e pesquisas – Informação demográfica e sociedade*. n. 41. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2023 jun 26]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations; International Fund for Agricultural Development; United Nations Children's Fund; World Food Program; World Health Organization. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets*. Roma: FAO; IFAD; UNCF; WFP; WHO; 2020.
- Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2021; (24):e210004.
- Oraka CS, Faustino DM, Oliveira E, et al. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. *Saúde Soc*. 2020; 29(3):e191003.
- Rigo LC, Santolin CB. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. *Movimento (Porto Alegre)*. 2012; 18(2):279-296.
- Salas XR, Forhan M, Caulfield T, et al. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Health*. 2017; 108(5-6):e598-e608.
- Dias PC, Henriques P, Anjos LA, et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(7):e00006016.
- Polet J, Silva F, Santos T, et al. Effect of Lifestyle Intervention Programs on Weight-Loss and Maintenance in Obese Adults: A Systematic Review with Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. *Current Developments in Nutrition*. 2020; (4):1671.
- Bahia L, Schaan CW, Sparrenberger K, et al. Overview of meta-analysis on prevention and treatment of childhood obesity. *J Pediatr*. 2019; (95):385-400.
- Brasil. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo I do anexo IV diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- Syn NL, Cummings DE, Wang LZ, et al. Association of metabolic-bariatric surgery with long-term survival in adults with and without diabetes: a one-stage meta-analysis of matched cohort and prospective controlled studies with 174 772 participants. *Lancet*. 2021; 97(10287):1830-1841.
- Cunha JB, Fialho MCP, Arruda SLM, et al. Bariatric surgery as a safe and effective intervention for the control of comorbidities in older adults. *Geriatr Gerontol Aging*. 2020; (14):207-212.
- Castanha CR, Ferraz AAB, Castanha AR, et al. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comor-

- bidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Colégio Bras. Cirurg.* 2018; 45(3):e1864.
18. Chaves LCL, Carvalho AH, Almeida HG, et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, por meio da aplicação do questionário BAROS. *Rev. para. Med.* 2012; 26(3).
 19. Imbus JR, Voils CI, Funk LM. Bariatric surgery barriers: a review using Andersen's Model of Health Services Use. *Surg Obes Relat Dis.* 2018; 14(3):404-412.
 20. Feldenheimer AC, Recine E, Rugani I. A obesidade é uma questão política. *O Globo, Caderno Economia.* Rio de Janeiro, 2017 nov 1. [acesso em 2017 nov 15]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/a-obesidade-uma-questao-politica-22014639>.
 21. Malta DC, Szwarewald CL, Barros MBA, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020; 29(4):e2020407.
 22. Cohen RV, Luque A, Junqueira S, et al. What is the impact on the healthcare system if access to bariatric surgery is delayed? *Surg Obes Relat Dis.* 2017; 13(9):1619-1627.
 23. Duarte LS, Shirassu MM, Atobe JH, et al. Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. *Saúde debate.* 2021; 45(esp2):68-81.
 24. Poulain JP. *Sociologia da obesidade.* São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2013.
 25. Nestle M. *Uma verdade indigesta: como a indústria alimentícia manipula a ciência do que comemos.* São Paulo: Elefante; 2019.
 26. Gallagher D, Heymsfields B, Heo M, et al. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72(3):694-701.
 27. Sant'anna DB. *Gordos, magros e obesos: uma história do peso no Brasil.* São Paulo: Estação Liberdade; 2016.
 28. Mialon M, Cediel G, Jaime PC, et al. "A consistent stakeholder management process can guarantee the 'social license to operate'": mapping the political strategies of the food industry in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2022; 37(sup11):e00085220.
 29. Loughnane C. The policy implications of 'thinking problematically': problematizing Big Food's role in obesity policymaking. *Health Prom. Inter.* 2022; 37(1).
 30. Felix P. Novos medicamentos prometem reduzir em mais de 20% o peso dos obesos. *Veja. Caderno Saúde.* 2022 maio 6. [acesso em 2022 maio 12]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/novos-medicamentos-prometem-reduzir-em-mais-de-20-o-peso-dos-obesos/>.
 31. Christiansen ML. "Homo Caloricus": La construcción epistemológica del estigma lipofóbico en los discursos mediáticos de salud pública. *Salud Colect.* 2018; 14(3):623-637.
 32. Silva MP, Jorge Z, Domingues A, et al. Obesidade e qualidade de vida. *Acta Med. Port.* 2006; (19):247-250.
 33. Araújo LS, Coutinho MPL, Araújo-Morais LC, et al. Preconceito frente à obesidade: representações sociais veiculadas pela mídia impressa. *Arq. bras. psicol.* 2018; 70(1):69-85.
 34. Oliveira IV. *Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde: tendências, custos e complicações.* [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2007.
 35. Melo SPSC. *Excesso de peso em adultos de uma área urbana de pobreza do Nordeste brasileiro.* 2017. [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2017.
 36. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, et al. Ele-

- mentos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015; 25(2):635-56.
37. Barros F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II). *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015; 42(3):136-137.
38. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Obesidade atinge mais de 6,7 milhões de pessoas no Brasil em 2022. Notícias. 2023 mar 3. [acesso em 2022 abr 20]. Disponível em: <https://www.scbcm.org.br/obesidade-atinge-mais-de-67-milhoes-de-pessoas-no-brasil-em-2022>.
39. Coutinho R. Obesos lutam por cirurgia no SUS. Folha de Pernambuco, Caderno Cotidiano. Recife, 2017 ago 30. [acesso em 2017 set 1]. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/noticias/obesos-lutam-por-cirurgia-no-sus/39851/>.
40. Cazzo E, Ramos AC, Chaim EA. Bariatric Surgery Offer in Brazil: a Macroeconomic Analysis of the Health system's Inequalities. *Obes Surg*. 2019; (29):1874-1880.
41. Gadelha C, Temporão JG, Campos GWS, et al. Saúde precisa de mais dinheiro público. O Globo. 2022 jul 14. [acesso em 2022 fev 1]. Disponível em: https://oglobo.globo.com/opiniao/artigos/coluna/2022/07/saude-precisa-de-mais-dinheiro-publico.ghtml?utm_medium=email&utm_source=sharpsspring&sslid=MzcxNLM0tTCINDc0-AQA&sseid=MzIxNTMONTAwtAAA&jobid=c8d201c0-67db-4441-b007-9baf644a1de2.
42. Reis S, Meneses S. Novo financiamento da Atenção Básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2020. [acesso em 2022 fev 5]. Disponível em: <https://cebes.org.br/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/21242/>.
43. Sanine PR, Silva LIF. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(7).
44. Conselho Regional de Nutricionistas 1 Região. Respeitem o Guia Alimentar da população brasileira. CRN1. 2021 set 6. [acesso em 2022 jan 15]. Disponível em: <https://novoportall.crn1.org.br/respeitem-o-guia-alimentar-da-populacao-brasileira>.
45. Pineda AMR, Amorim TM, Villarreal VH, et al. Reflexões sobre o sistema alimentar de três países da América Latina e seu impacto na saúde e nutrição. In: Oliveira e Silva D, Ell E, organizadores. Cadernos OBHA. Brasília, DF: Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares; Fundação Oswaldo Cruz; 2020. p. 6-13.
46. Darolt MR. Redes alimentares alternativas, circuitos curtos, agroecologia e produção orgânica no Brasil. In: Oliveira e Silva D, Ell E, organizadores. Cadernos OBHA. Brasília, DF: Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares; Fundação Oswaldo Cruz; 2020. p. 16-22.
47. Barros F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde? (Parte I). *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015; 42(2):69.
48. Vogel L. Fat shaming is making people sicker and heavier. *Canad. Med. Assoc. J.* 2019; (191):E649-E649.
49. Paim MB, Kovaleski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde soc.* 2020; 29(1):e190227.
50. Phelan SM. An update on research examining the implications of stigma for access to and utilization of bariatric surgery. *Curr. opin. endocrinol. diabetes obes.* 2018; (25):321-325.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

52. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
53. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
54. Santos EM, Cruz MM. Introdução. In: Santos EM, Cruz MM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

Recebido em 31/07/2022

Aprovado em 22/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa contou com recursos financeiros do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), concedidos por meio da Chamada CNPq/Instituto Aggeu Magalhães nº 39/2018, processo nº 400768/2019-4