


 Mariana de Moura e Dias  
 Karla Pereira Albino<sup>1</sup>  
 Flávia Galvão Cândido<sup>1</sup>  
 Helen Hermana Miranda Hermsdorff<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Viçosa  
ROD, Departamento de Nutrição e  
Saúde. Viçosa, MG, Brasil.

**Financiamento:** Hermsdorff HHM é bolsista de produtividade CNPq (1D- 308772/2017-2). Este estudo se refere ao projeto “Elaboração de instrutivos e instrumentos para o manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde: da prevenção ao tratamento”, apoiada pela Carta Acordo entre a Fundação Arthur Bernardes e a Organização Panamericana de Saúde (Processo SCON2021 -00201).

#### Correspondência

Helen Hermana Miranda Hermsdorff  
helenhermana@ufv.br

#### Editor Associado

 Érika Cardoso dos Reis

## **Instrutivo destinado ao cuidado multiprofissional da pessoa com obesidade grave: processo de elaboração e validação**

### **Instructions to multidisciplinary care for people with severe obesity: development and validation process**

#### Resumo

Observa-se um aumento na prevalência de obesidade e de cirurgias bariátricas, destacando-se a necessidade de capacitação de profissionais para os cuidados da pessoa com obesidade grave (PCOG), ou seja, para o manejo adequado da obesidade em indivíduos que apresentam IMC  $\geq 35\text{Kg/m}^2$ , com comorbidades associadas, ou IMC  $\geq 40\text{kg/m}^2$ , sem comorbidades associadas. **Objetivo:** Descrever o processo de elaboração e validação de um instrutivo para o cuidado multidisciplinar da PCOG no Sistema Único de Saúde (SUS). **Métodos:** A construção do material foi baseada em extensa revisão de literatura e sua validação aconteceu em duas etapas: validação de conteúdo (aplicação de questionário) e validação aparente (grupos focais). Os dados foram tabulados com uma abordagem qualitativa, mediante análise manual e pelo *software* IRaMuTeQ. **Resultados:** O Instrutivo aborda o cuidado da PCOG, de acordo com suas especificidades, complexidades e dificuldades. Para o material, ferramentas para auxílio dos diferentes profissionais da equipe multidisciplinar foram especificamente elaboradas. Na análise de conteúdo, 19 parâmetros foram julgados, obtendo-se uma média de 0,92 para o índice de validade de conteúdo (IVC), o que indica adequação em relação às temáticas abordadas. Em seguida, nos grupos focais, as temáticas “linha de cuidado” e “dificuldades no tratamento multidisciplinar” foram discutidas até a saturação, ou seja, até o consenso. **Conclusão:** O conteúdo e as ferramentas do instrutivo podem auxiliar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado da PCOG no SUS, de acordo com seu território.

**Palavras-chave:** Obesidade. Obesidade Grau III. Sistema Único de Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Estudo de Validação.

#### Abstract

**Introduction:** The increasing prevalence of obesity and the growing number of bariatric surgeries highlight the urgent need to train healthcare professionals for the comprehensive care of people with severe obesity (PWSO). This population includes individuals with a body mass index (BMI) of  $35\text{ kg/m}^2$  with associated comorbidities or a BMI of  $40\text{ kg/m}^2$  without comorbidities.

**Objective:** To describe the development and validation process of an instructional guide for. **Methods:** The instructional material was developed based on an extensive literature review and validated in two phases: content validation (via questionnaire) and face validation (via focus groups). A qualitative approach was employed for data analysis, using both manual analysis and the IRaMuTeQ software. **Results:** The instructional guide addresses the care of PWSO, accounting for the specificities, complexities, and challenges involved. The material includes tools specifically designed to assist the various professionals comprising the multidisciplinary team. In the content validation phase, 19 parameters were evaluated, resulting in a mean Content Validity Index (CVI) of 0.92, indicating high relevance to the addressed topics. During the focus group phase, the themes "line of care" and "challenges in multidisciplinary treatment" were discussed until saturation, that is, until consensus. **Conclusion:** The instructional guide and its accompanying tools can support health professionals involved in the care of PWSO within the SUS, in alignment with their regional and contextual needs.

**Keywords:** Obesity. Obesity Grade III. Sistema Único de Saúde. Patient Assistance Team. Validation Study.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é a maior epidemia do século XXI, associando-se com outras doenças crônicas, neoplasias malignas e alterações neuropsicológicas.<sup>1</sup> A prevalência de obesidade no Brasil aumentou 72% em treze anos, passando de 11,8% em 2006<sup>2</sup> para 20,3% em 2019.<sup>3</sup> Dados do Observatório de Saúde Pública indicam que, em 2023, 22,8% dos adultos brasileiros apresentavam obesidade e 56,8% da população estava com sobrepeso.<sup>4</sup> E ainda, o número de cirurgias bariátricas, realizadas para o gerenciamento da obesidade, aumentou 3,8% entre 2022 e 2023, chegando ao número de 80.441 cirurgias realizadas em 2023. Esse número cobre apenas 0,097% dos brasileiros com obesidade grau I, II ou III,<sup>5</sup> o que reforça a necessidade de instrutivos e materiais de apoio que orientem o cuidado multiprofissional da obesidade.

A obesidade pode ser classificada de acordo com o índice de massa corporal (IMC) do indivíduo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduos com IMC entre 30 e 34,9 Kg/m<sup>2</sup> são classificados em obesidade grau I; com IMC entre 35 e 39,9 Kg/m<sup>2</sup> em obesidade grau II e aqueles com IMC acima de 40 Kg/m<sup>2</sup> em obesidade grau III.<sup>6</sup> A obesidade grave abrange pessoas com IMC  $\geq$  35 Kg/m<sup>2</sup>, com comorbidades associadas, ou IMC  $\geq$  40kg/m<sup>2</sup>, sem comorbidades associadas,<sup>7</sup> ou seja, a definição de obesidade grave não se limita ao IMC da pessoa, considerando também seu estado de saúde.

Mudanças de estilo de vida (dieta e atividade física), apoio psicológico e suporte para a manutenção das mudanças conquistadas são as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro para o tratamento da obesidade grave no Sistema Único de Saúde (SUS). No caso da pessoa com obesidade grave (PCOG), quando não alcança resposta esperada a essas diretrizes, deve ser realizada avaliação multidisciplinar para possível realização de cirurgia bariátrica.<sup>8,9</sup> A equipe multidisciplinar é fundamental para o sucesso dessas mudanças, destacando-se que, pós-cirurgia bariátrica, alterações comportamentais e psicológicas devem ser sustentadas e periodicamente reavaliadas, sendo a equipe multiprofissional importante no pré, no peri e no pós-cirúrgico.<sup>1</sup>

Dada a complexidade do manejo da obesidade grave, muitos desafios são esperados. Para a pessoa nessa condição, mudanças duradouras no estilo de vida podem ser um desafio.<sup>8,9</sup> Além disso, há maior risco associado às comorbidades, o que aumenta a complexidade durante o acompanhamento clínico e os riscos durante a abordagem cirúrgica, além do preconceito e do estigma sofridos.<sup>10</sup> Para os profissionais de saúde, fazem-se necessárias a capacitação e disponibilidade logística para o cuidado integral da PCOG, bem como há necessidade de atuação em equipes multidisciplinares, o que, na prática, nem sempre é observado.<sup>11</sup> Além disso, são escassos os documentos voltados para auxiliar no manejo da obesidade grave no SUS.<sup>12</sup>

Logo, o objetivo do presente trabalho é descrever o processo de elaboração e validação de um Instrutivo para o cuidado multidisciplinar da PCOG no SUS, visando preencher essa lacuna da literatura científica brasileira e apoiar o processo de trabalho para o cuidado da PCOG no SUS.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

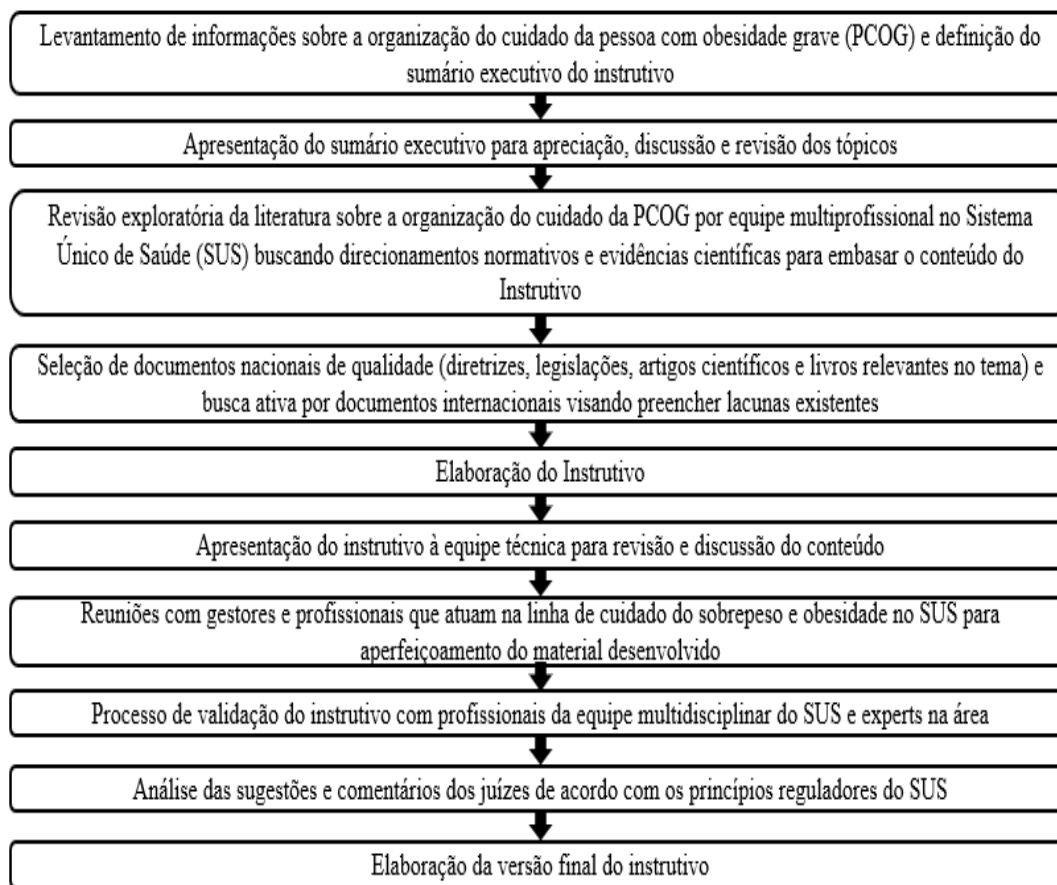
O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais e internacionais, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), parecer nº: 5.317.984; CAAE 54635721.7.0000.5153. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo por meio *on-line*, como previamente descrito.<sup>13,14</sup>

## Procedimentos metodológicos

A construção e a validação do presente material fazem parte de um projeto maior que teve como objetivo desenvolver três materiais: um destinado ao cuidado nutricional da PCOG,<sup>13</sup> outro indicado a nutricionistas da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>14</sup> e o último atribuído ao cuidado multiprofissional da PCOG.

Para o instrutivo “Organização do cuidado à pessoa com obesidade grave por equipe multiprofissional no Sistema Único de Saúde”, que teve como foco as ações da equipe multiprofissional, sua construção e validação aconteceram em 10 etapas (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de construção e validação do instrutivo.



Cada quadro representa uma etapa de construção do instrutivo. Os eventos estão descritos em ordem cronológica

Para construção do instrutivo, realizou-se uma revisão de literatura.<sup>13,14</sup> Os termos de busca utilizados foram: “obesidade grave”, “obesidade”, “sobrepeso”, “cirurgia bariátrica”, “diretrizes”, “recomendação”, “diretrizes práticas”, “multiprofissional”, isolados ou de forma combinada. Priorizaram-se documentos oficiais (manuais, diretrizes e instrutivos), legislações (leis, normas, resoluções e portarias) e artigos científicos brasileiros, haja vista que o público-alvo do instrutivo são gestores e equipe de saúde do SUS. Referências internacionais também foram utilizadas para auxiliar no entendimento sobre a fisiopatologia da obesidade grave e para atualização de protocolos clínicos, quando pertinente. Como critérios de seleção, era necessário abordar o manejo da obesidade grave por equipe multiprofissional de saúde, com foco em ações possíveis de serem realizadas pelo SUS. Logo, materiais cujas recomendações não se enquadrassem à realidade desse sistema de saúde foram excluídos.

A proposta foi destinada ao cuidado multidisciplinar da PCOG no SUS, considerando-se como obesidade grave indivíduos com  $IMC \geq 35 \text{ Kg/m}^2$ , com comorbidades associadas, ou  $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ , sem comorbidades associadas.<sup>7</sup> Também foram consideradas as especificidades dos três componentes de atenção à saúde, ou seja, as características de suporte e funcionamento presentes na APS, na Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) e na Atenção Especializada Hospitalar (AEH). Em todos os componentes de atenção, houve orientação quanto às respectivas atribuições dentro da rede de atenção, bem como sugestão de equipes mínimas e atribuições de cada categoria profissional, de modo a auxiliar no funcionamento dos serviços. Para a APS, as propostas foram focadas nas ações de captação dos usuários, avaliação inicial e ordenação do fluxo assistencial, e contemplaram sugestões de questionários e protocolos de avaliação e encaminhamento. Para AEA, uma planilha de auxílio foi elaborada com protocolos internos de serviço, nos quais as recomendações foram focadas na triagem inicial para procedimentos cirúrgicos (cirurgia bariátrica e plástica reparadora) e nas recomendações para a assistência intensiva não-cirúrgica por equipe multiprofissional. Por fim, para AEH, as propostas foram voltadas para o auxílio à assistência pré, peri e pós-cirúrgicas, com sugestões de procedimentos operacionais padronizados e orientações para cada fase de acompanhamento.

Por se tratar de um instrutivo de cuidado multiprofissional, a escrita do material também foi realizada por uma equipe multiprofissional formada por nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, médico endocrinologista, fisioterapeuta, assistente social e enfermeiro. Todos os membros possuíam experiência com o SUS ou atuavam em universidade pública federal.

## Cenário do estudo

O estudo foi realizado em ambiente virtual, o que permitiu a participação de representantes das diferentes regiões do Brasil.

A validação do instrutivo ocorreu em novembro de 2022, dividida em dois momentos consecutivos: 1) validação de conteúdo, mediante a aplicação de um questionário estruturado; e 2) validação aparente, através da realização de grupos focais, para discussão dos temas de maior discordância na avaliação de conteúdo.<sup>15,16</sup>

## Fonte de dados

Especialistas na área e profissionais do SUS, que atuavam na obesidade, obesidade grave, cirurgia bariátrica e/ou saúde coletiva foram convidados para o processo de validação, como previamente descrito.<sup>13,14</sup> Dadas as particularidades, os juízes foram distribuídos em duas categorias: 1) juízes de conteúdo: professores e pesquisadores de universidades públicas federais com produção científica relevante nas áreas descritas anteriormente; e 2) juízes técnicos: profissionais e gestores da Rede de Atenção à Saúde (RAS), dos três componentes de atenção (APS, AEA e AEH), com experiência no manejo da obesidade grave.

A busca dos juízes ocorreu em hospitais de referência em obesidade grave; artigos científicos com temática de obesidade grave; currículo Lattes; prefeituras municipais; conselhos federais de diversas profissões de saúde (Medicina, Enfermagem, Nutrição e Psicologia); *sites* de universidades federais; e indicação dos convidados já confirmados, utilizando-se a metodologia da bola de neve.<sup>17</sup>

## Coleta e organização dos dados

Para a validação de conteúdo, elaborou-se um questionário estruturado de avaliação, com 19 questões norteadoras (Tabela 1), em escala do tipo Likert.<sup>13</sup> Os atributos contemplados no questionário foram usabilidade, funcionalidade, conteúdo, relevância e aparência do instrutivo,<sup>18-20</sup> assim como questões para informações sociodemográficas e educacionais. Os juízes receberam uma versão completa e não diagramada do instrutivo, o TCLE e o questionário de avaliação. O tempo disponibilizado para essa avaliação foi de sete dias.

Para a realização da validação aparente, a aplicação dos grupos focais foi a metodologia escolhida,<sup>15</sup> uma vez que possibilita maior interação e discussão aprofundada sobre as questões levantadas entre os juízes.<sup>13,16</sup>

No total, três grupos focais foram realizados, em ambiente virtual via Google Meet®, em dias e horários distintos, previamente definidos em comum acordo com os participantes. Cada grupo foi composto por um mediador, dois observadores e pelos juízes, destacando-se que o mediador e o observador foram os mesmos para todos os grupos. O mediador tinha como objetivo conduzir as discussões, e os observadores forneceram apoio técnico durante a condução dos grupos focais, bem como elaboraram uma síntese das discussões realizadas. Mediador e observadores eram autores do Instrutivo.<sup>21,22</sup>

Para a condução dos grupos, elaborou-se um roteiro semiestruturado, com cinco perguntas-chave, sendo elas:

1. Para iniciarmos, gostaria que cada participante diga, de forma bem objetiva, o seu nome, cidade/estado e área de atuação e porque aceitou participar desse processo de validação?

2. O instrutivo se inicia sobre a organização da linha de cuidado e a ordenação do fluxo assistencial de pessoas com obesidade grave. Existe algum aspecto relacionado a esse tema que difere em relação aos seus conhecimentos ou à sua experiência prática?

- O cuidado intensivo deveria ser oferecido na APS, AEA ou em ambos, a depender das possibilidades de cada território de saúde?

- A quem deveria ficar a responsabilidade dos laudos para a cirurgia bariátrica?

- Qual o melhor local de cuidado de referência para o cuidado de indivíduos não-responsivos?

3. Um outro tema abordado no instrutivo foi o cuidado da pessoa com obesidade grave pela equipe multiprofissional. Sobre esse tema, existe algum aspecto em que o conteúdo apresentado difere em relação aos seus conhecimentos ou à sua experiência prática?

- Como atender às demandas em saúde sem sobrecarregar o sistema?

- Onde e como realizar as práticas coletivas?

- O que vocês acham sobre a efetividade do cuidado não-cirúrgico? Existe alguma orientação capaz de aumentar a efetividade desse tipo de cuidado que não foi bem contemplada pelo instrutivo?

- Na prática, a interdisciplinaridade é praticável? Como ela ocorre no cotidiano da rede?

4. Na opinião de vocês, o que deveria ser acrescentado ou retirado para adequar melhor o conteúdo do instrutivo sem comprometer sua utilização?

- Existe alguma parte específica do instrutivo em que o conteúdo está extensivo e/ou repetitivo?

- Vocês consideram necessário aprofundar a abordagem em algum tema?

- O conteúdo sobre cirurgia plástica reparadora, compulsão alimentar, transtorno dismórfico corporal e relação disfuncional com o corpo, urgência e emergência, capacitação da equipe, estigma do peso, alternativas terapêuticas para indivíduos mal responsivos precisam ser mais bem trabalhados?

5. Baseados nos conhecimentos e experiências práticas de vocês, quais os maiores desafios atuais no cuidado da pessoa com obesidade grave pelo SUS?

- Existem limitações atuais no oferecimento de infraestrutura, equipamentos, exames, suporte farmacêutico e nutracêutico, profissionais disponíveis, estabelecimentos de saúde cadastrados?

- Esses desafios foram bem contemplados pelo instrutivo?

- Após a publicação do instrutivo, quais os próximos passos para a melhoria do cuidado em saúde das pessoas com obesidade grave no SUS?

Ressalta-se que mediador e observadores não interferiram nas respostas ou na interpretação dos juízes sobre as perguntas, em nenhum momento.<sup>16,23</sup>

## **Análise dos dados**

### **Validação de conteúdo - Análise do questionário**

Para a análise do conteúdo do instrutivo, avaliou-se a concordância com as perguntas realizadas no questionário. Nesse caso, os juízes podiam conferir notas de 1 a 5, sendo que "1" correspondia a discordo totalmente; "2", discordo parcialmente; "3", indiferente; "4", concordo parcialmente; e "5", concordo totalmente. Para o cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC), calculou-se a proporção de juízes que deram nota máxima (4 e 5) para cada parâmetro analisado, considerando-se adequados aqueles itens que obtiveram IVC maior ou igual a 0,8.<sup>24</sup>

E ainda, a aparência do instrutivo foi avaliada por meio de uma versão não diagramada, que possuía figuras, gráficos, quadros e tabelas.

### **Validação aparente - Análise dos grupos focais**

Para a análise dos grupos focais, as discussões foram transcritas e sua análise ocorreu em abordagem qualitativa, o que auxilia na compreensão da realidade subjetiva dos entrevistados em suas relações, representações e intencionalidades.<sup>25</sup>

O conteúdo dos grupos focais gerou um *corpus* de análise, que foi processado em duas etapas: uma manual e uma automatizada. A manual foi realizada por meio de análise categórica frequencial, na busca pela identificação de temas, enquanto a automatizada ocorreu com o auxílio do *software* IRaMuTeQ, que permitiu a realização de análise de similitude e criação de nuvem de palavras.<sup>26</sup>

Na análise manual, para identificação dos temas, utilizaram-se as três fases de desenvolvimento da análise propostas por Bardin.<sup>27</sup> A primeira é a pré-análise, que visa preparar e homogeneizar o material através de uma leitura flutuante. Isso permite uma limpeza e homogeneização do *corpus*, de forma a torná-lo homogêneo para aplicação das técnicas de análise, bem como permite o mapeamento de possíveis temas. Na segunda fase, referente à exploração do material, foi aplicada a técnica da análise categórica, com a codificação das falas. Em cada parte do texto na qual o tema aparece, realiza-se a identificação do tema, com

posterior contabilização em uma planilha de Excel®. Após finalizar a codificação no *corpus* inteiro e com a planilha preenchida, verifica-se a coerência dos códigos, que são agrupados em categorias que exprimem o conteúdo presente no agrupamento. Por fim, a última fase é a de tratamento e interpretação dos resultados, utilizando-se para isso o *software* IRaMuTeQ.<sup>27</sup>

A análise de similitude possibilitou identificar graficamente as ocorrências entre as palavras e a conexão entre elas. O tamanho de cada palavra indica sua importância no *corpus* textual, e a espessura das linhas que ligam os agrupamentos indica o grau de associação entre eles. Logo, quanto mais espessa a linha, maior a intensidade da associação. Os núcleos ou agrupamentos indicam as semelhanças entre os vocábulos.<sup>26,28</sup> Por fim, a análise de nuvem de palavras permite identificar graficamente os principais elementos do *corpus* textual. A disposição e o tamanho das palavras são proporcionais a sua frequência no *corpus* textual, ou seja, quanto mais central e maior a palavra, mais prevalente ela foi nas discussões.<sup>26</sup>

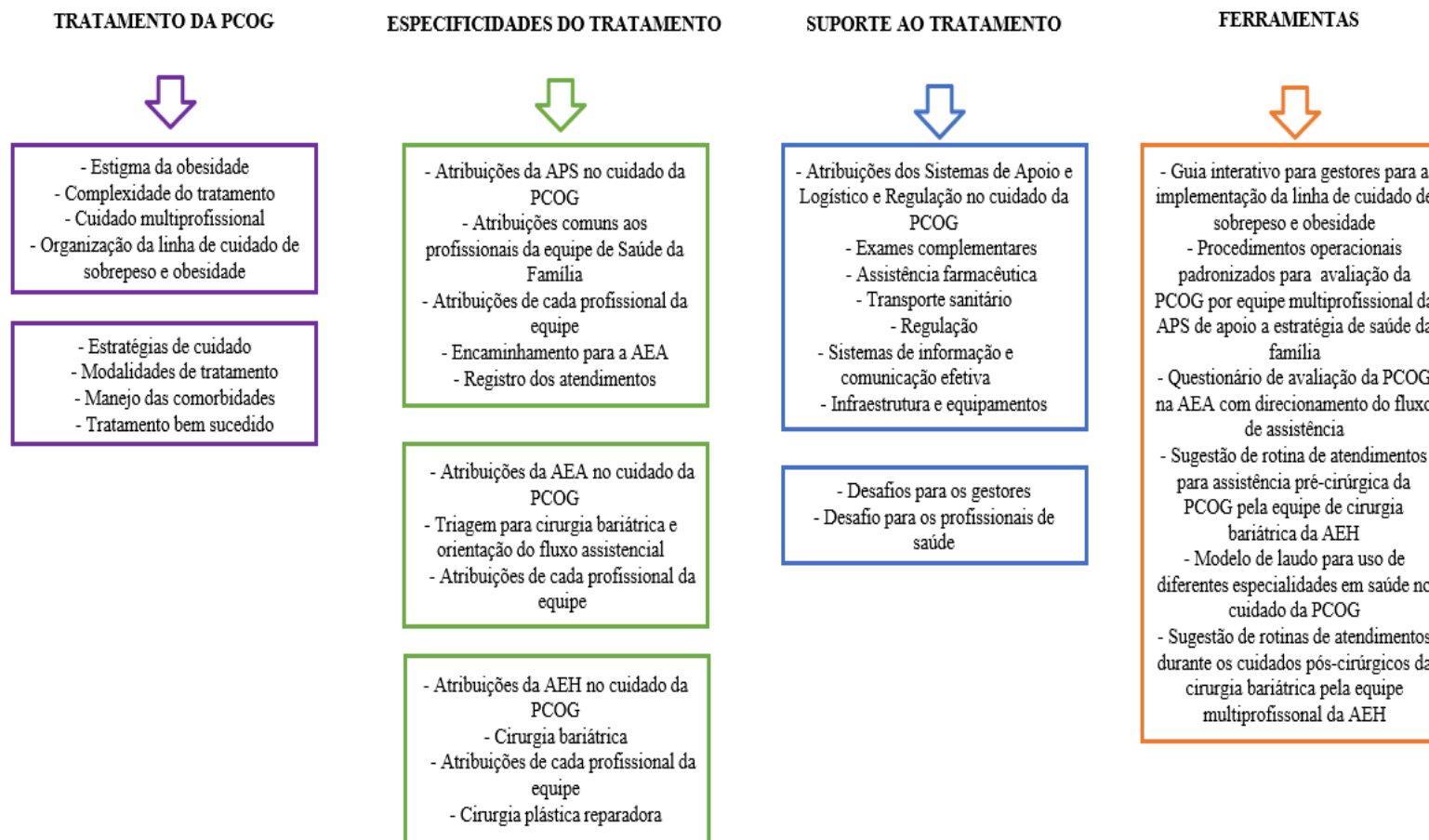
## RESULTADOS

### Construção do Instrutivo

O Instrutivo está dividido em oito capítulos (Figura 2). Nos dois primeiros, o tratamento da PCOG é discutido no que se refere ao estigma da obesidade, complexidade do acompanhamento, cuidado nutricional, organização da linha de cuidado, estratégias de cuidado (básicas, intensivas, individuais e coletivas), abordagem cirúrgica e não cirúrgica e sucesso no manejo.



Figura 2. Organização do instrutivo de acordo com eixos temáticos.



PCOG: pessoa com obesidade grave; AEA: atenção especializada ambulatorial; AEH: atenção especializada hospitalar; APS: Atenção Primária à Saúde. Cada coluna representa um eixo temático abordado no instrutivo e cada caixa um capítulo. Diferentes cores foram utilizadas para representar os diferentes eixos temáticos.

Em seguida, três capítulos abordam as especificidades do manejo da obesidade grave para cada um dos três diferentes componentes de atenção à saúde (APS, AEA e AEH). Atribuições são descritas para os diferentes profissionais de saúde, que atuam no cuidado da PCOG e em cada componente de atenção à saúde. Destaca-se que, no capítulo destinado à AEH, informações sobre a cirurgia bariátrica são compartilhadas para as fases de pré-cirúrgico e pós-cirúrgico imediato, mediato e tardio.

Dada a complexidade da obesidade e da geografia brasileira, um capítulo é destinado aos sistemas de apoio e logísticos de regulação do tratamento. Nele, abordam-se a regulação no cuidado da PCOG, os exames complementares que devem ser realizados, a assistência farmacêutica, o transporte sanitário e formas de uma comunicação mais efetiva. Por fim, um capítulo é destinado aos desafios no cuidado da PCOG.

Ainda, o Instrutivo apresenta ferramentas para auxiliar no cuidado da PCOG no formato de apêndices.

## Validação

A validação contou com 18 juízes, sendo que 14 participaram de ambas as etapas (análise de conteúdo e grupo focal). A maioria dos juízes era da Região Sudeste (n=10), havendo também representantes da Região Nordeste (n=3), Centro-Oeste (n=3), Sul e (n=1) e Norte (n=1). Entre as profissões, havia nutricionistas (n=7), fisioterapeutas (n=2), assistentes sociais (n=2), médicos (n=2), enfermeiros (n=2), farmacêutico (n=1) e psicólogo (n=1), o que permitiu que o instrutivo fosse validado sobre diferentes óticas profissionais.

Em relação à análise de conteúdo, todas as 19 perguntas obtiveram um IVC adequado ( $\geq 0,8$ ) (Tabela 1), ou seja, os juízes consideraram que o conteúdo abordado no material estava adequado para o que se propunha, não sendo realizadas modificações no instrutivo após essa etapa de validação.

**Tabela 1.** Questões norteadoras com respectivos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) do processo de validação do instrutivo. Brasil, 2023.

	Parâmetro	IVC
1.	Os tópicos propostos são úteis à sua prática para o cuidado da Pessoa Com Obesidade Grave (PCOG) no Sistema Único de Saúde (SUS).	1,00
2.	O estilo da redação facilita a compreensão do material.	0,89
3.	A organização dos tópicos contribui para o aprendizado dos conteúdos.	1,00
4.	A quantidade e a qualidade de elementos gráficos (figuras, gráficos, quadros e tabelas) são adequadas ao conteúdo do Instrutivo, ou seja, nem insuficiente nem excessiva.	0,89
5.	O instrutivo descreve bem a complexidade e os desafios na organização da assistência à saúde das PCOG no SUS.	1,00
6.	O Instrutivo apresenta, de forma clara e completa, recomendações para implantação e/ou organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) no tocante à assistência da PCOG que respeitam as diferentes realidades dos territórios de saúde brasileiros.	0,83
7.	O instrutivo incentiva apropriadamente e de modo praticável o uso integrado de práticas individuais e coletivas, a interdisciplinaridade e a integralidade das ações em saúde voltadas para o cuidado da PCOG no SUS.	0,89
8.	O instrutivo apresenta adequadamente as modalidades de tratamento não-cirúrgica e cirúrgica da obesidade grave, com a ênfase necessária na importância das mudanças duradouras dos hábitos de vida independentemente da modalidade de tratamento adotada.	0,89
9.	O instrutivo contempla, de forma clara e objetiva, os principais objetivos do cuidado interdisciplinar à saúde da PCOG, com visão ampliada e realista, sem foco excessivo sobre a perda de peso corporal.	1,00
10.	O presente instrutivo contempla adequadamente o papel das diferentes categorias de profissionais da saúde no cuidado da PCOG, tanto no tocante às sugestões para composição das equipes em cada componente de atenção (primária, especializada ambulatorial ou hospitalar) quanto na descrição das atribuições.	0,89

**Tabela 1.** Questões norteadoras com respectivos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) do processo de validação do instrutivo. Brasil, 2023. (Continuação)

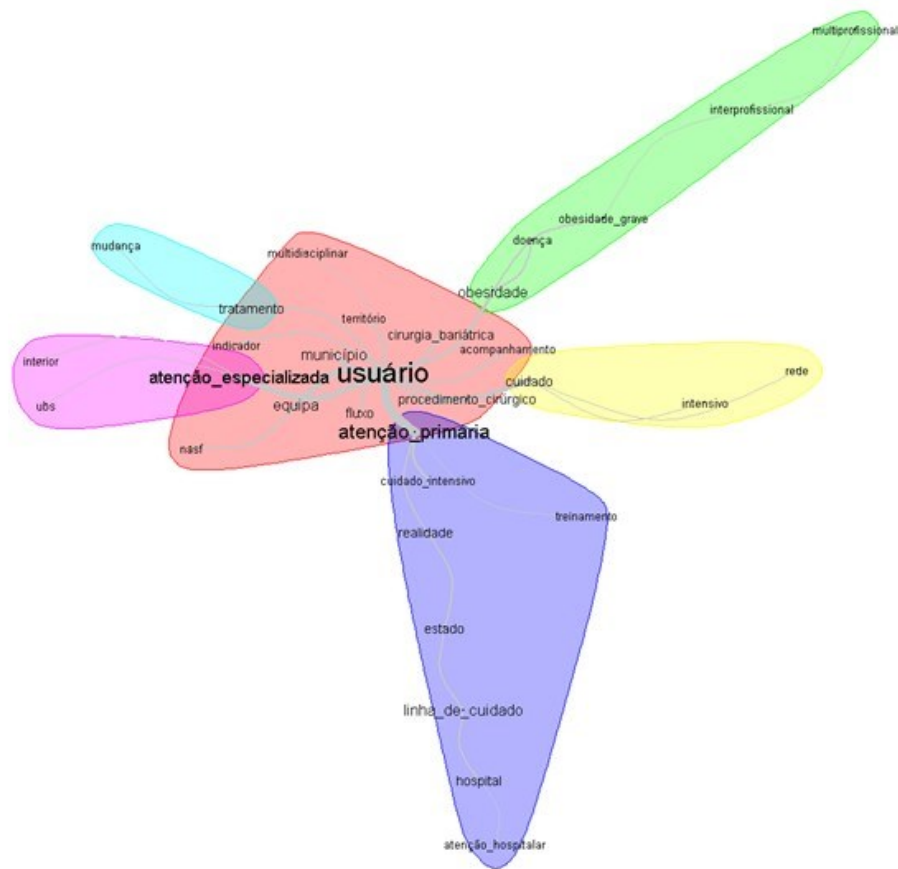
Parâmetro	IVC
11. O instrutivo fornece informações claras e úteis sobre a organização do cuidado da PCOG em cada componente de atenção (primária, especializada ambulatorial e hospitalar), contribuindo tanto para a organização do fluxo do usuário quanto para a conduta terapêutica pela equipe multidisciplinar.	0,94
12. Considerando o conteúdo como um todo, as recomendações e ferramentas disponibilizadas pelo instrutivo (formulários, fluxogramas, guias, questionários, quadros resumos, Procedimentos Operacionais Padronizados) contemplam as principais demandas para a organização do cuidado interdisciplinar compartilhado de adultos com obesidade grave no SUS.	1,00
13. O modelo contendo as atribuições e critérios para compartilhamento do cuidado da PCOG no SUS discrimina de forma coerente e adequada o fluxo entre os diferentes componentes de atenção	1,00
14. O modelo personalizado de fluxograma com itinerário terapêutico é uma ferramenta completa e funcional capaz de orientar a construção/adequação do fluxo das PCOG nos territórios de saúde.	0,94
15. O “Guia Interativo para Gestores” é uma ferramenta completa e funcional capaz de auxiliar de modo adequado a implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade nos diferentes territórios de saúde do SUS.	0,89
16. O questionário de avaliação da PCOG com direcionamento do fluxo de assistência é uma ferramenta funcional e aplicável à realidade das rotinas da atenção especializada ambulatorial do SUS.	0,94
17. O modelo de laudo para subsidiar a tomada de decisão frente à indicação de cirurgia bariátrica é uma ferramenta funcional e aplicável aos profissionais de saúde da atenção especializada.	0,83
18. As sugestões de rotina pré e pós-operatórias são ferramentas funcionais e aplicáveis às realidades das equipes especializadas hospitalares do SUS.	0,89
19. A lâmina de apoio à estruturação dos protocolos clínicos na atenção especializada ambulatorial é uma ferramenta capaz de auxiliar, de modo correto, a organização das rotinas assistenciais no cuidado da pessoa com obesidade grave.	0,89

Fonte: as autoras.

Contudo, a fim de garantir que o material descrevesse a realidade vivenciada pelos profissionais do SUS, os juízes foram ouvidos nos grupos focais, nos quais foi sugerida a adição de novas referências bibliográficas, bem como relato de sua experiência profissional em relação à temática abordada. O conteúdo abordado pelos juízes no grupo focal atingiu a saturação, haja vista que o coeficiente de Hápax foi de 4,81%. Isso significa que apenas 4,81% das palavras tiveram uma única ocorrência, ou seja, houve similaridade entre as falas. Também, todas as referências e experiências relatadas pelos juízes foram discutidas entre a equipe elaboradora do instrutivo, adequando-se o instrutivo a essas questões, de modo que o conteúdo relatado no material fosse possível de ser realizado na prática.

Uma das questões avaliadas no grupo focal foi a percepção que os juízes tinham sobre a descrição da linha de cuidado apresentada no instrutivo. Para interpretação dessa questão, construiu-se um gráfico de similitude (Figura 3), no qual se destaca a centralidade da figura em relação ao usuário.

**Figura 3.** Análise de similitude sobre o *corpus* “linhas de cuidado”, validação de conteúdo do instrutivo mediante grupo focal (n=14).



Em diferentes cores, é possível identificar núcleos de palavra, ou seja, vocábulos que apresentem semelhanças entre si. Tais núcleos podem se sobrepôr, indicando que um mesmo vocábulo participa de dois núcleos diferentes. O tamanho de cada palavra indica sua importância no *corpus* textual, ou seja, quanto maior a palavra, maior sua importância. Também, as palavras se conectam por linhas cinzas, sendo que a espessura das linhas indica o grau de associação entre as palavras conectadas. UBS: Unidade Básica de Saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Também, em relação às linhas de cuidado, discutiram-se as dificuldades de uniformização das linhas, dada as múltiplas realidades no Brasil, como observada na seguinte fala de um dos juízes: “quando faz instrutivo para o Brasil, o nosso SUS é tão diferente no raio de mais de 1.000 municípios”.<sup>27</sup>

Por fim, as dificuldades no cuidado multidisciplinar da PCOG foram contempladas nos grupos focais, como observado nesta fala<sup>28</sup>:

*Porque não tem dinheiro pra passagem, não tem com quem deixar as crianças, não está na escola, é, enfim, e também é assim, uma angústia, uma questão assim de não conseguir organizar a vida. Assim, muita coisa para fazer os usuários têm falado muito isso. A memória ruim, esquece, a data da consulta. Então, a gente tem tido essa dificuldade de comparecimento ao ambulatório. E também de compra de alimentos, até de medicamentos básicos mesmo.*

Para essa questão, uma nuvem de palavras foi construída (Figura 4), na qual os termos “obesidade” (n=33), “querer” (n=17), “cuidado” (n=16), “atenção primária” (n=16) e “usuário” (n=14) foram os mais apontados pelos participantes.

Destaca-se que não houve nenhuma mudança brusca no material após essa etapa, refinando-se apenas o que estava escrito com a realidade dos profissionais do SUS, ou seja, garantindo que a teoria abordada no instrutivo era condizente com a realidade prática.

**Figura 4.** Nuvem de palavras sobre os desafios do cuidado multidisciplinar da pessoa com obesidade grave, validação de conteúdo do instrutivo mediante grupo focal (n=14).



Identificação gráfica dos principais elementos do *corpus* textual, ou seja, das palavras mais citadas no *corpus* textual. Quanto maior e mais central a palavra, maior sua prevalência nas discussões. SAN: Segurança Alimentar e Nutricional; EAD: Ensino à Distância

## DISCUSSÃO

A obesidade grave é uma condição complexa com particularidades terapêuticas e assistenciais, cujo manejo demanda suporte multiprofissional por equipe capacitada e experiente e que, por isso, envolve diversos atores e especialidades em diferentes esferas de cuidados.<sup>29</sup> Ainda, a possibilidade de tratamento cirúrgico da obesidade grave pelo SUS encontra-se estabelecida desde 2000, com atualizações em 2007, 2013 e 2017,<sup>8,9,30-32</sup> ampliando a demanda para criação de redes de atenção mais complexas e com diálogo em todos os três componentes de atenção à saúde.

No entanto, a ausência de publicações específicas sobre as melhores estratégias e protocolos de cuidado a esses indivíduos pode ser considerada um empecilho para a melhora dos cuidados em saúde a PCOG no SUS.<sup>33,34</sup> Diante disso, ressalta-se o ineditismo e a relevância da construção e da validação do presente instrutivo, *Organização do cuidado à pessoa com obesidade grave por equipe multiprofissional no Sistema Único de Saúde*, de modo a suprir a carência de materiais destinados ao tratamento multidisciplinar da PCOG.

A amostra de validadores teve representação de todas as cinco regiões do país, o que indica que a validação contemplou as diferentes perspectivas regionais. Também estiveram presentes representantes de sete profissões de saúde, dos três componentes de atenção: APS, AEA e AEH. Avaliar o instrutivo sob essas diferentes perspectivas garante que o material está adequado às necessidades e realidades de diferentes profissionais de saúde,<sup>35</sup> sendo o cumprimento dessa etapa um diferencial desse processo de validação. Ainda, o aumento da prevalência da obesidade, tanto no Brasil como no mundo, é um ponto de destaque entre as motivações dos juízes para participação no processo de validação, o que reforça a importância da construção desse material.

No instrutivo, as atribuições de cada profissional de saúde na APS são descritas, o que permite que esse profissional passe a identificar seu papel no manejo da obesidade grave dentro de uma equipe multiprofissional, atuando, portanto, com mais segurança.<sup>11</sup> Também no caso da PCOG que não responde às estratégias desenvolvidas na APS, como mudanças de hábitos alimentares e de atividade física, esse indivíduo precisa ser encaminhado para a AEA, para avaliação da necessidade de cirurgia bariátrica.<sup>11,32</sup>

Por fim, uma das juízas abordou a necessidade de "*uniformização do tratamento*". Contudo, como abordado no instrutivo, a organização das linhas de cuidado para o manejo da PCOG é extremamente desafiadora e complexa, haja vista as particularidades regionais, estruturais e de equipe multidisciplinar presentes em cada território de saúde.<sup>9,11</sup> Logo, apesar de o instrutivo descrever diferentes situações e contextos, não acreditamos que seja possível uniformizar o tratamento, haja vista que as particularidades de cada região devem ser consideradas, de modo que cada profissional utilize as recomendações descritas de acordo com sua realidade.

Ao avaliar a fala dos juízes quanto às linhas de cuidado, o usuário está no centro do gráfico de similitude. Esse resultado reforça que o foco do tratamento da obesidade grave deve ser o indivíduo, e não a doença.<sup>36</sup> Além disso, observa-se que o usuário está fortemente conectado tanto à APS quanto à AE. A APS é a porta de entrada do SUS, enquanto a AEA é o local onde esse usuário receberá intervenções intensivas para o tratamento da obesidade.<sup>11,32</sup> Em ambos os componentes de atenção à saúde, é interessante a criação de um vínculo forte entre usuários e profissionais de saúde, de forma que haja longitudinalidade assistencial, com consequente sucesso.<sup>37,38</sup>

Na APS, a criação desse vínculo é um potencializador nos atendimentos, superando as lacunas assistenciais, como rotatividade dos profissionais, falta de qualificação profissional e sobrecarga de trabalho. Com empatia e humanização, os profissionais de saúde permitem que os usuários se sintam acolhidos, o que favorece o retorno dos usuários às Unidades Básicas de Saúde, a corresponsabilização do atendimento e a confiança mútua. Além disso, através do vínculo, desenvolve-se a noção de pertencimento e de valorização dos profissionais de saúde, o que reforça a continuidade do acompanhamento.<sup>39</sup>

Em contrapartida, não se observa um vínculo forte entre usuário e AEH, estando essas palavras em núcleos distintos, inclusive. Isso reforça que a realização da cirurgia bariátrica não deve ser a primeira linha de escolha do tratamento da obesidade grave, sendo fundamental que esse indivíduo se prepare, nutricional, física e psicologicamente, para essa cirurgia.<sup>32</sup>

Como já abordado, é essencial considerar as particularidades de cada região, sendo necessário que haja flexibilidade em relação às atribuições de APS e da AEA em diferentes contextos de saúde.<sup>32</sup> Contudo, o cuidado com o usuário deve ser constante, de modo que ele chegue mais preparado na AEH, tendo, assim, sucesso com a realização da cirurgia bariátrica. Nesse sentido, a fim de facilitar a implementação da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, o instrutivo contém um guia interativo para gestores, com informações-chave para a construção de uma linha de cuidado de sobrepeso e obesidade.<sup>11</sup>

Não há dúvidas de que o cuidado da PCOG é desafiador. Entre outros, trata-se de uma doença multifatorial,<sup>37</sup> que necessita de uma organização da linha de cuidado e que enfrenta um grande estigma, tanto da população como dos profissionais de saúde.<sup>40,41</sup> Logo, o instrutivo apresenta orientações para os desafios do cuidado da PCOG que se apresentam aos gestores e profissionais de saúde.

Para os gestores, o maior desafio é a construção de uma linha de cuidado que atenda às necessidades da população, diante de uma infraestrutura inadequada; recursos humanos muitas vezes insuficientes e/ou não adequadamente qualificados para atender a PCOG; falta de equipe interdisciplinar; ausência de organização das ações de referência e contrarreferência; baixa resolutividade e dificuldade de adesão dos usuários; diagnóstico nutricional tardio; e não identificação da obesidade como um problema de saúde.<sup>40</sup>

Para os profissionais de saúde, há necessidade de atualização e qualificação para lidar com esse público, bem como de humanização por parte dos profissionais, que devem criar um vínculo com a PCOG, como anteriormente abordado.<sup>37,38,40,41</sup> No instrutivo, esses pontos são abordados de forma que os gestores e profissionais de saúde compreendam seu papel nesse processo, contribuindo assim para o sucesso do cuidado à PCOG.

Uma limitação do presente trabalho foi a não participação do mesmo número de participantes em ambas as etapas do processo de validação. Contudo, apesar de quatro voluntários não terem comparecido aos grupos focais, atingiu-se a saturação dos dados, o que legitima os grupos focais realizados. Também, embora a construção e validação do material tenham ocorrido de modo a permitir sua aplicação nos diferentes territórios de saúde brasileiros, é possível que algumas adaptações sejam necessárias durante sua utilização, para contemplar ainda melhor as singularidades dos diversos territórios de saúde brasileiros. Essa necessidade de adaptação também pode ser considerada uma possível limitação. Por fim, pode-se considerar como uma limitação a não abordagem da obesidade como um todo, haja vista que o instrutivo tem como foco o cuidado multidisciplinar da PCOG pelo SUS. Destaca-se, entretanto, que o presente instrutivo complementa outros materiais que abordam o tratamento da obesidade como um todo no SUS, anteriormente divulgados pelo Ministério da Saúde.<sup>11,34,42-47</sup>

## CONCLUSÃO

O conteúdo do instrutivo aborda especificidades tanto na organização assistencial quanto na prática terapêutica, com atribuições por componente de atenção do SUS e por categoria profissional, o que torna as recomendações úteis tanto para gestores quanto para as equipes de saúde. Isso é tanto um diferencial do documento, como uma necessidade para auxiliar efetivamente o cuidado a esses indivíduos no SUS. Logo, o conteúdo e as ferramentas do instrutivo podem auxiliar os profissionais de saúde envolvidos a atuarem de forma mais segura, com foco integral no usuário, bem como a construir uma linha de cuidado efetiva para o tratamento da obesidade grave no SUS, de acordo com seu território

## REFERÊNCIAS

1. Trindade EN, Trindade MRM. Neuropsychological Changes and Indication of Bariatric Surgery in Severely Obese Patients. *Cartas ao editor. Act Med Port*, 2020;33(2):213-16. <https://doi.org/10.20344/amp.13385>
2. Brasil.Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023.[Acesso 20 maio 2023]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2020\\_2023.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf)

3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: 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 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. [Acesso 15 mai 2023]. Disponível em: [https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2021/07/vigitel\\_brasil\\_2019\\_vigilancia\\_fatores\\_risco-1-2.pdf](https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2021/07/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco-1-2.pdf)
4. Observatório de Saúde Pública. Obesidade no Brasil: um olhar para a juventude, 2023. [Acesso 13 fev 2024]. Disponível em: [https://biblioteca.observatoriosaudepública.com.br/blog/blog-obesidade-no-brasil-um-olhar-para-juventude/?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpm&utm\\_campaign=geral&utm\\_content=UM048-GS&gad\\_source=1](https://biblioteca.observatoriosaudepública.com.br/blog/blog-obesidade-no-brasil-um-olhar-para-juventude/?utm_source=google&utm_medium=cpm&utm_campaign=geral&utm_content=UM048-GS&gad_source=1)
5. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Cirurgia bariátrica foi disponibilizada no ano de 2023 para 0,097% dos brasileiros com obesidade grave, 2024.[Acesso 18 abr 2024]. Disponível em: <https://sbcbm.org.br/noticias/cirurgia-bariatrica-foi-disponibilizada-no-ano-de-2023-para-0097-dos-brasileiros-com-obesidade-grave/#:~:text=O%20tratamento%20cir%C3%BAArgico%20da%20obesidade,tratamento%20segundo%20normas%20do%20pa%C3%ADs.>
6. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneve: World Health Organization, 1998.
7. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen RV et al. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surg. Obes. Relat. Dis.*, 2022;18(12):1345-56. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.08.013>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de março de 2013a.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de março de 2013b.
10. Taroza M, Pessa RP. Impact of Psychosocial Consequences of Weight Stigma in the Treatment of Obesity: an Integrative Literature Review. *Psicol., Ciênc.* 2020;40. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de abordagem individual para o manejo da obesidade no SUS. Material ainda não publicado.



12. Reis EC, Passos SRL, Santos MAB, Silva LML, Oliveira RVC, Camara APS, Goulart JZ. Characteristics of adults with severe obesity in clinical treatment in Rio de Janeiro and factors associated with weight loss. *Cad. Saúde Pública*, 2022;30(2). <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020235>.
13. Dias MM, Coelho OGL, Cândido FG, Hermsdorff HHM. Construção e validação de instrutivo para o cuidado nutricional na obesidade grave. *Cien Saude Colet*, 2023.[Acesso 18 abr 2024]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/construcao-e-validacao-de-instrutivo-para-o-cuidado-nutricional-na-obesidade-grave/18931?id=18931>
14. Dias MM, Coelho OGL, Almeida AP, Ribeiro PVM, Castro LCV, Hermsdorff HHM. Construção e validação de um instrutivo baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira destinado a nutricionistas da Atenção Primária à Saúde. Artigo aceito para publicação na Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024.
15. Jesus JGL, Tramontt CR, Santos TSS, Rauber F, Louzada MLC, Jaime PC. Dietary guidelines for the elderly in Primary Health Care: development and validation of a protocol based on the Food Guide for the Brazilian Population. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 2022;24(5):e210157. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210157.en>
16. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work. *Soc. Work Res.*, 2003;27:94-104. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
17. Biernacki P, Waldorf D. Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociol. Methods Res.*, 1981;10(2):141-163. <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>
18. Silva ASR, Gubert FA, Lima ICV, Rolim RM, Tavares DR, Silva DA, Almeida WAF. Validação de conteúdo e aparência de um curso online para a vigilância da influenza. *Rev. Ibero-Am. Estud. Educ.*, 2017;12(2):1408-20. <https://doi.org/10.21723/riaee.v12.n.esp.2.10065>
19. Leite SS, Áfio ACE, Carvalho LV, Silva JM, Almeida PC, Pagliuca LMF. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Rev Bras Enferm*, 2018;71:1635-41. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>
20. Ribeiro ZMT, Spadela MA. Content validation of educational material on healthy eating for children under two Years of age. *Rev Paul Pediatr*, 2018; 36(2):155-63. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00007>
21. Tullio AR, Hofstatter LJV, Santos SAM, Oliveira HT. The formative potential of focal groups in the constitution of environmental educators. *Ciênc. Educ. (Bauru)*, 2019;25(2). <https://doi.org/10.1590/1516-731320190020009>
22. Santos AA, Pedreira LC, Freitas RA, Gomes NP, Menezes TMO, Moura LVC. Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem: Um relato de experiência. *REAS*, 2019;11(17):e1648. <https://doi.org/10.25248/reas.e1648.2019>

23. Nunally JC. Psychometric Theory. 3 ed. New York: McGraw-Hill, 1994.
24. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric Properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Revista Epidemiol. Serv. Saude*, 2017;26(3):649-59. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
25. Minayo MCS. Structure and subject, determinism and historical protagonism: a reflection about the praxis of community health. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2001;6:7-19. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100002>
26. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: a free software for analysis of textual data. *Temas em Psicologia*, 2013;21(2):513-18. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
27. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Editora Edições, 2016.
28. Veras RM, Passos VBC, Feitosa CCM, Fernandes SCS. Different training models in health and student conceptions of humanized medical care. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2022;27(5):1781-92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23832021>
29. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Health and Medicine Division; Food and Nutrition Board; Roundtable on Obesity Solutions. *The Challenge of Treating Obesity and Overweight: Proceedings of a Workshop*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2017 Dec 21. 4, Treating Severe Obesity in Adults. [Acesso 10 fev 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK475863/>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 196, de 29 de fevereiro de 2000b. Aprova os critérios clínicos para a indicação de realização de gastroplastia como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, no âmbito do Sistema Único de Saúde, institui Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica e estabelece critérios gerais para a seleção de hospitais a serem cadastrados como Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF; 2017.
33. Instituto Cordial. Painel Brasileiro da Obesidade, 2021. [Acesso 12 nov 2023]. Disponível em: <https://institutocordial.com.br/painelobesidade/>
34. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021a.

35. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Pandeia (Ribeirão Preto)*, 2012;22(53). <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>.
36. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Bier Tho L, Campbell-Scherer D et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*, 2020;192(31). <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
37. Leite FR, Queiroz AT, Sousa MR, Maia LMO. Uma abordagem geral da obesidade e seu tratamento. *REAS*, 2023;23(5):e12798. <https://doi.org/10.25248/reas.e12798.2023>
38. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
39. Yamamoto AO, Duarte AG, Oliveira JLB, Espindola TL. A importância do vínculo profissional com o usuário na atenção primária em saúde: revisão de escopo. *CLCS*, 2024;17(10):1-20. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-082>
40. Guerra, L. O impacto econômico da obesidade nos sistemas de saúde. *J Manag Prim Health Care*, 2022;14(spec):e033. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v14.1257>
41. Magalhães CG, Machado VC, Santos LAS, Martins PC, Santana MLP. Uma análise das representações sociais da obesidade por profissionais de saúde na atenção primária à saúde. *Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde*, 2023;18. <https://doi.org/10.12957/demetra.2023.70592>.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CPCDT/CGGTS/ DGITIS/SCTIE/MS. Brasília; 2020c.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Atenção às pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS. Brasília, DF: MS, 2021b.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília, DF: MS, 2021c.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde: caderno de atividades educativas. Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 54p. 2021e

47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Universidade de Brasília. Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira- Volume 2: Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade. Brasília, DF: MS, 2022.

### Colaboradores

Dias MM participou na idealização do desenho do estudo; na coleta, análise e interpretação dos dados e na redação do estudo. Balbino KP participou na coleta, análise e interpretação dos dados e na redação do estudo. Cândido FG participou na coleta, análise e interpretação dos dados. Hermsdorff HHM participou na idealização do estudo, na interpretação dos dados, na edição do manuscrito e em sua revisão crítica. Também foi a responsável pela coordenação geral do projeto e pela gestão dos recursos utilizados. Todos os autores participaram na revisão final e aprovação do manuscrito para submissão.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

---

Recebido: 11 de março de 2024

Aceito: 24 de fevereiro de 2025