



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ANDREZA DOMINGOS DA SILVA**

**SIGNIFICADOS DA OBESIDADE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PALMAS-TO**

Palmas-TO

2021

**Andreza Domingos da Silva**

**Significados da obesidade na perspectiva dos usuários da atenção primária à saúde de  
Palmas-TO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Lopes Pinto.

Palmas-TO

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- S586s Silva, Andreza Domingos da.  
Significados da obesidade na perspectiva dos usuários da atenção primária à saúde de Palmas-TO. / Andreza Domingos da Silva. – Palmas, TO, 2021.  
134 f.  
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Ciências da Saúde, 2021.  
Orientadora : Marta Azevedo dos Santos  
Coorientadora : Sônia Lopes Pinto  
1. Obesidade. 2. Significados. 3. Estigma social. 4. Preconceito de peso. I. Título

**CDD 610**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ANDREZA DOMINGOS DA SILVA

### SIGNIFICADOS DA OBESIDADE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PALMAS-TO.

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Azevedo dos Santos.

Aprovada em: 20/12/2021

### BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente  
 MARTA AZEVEDO DOS SANTOS  
Data: 26/12/2021 23:13:47-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Dra. Marta Azevedo dos Santos  
Orientadora

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

Documento assinado digitalmente  
 MARTA AZEVEDO DOS SANTOS  
Data: 26/12/2021 23:15:55-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Dra. Sônia Lopes Pinto  
Coorientadora

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

Documento assinado digitalmente  
 MARTA AZEVEDO DOS SANTOS  
Data: 26/12/2021 23:17:26-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Dra. Ligia Amparo da Silva Santos  
Examinadora Externa

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL Da BAHIA - UFBA

Documento assinado digitalmente  
 MARTA AZEVEDO DOS SANTOS  
Data: 26/12/2021 23:20:18-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Dra. Juliana Bastoni da Silva  
Examinadora Interna

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - UFT

*Dedico este trabalho aos usuários do SUS com obesidade, pelos discursos cheios de vida e significados. Que este seja um espaço de escuta e empatia para a promoção de mudanças.*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos, e minha coorientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Lopes Pinto, que em toda essa trajetória me acolheram com paciência, carinho, dedicação e incentivaram-me ao amadurecimento científico. *Para mim foi uma honra poder compartilhar dos seus conhecimentos e contribuições preciosas! Obrigada pelo tempo e paciência!*

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pelo apoio e incentivo financeiro ao projeto Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS do Tocantins - ECOA-SUS/TO, do qual esta pesquisa contempla um dos objetivos específicos. *Obrigada!*

À Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS-PALMAS) e Fundação Escola de Saúde Pública (FESP-PALMAS) que autorizaram a realização deste trabalho no âmbito da rede de saúde. *Obrigada!*

À toda equipe do projeto ECOA-SUS/TO, em especial à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kellen Cristine Silva, às nutricionista Lorena Martins da Silva e Bianca Dias Ferreira e Walter Soares Borges Neto, acadêmico do curso de nutrição, pelas valiosas discussões e contribuições. *Estar com vocês neste projeto fez uma grande diferença para a construção deste trabalho. Obrigada!*

Aos membros da Banca Examinadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ligia Amparo da Silva Santos e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliana Bastoni da Silva, pela disponibilidade e prontidão em que aceitaram o convite e pelas relevantes contribuições que tornaram mais enriquecedor o meu trabalho. *Foi uma honra tê-las na composição da minha banca examinadora. Obrigada!*

A todos os docentes, colaboradores e colegas do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT), pelos momentos que vivenciamos no decorrer desta jornada, em especial à Gilmara Apolinário Reis, Gabriela de Campos Mendes e Giovanna Costa Falcão. *Vocês foram o meu exemplo e apoio durante o mestrado. Obrigada!*

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho, meus sinceros agradecimentos. *Obrigada!*

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha mãe Maria Inalva que sempre confiou em mim, sendo meu grande exemplo de pessoa, de honestidade e perseverança, e a meu pai Ismael que me oportunizou a vida. *Meus sentimentos por vocês é de amor e eterna gratidão!*

Ao meu companheiro, cúmplice, amigo e amor André que sempre torceu por mim. *Se não fosse seu apoio e suporte em todos os momentos, não chegaria tão longe. Obrigada pela parceria de sempre! Te amo!*

Aos meus filhos Enzo Gabriel e João Gabriel, os maiores e melhores presentes que recebi da vida! *Vocês são minha fonte de inspiração! Que eu possa ser exemplo e entusiasmo para a vida estudantil de vocês sempre e que compreendam que tudo é possível quando existe dedicação e força de vontade! Vocês são a minha vida!*

À minha querida irmã Amanda que, mesmo estando na Holanda, do outro lado do oceano, me ensina todos os dias que nada é mais importante que a família e que as pessoas são valiosas. *Na minha próxima existência, gostaria de vir novamente ao seu lado para você continuar me ensinando como me tornar uma pessoa melhor!*

À minha sogra Divina que é para mim uma mãe e para os meus filhos uma avó dedicada e amorosa e minha cunhada Carla Andrea. *Você foram as minhas “mãos e pés”, sendo um grande apoio para a concretização deste sonho. Obrigada!*

Às minhas amigas de faculdade, de loucuras nessa jornada ao Tocantins, comadres, companheiras e irmãs Chiane e Aurinha, pelos sorrisos, lágrimas, discussões e afeto de uma vida inteira! *Sem vocês a minha vida seria um tédio total!*

Aos meus colegas de trabalho, em especial às amigas Fernanda, Nadja, Sebastiana e Juliana por sempre torcerem por mim e me acalmar com palavras de carinho e motivação. *Obrigada por tudo que vocês fizeram e fazem por mim no ambiente de trabalho e fora dele!*

Aos demais familiares e amigos, pela torcida, carinho e amizade e pela compreensão em virtude da minha ausência. *Gratidão é o sentimento que me define!*

*O corpo é amórfico, é adaptativo e adaptado... é cobrado, é olhado, é alvo de críticas e de desejo, de regras e repressões... o que nem sempre é lembrado, é que junto de um corpo, tem sempre um humano.*

*(Cláudia de Souza Dourado)*

## RESUMO

Esta pesquisa contempla um dos objetivos específicos do projeto de Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS do Tocantins (ECOASUS/TO) que visa compreender os significados da obesidade sob a ótica dos usuários com obesidade das Unidades Básicas de Saúde de Palmas-TO. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com posicionamento epistemológico interpretativista como um dos pressupostos da abordagem qualitativa, por meio da análise de conteúdo. A coleta foi realizada em outubro de 2020, através de entrevista individual, subsidiada por roteiro semiestruturado, em ambiente virtual (*on-line*), de forma síncrona, por videoconferência pela ferramenta *Google Meet*. Foram entrevistadas oito pessoas com obesidade e a partir dos seus discursos, determinadas seis categorias, codificadas e analisadas que apresentaram os seguintes resultados: As pessoas com obesidade compreendem o processo saúde-doença de forma ampliada, considerando seus determinantes e condicionantes, porém consideram também o conceito reducionista de ausência de doenças; Apresentam desconhecimento sobre a promoção da saúde, porém vivenciam a sua aplicabilidade no território; Identificam mudanças positivas em seus modos de vida com o apoio do nutricionista, principalmente quanto à prática de atividade física e alimentação saudável; Compreendem a obesidade como excesso de peso, relacionando à altura, aos processos de adoecimento e limitações; Identificam as estratégias de enfrentamento da obesidade, a necessidade do cuidado adequado prestado pela equipe multiprofissional, porém assumem a responsabilidade pela sua condição de saúde; e apresentam a existência de vários sentimentos negativos vinculados à sua obesidade. Portanto, pode-se concluir que este projeto é extremamente relevante quanto a sua significância na abordagem sobre a compreensão da obesidade com vários significados negativos, físicos e psicológicos, principalmente relacionados a insatisfação pela imagem corporal devido o excesso de peso, o enfrentamento de uma doença de difícil reversão, vivenciada de forma limitante e estigmatizante que converge na produção de sentimentos de tristeza, raiva, negação, restrição, sofrimento, discriminação (gordofobia), indiferença, estresse, agressividade, e grande preocupação pela sua condição de saúde. Espera-se que esses resultados possam gerar mudanças no cuidado ofertado às pessoas com obesidade no SUS de forma mais empática e humanizada.

**Palavras-chaves: Obesidade. Significados. Estigma social. Preconceito de peso.**

## **ABSTRACT**

This research contemplates one of the specific objectives of the project to Combat and Control Obesity in the Scope of the SUS of Tocantins (ECOASUS/TO) which aims to understand the meanings of obesity from the perspective of users with Basic Health Units in Palmas-TO. It is a descriptive, exploratory study, with an interpretivist epistemological position as a means of qualitative approach studies, through content analysis. The collection was carried out in October 2020, through an individual interview, supported by a semi-structured script, in a virtual environment (online), in a synchronous way, by videoconference using the Google Meet tool. Eight people with obesity were also analyzed from the results, with certain categories, with the following: People with obesity and with the health process also expanded, considering their factors and the concept of obesity, but considering their factors and the concept of obesity, reductionist of the absence of diseases; They have knowledge about health promotion, but experience its applicability in the territory; Identify the positive changes in their lifestyles with support from the nutritionist, especially regarding the practice of physical activity and healthy eating; Understanding as overweight, relating to height, the processes of illness and obesity; They identify as strategies to face obesity, the need for adequate care by the multiprofessional team, but assume responsibility for their health condition; and presents an existence of several feelings linked to its obesity. Therefore, it can be deepened that this project is extremely relevant in terms of approaching the understanding of body obesity with several meanings, physical and psychological, mainly related to image dissatisfaction, due to being overweight, that of a difficult disease. reversal, anger in a limiting and stigmatizing way that converge in the production of feelings of sadness, sadness, discrimination (fatphobia), indifference, stress, aggressiveness and great concern for their health condition. It is expected that these results can generate human changes in the care of people with obesity in the SUS in a more empathic and humanized way.

**Keywords: Obesity. Meanings. Social Stigma. Weight Prejudice**

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

<b>Figura 1.</b> Dimensões da saúde integra .....	24
<b>Figura 2.</b> Descrição das condições de saúde .....	27
<b>Figura 3.</b> Modelo de Determinantes Sociais da Saúde .....	28
<b>Figura 4.</b> Condicionantes e determinantes de saúde no processo saúde-doença .....	40
<b>Figura 5.</b> Modelo conceitual dos determinantes de Segurança Alimentar e Nutricional .....	43
<b>Figura 6.</b> Estratégias e ações para o enfrentamento da obesidade no Brasil .....	51
<b>Figura 7.</b> Dimensões e subdimensões dos processos de trabalho da Atenção Básica e aspectos da estrutura das Unidades Básicas de Saúde para o enfrentamento da obesidade .....	53
<b>Figura 8.</b> Mapa do município de Palmas, Tocantins .....	59
<b>Figura 9.</b> Dados socioeconômicos por região de Palmas, Tocantins .....	61
<b>Figura 10.</b> Composição dos territórios de saúde de Palmas, Tocantins .....	64
<b>Figura 11.</b> Adaptação do algoritmo adotado por Hawkins, Hornsby e Schorling (2001) e Chang (2007) para os estágios de mudança em relação à perda de peso .....	66
<b>Figura 12.</b> Estratégias dos diferentes estágios de motivação de mudança, descritos por Prochaska (1982) e as atividades a serem desenvolvidas pelo profissional de Saúde .....	67
<b>Figura 13.</b> Desenvolvimento da análise de conteúdo, segundo Bardin, 2016 .....	73
<b>Figura 14.</b> Dimensões conceituais sobre saúde .....	81

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>Tabela 1.</b> Classificação do estado nutricional, segundo o Índice de Massa Corporal .....	46
<b>Tabela 2.</b> Classificação do risco cardiovascular relacionado a Circunferência da Cintura .....	46
<b>Quadro 1.</b> Perfil dos participantes da pesquisa, Palmas, Tocantins .....	78

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS	Alimentação Adequada e Saudável
AB	Atenção Básica
AC	Análise de Conteúdo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
<i>ACTION</i>	<i>Awareness Care and Treatment in Obesity management</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
<i>BMI</i>	<i>Body Mass Index</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAB nº 38	Caderno de Atenção Básica nº 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAPP	Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa
CC	Circunferência da cintura
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CF	Constituição Federal
CID-10	10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
<i>COVID-19</i>	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CSC	Centros de Saúde da Comunidade
CTDANT	Coordenação Técnica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DHANA	Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequadas
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ECOASUS	Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS
EM	Equipes Multiprofissionais

ESF	Equipes de Saúde da Família
ESB	Equipes de Saúde Bucal
E-SUS	Prontuário Eletrônico do SUS
FESP	Fundação Escola de Saúde Pública
GEEs	Gases do Efeito Estufa
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
IC	Informantes-chave
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NUPENS	Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde
OBSS	<i>Open Broadcaster Software Studio</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAS	Programa Academia da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PS	Promoção da saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAVS	Rede de Atenção e Vigilância em Saúde
SA	Sistema Alimentar
SAG	Sistema Alimentar Global
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SARS-CoV-2	<i>Coronavírus</i>
SAS	Sistemas Alimentares Sustentáveis
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia

SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESAU	Secretaria de Saúde do Estado
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUPAVS	Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TAd	Teoria da Autodeterminação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Tocantins
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UC	Unidades de Contexto
UFT	Universidade Federal do Tocantins
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UR	Unidades de Registro
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
2.1	Saúde, promoção da saúde e qualidade de vida .....	23
2.2	Corpo, autoimagem, estigma do peso e gordofobia .....	29
2.3	Alimentação, Nutrição e Sistemas alimentares .....	34
2.4	Modos de vida, atividade física e dieta .....	38
2.5	Obesidade .....	44
2.6	Sindemia Global, Sistema de saúde e políticas públicas .....	47
2.7	Significações .....	55
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>57</b>
3.1	Objetivo geral .....	57
3.2	Objetivos específicos .....	57
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>58</b>
4.1	Tipo de estudo .....	58
4.2	Local da pesquisa .....	59
4.3	Amostra .....	65
4.4	Coletas de dados <i>online</i> .....	68
4.5	Critérios de inclusão .....	70
4.6	Critérios de exclusão .....	71
4.7	Transcrição das entrevistas .....	71
4.8	Tratamento e análise dos dados .....	72
4.9	Aspectos éticos .....	77
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>78</b>
5.1	Identificação dos participantes .....	78
5.2	Tratamento dos dados da pesquisa .....	79
5.3	Análise das categorias encontradas .....	79
5.3.1	Categoria I – Compreensão sobre saúde .....	79
5.3.2	Categoria II – Conhecimento sobre promoção da saúde .....	82
5.3.3	Categoria III – Percepção sobre modos de vida .....	83
5.3.4	Categoria IV– Compreensão sobre obesidade.....	87
5.3.5	Categoria V – Enfrentamento da obesidade .....	90
5.3.6	Categoria VI – Sentimentos relacionados à obesidade.....	99
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>105</b>

<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>106</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>120</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO .....</b>	<b>122</b>
	<b>APÊNDICE C – UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE CONTEXTO DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>123</b>
	<b>APÊNDICE D – UNIDADES DE CONTEXTO E CATEGORIAS INICIAIS DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>125</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFT .....</b>	<b>126</b>
	<b>ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA .....</b>	<b>131</b>
	<b>ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO .....</b>	<b>134</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional tem por fundamento o envelhecimento populacional, a rápida urbanização e a globalização de modos de vida pouco saudáveis, resultando em mudanças no padrão de saúde, consumo alimentar e aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) (BRASIL, 2014).

Neste cenário das DCNTs, a obesidade tem sido destacada por ser simultaneamente considerada uma doença crônica e multifatorial e um fator de risco para o aparecimento de outras doenças (BRASIL, 2006), fenômeno alçado a um problema de saúde pública que ocupa um lugar central no debate sanitário, político, social e cultural, já que se trata de um acontecimento de ordem epidêmica e mundial (REIS *et al.*, 2020).

Isso inclui a propagação global da obesidade e DCNTs, juntamente com a desnutrição persistente e a insegurança alimentar, com muitos indivíduos, famílias e populações experimentando agora uma “carga dupla” de má nutrição, onde a sustentabilidade ambiental, mediada pelas atividades do sistema alimentar, tornou-se um dos desafios mais urgentes do século XXI (MARCHIONI, CARVALHO e VILLAR, 2021).

O crescimento da obesidade no país relaciona-se com as mudanças ocorridas nos últimos 30 anos, marcadas pelas transições demográfica, epidemiológica e nutricional, que estão relacionadas, respectivamente, com o aumento da expectativa de vida da população, mudanças na sua morbimortalidade e no perfil de consumo alimentar. Assim, por meio da transição nutricional é possível compreender a evolução do estado nutricional para o aumento do excesso de peso, principalmente entre crianças em idade escolar e adolescentes. Aliada a esse aumento do peso, observa-se também a presença e o avanço da desnutrição na população, podendo ser identificada por meio de deficiências de vitaminas e/ou minerais e nanismo, caracterizando a chamada “dupla carga de má nutrição” que é quando a obesidade e a desnutrição existem simultaneamente nos indivíduos, nas famílias e sociedades (FIGUEIREDO, FERRO e CAVALCANTE, 2021, p. 28).

A má nutrição em todas as suas formas, incluindo a desnutrição, a obesidade e outros riscos alimentares para DCNTs, é a principal causa de doenças e mortes prematuras no mundo todo e mudanças climáticas estão na iminência de entrar em um caminho sem volta. Combinadas, as complexas interações dessas crises geram uma Sindemia Global<sup>1</sup>, o que

---

<sup>1</sup>O documento “A Sindemia Global da Obesidade, Desnutrição e Mudanças Climáticas: relatório da comissão Lancet” apresenta, com um olhar inovador e ancorado em robusta análise científica feita por um grupo renomado de especialistas, a coexistência de três importantes problemas de saúde pública no mundo: obesidade, desnutrição e mudanças climáticas (SWINBURN *et al.*, 2019).

impõe a necessidade urgente de reformulação de sistemas de alimentação, agropecuária, transporte, desenho urbano e uso do solo (SWINBURN *et al.*, 2019).

Essas três pandemias - obesidade, desnutrição e mudanças climáticas - representam a Sindemia Global, que afeta a maioria das pessoas em todos os países e regiões do mundo. Uma sindemia é uma sinergia de pandemias que coexistem no tempo e no espaço, interagem entre si e compartilham fatores sociais fundamentais comuns. Por exemplo, os sistemas alimentares não apenas impulsionam as pandemias de obesidade e desnutrição, mas também geram de 25-30% das emissões de Gases do Efeito Estufa (GEEs) - a produção de gado é responsável por mais da metade dessas emissões. Sistemas de transporte dominados por carros apoiam modos de vida sedentários e geram entre 14-25% dos GEEs. Subjacentes a tudo isso estão os fracos sistemas de governança política, a busca econômica incontestável pelo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e as estratégias comerciais poderosas que estimulam o consumo excessivo (SWINBURN *et al.*, 2019, p. 6).

Para o Ministério da Saúde (MS), Palmas foi considerada a “Capital mais magra do Brasil”, em 2018, se comparada ao restante do país, segundo dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL<sup>2</sup>), devido aos menores percentuais de sobrepeso e obesidade (SANTOS e PARENTE, 2018).

Porém, numa análise da série histórica dos dados do VIGITEL, no período de 2010 a 2019, a prevalência de adultos com obesidade teve um aumento de 26,2% em 10 anos. Esse dado é relevante considerando que Palmas é uma capital com a população jovem, se comparada às demais, demonstrando que a obesidade está aumentando, seguindo uma tendência mundial, favorecendo a ocorrência de morbimortalidade em indivíduos jovens e em idade produtiva, representando também a soma da exposição a fatores de risco acumulados durante anos (PALMAS, 2020).

Segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN<sup>3</sup>), em 2019, foram avaliados 28.833 indivíduos adultos de ambos os sexos, e destes, 34,9% apresentaram sobrepeso e 26,4% apresentaram algum grau de obesidade, totalizando 61,3% indivíduos com excesso de peso (PALMAS, 2020).

---

<sup>2</sup>O VIGITEL é realizado desde 2006 com adultos (com 18 anos ou mais de idade), pelo Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), contando com o suporte técnico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS) da Universidade de São Paulo (USP). Este sistema objetiva monitorar continuamente a frequência e a distribuição dos principais fatores de risco e proteção determinantes para as DCNT (BRASIL, 2019).

<sup>3</sup>O SISVAN é utilizado prioritariamente como módulo gerador de relatórios da situação alimentar e nutricional da população brasileira; é alimentado pelo e-SUS, pelo Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SGPBF) e pelo seu próprio. Permitindo analisar dados antropométricos e de consumo alimentar, é uma ferramenta com grande potencial para direcionar o planejamento da atenção nutricional de um município (BRASIL, 2019).

O aumento da ocorrência da obesidade está associado a vários fatores, inclusive está ligado a uma rede complexa de fatores relacionados aos modos de vida, como os hábitos alimentares inadequados e os comportamentos sedentários (BRASIL, 2015), por isso é considerada prioridade de saúde pública de difícil reversão, dada a complexidade de seus condicionantes (RAMOS *et al.*, 2020).

A abordagem terapêutica da obesidade tem se detido no modelo biológico do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade implícita na sua determinação e no convívio com a obesidade e seus enfrentamentos (FRANCISCO e DIEZ-GARCIA, 2015).

Desta forma, é primordial desenvolver um novo modelo explicativo para o fenômeno da obesidade, que incorpore o alinhamento intersetorial, abarcando as experiências dos sujeitos que vivem a obesidade, o meio ambiente, os determinantes sociais e comerciais envolvidos, ou seja, que considere, lado a lado, um complexo de fatores que atravessa os indivíduos, tais como: epigenético, biológico e psicossocial, ambientais e aqueles oriundos do sistema alimentar e dos modos de vida modernos (SANTOS, FRANÇA e REIS, 2020, p. 50).

Portanto, é necessário considerar o indivíduo em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2017), pois entre as causas da obesidade estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000).

Ampliar a concepção restrita da obesidade como doença e propor medidas ambientais têm se tornado um imperativo diante da baixa resolutividade das intervenções focadas apenas no corpo e no atendimento individualizado. Estratégias que ultrapassem o âmbito de ação do setor saúde são necessárias, dadas as dificuldades em universalizar medidas individualizadas (como intervenções cirúrgicas), além dos limites que os próprios indivíduos enfrentam para modificar suas “escolhas” pessoais (alimentares ou de prática de atividade física) em contextos adversos à adoção de práticas saudáveis (DIAS *et al.*, 2017, p. 4).

A pessoa com obesidade não enfrenta apenas um risco aumentado de complicações médicas graves, mas também uma forma difundida e resiliente de estigma social. Frequentemente percebida como preguiçosa, gulosa, sem força de vontade e autodisciplina, é vulnerável ao estigma e discriminação no local de trabalho, educação, saúde e sociedade em geral (RUBINO *et al.*, 2020).

Se depara com os enfrentamentos impostos pela sociedade, preconceitos e restrições, imposição de um padrão de beleza, dificuldades no dia-a-dia em relacionamentos, transporte, locomoção, vestuário e no trabalho (ZOTTIS e LABRONICI, 2003).

Cursa um menor número de anos escolares, têm menores chances de ser aceita em escolas e empregos concorridos e de desenvolver relacionamento estável, pois está fora dos padrões de beleza e a preocupação com o ser/estar diferente torna-se presente na vida dessa pessoa, ocasionando ainda mais sofrimento (MACEDO *et al.*, 2015).

O corpo magro (sarado) parece ser o único tipo de corpo valorizado e reconhecido na sociedade atual, gerando sofrimento e adoecimento nos sujeitos que não se enquadram nesses padrões hegemônicos de beleza (MATTOS e LUZ, 2009).

Na sociedade contemporânea, onde o culto ao corpo é tão praticado e a busca pela perfeição parece incessante, conviver com os olhares alheios quando não é exequível alcançar esse ideal de beleza, torna-se uma vivência sofrível por muitos. Esse sofrimento é intensificado, quando esses padrões são expostos a todo o momento pela mídia, como alcançáveis, compráveis e saudáveis, o que vem transformando os corpos em verdadeiros laboratórios na tentativa de se alcançar o “completo bem-estar” (DOURADO *et al.*, 2018, p. 5).

Inúmeras são as barreiras criadas à aceitação do corpo, incluindo algumas que são mantidas e escoradas pela própria insegurança e vulnerabilidade psicológica da pessoa afetada (DOURADO *et al.*, 2018), pois o sofrimento psicológico da pessoa com obesidade é decorrente dos estigmas sociais e de valores ligados à cultura atual que considera o corpo “gordo” feio e inaceitável (PUHL *et al.*, 2010).

São frequentemente associada a atitudes indesejáveis e estereótipos que têm efeitos adversos de longo alcance, incluindo discriminação e preconceito no emprego e em ambientes educacionais, em relacionamentos próximos e durante as interações entre paciente e profissional de saúde (PUHL e HEUER, 2009).

A gordofobia é um fenômeno social que estigmatiza as pessoas com obesidade e traz sofrimento psíquico que deve ser observado pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2020b).

A autoridade médica muitas vezes é utilizada como instrumento de inferiorização e desumanização das pessoas com obesidade, reduzindo-as a um número, calculado a partir do Índice de massa corporal (IMC), resulta muitas vezes em negligência médica e em diagnósticos superficiais, sem contar no sofrimento infligido às pessoas com obesidade que ficam desassistidas e se afastam dos serviços de profissionais da área da saúde. Dessa forma, se tornam um grupo fragilizado do qual o direito à saúde é usurpado pela violência verbal e psicológica por parte de profissionais da saúde à qual é frequentemente exposto em seu cotidiano (RANGEL, 2018, p. 79-81).

O impacto prejudicial do estigma do peso se estende além dos danos aos indivíduos, pois a visão predominante de que a obesidade é uma escolha e que pode ser totalmente

revertida por decisões voluntárias para comer menos e se exercitar mais, pode exercer influências negativas nas políticas públicas de saúde, acesso a tratamentos e pesquisas (RUBINO *et al.*, 2020).

Nesse contexto, as pessoas com obesidade devem ser tratadas com seus corpos e particularidades individuais de maneira humana e respeitosa, numa perspectiva de promoção da saúde, contribuindo para pensar o problema em uma ótica referenciada não apenas na doença e no tratamento (DIAS *et al.*, 2017).

Em 2019, a Universidade Federal do Tocantins (UFT), através do curso de Nutrição, apresentou ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq<sup>4</sup>) o Projeto de Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS do Tocantins (ECOASUS/TO), uma proposta de enfrentamento da obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o estado do Tocantins (TO), região Norte do Brasil. Esta proposta tem sua execução coordenada pela UFT (Câmpus de Palmas), e conta com um corpo multiprofissional e multidisciplinar de docentes, além de gestores e trabalhadores da Secretaria de Saúde do Estado do TO (SESAU) e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS). Visa produzir informações e desenvolver, em conjunto com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), produtos e estratégias para subsidiar a implantação e organização de ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco e cuidado voltados ao enfrentamento e controle da obesidade.

Essa pesquisa é um recorte que contempla um dos objetivos específicos do projeto ECOASUS/TO que é realizar diagnóstico da percepção sobre a obesidade por parte das pessoas com obesidade no TO e adveio a partir das discussões e da reflexão sobre as dificuldades cotidianas enfrentadas pelas pessoas com obesidade, pois conhecer os diferentes modos de perceber a realidade e o contexto em que se inscrevem nas comunidades e territórios, fundamenta a escolha das estratégias adequadas e oportunas de Atenção à Saúde (GARCIA *et al.*, 2015), possibilitando a oferta do cuidado integral, desenvolvido com foco na promoção da saúde.

---

<sup>4</sup>O CNPq com o apoio do Ministério da Saúde (MS), tornou pública a Chamada CNPq/MS/SAPS/DPROS/CGAN nº28/2019, convidando os interessados a apresentarem propostas de projetos com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, na temática de prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade no âmbito do SUS, desenvolvidos, preferencialmente, em parcerias com secretarias estaduais/municipais de saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Saúde, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida

Do ponto de vista etimológico, saúde em português, *salud* em castelhano, *salut* em francês e *salute* em italiano possuem a mesma derivação: *salu*. Proveniente do latim, esse termo designava o atributo principal dos inteiros, intactos e íntegros. Observando a etimologia da palavra, percebe-se que seu significado não contempla a complexidade de sua significância (ALMEIDA FILHO, 2011).

O mito da saúde perfeita é considerado como um dos mais fundamentais da condição humana: a terra sem mal e impurezas e uma assepsia dos corpos livres das doenças e de todos os males (SANTOS, 2008).

A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral, porque, aludindo ao “perfeito bem-estar”, coloca uma utopia. O que é “perfeito bem-estar”? É por acaso possível caracterizar-se a “perfeição”? Ou seja, a “perfeição” não é definível (SEGRE e FERRAZ, 1997).

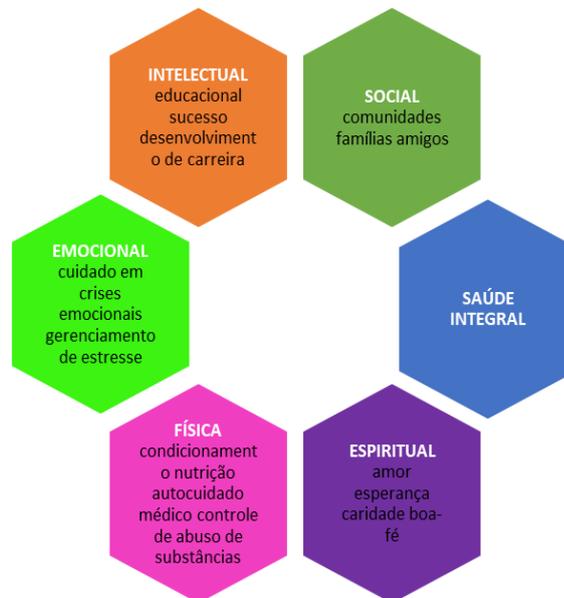
Assim, esta definição (mantida inalterada até à atualidade) pressupõe que a condição de saúde de um indivíduo é um conceito complexo, multidimensional e dinâmico (CARRAPATO *et al.*, 2017).

A saúde, diferentemente do que muitos pensam, acreditam e defendem, não pode ser apreendida como um fenômeno abstrato e nem mesmo como algo concreto ou atingível. Enquanto um fenômeno ampliado, a saúde envolve modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade. Nessa perspectiva, é preciso questionar os discursos que privilegiam o conceito de saúde somente pela sua dimensão biológica, assegurando uma concepção fragmentada do ser humano, bem como o caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades (DALMOLIN *et al.*, 2011, pg.390).

Definir o que é saúde, ampliando cada vez mais o “todo completo”, incluindo novas modalidades de bem-estar, é bastante difícil, pois, apesar de considerar uma visão mais

holística e representar as dimensões da saúde de forma integral (**Figura 1**), utiliza as virtudes e valores humanos como um conceito (ALMEIDA FILHO, 2011).

**Figura 1** – Dimensões da saúde integral.



Fonte: Autora, “adaptado de” ALMEIDA FILHO, 2011, p. 6

Os fenômenos da saúde e da doença são compreendidos como processos sociais, históricos, complexos, orgânicos, conflitantes, dependentes e incertos e constituem bases para discussões sobre saúde, cultura e sociedade (GARCIA *et al.*, 2015).

Na Constituição Federal (CF) de 1988<sup>5</sup> o direito à saúde é trazido nos artigos 196 a 200, mas sua efetivação ocorre em 1990 com a promulgação das Leis 8.080, que organiza o sistema de saúde, e 8.142 que garante a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como trata dos recursos financeiros (SANTOS *et al.*, 2020).

A CF traz ainda os princípios e diretrizes norteadoras do SUS, e o dever do estado de garantir assistência à saúde. Além disso, traz em seu artigo 3º que a saúde tem como determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, ou seja, condições sociais a fim de se alcançar um estado de saúde ideal (SANTOS *et al.*, 2020, pg.27).

<sup>5</sup>A Constituição (CF) de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, é a que rege todo o ordenamento jurídico brasileiro hoje. Desde a independência do Brasil em 1822, é a sétima constituição que nosso país tem e a sexta desde que somos uma República e é um marco aos direitos dos cidadãos brasileiros, por garantir liberdades civis e os deveres do Estado (PORTAL POLITIZE, 2020. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/constituicao-de-1988/>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

Na Carta de Ottawa<sup>6</sup>, a Promoção da Saúde (PS) é o processo de capacitação de indivíduos, famílias e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde e atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Vai para além de um estilo de vida saudável e extrapola o setor saúde (BUSS, 2000).

Assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico, pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (BEZERRA e SORPRESO, 2016).

É entendida, assim, não como um objetivo em si, senão como um recurso fundamental para a vida cotidiana. A carta ainda aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersectorialidade, ao afirmar que dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas sadias de vida, a PS transcende o setor saúde. É completa, afirmando que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2000, pg.170).

Assim, a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura e formas de lazer e descanso (BUSS, 2000).

Sustenta-se no entendimento que é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2000, pg.167).

A PS representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) abordam, de forma geral, as condições de vida e condições de trabalho dos indivíduos que de alguma forma condicionam sua saúde. Os fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a

---

<sup>6</sup>Carta de Ottawa: é o principal produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que aconteceu no Canadá em 1986 e que se tornou, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo (BUSS, 2000).

ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

São as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. São as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Embora tenha-se hoje alcançado certo consenso sobre a importância dos DSS na situação de saúde, esse consenso foi sendo construído ao longo da história. A ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social, as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, pg.78-79).

No SUS, a estratégia de PS traz aspectos que determinam o processo saúde-doença e as possibilidades de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde. Trata-se de uma política transversal, integrada e intersetorial, que estimula a composição de redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, a partir da participação de todos no cuidado com a saúde (BRASIL, 2014c).

É o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (BUSS, 2000).

Na APS, destacam-se as ações de PS que visam ao empoderamento e autonomia do usuário para o alcance de melhores condições de vida e saúde (BEZERRA e SORPRESO, 2016).

Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2000).

De maneira “objetiva”, a saúde é um “estado da vida”, modo de levar a vida, e compõe um setor da economia em que se produzem bens e serviços, que trazem questões relativas a condicionantes e determinantes de saúde como fatores envolvidos no processo saúde-doença da contemporaneidade (GARCIA *et al.*, 2015).

Como experiência “subjetiva”, é silenciosa, não é percebida em sua plenitude, e na maioria das vezes, é identificada apenas quando a doença surge. É uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual (GARCIA *et al.*, 2015), sendo um fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente segundo a soma dos planos subindividual, individual e coletivo (**Figura 2**).

**Figura 2** – Descrição das condições de saúde nos planos subindividual, individual e coletivo.



Fonte: Autora, “adaptado de” NARVAI e PEDRO, 2013, p. 308-309.

O conceito de saúde encontra-se relacionado com o conceito de qualidade de vida, definido como uma construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (CARRAPATO *et al.*, 2017).

Nesse sentido, pode-se pensar a saúde na sua amplitude e na sua complexidade, e entender o processo saúde-doença além da visão biológica e que ultrapassa os limites dos serviços ambulatoriais e hospitalares (CARVALHO, 2013).

Um dos modelos de DSS mais referidos na literatura é o modelo de *Dahlgren e Whitehead* (**Figura 3**) e sua lógica pretende melhorar a saúde e o bem-estar, promover o desenvolvimento e alcançar as metas de saúde (CARVALHO, 2013).

**Figura 3** – Modelo de determinantes sociais da saúde, segundo *Dahlgren e Whitehead*.



Fonte: SANTOS *et al.*, 2020, p. 28.

As diversas definições de DSS expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde, sendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Portanto, adotar a abordagem dos determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e admitir que ela depende de ações que, muitas vezes, não têm relação com o setor Saúde (SANTOS *et al.*, 2020).

A valorização da vida em si, de cada corpo como único, como corpo que carrega sua história, afetos e construções, não deve ser considerada ou mesmo esquecida. Há um equívoco em entender o corpo humano como uno, ou dual, uma coisa ou outra, normal ou patológico. Sem dúvida, há uma maneira de considerar o patológico como normal, definindo o normal e o anormal pela frequência estatística relativa. Em certo sentido, pode-se dizer que uma saúde perfeita contínua é um fato anormal. Mas é que existem dois sentidos da palavra saúde. A saúde, considerada de modo absoluto, é um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânicos; nesse sentido, é um pleonasma falar em perfeita saúde, pois a saúde é o bem orgânico. No entanto, por mais prevista que possa parecer, não podemos deixar de admitir que a doença é prevista como um estado contra o qual é preciso lutar para poder continuar a viver, isto é, que ela é prevista como um estado anormal, em relação à persistência da vida que desempenha aqui o papel de norma. Portanto, tomando a palavra normal em seu sentido autêntico, devemos formular a equação dos conceitos de doença, de patológico e de anormal (JIMENEZ, 2020, p. 155-156).

É fundamental observar como as características do processo saúde-doença em um dado território e população se modificam ao longo do tempo e identificar quais fatores estão associados a ele, comparando os dados locais com cenários mais amplos (BRASIL, 2015).

Considerando esses aspectos gerais, revela-se fundamental para o profissional de saúde a compreensão do que seja saúde para cada usuário, família e comunidade acompanhados por ele. Essa compreensão pode tornar-se linha guia para desenvolvimento de ações no território (GARCIA *et al.*, 2015).

Portanto, o profissional de saúde precisa entender o que é saúde e o que ela significa para cada usuário, pois, a partir daí poderá direcionar a atendimento com o olhar de quem vivencia o processo na prática e com suas reais necessidades.

## **2.2 Corpo, autoimagem, estigma do peso e gordofobia**

É importante destacar que as preocupações do homem em relação ao seu corpo não é um fenômeno recente. O corpo tem sido pensado, representado e objeto de ação ao longo da história da humanidade de alguma maneira (SANTOS *et al.*, 2008).

A história do corpo humano é a história da civilização. Cada sociedade, cada cultura age sobre o corpo determinando-o, constrói as particularidades do seu corpo, enfatizando determinados atributos em detrimento de outros, cria os seus próprios padrões (BARBOSA, MATOS e COSTA, 2011).

Permeia o imaginário social e assume diferentes configurações a depender do tempo, do contexto social e das civilizações, ora é objeto de prazer, ora de dor, ao mesmo tempo em que representa poder gera sujeição, constitui-se com símbolo de liberdade e ao mesmo tempo de prisão (SANTOS e PARENTE, 2018).

Tem papel importante como parte constituinte da realidade biopolítico-histórica, sendo sua percepção e sua sensorialidade construída e reconstruída regularmente, a partir das alterações políticas de cada momento, estando estas imersas não apenas em fatores biológicos, mas também de história (SILVA *et al.*, 2018).

O corpo é fruto de uma elaboração social, e os atributos nos quais ele deve se encaixar para ser considerado “bonito” são, em grande medida, moldados pelos ideais corporais e padrões de beleza propostos por cada sociedade que, por sua característica dinâmica, variam nos diferentes contextos sociais, culturais e históricos (SILVA *et al.*, 2018).

O corpo é produtor e portador de significado, é fonte natural de sentido; é espaço expressivo, é o espelho do ser, é o ancoradouro, é o meio geral de ter o mundo. Ele é tempo e espaço, é sensibilidade, é expressão, fala, linguagem, isto é, espaço expressivo, conjunto de significações que, ao serem vividas durante a deambulação existencial, passam a fazer parte do ser, da bagagem cultural e histórica e que, fazem do corpo “memória”, memória que guarda, retrata, conta e faz histórias, porque vivencia e experiencia o ser e o estar no mundo, o ser-ao-mundo em um processo de coexistência (ZOTTIS e LABRONICI, 2003, p. 34).

O corpo vem sendo cultuado ao longo do tempo no meio religioso, e agora assume um papel central onde cada corpo busca em espaço ao sol, por meio dos registros fotográficos, onde por meio do uso do celular, uma pessoa faz milhares de registros de sua imagem e depois publica as performances do corpo. A volatilidade aplicada ao corpo em redes sociais não representa a realidade dos corpos no seu dia-a-dia, no trabalho e na família (BOMBARDA e ROCHA, 2018).

Surgem, então, os padrões de beleza, de sensualidade, de saúde, de postura, que dão referências aos indivíduos para se construírem como homens e como mulheres. Ao longo do tempo, esses modelos produziram a história corporal, funcionando como mecanismos codificadores de sentido e produtores da história corporal, percebendo-se que as mudanças que foram acontecendo na noção de corpo foram oriundas das mudanças no discurso (BARBOSA, MATOS e COSTA, 2011).

O corpo magro, que no passado já simbolizou fraqueza e escassez de alimentos, passa a ser valorizado como modelo dominante e, nos dias atuais, é visto como algo que deve ser buscado por todos, independentemente da classe, etnia, gênero ou geração, para satisfazer um desejo que não é próprio de sua natureza, mas pelo qual é cobrado para que ocorra sua inclusão na sociedade. Ao mesmo tempo, o corpo gordo, que já significou abundância, riqueza e poder, hoje é estigmatizado e visto como algo moralmente inaceitável, frente a hegemonia da magreza (SILVA *et al.*, 2018, p. 809).

A gordofobia é uma discriminação que leva à exclusão social e, conseqüentemente, nega acessibilidade às pessoas com obesidade. Essa estigmatização é estrutural e cultural, transmitida em muitos e diversos espaços e contextos na sociedade contemporânea. O prejulgamento acontece por meio de desvalorização, humilhação, inferiorização, ofensa e restrição dos corpos gordos de modo geral (JIMENEZ, 2020).

A gordofobia está em todos os lugares e é, muitas vezes, disfarçada de preocupação com a saúde, dificultando, dessa forma, seu entendimento e embate. Sustentada por discursos de poder, de saúde e beleza como geradores de exclusão, existem comportamentos diários que reforçam o preconceito/estigma em relação às pessoas gordas, corroborando os estereótipos que estabelecem situações degradantes, constrangedoras, marginalizando as pessoas e as excluindo socialmente (JIMENEZ, 2020, p. 147).

Enquanto um atributo físico, a obesidade é percebida, interpretada e influenciada pelo sistema social. Portanto, valores socioculturais relacionados à obesidade podem variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos (WANDERLEY e FERREIRA, 2010).

Desde o período greco-romano as complicações que a obesidade traz à saúde humana são descritas. Embora a obesidade fizesse parte do contexto daquela época, ela, como até hoje, tinha uma conotação de desprezo. Ela era vista no mundo como uma doença social e moral, não sendo uma condição que dependesse de tratamento, mas de disciplina, força de vontade e autoestima, visto que sua origem era atribuída a maus hábitos alimentares, inatividade física e até mesmo ao descuido (ZOTTIS e LABRONICI, 2003, p. 3).

A obesidade repercute em aspectos sociais, visto que pessoas com obesidade sofrem com discriminação, estigmatização, preconceito, ridicularização, rejeição e humilhação em diversos ambientes, a exemplo do escolar, trabalho e até mesmo nos próprios serviços de saúde (DJALALINIA *et al.*, 2015).

A OMS reconhece o potencial risco à saúde física e mental provocados pela obesidade, mas ainda negligencia a dimensão do estigma social. O conceito de sofrimento negligenciado trata de doenças que prevalecem em condições de pobreza e contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade. Em vista disso, há necessidade de repensar a obesidade e o estigma ocasionado aos sujeitos que são acometidos por ela e a dimensão do estigma de obesidade com seus impactos negativos à saúde mental das pessoas com obesidade não é considerado. As pessoas com obesidade enfrentam situações de estigma social e neste sentido, a condição “obesa” é um lugar de sofrimento físico e mental (ARAÚJO *et al.*, 2020, p. 6).

Desse modo se intensifica o foco nas ações comportamentais, e a saúde pública passa a enfatizar mais ainda a responsabilidade individual e a autodisciplina no ambiente, pois fomentar mudanças comportamentais individuais tem baixo custo e não confronta a indústria de alimentos, pelo contrário: até mesmo estimula o mercado dos industrializados maquiados de saudáveis como produtos *diet*, *light*, com adição de fibras, entre outras estratégias de *marketing* (DIAS *et al.*, 2017).

Essa ideia e as relações estigmatizadoras entre o corpo gordo e a doença são construídas dentro de um processo de entendimento que culpabiliza o dono do corpo, já que a saúde, hoje, é entendida como responsabilidade individual, e não uma fatalidade ou genética (JIMENEZ, 2020).

Assim, tem-se o indivíduo do mundo contemporâneo consubstanciado, de um lado, pelos diferentes discursos alimentares, com as noções de risco, e os imaginários sobre o comer e a comida, elementos que são intermediados pela mídia. De outro lado, ele tem cada vez mais acesso aos produtos alimentares, patrocinados pela tecnologia e indústria e ainda difundidos pela publicidade alimentar. Desta maneira, parece que só lhe resta uma única opção: fazer escolhas (SANTOS, 2008).

Por conseguinte, o conhecimento científico acaba disseminando um rol de soluções simplistas para fenômenos complexos, aplicando-o de forma reducionista, patologizante e totalmente direcionado ao âmbito biológico e comportamental (PAIM e KOVALESKI, 2020).

Os estereótipos, e a consequente discriminação, estão presentes de forma intencional, assentes na crença generalizada de que criar insatisfação facilitará o potencial da mudança de comportamentos (SILVA, 2014).

Isso é utilizado na regulação moral que parte dos profissionais de saúde, ao julgarem indivíduos saudáveis como responsáveis e aqueles que adoecem como irresponsáveis. Os que adoecem são criticados pela sua falta de autocuidado e são considerados negligentes em relação a sua saúde, gerando sensações de remorso, arrependimento e vergonha, como se tivessem cometido um pecado. O medo do ridículo e da inadequação funciona como um inibidor de certas atitudes; por isso, o autocuidado funciona como um controle social informal, no sentido da higiene comportamental, que torna os indivíduos pessoalmente responsáveis pela gestão de riscos socialmente gerados (PAIM e KOVALESKI, 2020, p. 3).

A gordofobia é utilizada para denominar o preconceito, estigmatização e aversão englobados por meio de uma opressão estrutural na sociedade que atinge as pessoas com obesidade. É uma forma de discriminação estruturada e disseminada nos mais variados contextos socioculturais, consistindo na desvalorização, estigmatização e hostilização de pessoas com obesidade e seus corpos (PAIM e KOVALESKI, 2020).

Os exemplos de estigma a vários níveis repetem-se, não só no cotidiano laboral, familiar, social, mas principalmente em contextos de saúde. Para além da discriminação nas relações sociais, ou no acesso ao emprego, a evidência científica dá também conta de discriminação em contextos de saúde, estando os profissionais de saúde entre as classes que principalmente discriminam. Estudos têm demonstrado que os médicos tendem a criar menos afinidade e empatia com pessoas com excesso de peso (SILVA, 2014, pg.17).

Enquanto que outras formas de preconceito e discriminação são mal aceitas socialmente, o estigma face às pessoas com excesso de peso não só é tolerado, como encorajado, como se tivesse uma função útil e protetora (SILVA, 2014).

As atitudes gordofóbicas geralmente reforçam estereótipos e impõem situações degradantes com fins segregacionistas; por isso, a gordofobia está presente não apenas nos tipos mais diretos de discriminação, mas também nos valores cotidianos das pessoas. A desvalorização e a estigmatização podem ser exemplificadas por diversos (pré) julgamentos que pressupõem que a pessoa gorda é deprimida, descontrolada, fracassada e descuidada, preconceitos tão naturalizados que a própria pessoa gorda incorpora uma imagem de si inapta e doente. Outro imaginário gordofóbico é o da inaptidão física do corpo gordo, o qual usualmente é visto como um corpo sedentário, preguiçoso e incapaz de realizar atividades físicas (PAIM e KOVALESKI, 2020, p. 3).

Tais estereótipos refletem uma visão da obesidade como algo controlável e da total responsabilidade de quem apresenta a condição, alguém que é visto como preguiçoso, guloso, com falta de autodisciplina e competência para controlar as suas vontades (SILVA, 2014).

Ou seja, a gordofobia está impregnada na nossa concepção de corpo, projetando limitações, culpa e exclusão das pessoas com obesidade (condenadas ao exílio). Essa exclusão está enraizada até mesmo na percepção das pessoas com obesidade de que seu próprio corpo não merece ser vivido, sempre buscando modos de fugir dele na contínua possibilidade (ou obrigação) de emagrecer, afinal ser gordo é um problema reversível (PAIM e KOVALESKI, 2020).

O que é considerado saudável, na atualidade, tem relação direta com a forma física, nomeadamente, magra. A tolerância com a gordura se reduziu de forma tão drástica que esta se enquadra em uma categoria de exclusão. Nessa perspectiva, o corpo gordo, na sociedade contemporânea, é desprezado e visto como fora dos padrões e como sinônimo de doença e também de falha moral, ao passo que o corpo magro, ainda que a magreza esteja no limiar saúde-doença, é visto como sucesso e proporciona *status* social (SILVA *et al.*, 2018, p. 811).

Somada a essa estigmatização, vale lembrar que toda essa influência midiática e a cobrança pelo tipo físico ideal, que é inatingível na maioria das vezes e para a maioria das pessoas, geram sentimentos de: frustração, culpa, vergonha e de insatisfação; o que pode desencadear desordens de natureza física e psíquica (SILVA *et al.*, 2018).

A construção da autoimagem corporal é ajustada pela percepção, que incorpora a essa construção os padrões sociais e culturais de corpo e beleza. Nesse sentido, a percepção, bem como a satisfação com a autoimagem, é modulada pela norma, socialmente construída, do

corpo magro e esbelto como referência de beleza; e não pelo que é predominantemente visto nas ruas (SILVA *et al.*, 2018).

O discurso vigente acaba separando os corpos nada reais, tidos como os normais, daqueles que estão acima do peso, flácidos e gordos, tidos como patológicos. Entender essa dualidade e os conceitos de doença e normalidade, patologia e anormalidade, através da filosofia da ciência, pode nos dar pistas de como essa concepção biomédica do corpo é profunda, marcada por muitas construções socioculturais, e entender a gordofobia como injustiça epistemológica (JIMENEZ, 2020, p. 155).

Assim, percebe-se também que o atual discurso envolvendo a obesidade como uma doença crônica, se consagrou principalmente pelo que é moralmente aceitável, disfarçado sob um discurso de saúde (SILVA *et al.*, 2018).

A pessoa com obesidade sofre com o estigma do peso e vivencia um processo de tristeza e de negação pela não aceitação social do seu corpo. A maioria tem a autoimagem prejudicada, sentindo incômodo com o seu corpo, se acham feios e não aceitam o seu corpo “gordo”, se sentem insatisfeitos, excluídos e lhes faz falta o corpo idealizado, “magro” e “belo”. A gordofobia é um dos preconceitos mais bem aceitos pela sociedade na atualidade.

### **2.3 Alimentação, Nutrição e Sistemas Alimentares**

Alimentar-se é uma das primeiras providências a ser tomada pelo ser vivo para manter-se são e dar continuidade ao seu crescimento e desenvolvimento. É o alimento que fornecerá energia suficiente para permitir que o corpo se mantenha aquecido, física e intelectualmente ativo e com todas as funções necessárias à vida (CAMPANA e TAVARES, 2009).

A alimentação e nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2013b).

É um processo social que extrapola a ingestão adequada ou inadequada de nutrientes, pois está relacionada com aspectos sociais, afetivos e culturais. Os alimentos são compostos por nutrientes, mas também carregam outros significados. Nesse sentido, os alimentos e a alimentação possuem um caráter simbólico que influencia nas escolhas e práticas alimentares (BRASIL, 2014d).

Como elemento de humanização das práticas de saúde, a alimentação expressa as relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida (BRASIL, 2013b).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que alimentar-se compreende não só o ato de ingerir, triturar e digerir alimentos. O ato de comer está intimamente ligado a fatores culturais (CAMPANA e TAVARES, 2009).

Atitudes em relação à comida são normalmente aprendidas cedo, e são, em geral, inculcadas por adultos afetivamente poderosos, o que confere ao comportamento um poder sentimental duradouro. Deve-se comer todos os dias, durante toda a vida; crescem-se em lugares específicos, cercados também de pessoas com hábitos e crenças particulares. Portanto, o que se aprende sobre comida está inserido em um corpo substantivo de materiais culturais historicamente derivados. A comida e o comer assumem, assim, uma posição central no aprendizado social por sua natureza vital e essencial, embora rotineira. O comportamento relativo à comida revela repetidamente a cultura em que cada um está inserido. O aprendizado que apresenta características como requinte pessoal, destreza manual, cooperação e compartilhamento, restrição e reciprocidade, é atribuído à socialização alimentar por sociedades diferentes (CAMPANA e TAVARES, 2009, p. 50)

A relação entre os seres humanos e os alimentos é complexa e vai além do domínio puramente biológico. Assim, as práticas alimentares são, sobretudo, práticas socialmente construídas e que possuem uma marca identitária da cultura de uma sociedade (SANTOS, 2008).

Comer não é um ato solitário ou autônomo do ser humano, ao contrário, é a origem da socialização, pois, nas formas coletivas de se obter a comida, a espécie humana desenvolveu utensílios culturais diversos, talvez até mesmo a própria linguagem. O uso do fogo há pelo menos meio milhão de anos trouxe um novo elemento constituidor da produção social do alimento (CARNEIRO, 2005).

A comensalidade é a prática de comer junto, partilhando (mesmo que desigualmente) a comida, sua origem é tão antiga quanto a espécie humana, pois até mesmo espécies animais a praticam. A diferença entre a comensalidade humana e a dos animais é que atribuímos sentidos aos atos da partilha e eles se alteram com o tempo. A comensalidade ajuda a organizar as regras da identidade e da hierarquia social – há sociedades, por exemplo, em que as mulheres ou as crianças são excluídas da mesa comum –, assim como ela serve para tecer redes de relações serve também para impor limites e fronteiras, sociais, políticas, religiosas, etc. Ao longo das épocas e regiões, as diferentes culturas humanas sempre encararam a alimentação como um ato revestido de conteúdos simbólicos, cujo sentido buscamos atualmente identificar e classificar como “políticos” ou “religiosos”. O significado desses conteúdos não é interpretado pelas culturas que o praticam, mas sim cumprido como um preceito inquestionável, para o qual não são necessárias explicações (CARNEIRO, 2005, p. 71-72).

O alimento – produzido, preparado, compartilhado e consumido – é fundamental para o bem-estar. Ele também conecta o corpo humano aos sistemas complexos e dinâmicos de nosso ambiente. Isso é mais significativo do que nunca na história da humanidade, diante das mudanças climáticas e aumento do impacto populacional nos ecossistemas globais (MARCHIONI, CARVALHO e VILLAR, 2021).

Correntemente, há a vivência de uma nova transição de paradigma, com a mudança no aumento da consciência da relação com a sustentabilidade, no que se cunhou como a “era dos Sistemas Alimentares Sustentáveis”. Nesse sentido, há o reconhecimento de que: 1) a má-nutrição e a obesidade são manifestações generalizadas da Insegurança Alimentar e Nutricional, e que os seus determinantes são complexos; 2) o impulsionador primordial da segurança/insegurança alimentar é o Sistema Alimentar, com seus processos inter-relacionados; e 3) o SA é um dos impulsionadores tanto da saúde quanto da degradação ambiental (MARCHIONI, CARVALHO e VILLAR, 2021, p. 67).

Um conjunto de políticas públicas tem sido implementado para enfrentar esse quadro epidemiológico complexo, tendo como eixo orientador o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) que aponta para a interrelação entre os SA e a saúde, nutrição e a sustentabilidade ambiental, econômica e social (OPAS, 2017).

Um SA compreende todos os elementos (ambiente, pessoas, insumos, processos, infraestruturas, instituições, etc.) e atividades relacionadas à produção, transformação, distribuição, preparação e consumo de alimentos que irão gerar resultados no estado nutricional e de saúde das populações e também impactos socioeconômicos e ambientais na sociedade como um todo. Abrangem as várias atividades, sujeitos e processos que repercutem diretamente na SAN, mas também, de maneira mais ampla, nas características ambientais, de desenvolvimento econômico e bem-estar social dos países (OPAS, 2017, p. 12).

Considerando-se que o alimento tem funções que transcendem ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados, a garantia de uma Alimentação Adequada e Saudável (AAS) deve contemplar o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem a produção e o consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, livre de contaminantes, bem como os padrões alimentares mais variados em todos os ciclos de vida (SILVA, 2018).

Os SA são um dos principais contribuintes para as mudanças ambientais, como mudanças climáticas, uso da terra e poluição da água e do ar, sendo responsáveis por cerca de 19%-29% de todas as emissões antropogênicas de GEEs e, ao mesmo tempo, também são

fortemente afetados por mudanças ambientais, que podem ter implicações importantes para a saúde devido a reduções na produção e alterações na composição nutricional de safras (MARCHIONI, CARVALHO e VILLAR, 2021).

Há um amplo reconhecimento de que o Sistema Alimentar Global (SAG), hoje, não é sustentável, pois enfrentam vários desafios, como a degradação dos recursos naturais, mudança climática, conflitos, mudança populacional e iniquidades no acesso a alimentos e produtos agrícolas, recursos, entre outros (MARCHIONI, CARVALHO e VILLAR, 2021).

Ainda, não é possível compreender os SA sem deixar de mencionar a agrobiodiversidade do planeta, na qual estão presentes todos os organismos produtores de alimentos, suas paisagens e ecossistemas, incluindo áreas selvagens e naturais e os domínios de conhecimento, habilidades, gerenciamento e acesso (MARCHIONI, CARVALHO e VILLAR, 2021).

Nessa mesma perspectiva multifatorial usada para explicar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, destacamos os diversos fatores relacionados com a alimentação que também se situa enquanto um direito humano e, portanto, indissociável dos demais (SANTOS *et al.*, 2020).

A alimentação e nutrição são determinantes e condicionantes da saúde. Os problemas resultantes da má alimentação, seja por insuficiência no consumo ou má qualidade, resultam em múltiplas formas de má nutrição que ocasionam, em última instância, demandas para o setor saúde (OPAS, 2017).

No Brasil, os documentos oficiais geralmente adotam a expressão Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) para fazer referência à alimentação enquanto um direito humano. O DHAA pode ser compreendido como um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (SANTOS *et al.*, 2020, p. 27).

Como forma de alargamento da concepção desse direito, vem sendo proposta a expressão Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequadas (DHANA), refletindo a evolução conceitual característica dos direitos humanos, que busca se atualizar para acompanhar as mudanças e novas demandas da sociedade (VALENTE, 2014).

Os alimentos não são meras *commodities* ou um “remédio”, são uma expressão de um processo social de alimentação no qual o bem-estar nutricional não apenas é o objetivo final, mas é também um pré-requisito – uma capacidade primordial que possibilita aos seres humanos ser saudáveis, dar à luz, amamentar, nascer, crescer, desenvolver-se, aprender, trabalhar, fazer amor, e ser felizes e socialmente ativos em suas comunidades (VALENTE, 2014, p. 3).

Apesar da dimensão nutricional, de alguma forma, estar contextualizada na concepção do DHAA, salientar a questão nutricional é fundamental para pensar as questões alimentares e nutricionais na atualidade, inclusive sobre o panorama atual da obesidade (SANTOS *et al.*, 2020).

Uma dieta de qualidade é aquela que elimina a fome, é segura, reduz todas as formas de desnutrição, promove a saúde e é produzida de forma sustentável, ou seja, sem prejudicar o ambiente e garantindo dietas de alta qualidade também para as gerações futuras (MARCHIONI, CARVALHO e VILLAR, 2021).

A AAS é o direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na CF, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a SAN da população (BEZERRA, 2018).

É um direito fundamental, que apresenta especificidades e contribui para a qualidade de vida, pois é carregada de significado e é essencial para a manutenção da vida.

## **2.4 Modos de vida, Atividade Física e Dieta**

As características dos modos de vida contemporâneos influenciam, significativamente, o comportamento alimentar, com oferta ampla de opções de alimentos e preparações alimentares, além do apelo midiático, da influência do *marketing* e da tecnologia de alimentos (BEZERRA, 2018).

São diversas as mudanças também relacionadas ao ato de comer e a comensalidade, ou seja, aos comportamentos e atitudes diante do ato de se alimentar. Comer em frente à televisão ou computador, escolher locais que oferecem quantidades ilimitadas de alimentos, comer frequentemente em *fast foods*, comer sem atenção e de maneira rápida são alguns comportamentos que podem levar a um consumo exagerado de alimentos e facilitar o processo de ganho de peso e conseqüentemente a obesidade. Escolhas alimentares, ambientes e comportamento são elementos que geralmente estão presentes conjuntamente, ou seja, ambientes desfavoráveis reforçam comportamentos inadequados que levam a um padrão alimentar não saudável e conseqüentemente favorecem o sobrepeso e a obesidade (BRASIL, 2014, p. 14).

O ultraprocessamento de alimentos passou a moldar o SA e a influenciar os padrões alimentares populacionais, impactando negativamente na qualidade da alimentação, saúde, cultura e o ambiente (SWINBURN *et al.*, 2019).

A obesidade pode ser considerada como a doença da civilização ocidental atual, diversos fatores têm contribuído para que o indivíduo desenvolva a obesidade, a mecanização da agricultura aumentando a produção agrícola e consequentemente o aumento da oferta de alimentos, o aperfeiçoamento de técnicas de purificação do alimento e de sua maior densidade energética, o crescente consumo de açúcar e doces, o estilo sedentário de vida favorecido pelo processo de mecanização, pelo uso do computador e hábitos passivos como assistir à televisão, a facilidade de transporte, as máquinas, a facilidade dos eletrodomésticos que facilitam todas as tarefas, e o uso exagerado do controle remoto (BARRETO *et al.*, 2009, p.166).

O termo “modo de vida” assume uma pluralidade de significados, dificultando a compreensão das nuances interpretativas que o perpassam, pois, ao analisar os modos de vida, devem-se levar em conta três dimensões, que geralmente são pouco utilizadas: o sistema e os atores sociais; a história e o cotidiano; e o objetivo e o subjetivo na percepção do real (BRAGA, FIÚZA e REMOALDO, 2017).

Essas três dimensões deveriam ser articuladas de modo a combinar a força da estrutura com a possibilidade de ação dos indivíduos, o nível da vida cotidiana articulado com o econômico, o político, o cultural, bem como as redes de poder estabelecidas nas articulações entre as diferentes esferas do social (BRAGA, FIÚZA e REMOALDO, 2017).

O modo de vida desdobrou-se em dois aspectos: 1) relativo às condições de vida e 2) relativo ao estilo de vida (**Figura 4**). Enquanto as condições de vida correspondem aos determinantes e condicionantes da vida em sociedade, o estilo de vida se daria nas singularidades presentes nas pessoas e em pequenos grupos, abarcando os hábitos, normas e valores expressos pelos indivíduos (BRAGA, FIÚZA e REMOALDO, 2017).

**Figura 4** – Condicionantes e determinantes de saúde no processo saúde-doença.



Fonte: A autora, “adaptado de” BRAGA, FIÚZA e REMOALDO, 2017, p. 375.

A sociedade produziu um ambiente obesogênico<sup>7</sup>, que conduz os indivíduos para estilos de vida não saudáveis e de ganho de peso excessivo, com efeitos diretos na saúde. Ele é definido como a soma das influências que o ambiente, oportunidades ou condições de vida têm sobre a promoção da obesidade em indivíduos ou populações (BIRCK, 2017).

Diz respeito às influências que o ambiente e as oportunidades ou condições de vida têm nas escolhas por parte dos indivíduos e populações, de hábitos de vida que promovam o desenvolvimento de obesidade (REIS, 2016).

O termo abarca toda a gama de condições sociais, culturais e infraestruturais que têm impacto na capacidade do indivíduo para seguir um estilo de vida saudável em relação tanto à alimentação quanto à prática de atividade física (REIS, 2016).

Além das questões individuais, a organização do espaço/ambiente/território onde se vive influencia diretamente na alimentação e na saúde dos indivíduos (CAMPOS *et al.*, 2019).

A determinação da obesidade está no conjunto de fatores que constitui o modo de vida das populações modernas, que consomem cada vez mais produtos processados e ultraprocessados, fabricados pela indústria com a adição de substâncias como gordura e açúcar a alimentos para torná-los duráveis, mais palatáveis e supostamente mais atraentes. Estas substâncias normalmente são derivadas de alimentos, como óleos, farinhas, amidos e açúcares. E, muitas são obtidas por processamento adicional de substâncias extraídas de alimentos (BRASIL, 2014, p. 12).

<sup>7</sup>O termo foi criado pelo professor de Bioengenharia da Universidade da Califórnia, nos EUA, Bruce Blumberg. Os obesogênicos são responsáveis por contribuir no ganho de peso sem que o indivíduo tenha consciência de que está engordando. Embalagens de alimentos, remédios, tubos de PVC da rede de encanamento e o teflon das panelas são só alguns exemplos de onde essas substâncias podem ser encontradas. A ingestão resulta no acúmulo de gorduras no corpo por que eles induzem as células de gordura a ficarem mais gulosas e desregulam regiões do cérebro que controla nossa saciedade e preferências alimentares (ISMD, 2020).

Apesar da multifatorialidade explicativa para a obesidade, os fatores mais estudados da obesidade são os biológicos, com ênfase no binômio dieta e atividade física, o que traz o desafio de outras matrizes explicativas para sua melhor compreensão e ações para seu enfrentamento. A obesidade é tida também como resultante da IAN, e uma de suas expressões é o estado nutricional do sujeito (SANTOS, FRANÇA e REIS, 2020).

Outros fatores podem influenciar o resultado na balança: vírus, desregulação da flora intestinal, privação de sono, poluição, climatização artificial dos ambientes, falta de sol e parto são os fatores que combinados com hábitos de vida podem resultar em uma pessoa com obesidade (ISMD, 2020).

Não há estratégias efetivamente eficientes e duradouras para se obter uma perda de peso duradoura e as medidas de prevenção da obesidade são de difícil aderência por parte da maioria das pessoas, visto que as facilidades do mundo moderno claramente favorecem os hábitos que ingerir mais alimentos calóricos e gastar menos calorias. Somente será possível reverter o atual cenário de um aumento epidêmico da obesidade para as próximas gerações se houver a possibilidade de desenvolver estratégias de longo prazo que consigam modificações comportamentais ou recursos tecnológicos que corrijam o ambiente obesogênico (LELARIO e LOTTENBERG, 2006, p. 12).

A obesidade geralmente decorre de pequenos e contínuos *superávits* ao longo dos anos em função de mudanças dos hábitos alimentares e aumento do sedentarismo que são observados no estilo de vida atual, decorrentes do aumento da urbanização, maior poder aquisitivo de bens materiais e alimentos, a mecanização e a industrialização (LELARIO e LOTTENBERG, 2006).

O sedentarismo constitui fator relevante para a manifestação e a manutenção da obesidade. Dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) apontam que 80% da nossa população adulta é sedentária, pois o lazer, para muitas pessoas, constitui-se de atividade sedentária, como assistir televisão e brincar com jogos eletrônicos e virtuais (BERALDO, VAZ e NAVES, 2004).

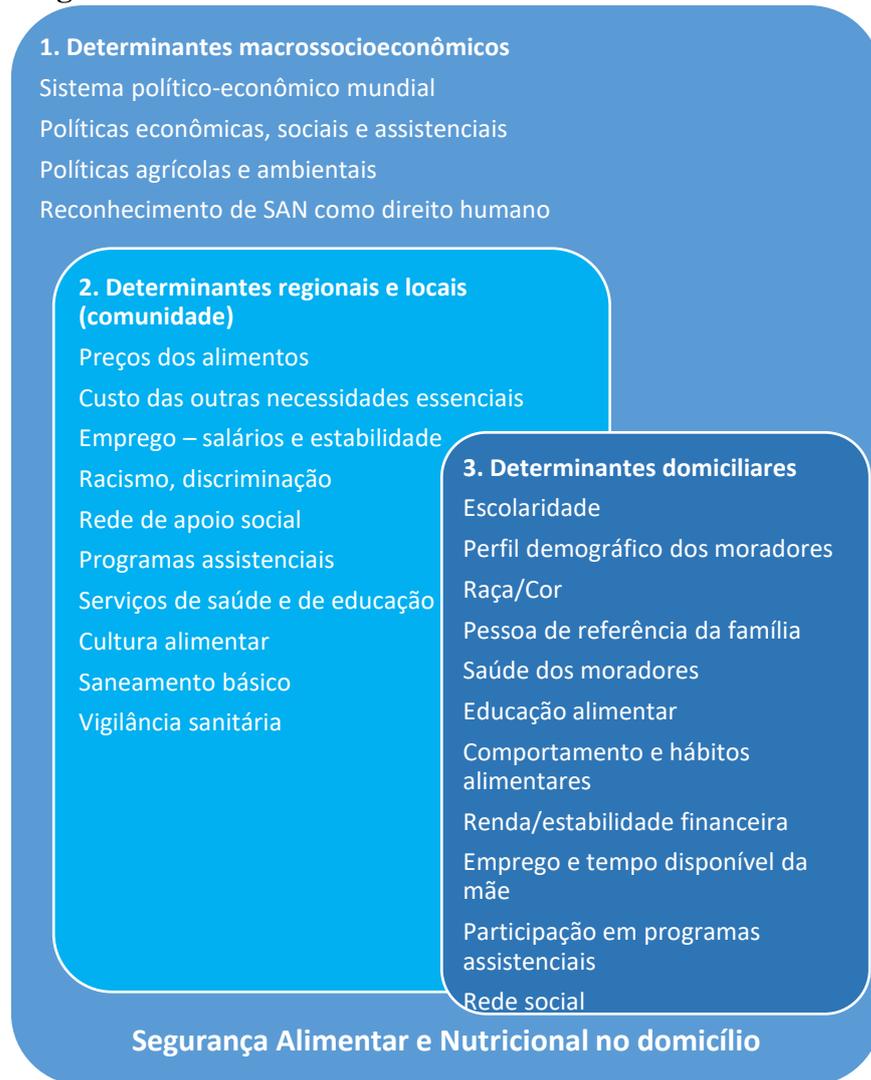
Mudanças de hábitos de vida, associando a prática regular de exercícios físicos com o consumo de dieta saudável, constituem estratégia que pode garantir a perda de peso e a sua manutenção em longo prazo. Assim, em um programa de redução de peso, o exercício físico tem papel fundamental não apenas na fase de perda, mas também na fase de manutenção, prevenindo recaídas. A prática de atividade física também está relacionada à melhoria da imagem corporal, da autoestima, do humor, da ansiedade e da depressão (BERALDO, VAZ e NAVES, 2004, p. 60).

A dieta alimentar, ao lado da atividade física, se constitui em um dos pilares do projeto de construção do corpo do século XXI. A prescrição destas práticas engloba uma rotinização e, cada vez mais, uma interdependência na conquista do corpo ideal. No entanto, embora sejam preconizadas para serem desenvolvidas de forma concomitante e conjugadas, as duas práticas reservam suas peculiaridades na sua ação cotidiana (SANTOS, 2008).

A atividade física, em termos gerais, necessita de espaço e tempo próprios na vida dos sujeitos para a sua efetivação e que, para muitos, geralmente tem se configurado no tempo do não trabalho. A dieta alimentar parece apresentar algumas diferenças em relação a estes aspectos uma vez que comer é uma das necessidades mais básicas do ser humano e, de alguma forma, os indivíduos historicamente reservam algum espaço e tempo nas suas vidas para esta atividade. Tratar-se-ia assim mais de uma reestruturação, adotando uma nova filosofia de comer, que está mais próxima a uma negação do que uma afirmação de uma nova prática. Não se trata apenas de uma decisão diária, é uma decisão que se faz a todo o momento sobre o quê, como e quando se deve ou não se deve comer. Envolve um controle permanente dos desejos, sensações, fomes e ansiedades, uma reconstrução do gosto alimentar que, por muitas vezes, desestruturam vidas humanas (SANTOS, 2008, p. 32).

Vários organismos internacionais relacionados à saúde pública recomendam a adoção de um estilo de vida ativo visando o controle das DCNTs. Assim, para adultos de todas as idades, preconiza-se a prática de exercícios de intensidade moderada, durante pelo menos 30 minutos, que podem ser acumulados ao longo do dia, incluindo atividades da rotina diária tais como afazeres domésticos, dança e atividades recreativas com crianças (BERALDO, VAZ e NAVES, 2004, p. 60).

O modelo conceitual dos determinantes da SAN, organizado em três níveis: macrosocioeconômico; regional e local; e domiciliar, mostrando como cada nível afeta os determinantes no próximo (**Figura 5**). É nesse sentido, mais ampliado e de olhar mais sistêmico, com fatores determinantes em níveis distintos, que a obesidade pode ser mais bem compreendida como uma questão que partilha aspectos coletivos e individuais, sociais, ambientais, políticas e econômicos, não podendo ser reduzida apenas a um problema de escolhas pessoais (SANTOS, FRANÇA e REIS, 2020).

**Figura 5 – Modelo conceitual dos determinantes de SAN**

Fonte: A autora, “adaptado de” SANTOS, FRANÇA e REIS, 2020, p. 61.

A relação entre a IAN e a obesidade em adultos, destaca que o estado nutricional resulta da tríade consumo alimentar-necessidade nutricional-estado de saúde, relacionando-a com múltiplos fatores causais, como aspectos familiares, ambientais, demográficos, socioeconômicos, culturais, biológicos (SANTOS, FRANÇA e REIS, 2020).

As pessoas com obesidade estão imersas em ambientes que favorecem o consumo alimentar inadequado e o sedentarismo dificultando o enfrentamento da obesidade. Portanto, se quiser interromper a tendência atual de crescimento da obesidade, deve-se de alguma forma corrigir o meio ambiente.

## 2.5 Obesidade

Nas últimas décadas, com a globalização e a industrialização, muito se alterou o estilo de vida da população e os hábitos alimentares acarretando elevação da prevalência da obesidade (BARRETO *et al.*, 2009).

A obesidade é considerada um dos principais problemas de saúde pública em diversos países, principalmente aqueles em desenvolvimento, sendo mencionada pela OMS como uma epidemia mundial (ALMEIDA *et al.*, 2017).

O termo obesidade vem do latim *obedere*, que significa comer em excesso, comer muito, devorar. O termo obeso deriva do latim *obesus*, que significa gordura em demasia. Pode ser definida como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, proveniente de um balanço energético positivo que traz sérios prejuízos à saúde (BARRETO *et al.*, 2009).

Portanto, é categorizada, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. É concebida simultaneamente como doença e fator de risco para outras doenças, como condição crônica multifatorial complexa e, ainda, como manifestação da IAN. Quanto aos fatores condicionantes da obesidade, nos documentos, destacam-se a alimentação rica em gorduras e açúcares e o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, associados à inatividade física, ainda que se reconheça a complexidade dos processos subjacentes (DIAS *et al.*, 2017, pg.3).

É uma condição emergente e tem importante participação no desenvolvimento de várias outras doenças como diabetes, dislipidemia, hipertensão, doenças cardiovasculares, distúrbios do sono, doenças osteoarticulares e câncer (BRANDÃO *et al.*, 2020).

O tecido adiposo<sup>8</sup>, além de ser o principal reservatório energético do organismo, também é considerado um órgão complexo, com importante papel endócrino, assumindo várias funções metabólicas e fisiológicas (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Na obesidade, há um desequilíbrio na produção de adipocinas<sup>9</sup> pró- e anti-inflamatórias, contribuindo para um estado de inflamação crônica e tendo papel importante no desenvolvimento de comorbidades (BRANDÃO *et al.*, 2020).

---

<sup>8</sup>O tecido adiposo participa da regulação do metabolismo lipídico e da pressão sanguínea, da homeostase glicêmica e vascular, bem como da inflamação e angiogênese. É um tecido dinâmico, composto por adipócitos, leucócitos, macrófagos, fibroblastos e células endoteliais, além de tecido nervoso, fibras colágenas, linfonodos e outros tipos celulares (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Os pesquisadores estão procurando respostas nas mais diferentes direções, com achados muitas vezes conflitantes, indo desde a biologia molecular até estudos epidemiológicos, de estudos psicológicos e sociais a clínicos, até a tentativa de entender o problema dentro da teoria da evolução (BARROS FILHO, 2004).

Qualquer fator que possa interferir nesses mecanismos, levando a um aumento da ingestão energética ou à diminuição de seu gasto, pode levar à obesidade a longo prazo. O aumento da prevalência da obesidade nos últimos anos (embora fatores genéticos possam ter grande influência, principalmente nas suscetibilidades individuais), por ter sido tão rápido e pela observação de que populações etnicamente semelhantes, vivendo em condições ambientais diferentes, têm prevalências diferentes, aponta para o papel privilegiado que o ambiente tem sobre a obesidade (BARROS FILHO, 2004, p. 2).

Seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. Esses fatores interagem de forma complexa, exigindo que a obesidade seja tratada, tendo em vista toda a sua complexidade e determinação social (BRASIL, 2013b).

Embora ainda muitas “peças” precisam ser identificadas para se compor este “quebra-cabeça”, um conceito já está bem definido: o peso corporal é regulado por vários mecanismos que procuram manter um equilíbrio entre a energia ingerida e a energia gasta, e esses mecanismos são bastante precisos em condições normais (BARROS FILHO, 2004).

O desequilíbrio do balanço energético que determina a obesidade decorre, em parte, pelas mudanças do padrão alimentar aliados à reduzida prática de atividade física, tanto no período laboral como no lazer. As causas não são apenas individuais, mas também ambientais e sociais, sobre as quais o indivíduo, em muitas ocasiões, tem pouca capacidade de interferência (BRASIL, 2014).

O diagnóstico da obesidade atualmente é clínico, realizado a partir do parâmetro estipulado pela OMS o *Body Mass Index (BMI)* ou  $IMC^{10}$  (**Tabela 1**), por ser um método não-invasivo, válido e de baixo custo, obtido a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m)<sup>2</sup> dos indivíduos (WANDERLEY e FERREIRA, 2010).

---

<sup>9</sup>As adipocinas são proteínas secretadas pelo tecido adiposo que possuem funções metabólicas cruciais. Elas estão envolvidas na adipogênese, homeostase de energia, controle do apetite, imunidade e inflamação, bem como homeostase glicêmica e sensibilidade à insulina (BRANDÃO et al., 2020).

<sup>10</sup>O BMI ou IMC é calculado pela divisão do valor da massa corporal (em quilogramas) pela estatura ao quadrado (em metros), também chamado de índice de Quetelet em homenagem ao seu criador, como critério para se estabelecer o estado nutricional em adultos (BRASIL, 2014).

Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes conceitos, segundo o valor do IMC do adulto:

**Tabela 1** – Classificação do estado nutricional para adultos (20 a 60 anos), segundo o IMC.

Classificação	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )
Baixo peso	<18,5 kg/m <sup>2</sup>
Eutrófico	>18,5 e <24,9 kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso	>25 e <29,9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade I	>30 e <34,9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade II	>35 e <39,9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade III	>40 kg/m <sup>2</sup>

Fonte: Autora, “adaptado” de Brasil, 2014a, p. 37.

Porém, apesar de ser amplamente utilizado para avaliar e classificar a obesidade, o IMC sozinho não é uma ferramenta precisa para identificar complicações relacionadas à adiposidade (WHARTON *et al.*, 2020).

A circunferência da cintura<sup>11</sup> (CC) é sabidamente utilizada como preditor de risco cardiovascular, uma vez que é capaz de refletir acúmulo de gordura intra-abdominal ou visceral, considerada mais perigosa que a subcutânea (OLIVEIRA e RODRIGUES, 2016).

A OMS (1998) sugere os pontos de corte para circunferência da cintura independentemente associada a um aumento no risco de Doença Cardiovascular (DCV) (**Tabela 2**), mas também sozinha não é um bom preditor de tecido adiposo visceral em uma base individual (WHARTON *et al.*, 2020).

**Tabela 2** – Classificação do risco de DCV a partir da CC, segundo sexo.

DCV	CC
Sem risco	Homem: <94 cm Mulher: <80 cm
Risco	Homem: >94 cm Mulher: >80 cm
Risco muito alto	Homem: >102 cm Mulher: >88 cm

Fonte: Autora, “adaptado de” OLIVEIRA e RODRIGUES, 2016.

<sup>11</sup>A CC foi obtida entre a crista ilíaca e o rebordo costal lateral (ponto médio entre o quadril e a última costela) com precisão de 0,1 cm. Para o diagnóstico de acúmulo de gordura na região abdominal, são considerados normais os valores menores que 80 e 94 cm para mulheres e homens, respectivamente (OMS, 2011).

A integração do IMC com a CC na avaliação clínica oferece uma forma combinada de avaliação de risco, diminuindo as limitações de cada uma das medidas e pode identificar o fenótipo de maior risco de obesidade melhor do que eles isoladamente, principalmente naqueles indivíduos com IMC mais baixo (WHARTON *et al.*, 2020).

Uma história abrangente para identificar as causas raízes da obesidade, o exame físico adequado e as investigações laboratoriais relevantes, também ajudarão a identificar aqueles que se beneficiarão com o tratamento (WHARTON *et al.*, 2020).

Portanto, na prática clínica, o IMC é o método mais usado por ser um método simples, mas sozinho não determina a obesidade, sendo possível utilizá-lo de modo conjunto com a CC e alguns exames de imagem podem também ser relevantes.

## **2.6 A Sindemia Global, o sistema de saúde e as políticas públicas**

A Sindemia é a presença de dois ou mais estados de doença que interagem de forma adversa entre si, afetando negativamente o curso mútuo de cada trajetória da doença, aumentando a vulnerabilidade e tornando-se mais deletérios por iniquidades experimentadas. É composta por duas ou mais doenças com três características: elas coexistem no tempo e espaço, interagem umas com as outras nos níveis biológico, psicológico ou social, e também compartilham fatores sociais comuns principais (SANTOS, FRANÇA e REIS, 2020).

Nesse contexto se inserem as três graves ameaças globais à saúde e à sobrevivência humana: as pandemias de desnutrição e de obesidade – que inclui sua relação com o desenvolvimento de DCNT – e as mudanças climáticas estão interligadas, e juntas constituem uma Sindemia Global. Antes vistas como condições divergentes e isoladas entre si, elas têm sido reconhecidas como fatores sinérgicos e compartilham determinantes sociais comuns em escala global (SWINBURN *et al.*, 2019).

O aumento da população que apresenta DCNTs enfatiza a necessidade de organização do serviço de saúde para atender a essa demanda de maneira organizada e qualificada. Atualmente, preconiza-se que o cuidado desses indivíduos seja organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014a).

As RAS provêm cuidados que visam melhorar a atenção à saúde em três níveis: no nível micro (os indivíduos e suas famílias), no nível meso (serviços de saúde e a comunidade) e no nível macro (as macropolíticas de saúde) (MENDES, 2011).

As necessidades dos indivíduos com condições crônicas são distintas daqueles com condições agudas, pois precisam de apoio continuado, não apenas de intervenções biomédicas, o cuidado deve ser planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Para esse grupo a atenção necessita ser integrada e, para sua efetividade, tem de envolver tempo, oferta de cuidados de saúde e o empoderamento para o autocuidado (MENDES, 2011, p. 143).

A Atenção Básica (AB) é o primeiro contato dos indivíduos com o SUS, e os serviços de saúde ofertados estão mais próximos possíveis do local onde as pessoas vivem e trabalham, organizando-se assim, como um processo de atenção continuada à saúde da população (GOMES e SILVA, 2011).

Ela é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde sendo fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012b, p. 9).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é apontada como eixo estruturante na organização da APS no SUS, promovendo cuidado integral aos cidadãos (STARFIELD, 2002).

Para reorganização das práticas de saúde no âmbito da AB, visando à integralidade da atenção, é fundamental que a equipe conheça os problemas e necessidades em saúde da população do seu território, assim como os possíveis aspectos promotores de sua saúde. Dessa forma, a utilização desse conhecimento contribui para organização de seu processo de trabalho (BRASIL, 2015c).

Contudo, cabe salientar que o processo de trabalho das equipes e a estrutura das Unidade Básicas de Saúde (UBS) são essenciais para a configuração de um modelo assistencial efetivo, de qualidade, integral e voltado ao planejamento territorial com base nos determinantes de saúde, no quadro demográfico e epidemiológico da população atendida (BRANDÃO *et al.*, 2020).

A sua expansão e das equipes multiprofissionais promove ampliação do acesso à saúde, aspecto relevante para oportunizar o cuidado (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Portanto, é fundamental que tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras

(diagnósticas e terapêuticas) e da articulação com outros pontos da rede de saúde (BRASIL, 2016).

Cabe à AB, além de organizar o cuidado na prevenção e tratamento da obesidade na RAS, o acolhimento adequado, a VAN, as ações de prevenção e PS, o apoio ao autocuidado e a assistência terapêutica multiprofissional aos adultos com sobrepeso e obesidade e aos usuários após cirurgia para tratamento da obesidade (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Portanto, é um espaço estratégico para o cuidado da obesidade, indicando para o seu potencial de enfrentamento da situação epidemiológica por meio da consolidação de um modelo assistencial baseado nas necessidades de saúde da população e na integralidade em saúde (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a prevenção e o controle da obesidade devem prever a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permita a manutenção ou a recuperação do peso saudável (BRASIL, 2014a).

O Estado executa ações de prevenção à obesidade que se mostram na maioria das vezes ineficazes, isso se falando em escala mundial, uma vez que não produzem mudanças estruturais nas formas de produção e consumo dos alimentos ou no modo de vida das pessoas (RANGEL, 2018).

Por isso, torna-se necessária a articulação da RAS com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões (BRASIL, 2014a).

A organização de ações integradas e interdisciplinares se justifica como prática efetiva no tratamento da obesidade diante da compreensão que modificações nos hábitos de vida não devem advir de um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo. Entende-se que as mudanças não se restringem apenas ao consumo de alimentos e à atividade física, mas têm influência sobre toda a constelação de significados ligados ao comer, ao corpo e ao viver (BRASIL, 2014a, pg.51).

A atenção integral à saúde do indivíduo com obesidade, no SUS, deve ser realizada a partir dos princípios e diretrizes deste sistema (universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde) (BRASIL, 2014a).

Deve prover um conjunto de cuidados que contemplem ações de promoção e proteção da saúde, assim como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da obesidade e outros agravos à saúde associados a ela, organizados e ofertados de forma conjunta pelas três esferas de gestão. As ações neste sentido devem contemplar indivíduos, famílias e comunidades e devem considerar: as especificidades das diferentes fases do curso da vida, de gênero e dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais (BRASIL, 2014a, p. 51).

Uma vez que as causas da obesidade não são apenas individuais, mas também ambientais e sociais, a prevenção e o tratamento requer medidas complexas, uma atuação articulada entre os vários setores da sociedade que contribuam para que indivíduos e coletividades possam adotar modos de vida saudáveis (BRASIL, 2014a).

As ações de alimentação e nutrição na APS deverão ser contextualizadas a partir de demandas e necessidades de saúde do seu território, levando em consideração a frequência e relevância dos agravos, mas também a disponibilidade de dispositivos (agricultura familiar, ceasas, feiras, mercados públicos) e a estrutura organizacional deles (CAMPOS, CEMBRANEL e ZONTA, 2019).

A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde, na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde (BRASIL, 2013b)

Nesse sentido, as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) fundamentam-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e devem combinar iniciativas focadas em: políticas públicas, criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais o indivíduo e comunidade possam exercer o comportamento saudável, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes e reorientação dos serviços na perspectiva da PS (BRASIL, 2014a, p. 16)

Neste escopo amplo de ações não se pode esquecer o papel fundamental dos próprios indivíduos, famílias e comunidades para adoção de modos de vida saudáveis e luta pela garantia de políticas públicas que promovam a vida saudável (BRASIL, 2014a).

A temática da alimentação e nutrição consta na agenda política do Brasil desde a década de 30, e ao longo dos anos várias políticas e programas relacionados a essa temática foram aprovadas e implementadas (SANTOS *et al.*, 2020).

Diferentes estratégias governamentais (**Figura 6**) têm sido pensadas no sentido de enfrentar a obesidade e de favorecer a adoção de práticas alimentares e de vida saudáveis (BRASIL, 2014).

**Figura 6** – Estratégias e ações para o enfrentamento da obesidade no Brasil.

Ano	Ação/estratégia
1999	-Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), 1ª edição
2004	-Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde
2006	-Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) -Portaria Interministerial nº1010/2006, Ministérios da Educação e da Saúde -Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) - Lei nº 11.326/2006 -Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 1ª edição -Guia Alimentar
2009	-Programa Saúde na Escola (PSE) -Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), com a lei 11.947/2009 -Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde
2011	-Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil – 2011 a 2022 -Programa Academia da Saúde (PAS) -Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), 2ª edição
2010	-Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 3ª edição
2013	-Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), 3ª edição -Portaria nº424/2013, 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. -Portaria nº425/2013, regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
2014	-Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios, produzida pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) -Guia Alimentar para a População Brasileira, Ministério da Saúde -Caderno de Atenção Básica nº 38 - estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – obesidade (CAB nº 38), do Ministério da Saúde -Portaria nº 483/2014, estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com obesidade -Portaria nº1389/2014, regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade -Manual instrutivo para a organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas
2015	-Portaria nº670/2015, mantém a habilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, e altera a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. -Publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), revisão
2018	-Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 2ª edição revisada

Fonte: Autora, “adaptado de” SANTOS *et al.*, 2020.

A PNAN, revisada em 2012, direciona ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS, pois o modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população (BRASIL, 2012).

A obesidade é um dos grandes desafios do contexto atual e suas diretrizes norteiam a organização do cuidado integral ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, a VAN, a promoção da alimentação adequada e saudável, que devem ocorrer no cotidiano dos serviços de Saúde, assim como macropolíticas que potencializam uma vida mais saudável (BRASIL, 2014a).

Aprovada em 2004, a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde reforçaram a agenda de PAAS indicando o desenvolvimento de

ações públicas de educação, comunicação e conscientização do público adequadas à realidade socioeconômica e cultural dos diferentes grupos, nos diferentes espaços sociais e promovendo a participação e organização social (BRASIL, 2012).

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) alcançou um ponto importante de seu processo de construção. Após ter percorrido um longo caminho, permeado por “altos e baixos” e depois de ter superado obstáculos no sentido de alcançar mudanças conceituais e práticas significativas, atualmente a EAN se insere no âmbito das políticas públicas no contexto da OS e da SAN (BRASIL, 2012).

#### A PNPS:

Tem como objetivo a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, tendo como eixos prioritários: Alimentação Saudável, Prática Corporal/Atividade Física, Prevenção e Controle do Tabagismo, Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2018, p. 17).

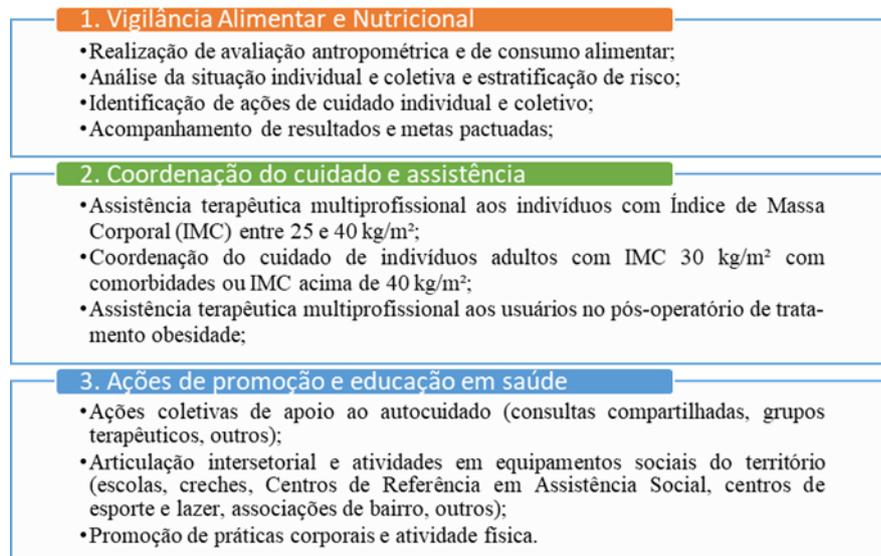
A PS demanda, entre outros aspectos, que o Estado implemente políticas, programas e ações que possibilitem a realização progressiva do direito humano à alimentação adequada, definindo para isto, metas, recursos e indicadores de monitoramento destas ações (BRASIL, 2012).

O diálogo entre instituições com práticas distintas implica um processo político e decisório complexo, atravessado por múltiplos conflitos de interesses. Medidas que estimulem indivíduos a modificarem, por si sós, as suas práticas alimentares e de atividade física podem ser mais facilmente adotadas pelos governos, pois se alinham aos interesses e às estratégias de *marketing* da indústria de alimentos. Por outro lado, medidas que visam às transformações nos “ambientes obesogênicos”, como a regulamentação da publicidade de alimentos, podem afetar os interesses comerciais. Ambas são igualmente importantes, mas sua operacionalização impõe desafios políticos e de gestão distintos (DIAS *et al.*, 2017, p. 2)

No contexto atual, com a prevalência de ambientes favoráveis à obesidade, o tratamento eficiente constitui um grande desafio para as equipes de saúde. A alta prevalência de comorbidades clínicas associadas, assim como um grande comprometimento funcional e psicológico que ela gera, tornam a obesidade um problema grave de saúde que necessita de intervenção de equipes multiprofissionais (EM) (BIRCK, 2017).

A partir da leitura das estratégias e ações para o enfrentamento da obesidade no Brasil, foram identificadas dimensões e subdimensões dos processos de trabalho a serem desenvolvidos na AB e aspectos da estrutura das UBS a eles relacionadas (**Figura 7**).

**Figura 7** – Dimensões e subdimensões dos processos de trabalho da AB e aspectos da estrutura das UBS a eles relacionadas, para o enfrentamento da obesidade.



Fonte: Autora “adaptado de” BRANDÃO *et al.*, 2020, p. 680.

O tratamento da obesidade, de maneira geral, é possibilitado por quatro tipos de intervenções: tratamento nutricional, orientação à atividade física, tratamento psicológico e tratamento farmacológico (BIRCK, 2017).

A primeira opção para se perder excesso de peso é o chamado tratamento clínico, que inclui dieta, exercícios, medicação e acompanhamento de endocrinologista e nutricionista, com a inclusão de fisioterapeuta e psicólogo (BIRCK, 2017).

Muitas das pesquisas realizadas na área da biologia molecular têm como objetivo descobrir algum medicamento capaz de tratar a obesidade sem causar nenhum efeito colateral. Até o momento esse medicamento não foi encontrado, e as drogas recentemente usadas apresentaram resultados frustrantes (BARROS FILHO, 2004).

O tratamento cirúrgico é parte do tratamento integral da obesidade grave, que é prioritariamente baseado na PS e no cuidado clínico longitudinal. Ele é indicado em alguns casos, portanto é apenas uma ação dentro da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade (BIRCK, 2017).

Fica claro que os profissionais da saúde não estão preparados para o tratamento humano das pessoas com obesidade. A estigmatização é tão forte e naturalizada que a metodologia no trato desses corpos é cheia de preconceito e descaso com suas queixas. A pessoa é vista como responsável por ser grande, e ser grande é algo abominável e que deve ser repreendido. Esse comportamento não é diferente nas instituições educacionais ou na forma como a mídia vem tratando esses corpos. O estigma da obesidade, por ser estrutural, está institucionalizado nas universidades e seus magistrados nem percebem isso, apenas repetem (JIMENEZ, 2020, p. 159).

O discurso científico aborda a obesidade como uma doença e formaliza o emagrecimento como uma questão de saúde. Por esse viés, a área da saúde declara guerra contra a obesidade e a justifica pela aparente preocupação com a saúde da população. A justificativa mais comum ao questionar o corpo do outro é a da preocupação com sua saúde (PAIM e KOVALESKI, 2020).

A primeira em relação à patologização do corpo gordo, isto é, ao modo como é realizado o diagnóstico, a discussão dos riscos, a criação da categoria sobrepeso e o modo como isto está acompanhado de uma valorização do corpo magro e da sua inquestionabilidade enquanto saudável. E a segunda em relação à abordagem normativa de peso, que propõe intervenções individuais sempre focadas na perda de peso, como dietas restritivas, fármacos e cirurgia bariátrica, acompanhadas do automonitoramento (PAIM e KOVALESKI, 2020).

Mas não se leva em conta que as condições ambientais têm exercido importante influência sobre o incremento da obesidade (sedentarismo traduzido em tempo gasto em frente à televisão, computador, jogos eletrônicos, falta de espaço para atividades físicas lúdicas, aliado ao maior acesso a alimentos ricos em carboidratos e gorduras), além do estímulo ao consumo de alimentos promovido pelos meios de comunicação (BARROS FILHO, 2004).

As mensagens de saúde pública desenhadas e desenvolvidas para prevenir e tratar a obesidade podem, ironicamente, estar ajudando na sua sustentação (SILVA, 2014).

Cabe ao SUS realizar a VAN, realizar ações de PS, garantir atenção integral à saúde dos indivíduos com obesidade e atuar no controle e regulação da qualidade dos alimentos (BRASIL, 2014).

Porém, além disso, é urgente que as exigências das pessoas com obesidade sejam ouvidas e consideradas na construção de políticas públicas dentro dos espaços de discursos de poder, para o qual deve-se levar a discussão sobre a estigmatização do corpo gordo e suas consequências (JIMENEZ, 2020).

Entre pacientes do SUS, a oferta e o engajamento em atividades físicas no lazer são baixos ou praticamente não existem. Na tentativa de reverter essa situação foi criado em 2011 o Programa Academia da Saúde (PAS), com o objetivo principalmente de ofertar ações de PS como prática cotidiana na rotina das UBS (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Apesar de várias tentativas, em Palmas, o PAS não foi implantado até o momento. Essa situação permite que haja uma lacuna e uma fragilidade muito grande, dificultando a oferta de ações de PS para a população.

Também para a prática de atividade física parecem existir efeitos adversos, com as vítimas de discriminação a evitarem a exposição do seu corpo, o que pode comprometer o exercício em lugares públicos, refletindo-se ainda na experiência de maior *stress* associado à prática quando ela acontece (SILVA, 2014)

Embora várias políticas nacionais tenham sido instituídas, trata-se de um cenário de difícil reversão e que demanda articular o cuidado individual com ações que afetem o ambiente obesogênico. Além disso, a baixa efetividade das intervenções individuais pautadas em “modelos assistenciais” biologicistas e curativos impõe reflexões sobre os caminhos para a inovação das práticas de cuidado (BURLANDY *et al.*, 2020).

Para se operar a política de saúde, incluindo a de PS, é necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, de forma que considere as necessidades em saúde da população, em uma ação articulada entre os diversos atores, em um determinado território (BRASIL, 2015).

Portanto, a lógica do SUS como da PS, propõem a reorientação desse modelo, no sentido de organizar o sistema de saúde, estimular a autonomia dos indivíduos para a realização de escolhas saudáveis, mas principalmente de considerar a integração de uma rede de apoio multiprofissional.

## **2.7 Significações**

A ideia do significado, na perspectiva antropológica, pressupõe a interação entre pensamento e experiência, ancorada em um referencial teórico, não se confundindo com o senso comum ou com aquilo que é apreendido da realidade imediata. Tratada pelo senso comum, a noção de significado perde a riqueza de seu potencial explicativo da realidade (MARTIN *et al.*, 2006).

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. Pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida. (TURATO, 2005).

O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (TURATO, 2005).

Os significados, os quais são simbólicos e ganham uma função estruturante na vida psicológica e sociocultural das pessoas. Símbolos exercem papel central na vida humana. As pessoas se organizam, ainda que não o saibam (relações, a princípio, não são claras à consciência), não em torno das “coisas” propriamente ditas, mas em torno daquilo que tais fenômenos representam para elas – individual ou coletivamente. Temos conhecimento de algo simbólico para o Homem quando lhe desvendamos processos, tais como os do inconsciente psíquico ou os subjacentes à cultura. Por decorrência, para se promover ajudas e intervenções eficazes, por exemplo, a indivíduos e populações de sadios ou doentes, deve-se conhecer e interpretar os significados que estes atribuem aos problemas vivenciados no processo saúde-doença (MARTIN et al., 2006).

A ideia de significado não pode estar dissociada do conceito de cultura que deve ser compreendida no seu aspecto simbólico, como uma característica inerente do ser humano, sendo a teia de significados que o homem teceu, a partir da qual ele olha o mundo e onde se encontra preso (MARTIN et al., 2006).

Nos *settings* da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde (TURATO, 2005).

Portanto, o significado é algo além de compreender, mas envolve vários fatores relacionados aos sentimentos dos indivíduos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender os significados da obesidade sob a ótica dos usuários adultos com obesidade das UBS do município de Palmas-TO.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Identificar a compreensão que a pessoa com obesidade apresenta sobre o conceito de saúde;
2. Identificar a compreensão que a pessoa com obesidade apresenta sobre a promoção da saúde;
3. Identificar a compreensão que a pessoa com obesidade apresenta sobre o conceito de obesidade;
4. Identificar a compreensão que a pessoa com obesidade apresenta sobre seu modo de vida;
5. Identificar a compreensão que a pessoa com obesidade apresenta sobre a forma que ela é abordada pelos profissionais da rede básica de saúde de Palmas-TO;
6. Identificar os sentimentos que a pessoa com obesidade apresenta a partir do diálogo sobre a obesidade;

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com posicionamento epistemológico interpretativista como um dos pressupostos da abordagem qualitativa.

O caráter descritivo tem por finalidade relatar as características de uma determinada população ou fenômeno. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2008).

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2008).

A postura epistemológica interpretativista tem o objetivo de entender o mundo do ponto de vista daqueles que o vivenciam, construindo significados a partir de eventos e fenômenos através de processos complexos e longos de interação social. Pressupõe que para compreender o mundo, o pesquisador deve interpretá-lo, construindo também uma leitura desses significados, a partir da construção dos atores em estudo (DINIZ *et al.*, 2006).

É algo que é principalmente relativo e só pode ser entendido do ponto de vista dos indivíduos que estão diretamente envolvidos, baseado na visão de que a realidade social não existe em qualquer sentido concreto, mas é um produto da experiência subjetiva e intersubjetiva dos indivíduos (DINIZ *et al.*, 2006).

O método qualitativo de pesquisa traz o verbo “compreender” como sendo o principal da análise (MINAYO, 2012), sendo entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (TAQUETTE e MINAYO, 2016).

Compreender é alcançar algo com a inteligência, é a faculdade de perceber e aprender, ou seja, é ter experiência ou o conhecimento de algo ao alcançar sua significação (ZOTTIS e LABRONICI, 2003).

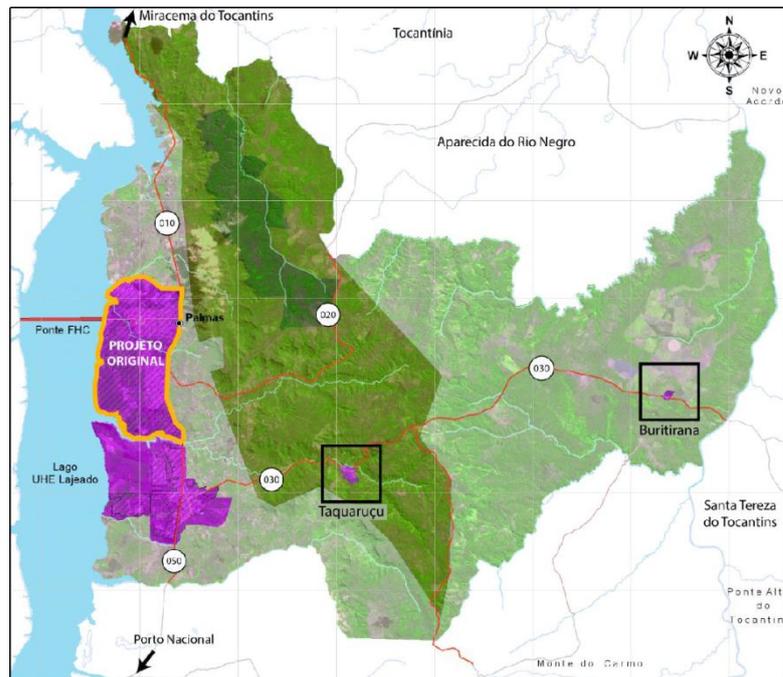
Envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN e LINCOLN, 2006).

## 4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na rede básica de saúde de Palmas<sup>12</sup>, a capital mais jovem do país, localizada na região central do TO, onde ocupa uma área de 2.218,93 km<sup>2</sup> (PALMAS, 2019).

É a última cidade brasileira planejada do século XX, que vertiginosamente “apareceu” no meio do cerrado (SILVA, 2010), situada no quadrante central do Estado, construída no antigo povoado Canela, às margens direita do Rio TO e limitada a leste pela Serra do Lajeado num quadrilátero de 38.400 hectares (CARVALHÊDO e LIRA, 2009) (**Figura 8**).

**Figura 8** – Mapa do município de Palmas com destaque para sua sede urbana, distritos (Taquaruçu e Buritirana) e ligações rodoviárias.



Fonte: OLIVEIRA, 2015, p. 246.

<sup>12</sup>Palmas foi fundada em 20 de maio de 1989, e instalada no dia 1º de janeiro de 1990. Seu território é formado pelo desmembramento de parte dos municípios de Porto Nacional e Taquaruçu do Porto (PALMAS, 2019). Está localizada no estado do Tocantins, criado em 1988, quando foi aprovado o projeto de divisão territorial do norte goiano, partindo do desmembramento da porção norte do Goiás, até a porção do Bico do Papagaio, divisa do Estado com o Pará e o Maranhão (ERING, 2015). O TO faz parte da região Norte e está localizado no centro do Brasil. Ele compõe o conceito de Amazônia Legal instituído como forma de planejar e promover o desenvolvimento social e econômico dos estados da região amazônica, que historicamente compartilham os mesmos desafios econômicos, políticos e sociais. Baseados em análises estruturais e conjunturais, seus limites territoriais tem um viés sociopolítico e não geográfico, mas pelas necessidades de desenvolvimento identificadas na região. É uma área de 5.217.423 km<sup>2</sup>, que corresponde a 61% do território brasileiro, que além de abrigar todo o bioma Amazônia brasileiro, ainda contém 20% do bioma Cerrado e parte do Pantanal matogrossense. Engloba a totalidade dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins e parte do Estado do Maranhão (Portal Dicionário Ambiental ECO). Disponível em: <<https://www.oeco.org.br/dicionario-ambiental/28783-o-que-e-a-amazonia-legal/>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

Sua construção objetivou dar um novo impulso para o desenvolvimento do Estado, equilibrando, em termos geográficos, o seu crescimento econômico, articulando as áreas mais desenvolvidas das margens da Rodovia Belém-Brasília com as regiões estagnadas e ainda por desenvolver a parte leste do Estado (KRAN e FERREIRA, 2006).

Apesar dos discursos oficiais, que caracterizam a formação de uma cidade planejada e democrática, que receberia de “braços abertos” os seus novos ocupantes, o que se viu na sua ocupação baseou-se na formação de uma elite, estruturada a partir da concentração das terras urbanas e da centralização política, institucional, estrutural e econômica que tendeu à formação de vazios ou de “espalhamentos”, através da descontinuidade na ocupação do solo urbano, sendo utilizado para a exploração imobiliária (KRAN e FERREIRA, 2006).

O acesso à terra urbana e às melhores condições de moradia, na cidade, não se difere dos padrões das demais cidades brasileiras, constituindo um bom exemplo de como as cidades planejadas também encerram a insatisfatória condição de produtoras de espaços segregados. Ainda nos primeiros anos de ocupação da cidade, um grande contingente de população migrante se instalou em áreas periféricas da cidade, antes que as quadras do Plano Diretor Básico fossem ocupadas, contrariando o processo de ocupação a partir do núcleo central. Os mecanismos de formação de preço e de acesso à terra designaram boa parte da demanda por moradia, sobretudo, para os bairros satélites de Taquaralto e dos Jardins Aurenys (I, II, III e IV), bairros formados fora da área do Plano Diretor Básico, e para as quadras ARNO 31,32 e 33 (Vila União), ocupadas, principalmente, através de invasões de terrenos. A interrupção da estratégia de ocupação ordenada deu-se da seguinte forma: o núcleo central se expandiu no sentido norte-sul, contrariando a lógica econômica para implantação das infraestruturas. Por outro lado, os mecanismos de formação de preço e de acesso à terra empurraram a maioria da população de baixa renda para a região de expansão sul (KRAN e FERREIRA, 2006, p. 124).

As diferenças territoriais são evidenciadas por dados socioeconômicos, demonstrando que as regiões ocupadas por pessoas de menor renda se concentram prioritariamente nas regiões sul e norte. Nessas duas regiões se localizam Taquaralto e Vila União, respectivamente. Em contrapartida, as regiões denominadas centro 1 (onde se situa o Centro de Palmas) e centro 2 apresentam índices que os apontam como território de moradia da população de maior renda (**Figura 9**) (OLIVEIRA, 2016).

**Figura 9** – Dados socioeconômicos por região de Palmas-TO.

	CENTRO 1	CENTRO 2	NORTE	SUL 1	SUL 2	SUL 3
População 2010 (hab.)	36.981	63.822	35.037	25.369	28.826	27.708
Ensino Superior	32,0%	31,5%	6,0%	4,5%	5,3%	7,0%
Renda Mensal Familiar até 2 SM	23,5%	22,5%	63,0%	54,5%	71,0%	62,5%
Plano de Saúde Particular	44,0%	42,0%	14,0%	14,5%	10,5%	9,0%
Utiliza ônibus	49,5%	56,0%	68,5%	79,5%	84,0%	85,0%

Fonte: OLIVEIRA, 2016, p. 191.

Cerca de 46% da população reside nos centros 1 e 2, enquanto 54%, nas regiões norte e sul 1, 2 e 3. Portanto, um pouco mais da metade da população de Palmas vive em áreas que apresentam os piores índices socioeconômicos, dentre eles renda, nível de escolaridade, saúde e mobilidade, correlacionando-se a esses dados a precariedade de serviços públicos e infraestrutura básica. Cabe destacar que os hospitais públicos se concentram no denominado centro 1, existindo apenas UBS nas regiões norte e sul 1, 2 e 3, onde a grande maioria da população utiliza o sistema público de saúde (OLIVEIRA, 2016).

O setor de serviços é o principal da economia Palmense e a participação da agropecuária na economia é o menor setor, estando baseada em pequenas chácaras no entorno da cidade e das rodovias que dão acesso a Palmas, além de grandes fazendas de plantação de soja e de criação de gado no distrito de Buritirana. Possui quatro distritos industriais localizados às margens das rodovias TO-050 e TO-010 (PLATAFORMA DATAVIVA, 2012).

No âmbito cultural, significativas transformações também se processaram, muitas ainda incompreendidas, como o “apagamento” de uma identidade goiana e o forjar de uma identidade tocantinense. A criação de Palmas e o investimento maciço em propaganda acabaram por impregnar no ideário popular a identidade “tocantinense” de uma maneira fabulosa, envolvendo, sobretudo, a população flutuante vinda de outros Estados para a “nova capital” (SILVA, 2010).

Os hábitos alimentares passaram, igualmente, pelo processo de significação ou ressignificação na construção da identidade cultural tocantinense. Alimentos que antes eram

consumidos no cotidiano das famílias, foram instituídos como símbolos culturais (DIAS, 2017).

A cozinha é um meio pelo qual a natureza é transformada em cultura. É também uma linguagem por meio da qual “falamos” sobre nós próprios e sobre nossos lugares no mundo. Por isso, o beiju (a tapioca do Nordeste), o cuscuz de arroz, a paçoca de carne de sol, o peixe na telha e na folha de banana, o bolo de arroz, a panelada, o mocotó e caldo do chambari, o arroz com carne de sol chamado de Maria Isabel e o frango caipira no almoço do domingo, o doce de buriti, a bacaba, o óleo de babaçu e outros tiveram novos significados. Essas comidas tornaram-se representantes da culinária tocantinense (DIAS, 2017, p. 112).

A proximidade com as regiões amazônica e nordestina é responsável pela diversidade de pratos que podem ser provados nos restaurantes típicos de Palmas. Embora a cidade seja considerada uma mistura cultural, com pessoas vindas de todas as regiões do Brasil, pode-se perceber alguns alimentos que fazem parte da cultura Palmense e são típicos da região: o Pequi, o Tucunaré e o Chambari<sup>13</sup> (SILVA *et al.*, 2019).

Por ser portal de entrada para regiões turísticas do TO, possui ampla estrutura de comércios, serviços, além de espaços adequados para o turismo de negócios e eventos, turismo cultural, de lazer, ecoturismo, turismo de sol e praia (ERIG, 2015).

Considerada por ter a melhor qualidade de vida entre as capitais e municípios do norte brasileiro, segue um plano diretor que destaca-se pelo grande número de áreas públicas verdes com espaços para o lazer<sup>14</sup>, possui uma arquitetura arrojada, com avenidas largas, rica diversidade cultural e cenários convidativos, estimulando a população para a realização de prática de exercícios físicos ao ar livre, à prática esportiva ou simplesmente à contemplação visual (PALMAS, 2019).

---

<sup>13</sup>O pequi é um fruto nativo do cerrado, encontrado com facilidade na cidade, quando está na época de colheita. São várias receitas que o acompanham, como frango caipira, no arroz, com carne seca ou apenas ao molho. O Tucunaré é um peixe de escamas, com corpo alongado e um pouco comprimido, é de água doce e conhecido popularmente como Tucunaré Amarelo. É um dos pratos mais pedidos nas praias de água doce e é servido assado ou frito. O chambari é a perna do boi (ossobuco) cortado horizontalmente, cozido com temperos, servido com arroz, cheiro verde e também com farinha de mandioca e pimenta. É um prato simples e nutritivo, encontrado em várias esquinas e feiras livres (SILVA *et al.*, 2019).

<sup>14</sup>Dentre os pontos turísticos de Palmas estão a Praça dos Girassóis, a Praça dos Povos Indígenas, o Parque Cesamar, um parque verde dentro da cidade, com local para a prática de esportes como caminhada e ciclismo. O Bosque dos Pioneiros, uma praça bastante arborizada, que abriga uma feira de artesanato da cidade, aos domingos (Feira do Bosque), o Memorial Luís Carlos Prestes, o Lago da Usina Hidrelétrica Luiz Eduardo Magalhães, o Espaço Popular Mário Bezerra Cavalcante (Feira 304 Sul), o Espaço Cultural, o Palacinho, a Praia da Graciosa, a Praia do Prata, a Praia do Caju, a Praia das ARNOS, a Ilha Canela, além do Pólo Ecoturístico de Taquaruçu e suas cachoeiras. Nesses pontos turísticos mencionados, encontram-se restaurantes de culinária típica e regional (ERIG, 2015).

Os espaços livres públicos representam o ponto de ligação entre o cotidiano de seus moradores e o traçado planejado da cidade. Eles são os símbolos da qualidade de vida proposta por seus planejadores, da relação com a paisagem do cerrado e das diferentes formas de expressão cultural (OLIVEIRA, 2016).

Palmas é uma cidade planejada e sua característica marcante são avenidas largas, com o papel ecológico de integrar o meio natural com o urbano através da arborização de seus canteiros centrais e de suas calçadas, além de amenizar as altas temperaturas da região, e a presença de vários espaços propícios às práticas esportivas como praças, ginásios poliesportivos, parques, lagos, cachoeiras e serra. A cidade conta com áreas reservadas para lazer e cultura e áreas verdes. As áreas denominadas de “livres” hoje são vastamente utilizadas para práticas esportivas e de lazer, são elas: praças nas quadras internas, a Praça dos Girassóis (a maior praça da América Latina); a Vila Olímpica (local onde foi realizado os jogos mundiais dos povos indígenas, compreende uma área de 6.159 metros quadrados), o Parque Cesamar (com 6.000 metros quadrados); o Parque dos Povos Indígenas (com extensão de mais de 17 km); o lago que banha um lado de Palmas (com uma orla em boa parte da sua extensão) e a Serra do Lajeado (onde são realizados esportes como ciclismo, motocross e assemelhados); cachoeiras (pelo menos 80 cachoeiras catalogadas, que servem para a prática de esportes radicais). Todas estas áreas são propícias às atividades físicas e influencia no comportamento de seus habitantes, o que acaba por proporcionar a maior participação de mulheres em atividades físicas em áreas abertas (SANTOS e PARENTE, 2018, p. 193).

Todas as regiões geográficas de Palmas possuem feiras livres e várias quadras com hortas comunitárias que vendem produtos e hortifrúti. Apesar de ser uma cidade planejada apresenta precariedade de infraestrutura quanto a falta de calçadas principalmente nas regiões norte e sul, dificultando o deslocamento dos pedestres e com a maioria dos equipamentos de lazer e prática de esportes concentrados na região central 1 e 2 (OLIVEIRA, 2016).

Os ciclistas também passam por situações inseguras e desconfortáveis. Há apenas trechos parciais de ciclovias junto a poucos eixos estruturantes. Grande parte das calçadas, das guias rebaixadas e da sinalização para atravessamento das vias é inadequada aos ciclistas, aos pedestres e aos portadores de necessidades especiais, além de existir uma perigosa competição por espaço entre veículos, bicicletas e pedestres (OLIVEIRA, 2016).

Apresenta uma população estimada de 306.296 pessoas (IBGE, 2021), possuindo uma importante taxa de crescimento demográfico no país, sendo a maior cidade do estado do TO, com uma população jovem e economicamente ativa, com maior concentração na região sul 1, 2 e 3 (PALMAS, 2019).

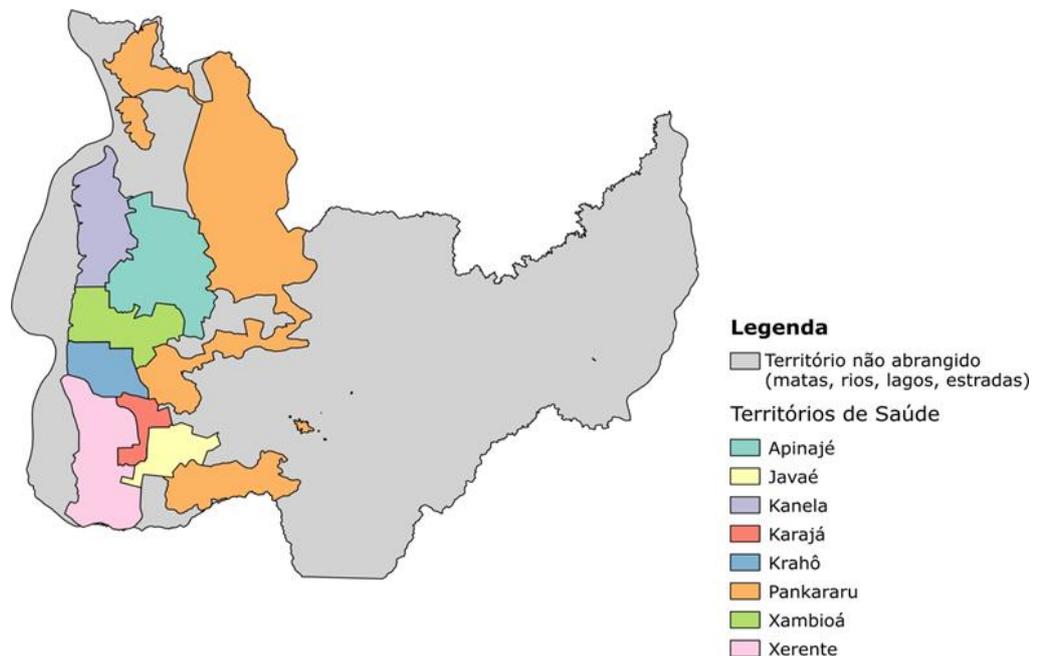
Tem o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do norte e nordeste do Brasil, apresentando um aumento de 79% no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) entre os anos de 1991, 2000 e 2010 (PALMAS, 2019).

Apresenta 67.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 79.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 31.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (BARROS, 2021).

A rede pública de saúde nos primeiros anos da capital era precária e sem planejamento adequado, voltada para o primeiro atendimento de urgências. Os desafios e êxitos verificados no processo de consolidação do SUS expressam a luta pela conquista dos direitos à cidadania, onde o processo de municipalização se consolidou com o passar dos anos (BARROS, 2021).

Atualmente a APS<sup>15</sup> de Palmas está distribuída em 34 UBS denominadas de Unidades de Saúde da Família (USF), organizadas em oito territórios de saúde que fazem referência às etnias indígenas do TO: Apinajé, Kanela, Krahô, Xambioá, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu (**Figura 10**), os quais estão divididos em zona urbana, nas áreas geográficas: Norte, Central e Sul, e zona rural (PALMAS, 2020).

**Figura 10** – Composição dos territórios de saúde, segundo área de abrangência. Palmas, Tocantins, Brasil, 2020.



Fonte: Palmas-TO, 2020, p. 7.

<sup>15</sup>Em 2016, a Secretaria Municipal de Saúde instituiu a Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS) integrando a rede de forma sistemática e como organizadora da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), com o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção preventiva, contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária. Apresenta 100% de cobertura de AB, a maior comparada às demais capitais da região norte do Brasil sendo composta por 85 Equipes de Saúde da Família (eSF), 74 Equipes de Saúde Bucal (eSB), 459 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma Equipe de Consultório na Rua e 13 Equipes Multiprofissionais (EM) (PALMAS, 2019).

A partir da elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento das DCNTs em 2011, a Coordenação Técnica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CTDANT), pactuou ações para o enfrentamento da obesidade através do Plano Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade, construído de forma intra e intersetorial, articulado numa perspectiva de prevenção, planejamento e promoção da saúde (PALMAS, 2019).

Para garantir a participação de todos os atores envolvidos, o plano foi discutido e validado no Fórum Municipal da Obesidade, em 2019, apresentando e aprovado no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

No entanto, não houve a participação dos usuários com obesidade nas discussões, impossibilitando o diálogo e o debate entre usuários, profissionais de saúde e gestores sobre o serviço ofertado para essa população.

### 4.3 Amostra

Devido às restrições a interações sociais impostas pela pandemia do novo Coronavírus (*SARS-CoV-2*)<sup>16</sup> e a necessidade de distanciamento social determinada pela OMS para evitar a propagação acelerada do vírus, foi necessário adequar a coleta e a amostra, principalmente porque houve o cancelamento de todas as atividades de pesquisa presenciais na rede de saúde.

A amostra foi selecionada por conveniência e concentrou-se em duas UBS: a USF Deise de Fátima Araújo de Paula (USF 108 Sul), no território Apinajé, na região geográfica Norte, e a USF Francisco Junior (USF 403 Sul), no território Xambioá, na região geográfica Central, considerando o vínculo efetivo dos profissionais nutricionistas que foram os informantes-chave (IC) da pesquisa.

O IC é uma pessoa que pertence ao grupo a ser estudado e/ou que conhece bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações, sendo a via de acesso ao grupo que foi entrevistado (ORLANDI e NOTO, 2005).

O CSC Morada do Sol, no Território Javaé, região geográfica Sul, também estava incluso na amostra, porém, por dificuldades na participação do IC, não foi possível ter acesso a lista de usuários, impossibilitando a coleta dos dados dessa região.

A amostra foi selecionada a partir da técnica metodológica da “bola de neve” que é uma forma não probabilística, que utiliza cadeias de referência, onde os IC, nomeados como

---

<sup>16</sup>*Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), o novo coronavírus, causador da doença, foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. A OMS confirmou a sua circulação em janeiro de 2020 e declarou a pandemia uma emergência internacional, recomendando o isolamento e o distanciamento social (LANA et al., 2020).*

“sementes”, localizam algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral (VINUTO, 2014).

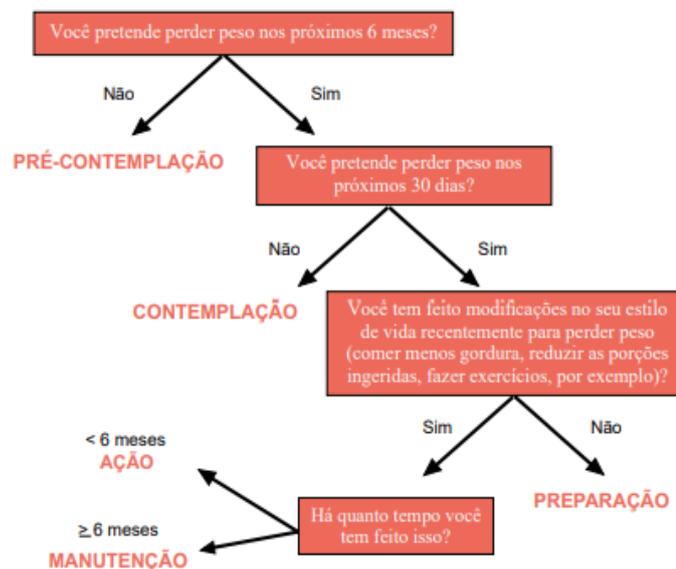
Assim, cada profissional nutricionista forneceu uma lista com os usuários acompanhados por eles que estivessem em fase de manutenção, pois de forma geral, observa-se que indivíduos classificados nesta fase apresentam práticas alimentares mais saudáveis e maior consciência sobre suas práticas de saúde (BRASIL, 2014a).

O CAB nº 38 propõe o estabelecimento de um plano de ação para mudança de comportamento com foco na promoção da alimentação saudável e atividade física (BRASIL, 2014a).

Este plano deve contemplar os seguintes aspectos: avaliação do estágio de mudança do comportamento, avaliação do consumo alimentar e orientação alimentar com vistas à promoção do peso saudável. A avaliação do estágio de mudança do comportamento deve ser realizada para que, a partir da classificação dos indivíduos, seja possível identificar quais estratégias podem ser adotadas para cada um dos estágios de mudança, de forma a estimular a modificação do comportamento e propiciar a perda de peso (BRASIL, 2014a, p. 79).

Para identificar em que estágio de mudança de comportamento é classificado o indivíduo, pode ser adotado um algoritmo, que corresponde ao questionário com um número limitado de perguntas que têm respostas reciprocamente exclusivas (**Figura 11**).

**Figura 11** – Adaptação do algoritmo adotado por Hawkins, Hornsby e Schorling (2001) e Chang (2007) que permite identificar os estágios de mudança em relação à perda de peso.



Além disso, a classificação nos estágios pode ser adotada para organizar grupos de intervenção, assim, indivíduos no estágio pré-contemplação não fariam parte do mesmo grupo de indivíduos na fase de manutenção, além de ser usado como um indicador dos efeitos de uma intervenção sendo o sucesso representado pelo avanço dos indivíduos ao longo dos estágios, no sentido da pré-contemplação à manutenção (**Figura 12**) (BRASIL, 2014e).

**Figura 12** – Estratégias considerando os diferentes estágios de motivação de mudança (Prochaska, 1982) e as atividades a serem desenvolvidas pelo profissional de Saúde (Cavalcanti, 2012).

Estágio	Conceito	Estratégias do profissional
<b>Pré-contemplação</b>	Corresponde aos indivíduos que não têm a intenção de modificar determinado comportamento em um futuro próximo, ainda que este seja reconhecido como inadequado.	Fornecer informações; levantar dúvidas e trazer questionamentos; aumentar e fortalecer a percepção acerca dos riscos e problemas decorrentes do comportamento atual; evidenciar a discrepância entre os objetivos pessoais e o comportamento; dar feedback.
<b>Contemplação</b>	Quando o indivíduo começa a refletir sobre a realização de uma mudança de comportamento, mas ainda não estabelece prazos para isso devido às barreiras encontradas para entrar em ação.	Explorar a divisão interna para que a pessoa saia do estado de paralisia; evocar as razões para mudar e os riscos de mudar ou não mudar o comportamento-alvo; fornecer apoio; fortalecer a auto eficácia para a mudança.
<b>Preparação</b>	Abrange indivíduos que passaram a estabelecer pequenas metas para efetivar uma mudança de comportamento nos próximos 30 dias.	Auxiliar na elaboração e no detalhamento de um plano de ação – questionar quando, como e onde pretende realizá-lo, como irá se organizar, qual a data de início, quais são as metas e os prazos, quais os obstáculos, quem ou o que ajudará.
<b>Ação</b>	São incluídos aqueles que alteraram seu comportamento recentemente.	Acompanhar a realização dos passos para a mudança, avaliar em conjunto o foco na mudança, os resultados atuais, a necessidade de adequação, a persistência
<b>Manutenção</b>	Quando os indivíduos mantiveram sua mudança de comportamento por um período maior (mais de seis meses).	Ajudar na identificação dos benefícios do comportamento assumido e na valorização do que está funcionando; reconhecer as situações de risco e as estratégias de enfrentamento; prevenir deslizes e recaídas.
<b>Deslizes e recaídas</b>	Os deslizes caracterizam-se pela retomada automática do comportamento-problema. As recaídas são retornos ao padrão inicial de comportamento e, na maioria das vezes, ocorrem gradualmente, depois de um deslize inicial.	Auxiliar a pessoa e renovar os processos de contemplação, de determinação e de ação, sem se tornar culpada, imobilizada ou desmoralizada. Avaliar, de forma objetiva, o fato e evocar o aprendizado para prevenir e/ou lidar com futuras situações.

Fonte: Autora “adaptado de” BRASIL, 2014e, p. 135.

Em intervenções nutricionais, a classificação dos indivíduos nos estágios de mudança permite direcionar melhor as ações e metas para cada indivíduo, considerando que estes apresentam diferentes percepções e motivações para realizar mudanças em seu estilo de vida (BRASIL, 2014a).

Mediante a lista dos usuários, inicialmente foram realizadas ligações telefônicas para sensibilizar e convidar os usuários para participar da pesquisa de forma voluntária. Todos os procedimentos foram explicados, informando sobre o objetivo do estudo, os riscos, o sigilo, o tempo de duração da coleta, que as mesmas seriam gravadas, e a importância da entrevista para a melhoria do serviço de saúde, e no caso, de forma específica, a melhoria do enfrentamento da obesidade.

A amostra foi composta de 12 usuários, porém houve duas recusas, devido não ter tempo disponível para participar, e duas desistências, devido não ter um espaço sigiloso e internet disponível, totalizando oito usuários que participaram voluntariamente da coleta. Para garantir o sigilo e preservar a identidade dos participantes, foi utilizada a letra U referente a palavra usuário e números sequenciais de um a oito, que estão relacionados com as análises qualitativas.

Optou-se em realizar uma entrevista piloto com um usuário com obesidade de uma das UBS indicadas e, após a entrevista, alguns termos e expressões foram verificados e modificados quanto as perguntas ambíguas e supérfluas, para a melhor compreensão do entrevistado, e a duração média prevista da coleta.

#### **4.4 Coleta de dados *online***

A coleta foi realizada em outubro de 2020 e a técnica selecionada foi a entrevista em profundidade que é um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer (DUARTE e BARROS, 2010).

O termo entrevista advém dos radicais latinos *inter* e *videre*, e pode-se entendê-lo etimologicamente como “entre olhos”, “no meio dos olhares”, “dar uma olhada”, “ver-se mutuamente”, “ver juntos”, situações observáveis numa relação de entrevista pessoal (SILVA *et al.*, 2006).

Trata-se de um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e

de construção potencial do todo do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador (SILVA *et al.*, 2006).

Foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice B) elaborado levando-se em conta as diretrizes teóricas apontadas no CAB nº 38.

A coleta de dados foi realizada individualmente em ambiente virtual, de forma *on-line*, síncrona, simultânea, exigindo a interação entre pesquisador e participante em tempo real. A coleta *on-line* é uma versão do método tradicional, usando espaços de *internet* em vez de interação face a face (LOBE, MORGAN e HOFFMAN, 2020).

Com as sociedades digitais em constante crescimento e, além disso, a pandemia específica de *COVID-19*, as pessoas se familiarizaram com várias plataformas e aplicativos para transmitir pelo menos algumas de suas interações diárias e comunicação *on-line*. As aptidões e competências digitais têm crescido em conformidade, facilitando a participação na recolha de dados de investigação *on-line* (LOBE, MORGAN e HOFFMAN, 2020).

Dentre os pontos fortes das entrevistas *on-line*, é possível citar: (1) maior abrangência geográfica, com inclusão de pessoas de diferentes locais; (2) economia de recursos financeiros e redução de tempo na coleta de dados, pois não há necessidade de grandes deslocamentos; (3) maior segurança de participantes e pesquisadores, frente ao contexto de pandemia; (4) possibilidade de investigar tópicos sensíveis, pois os participantes não estão face a face com os pesquisadores e nem em locais públicos, como universidades e hospitais; e (5) acesso a grupos socialmente marginalizados e estigmatizados, comumente mais reticentes à exposição (LOBE, MORGAN e HOFFMAN, 2020).

A ferramenta digital utilizada para a videoconferência foi o *Google Meet*<sup>17</sup>, por apresentar uma plataforma de fácil acesso através de um *link* enviado pelo pesquisador, por permitir a gravação de áudio e vídeo, salvando o conteúdo na nuvem e enviando ao coletador, para posterior análise.

Previamente foi solicitado aos usuários que disponibilizassem um horário e local propício, que garantisse o sigilo das informações e privacidade, para a realização da coleta. Foi realizado teste com os equipamentos que seriam utilizados na entrevista, como a plataforma *on-line*, o *tablet* e o computador.

---

<sup>17</sup>O *Google Meet* (*Hangouts Meet*) é um serviço de comunicação por videoconferência que permite criar reuniões por vídeo com até 250 pessoas (GOOGLE, 2020).

O ambiente físico utilizado para as entrevistas *on-line* apresentava boa iluminação, tela com bom enquadramento, tamanho e posição linear, com fundo neutro, de cor branca, compondo de forma padronizada o cenário de todas as entrevistas.

O entrevistador solicitou a obtenção do aceite do participante através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e gravação por videoconferência antes de iniciar a coleta. O TCLE foi lido e encaminhado para o participante via *whatsapp*<sup>18</sup>.

O entrevistador adotou uma postura respeitosa com a suspensão do juízo de valor, mantendo a neutralidade, e estabelecendo vínculo amistoso e de confiança, não discordando das opiniões, tentando ser o mais neutro e imparcial possível, transmitindo segurança e confiabilidade ao entrevistado.

Todas as entrevistas foram gravadas via *Google Meet* e, como forma de segurança dos dados, foram realizadas cópias de segurança no *tablet* e através do aplicativo *OBS Studio*<sup>19</sup> instalado no computador. Ao finalizar a transcrição, a gravação foi arquivada e guardada em ambiente institucional.

Durante todo o processo da pesquisa foi utilizado diário de bordo que é um guia para reflexão sobre a prática, favorecendo a tomada de consciência sobre o processo de evolução e a tomada de decisões, permitindo ao pesquisador refletir sobre o seu ponto de vista e sobre os processos mais significativos da dinâmica em que está imerso (BATISTA, 2019).

Nele foram registradas as dinâmicas das entrevistas, sentimentos e impressões do pesquisador em relação à entrevista, descrição do local, registro do horário de início e término, aspectos ligados à receptividade por parte do entrevistado, as dificuldades e facilidades encontradas na coleta e se ficou atento ou por quais motivos se dispersou.

#### **4.5 Critérios de inclusão**

Foram incluídos no estudo os usuários indicados com obesidade das USF selecionadas, que apresentaram características de adesão ao tratamento para controle da obesidade e, que tinham alcançado o estágio de manutenção há pelo menos um mês de acordo com o plano de ação estabelecido; os usuários que aceitaram participar do estudo e autorizaram o aceite ao TCLE, com idade igual ou superior a 18 anos, com telefone celular ou

---

<sup>18</sup>O *whatsapp* é um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones. Além de mensagens de texto, os usuários podem enviar imagens, vídeos e documentos em PDF, além de fazer ligações grátis por meio de uma conexão com a internet (GOOGLE, 2020).

<sup>19</sup>Open Broadcaster Software Studio: software livre e de código aberto para gravação de vídeo e transmissão em tempo real. The OBS Project. Acesso em: 14 jan. 2021)

computador, ambos com acesso e conexão de *Internet* regular com estabilidade e com condições tecnológicas de participar da entrevista por videoconferência.

#### **4.6 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do estudo os usuários com evidências de qualquer impedimento auditivo, físico, mental ou visual que limitasse a participação na videoconferência, ou que não tivesse acesso às ferramentas necessárias para conexão com a *internet*.

#### **4.7 Transcrição das entrevistas**

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas manualmente pelo entrevistador imediatamente após o encerramento, evitando perdas de percepções imediatas sobre as falas dos sujeitos.

A transcrição consiste na reprodução das palavras faladas que provêm de uma entrevista gravada, em texto escrito, sendo um procedimento que implica reduzir, interpretar e representar as conversas orais para que o texto escrito seja compreensível e tenha significado (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Depois de transcrita a entrevista na íntegra, foi realizada a conferência de fidedignidade: ouvindo e vendo a gravação, tendo o texto transcrito em mãos, lendo a entrevista realizada, acompanhando e conferindo cada frase, mudanças de entonação, interjeições, interrupções para corrigir erros, apresentar os silêncios, os gestos, os risos, a entonação de voz e até a posição do corpo do participante durante a entrevista.

Os “sentimentos” não passam pela gravação, mas são muito importantes na hora da análise, por isso foi transcrito tudo o que o entrevistado falou, sentiu e apresentou durante a entrevista. Foi preciso aliviar o texto de certas frases confusas de redundâncias verbais ou vícios de linguagem, porém, tomando o cuidado de não trocar uma palavra por outra, nem mesmo mudar a ordem das perguntas.

Será realizada a devolutiva do produto final a todos os participantes voluntários da pesquisa.

## 4.8 Tratamento e análise dos dados

Para a análise e interpretação das entrevistas, optou-se pelo método de Análise de Conteúdo (AC), segundo BARDIN (2016).

A AC é um conjunto de procedimentos e técnicas que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Não se trata de um instrumento, mas um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2016, p. 31).

É uma técnica de análise das comunicações que se debruça sobre o que foi dito nas entrevistas e o que foi observado pelo pesquisador (REIS *et al.*, 2021).

Se destina a classificar e categorizar qualquer tipo de conteúdo, reduzindo suas características a elementos-chave, de modo com que sejam comparáveis a uma série de outros elementos (CARLOMAGNO e ROCHA, 2016).

O processo de análise e interpretação dos dados envolve extrair significado dos discursos e isso requer que os dados sejam preparados para análise, possibilitando o aprofundamento no entendimento dos dados e a interpretação abrangente de seus significados (DINIZ *et al.*, 2006).

A matéria-prima da AC pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal, como cartas, cartazes, jornais, revistas, informes, livros, relatos autobiográficos, discos, gravações, entrevistas, diários pessoais, filmes, fotografias, vídeos, etc. Contudo os dados advindos dessas diversificadas fontes chegam ao investigador em estado bruto, necessitando, então, ser processados para, dessa maneira, facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência a que aspira a análise de conteúdo (MORAES, 1999, p. 2).

Desta forma, a AC pode ultrapassar incertezas e enriquecer a compreensão do significado dos dados coletados, através da descrição das mensagens, das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados (CAVALCANTE, CALIXTO e PINHEIRO, 2014).

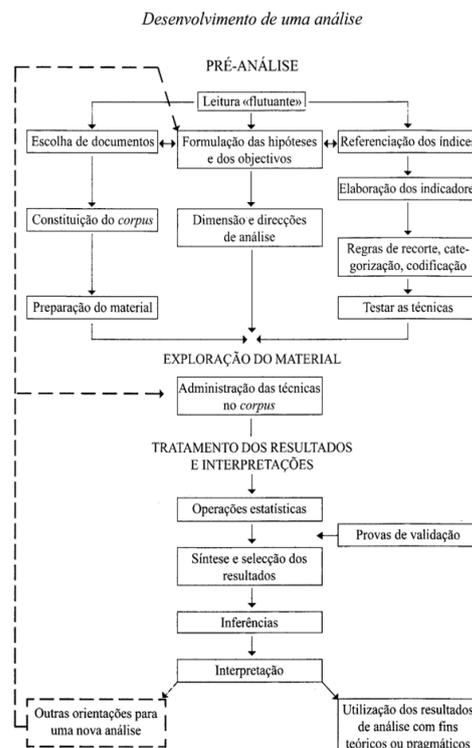
A AC, em sua vertente qualitativa, parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Este sentido nem sempre é manifesto e o seu significado não é único. Poderá ser enfocado em função de diferentes perspectivas. Por isso, um texto contém muitos significados: (a) o sentido que o autor pretende expressar pode coincidir com o sentido percebido pelo leitor do mesmo; (b) o sentido do texto poderá ser diferente de acordo com cada leitor; (c) um mesmo autor poderá emitir uma mensagem, sendo que diferentes leitores poderão captá-la com sentidos diferentes; (d) um texto pode expressar um sentido do qual o próprio autor não esteja consciente (MORAES, 1999, p. 2).

Uma etapa específica do processo global de análise de conteúdo é a fase de planejamento, coleta e sistematização dos dados e, certamente, uma das mais importantes. (CARLOMAGNO e ROCHA, 2016).

Na análise do material, busca-se classificá-lo em temas e categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos, sendo realizada pela justaposição de diversas unidades de contexto existentes, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes (REIS *et al.*, 2021).

Este método é constituído em ordem cronológica em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados: inferência e interpretação (Figura 13).

**Figura 13** – Desenvolvimento da análise de conteúdo, segundo Bardin (2016).



A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização. Nela estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis, sendo um processo de preparação (CÂMARA, 2013).

Envolve a *leitura “flutuante”*, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material (CÂMARA, 2013).

É necessário identificar as diferentes amostras de informação a serem analisadas. Para isto recomenda-se uma leitura de todos os materiais e tomar uma primeira decisão: sobre quais deles efetivamente estão de acordo com os objetivos da pesquisa. Os documentos assim incluídos na amostra devem ser representativos e pertinentes aos objetivos da análise (MORAES, 1999).

Os documentos a serem analisados constituem o *corpus* da pesquisa. O *corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A sua constituição implica em escolhas, seleções e algumas regras:

Para tanto, é preciso obedecer às regras de exaustividade: deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada; representatividade: a amostra deve representar o universo; homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes; pertinência: os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa e exclusividade: um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria (BARDIN, 2016, p. 97-98).

Para iniciar o processo de codificação dos materiais foi preciso estabelecer um código que possibilite identificar rapidamente cada elemento da amostra de depoimentos ou documentos a serem analisados. Este código poderá ser constituído de números ou letras que a partir deste momento orientarão o pesquisador para retornar a um documento específico quando assim o desejar (MORAES, 1999).

Os documentos a serem examinados através da análise de conteúdo necessitam ser preparados e transformados para constituírem as informações a serem submetidas à análise de conteúdo. Os dados não são inteiramente dados, mas necessitam ser preparados adequadamente para tal. Nisto assumem uma função central os objetivos da pesquisa (MORAES, 1999).

Concluída a primeira fase, parte-se para a exploração do material, que consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades

de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas (CARLOMAGNO e ROCHA, 2016).

Uma vez devidamente preparados, os dados serão submetidos ao processo de unitarização, que consiste em reler cuidadosamente os materiais com a finalidade de definir a unidade de análise (MORAES, 1999).

Também denominada “unidade de registro” ou “unidade de significado”, a unidade de análise é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação. Toda categorização ou classificação, necessita definir o elemento ou indivíduo unitário a ser classificado. Na análise de conteúdo denominamos este elemento de unidade de análise (MORAES, 1999).

A codificação é a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo (CARLOMAGNO e ROCHA, 2016).

A natureza das unidades de análise necessita ser definida pelo pesquisador, e podem ser tanto as palavras, frases, temas ou mesmo os documentos em sua forma integral. Deste modo para a definição das unidades de análise constituintes de um conjunto de dados brutos pode-se manter os documentos ou mensagens em sua forma íntegra ou pode-se dividi-los em unidades menores. A decisão sobre o que será a unidade é dependente da natureza do problema, dos objetivos da pesquisa e do tipo de materiais a serem analisados (MORAES, 1999).

Ao assim proceder-se, codifica-se cada unidade, estabelecendo-se códigos adicionais, associados ao sistema de codificação já elaborado anteriormente. Ao concluir-se este processo geralmente se terá as diferentes mensagens divididas em elementos menores, cada um deles identificado por um código que especifica a unidade da amostra da qual provém e dentro desta a ordem sequencial em que aparece (MORAES, 1999).

Cada unidade de análise, para ser submetida à classificação necessita estar isolada. Recomenda-se que isto seja feito reescrevendo-se cada uma delas em um cartão de modo a ficarem individualizadas e isoladas. Este processo de isolar as unidades de análise exige seguidamente que estas sejam reescritas ou reelaboradas, de modo que possam ser compreendidas fora do contexto original em que se encontravam (MORAES, 1999).

Ainda que seja desejável e importante procurar definir as unidades de análise de modo a terem um significado completo nelas mesmas, também é uma prática da análise de conteúdo definir, juntamente com estas unidades, um outro tipo de unidade de conteúdo, a unidade de contexto. É uma unidade, de modo geral, mais ampla do que a de análise, que serve de

referência a esta, fixando limites contextuais para interpretá-la. Cada unidade de contexto, geralmente, contém diversas unidades de registro (MORAES, 1999).

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo (MORAES, 1999).

Estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas. Podem ser sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos, etc. As categorias podem ainda ser constituídas a partir de critérios léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos ou podem ser fundadas em critérios expressivos focalizando em problemas de linguagem. Cada conjunto de categorias, entretanto, deve fundamentar-se em apenas um destes critérios (MORAES, 1999).

O processo de categorização deve ser entendido em sua essência como um processo de redução de dados. As categorias representam o resultado de um esforço de síntese de uma comunicação, destacando neste processo seus aspectos mais importantes (MORAES, 1999).

A categorização é, portanto, uma operação de classificação dos elementos de uma mensagem seguindo determinados critérios. Ela facilita a análise da informação, mas deve fundamentar-se numa definição precisa do problema, dos objetivos e dos elementos utilizados na análise de conteúdo (MORAES, 1999).

Também é preciso compreender que a análise do material se processa de forma cíclica e circular, e não de forma sequencial e linear. Os dados não falam por si. É necessário extrair deles o significado. Isto em geral não é atingido num único esforço. O retorno periódico aos dados, o refinamento progressivo das categorias, dentro da procura de significados cada vez melhor explicitados, constituem um processo nunca inteiramente concluído, em que a cada ciclo podem atingir-se novas camadas de compreensão (MORAES, 1999).

A amplitude e precisão das categorias estão diretamente ligadas ao número de categorias: em geral, quanto mais subdivididos os dados e quanto maior o número de categorias, maior a precisão da classificação. Entretanto, é preciso ter em consideração que um número grande de categorias pode introduzir dificuldades de compreensão. O objetivo básico da análise de conteúdo é produzir uma redução dos dados de uma comunicação, o que, em geral, exigirá um número reduzido de categorias (MORAES, 1999).

Portanto, para responder aos objetivos desta pesquisa, foi realizada a análise das entrevistas transcritas e dispostas de acordo com a ordem do instrumento de coleta, sendo dividido por perguntas e respostas, conforme o roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), e as respostas dos usuários.

Para proceder com o sistema de categorização, foram utilizados os critérios sintáticos definindo-se as categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos encontrados nos discursos. Assim, finalizou-se com o tratamento dos dados obtidos e suas interpretações, que foram condensados em quadros contendo as unidades de registro (UR), unidades de contexto (UC) e categorias iniciais (APÊNDICES C e D).

#### **4.9 Aspectos éticos**

Esta pesquisa é um recorte do projeto ECOA-SUS/TO, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins (UFT), sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº29418620.3.0000.5519, e aprovado conforme parecer nº3.986.991 (Anexo A) pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) de Palmas, sob parecer de nº38 (Anexo B). Todas as coletas só foram iniciadas após os sujeitos da pesquisa autorizarem o aceite do TCLE, contemplando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quanto à submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) e ao aceite do TCLE.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Identificação dos participantes

Foram entrevistados oito usuários de duas UBS de Palmas-TO. O **Quadro 1** apresenta o perfil dos participantes da pesquisa com informações sobre gênero, idade, escolaridade e grau de obesidade.

**Quadro 1.** Perfil dos participantes da pesquisa, Palmas, Tocantins, Brasil, 2020.

PARTICIPANTE	GÊNERO	IDADE	ESCOLARIDADE	GRAU DE OBESIDADE
U1	Feminino	49	Pós-graduação (especialização)	I
U2	Masculino	26	Superior incompleto	I
U3	Masculino	44	Pós-graduação (especialização)	II
U4	Feminino	39	Pós-graduação (mestrado)	III
U5	Feminino	48	Superior completo	II
U6	Masculino	37	Pós-graduação (MBA)	II
U7	Feminino	58	Nível médio	II
U8	Feminino	39	Nível médio	II

Fonte: Autora, 2020.

Os participantes apresentaram idades entre 26 e 58 anos: 12% de 20 a 29 anos, 50% de 30 a 39, 25% de 40 a 49, 12,5% de 50 a 59, predominando a faixa etária de 30 a 39 anos. Quanto ao gênero, 62,5% eram do sexo feminino e 37,5% eram do sexo masculino, apresentando assim o predomínio de mulheres entrevistadas. Quanto à escolaridade, 12,5% referiu ter mestrado, 37,5% referiram ter pós-graduação, 12,5% referiu ter curso superior completo, 12,5% referiu ter curso superior incompleto e 25% referiu ter nível médio, havendo predomínio de sujeitos com pós-graduação. Quanto ao grau da obesidade: 25% dos participantes apresentam obesidade de grau I, 62,5% obesidade de grau II e 12,5% obesidade de grau III, predominando entre os entrevistados o grau de obesidade II

## 5.2 Tratamento dos dados da pesquisa

A partir do discurso dos usuários entrevistados, foi realizada a codificação, possibilitando a identificação de 94 UR e a elaboração de 33 UC (**APÊNDICE C**). A partir das UC, foram determinadas 15 Categorias iniciais (**APÊNDICE D**), que, agrupadas e reorganizadas por núcleos de sentido, determinaram seis categorias finais:

- I. Compreensão sobre saúde;**
- II. Conhecimento sobre promoção da saúde;**
- III. Percepção sobre modo de vida;**
- IV. Compreensão sobre obesidade;**
- V. Enfrentamento da obesidade;**
- VI. Sentimentos relacionados à obesidade.**

## 5.3 Análise dos dados pelas categorias encontradas

**5.3.1 Categoria I. Compreensão sobre saúde:** identifica a compreensão do usuário sobre o conceito de saúde e como isso influencia o seu processo de saúde-doença.

Saúde não significa a mesma coisa para todas as pessoas, não se trata de uma compreensão de caráter universal. O conceito de saúde é uma resultante de fatores políticos, econômicos, sociais, ambientais e culturais que se organizam de forma específica em cada sociedade. Portanto, conhecer a conjuntura em que esses fatores se organizam possibilita entender como se produzem sociedades mais saudáveis ou menos saudáveis (GARCIA *et al.*, 2015, p. 11).

O processo de viver com ou sem saúde não se reduz, portanto, a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver (DALMOLIN *et al.*, 2011).

Apesar do conceito fragmentado da OMS que define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (SEGRE e FERRAZ, 1997), as falas dos usuários refletem a compreensão do conceito

ampliado de saúde, considerando os determinantes e condicionantes da saúde, as dimensões da saúde integral (ALMEIDA FILHO, 2011) e a dimensão da qualidade de vida (BEZERRA e SORPRESO, 2016):

*“É bem-estar, é cuidado consigo mesmo, preocupação com o próximo” (U2).*

*“É quando possuo condições integrais de ser e estar no mundo de forma a contribuir, é uma forma de cidadania também” (U4).*

*“Tudo. Saúde é tudo. Sem saúde você não é ninguém” (U5).*

*“Um estado mental que se eu tiver muito bem mentalmente, se tiver feliz e alegre o corpo responde da mesma maneira” (U6).*

*“Saúde é está bem fisicamente e mentalmente, a pessoa está apta para fazer o que quiser... está bem com corpo, com a cabeça”(U8).*

No entanto, as discussões que têm sido travadas em torno do processo saúde-doença têm gerado, sob um enfoque reducionista, a tendência natural percebida no contexto de algumas falas de se pensar que a saúde significa a ausência de doença, ou seja, a saúde como sinônimo de evidências objetivas, associadas à ideia de que o corpo/físico está ou não funcionando adequadamente (DALMOLIN et al., 2011):

*“É não ter nenhuma complicação[...] é saúde mental, física e o bem-estar, que esteja tudo corretamente bem, sem ter nenhum problema de doença” (U1).*

*“É viver bem, se sentir bem, estar bem consigo mesmo, consegui dormir bem... fazer as coisas que precisam e não sentir dor” (U3).*

Assim, é comum o conceito de saúde estar representado por dimensões (**Figura 14**) e facetas encontradas e reconhecidas por diversos autores em diversas escolas de pensamento (GARCIA et al., 2015).

**Figura 4 – Dimensões conceituais sobre saúde.**



Fonte: Autora, “adaptado de” ALMEIDA FILHO, 2011, p. 22.

O conceito de saúde se reatualiza sendo entendido não como um dado e sim uma tarefa, não é mais um estado e sim a adoção de um conjunto de comportamentos que define a vida saudável. Saudável é sentir-se bem, leve, disposto e feliz. É o estilo *light* de se viver (SANTOS, 2008).

Porém, o “completo bem-estar” é considerado utópico, visto que esta ideia induz a uma condição de equilíbrio, a qual é contraditória aos movimentos antagônicos que impulsionam novos modos de viver saudável, mesmo que em uma condição de doença (DALMOLIN *et al.*, 2011).

A busca da saúde perfeita e a apologia ao bem-estar, refletem sobre dois fenômenos: o autocuidado e/ou o culto ao corpo. São duas práticas corporais, que cada vez mais se confundem de maneira similar à convergência dos discursos da saúde, estéticos e hedônicos, e que, por sua vez, oferecem as condições concretas para a infinita busca do corpo idealizado (SANTOS, 2008).

Os usuários compreendem o processo saúde-doença de forma ampliada, que está relacionado ao bem-estar biopsicosocial, que é necessário cuidar da saúde mental, pois interfere na saúde com um todo.

**5.3.2 Categoria II. Conhecimento sobre promoção da saúde:** identifica a compreensão do usuário sobre a promoção da saúde e de que forma ele vivencia isso no território.

A promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram (BUSS, 2000).

No entanto, apesar da sua importância, os usuários relatam em seus discursos total desconhecimento ao serem questionados se já haviam ouvido falar algo sobre a promoção da saúde. Apenas dois usuários referiram já ter ouvido falar alguma coisa, mas apresentaram um entendimento fragmentado.

*“[...]entendo que não é só tratamento de doenças, ter saúde não é só tratar doenças, mas essa promoção integral da saúde humana” (U4).*

*“[...]não com esse termo, talvez com algum outro[...] algo a ver diretamente com promover saúde, melhoria da saúde” (U6).*

A determinação do sobrepeso e obesidade consiste no conjunto de fatores relacionados ao modo de vida contemporâneo, no qual há uma interposição de fatores de ordem individual (biológicos e comportamentais), fatores relacionados ao modo de comer e viver na atualidade e organização dos sistemas alimentares (BRASIL, 2014a).

Os determinantes que levaram a sociedade ao aumento ponderal estão diretamente relacionadas às mudanças ambientais a que as pessoas se expuseram, aumento da ingestão de alimentos de alta densidade energética, consumo de mega porções, redução das atividades físicas, alterações nos meios de deslocamento, incremento na oferta de refeições rápidas e redução de preço dos alimentos (BARRETO *et al.*, 2009).

Como consequência dessa múltipla determinação, o cuidado ao indivíduo com obesidade extrapola o campo da saúde, sinalizando a necessidade de articulação intersetorial, preconizando o que é valorizado na PS (BRASIL, 2014a).

Porém, como não conseguem identificar a PS na sua relação com o sistema de saúde, apresentam um entendimento fragmentado sobre as suas atitudes frente ao seu processo de

saúde e adoecimento, apesar de se sentirem como únicos responsáveis pela manutenção da sua obesidade, pois não entendem o seu papel e do sistema de saúde como corresponsável.

É de suma importância que os indivíduos vivenciem o conceito de PS no território e se identifiquem com as propostas e as estratégias definidas para a sua implementação, pois interferem diretamente nos seus modos de vida e na forma como percebem a sua participação no seu processo saúde-doença.

**5.3.3 Categoria III. Percepção sobre modos de vida:** identifica a compreensão do usuário sobre o seu modo de vida e como isso influencia a obesidade.

É consenso considerar a multiplicidade de fatores que estão associados à obesidade, nos quais a genética, o metabolismo e o ambiente interagem e refletem em diferentes casos clínicos (CAMARGO *et al.*, 2013).

Por um lado, à análise da relação entre as diferentes práticas cotidianas, trabalho, vida familiar, consumo, lazer e etc. e, por outro lado, às relações que o conjunto dessas práticas cotidianas estabelece com as relações sociais mais gerais (BRAGA, FIÚZA e REMOALDO, 2017).

Em geral, os fatores mais estudados da obesidade são os biológicos relacionados ao estilo de vida, especialmente no que diz respeito ao binômio dieta e atividade física. Tais investigações se concentram nas questões relacionadas ao maior aporte energético da dieta e na redução da prática da atividade física com a incorporação do sedentarismo, configurando o denominado estilo de vida ocidental contemporâneo (WANDERLEY e FERREIRA, 2010).

Os usuários se identificam em atitudes que contribuem para a manutenção da sua obesidade:

*“Não estou me alimentando como deveria, não tô fazendo caminhada” (U1).*

*“Não tô praticando esporte, tenho consumido muito refrigerante, muito doce” (U2).*

*“Não como no horário, fazer exercício físico eu não consigo” (U3).*

*“Ter uma alimentação saudável, ter o auxílio médico, evitar a automedicação, fiz acompanhamento nutricional” (U4).*

*“Questão de alimentação até que sim[...] não faço exercício físico, eu não consigo” (U5).*

*“[...]não fazer exercícios[...] me sinto muito bem mentalmente, fisicamente, está procurando sempre estar feliz, não faço exercícios, abdiqueei disso há muito tempo, visto que não deu resultado em perda de peso, pratico uma alimentação boa, ser feliz, fazer o que eu gosto” (U6).*

O modo de vida das sociedades modernas envolve o consumo cada vez maior de alimentos ultraprocessados, energeticamente densos e ricos em açúcares, gorduras e sal em detrimento de alimentos in natura ou minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, cereais, castanhas e nozes, associado a uma redução no nível de atividade física tanto no período de trabalho quanto no lazer (MENDONÇA e ANJOS, 2004).

Os usuários referem em seus discursos que levam uma vida normal em relação aos seus modos de vida, mas refletem e trazem a compreensão que após o contato com o profissional nutricionista houve algumas mudanças positivas, pois compreendem que o acompanhamento nutricional influencia a identificação de hábitos obesogênicos e a mudança nos modos de vida:

*“Num é tão normal porque senão não tinha chegado a esse limite de gordura [...]comia tudo, sentia vontade e o peso ia aumentando [...]comia muito doce, mas tem uma coisa muito satisfatória que hoje não consigo comer mais igual eu comia [...]consegui pegar alguma disciplina de que certo alimento é prejudicial [...]Sim, houve alguma mudança sim... outra mudança também é não repetir as refeições colocar um pouquinho e se saciar com aquele pouco que colocou, porque de primeira mão fazia aquele prato de um bôia-fria e repetia de novo, que é o errado, e hoje já consigo... outra coisa também é tomar muita água, muito líquido, muito suco”(U1).*

*“Normal... nunca fui de comer exagerado, só não tinha muito hábito de fazer atividade física, aí ela que me indicou por meu metabolismo ser muito lento, tinha que estimular essa queima de caloria, correndo, ou malhando ou alguma luta[...] sai do sedentarismo e comecei a me alimentar melhor” (U2).*

*“Meu modo de vida nos últimos anos era só trabalho, casa, casa e trabalho, mais nada. Só saio de casa para trabalhar... depois que eu trabalho, eu volto pra casa novamente” (U3).*

*“Não reparava muito na quantidade, comia até me saciar, não prestava muita atenção na quantidade de tempo entre as refeições[...]comecei a medir minha glicemia todos os dias, já começo me alimentando pisando no freio... fiz algumas alterações de pão para pão integral, diminuir a quantidade pela metade [...]tento não ficar muito tempo sem me alimentar porque quando fico muito tempo a tendência é que na próxima refeição como muito mais, perco o controle” (U4).*

*“O modo de vida não mudou muito. Mudou a questão, da melhoria da questão da alimentação, começa a olhar o açúcar nos rótulos, ela me passou uma lista com um monte de nomes que ela falou que era pra gravar, guardar comigo, pra quando eu fosse no mercado não comprar... Ela me mostrou essa diferença. Nessa questão eu mudei muito a minha alimentação” (U5).*

*“Normal, igual a de hoje com a diferença que venho reduzindo na quantidade de comida. Sempre considerei minha alimentação saudável: é basicamente carne, legumes cozidos e salada, salada tem que ter todo dia. Pode ser legumes cozidos temperados, enfim, eu considero uma alimentação saudável. Eventualmente a gente extrapola com mais macarrão e tudo mais. Até, se comparada com muita gente que eu vejo comer, uma alimentação muito mais poluída, digamos assim, considero uma boa alimentação” (U6).*

*“Como muito, sempre comi muito e ela me deu umas receitas de vez em quando faço. Se não parar de comer o pão... sou muito pão... não tem jeito, tem que substituir por outras coisas, por isso que emagreci esses 10, 12 kg. Houve mudança sim, só que agora relaxei de novo” (U7).*

*“Em termos você saber o que comer, sim, mas não tem tanta mudança assim no dia a dia não... Quando cheguei ela mudou a minha visão em questão de alimentação, me incentivou a procurar alguma coisa para me movimentar, fazer algum tipo de exercício” (U8).*

O profissional de Nutrição destaca-se nesse contexto, sendo protagonista na orientação nutricional individual e nas políticas de atenção básica de saúde referentes à alimentação da coletividade (JOB e OLIVEIRA, 2019). Os usuários referem a sua importância no tratamento da obesidade e como se sentiram acolhidos:

*“Muito bom! Ela me tratou muito bem, tive uma excelente profissional me atendendo, gosto muito dela, não tenho o que reclamar e falar nada... foi ótimo pra mim!” (U1).*

*“Atendimento muito bom, tratamento também é bom... ela é uma profissional bem atenciosa, bem profissional... sempre conversou comigo jogo aberto me falando as dificuldades que eu teria e incentivando a persistir naquela reeducação alimentar, que só assim teria um resultado, que nada seria do dia para noite, de imediato, tudo era um progresso a gente ia progredindo mês a mês” (U2).*

*“Muito bom, muito atenciosa, se preocupa com os pacientes, conversa sempre comigo, me manda mensagem pelo whatsapp, mas a gente não teve muito mais contato, devido esse momento que todos nós estamos vivendo...” (U3).*

*“Muito bom, ela sempre me atendeu muito bem, me ensinou inclusive as porções, foi muito didática, foi essencial para que eu conseguisse ter um êxito: sai dos três dígitos” (U4).*

*“Ela me deixou muito livre pra escolher o dia que dava certo, então, duas vezes, até três vezes na semana, se quisesse tava livre pra fazer. Então não, acho que não tem, não precisa mudar não. Do jeito que está, tá bom[...]estou com nutricionista, estou no caminho certo” (U5).*

*“Tratamento muito bom. Há sempre uma persistência para que a gente faça exercício, o que seria a regra básica de buscar uma melhor saúde, ou o controle da obesidade. O atendimento é bom” (U6).*

*“Era ótimo! Gostava muito de ir, ela é muito boazinha. Acho que ela fez o quê ela podia, conversou muito comigo, ela foi bem uma psicóloga quase... ela foi bem boa” (U7).*

*“Dez... dez... descrevo como ótimo, foi muito bem, foi bom esclarecedor. Ela é treinada, ela é profissional para tá ali, mostrar para você o que é certo e o que é errado, mas cabe a gente aceitar... Ela é muito profissional, muito, muito atenciosa comigo, sempre os horários muito corretos, sempre tudo muito certinho” (U8).*

Eles ainda referem que o atendimento realizado pelo nutricionista é satisfatório, influencia as mudanças nos modos de vida, mas que precisam de outros suportes para apoio ao tratamento, pois compreendem que o tratamento para a obesidade requer uma abordagem multiprofissional e que os procedimentos podem ser variados, porém nem sempre o resultado é o esperado:

*“O que talvez precise existir no mundo é que nem tudo é ideal, nem tudo segue um padrão, nem todo mundo é igual. Então sim, existem pessoas que tem uma alimentação ruim. Tenho amigos magros que considero magros, mas tem 700 de colesterol[...] O resultado do serviço, do trabalho do nutricionista é que nem sempre é o esperado” (U6).*

*“Referente a obesidade, desde o começo questiono isso: a obesidade não pode ser tratada como um só, a pessoa precisa de nutricionista, porque é um todo, a gente não trata só da cabeça para o pescoço para baixo a gente tem que ser tratada do lado da cabeça até os pés, tem que ter mais profissionais além do endocrinologista, tem que ter uma nutricionista, tem que ter psicóloga. Acho que isso tem que ter porque só a nutricionista sozinha não consegue. Tem que ter um profissional de educação física, tem tudo isso, porque é um conjunto não é só duas partes o paciente a nutricionista... Tem que ser uma equipe mesmo porque se não for assim não dá certo pode dar certo por um tempo, mas depois no resto estraga” (U8).*

Os estudos ligados aos aspectos da vida cotidiana deveriam preocupar-se com o grau de consciência dos atores sobre a condução dos seus destinos, individuais ou coletivos. Deveriam, ainda, buscar a compreensão do nível de racionalidade e irracionalidade presente nas práticas sociais, seguindo tendências imersas na história da sociedade em questão (BRAGA, FIÚZA e REMOALDO, 2017).

Porém, a manutenção e alterações do peso e a escolha pelos alimentos não é apenas uma questão de definição e contagem de calorias (CAMPANA e TAVARES, 2012), pois os usuários, em seus discursos, referem saber o que podem e o que não podem fazer para reforço da obesidade:

*“Na verdade, sei o que faz bem e o que não faz. A questão é conseguir manter, é conseguir fazer. Vocês como profissionais, estão para ensinar, agora depende da gente querer fazer o que é certo. Mas para a melhoria de vida, é muito bom, se você seguir direitinho é ótimo” (U5).*

*“[...]como fora de hora, como coisas que não devo comer, tenho tomado refrigerante, como muita coisa errada... sei tudo isso, mas faço errado é por isso que tô gordinha” (U7).*

*“[...]sou uma pessoa sedentária, não faço exercício físico, não me alimento bem, sei o que tem que ser feito, mas eu não faço, não contribuo” (U8).*

No entanto, apesar de compreender todo processo que envolve a obesidade, referem que não conseguem manter uma certa regularidade na mudança de modos de vida e, como consequência, perder peso:

*“[...]reeducação alimentar, fazer atividade física, cuidar da mente, escutar uma música, ter tempo pra ler um livro, passeios” (U1).*

*“[...]voltar pra academia, reeducação alimentar, voltar para dieta” (U2).*

*“[...]voltar a me alimentar de forma correta, fazer exercício físico” (U3).*

*“[...]estar fazendo mais atividade física, cozinhar, fazer a minha própria comida” (U4).*

*“[...]perder peso” (U6).*

*“[...]me conscientizar de que eu preciso emagrecer para melhorar tudo” (U7).*

*“[...]melhorar minha alimentação, fazer exercícios físicos, me conscientiza do que é certo” (U8).*

Portanto, não é apenas uma questão cognitiva, de saber o que é adequado e as quantidades necessárias. As escolhas pelos alimentos são coloridas pelo contexto social que o indivíduo ocupa e também pelas suas experiências afetivas no mundo (CAMPANA e TAVARES, 2012).

Como já tentaram várias estratégias para emagrecer, os usuários reconhecem e reproduzem o discurso dos profissionais de saúde sobre o que precisa ser feito para ter saúde: precisa manter uma alimentação adequada, a prática de atividade física e o bem-estar psico.

**5.3.4 Categoria IV. Compreensão sobre obesidade:** identifica a compreensão do usuário sobre a obesidade.

A obesidade é caracterizada por  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ , é uma doença crônica em que a gordura corporal excessiva acarreta prejuízos à saúde, aumentando o risco de complicações clínicas a longo prazo e reduz a expectativa de vida (WHARTON *et al.*, 2020). Os usuários referem apresentar vários problemas de saúde relacionados a obesidade:

*“Sempre venho lutando com uma anemia[...] minha saúde não é muito 100%” (U1).*

*“Tive alteração no índice de açúcar no sangue, colesterol alto[...] tenho tipo uma ansiedade muito grande, comer às vezes por ansiedade” (U2).*

*“Descobri que tava diabética[...] melhorei minha alimentação diminuíram vários sintomas: pressão alta, ovário policístico, síndrome metabólica e ansiedade” (U4).*

*“Aos 23 anos, por descontrole alimentar de sal, a pressão foi pro espaço. Comecei o tratamento para pressão, tentei de várias formas[...] Apesar de problemas de ansiedade, obesidade, pressão alta, colesterol[...] Nesse momento estou com um problema seríssimo no joelho” (U6).*

*“Tenho colesterol, pressão alta, artrose, tive um câncer ano passado[...], tudo vem com o peso, e agora tô começando com labirintite[...] Então tô bem feia de vida... Tomo bastante remédio para pressão alta e colesterol, dá diabetes também começou... Então, tá bem complicado minha vida... Se eu emagrecer eu sei que tudo vai embora. Me prejudica muito esse meu peso” (U7).*

Sua causa é uma complexa interação de vários fatores genéticos, metabólicos, comportamentais e ambientais e, por comprometer de maneira importante a saúde física, mental e emocional das pessoas, é considerada um importante problema de saúde pública (WHARTON *et al.*, 2020).

É importante ressaltar o caráter múltiplo e heterogêneo da obesidade. Envolve não apenas fatores biológicos e de causa individual, mas configura-se como uma integração de fatores históricos, econômicos, sociais e culturais que impactam nas escolhas alimentares, nos alimentos disponibilizados e em toda a cadeia de produção de alimentos, colocando em risco não apenas a situação de saúde dos indivíduos como também a sustentabilidade ambiental, econômica e social, tanto no nível local quanto regional (BRASIL, 2014a).

Os usuários relatam sobre fatores determinantes que influenciaram o surgimento da sua obesidade e compreendem que fatos importantes na vida continuam influenciando o ganho de peso:

*“Depois dessa minha última gravidez eu engordei e não consegui mais perder peso” (U1).*

*“Depois que fiz minha cirurgia do ombro, eu engordei quase 60 quilos” “No começo do ano passado, perdi 28 quilos. Quando mudou o governo, parei de trabalhar um tempo, engordei tudo de novo. Agora tô no peso que tomei um susto semana retrasada. Fui no postinho e vi que tava com 133 quilos, engordei mais 5 kilos. Tomei outro susto!” (U3).*

*“[...]desde os 14, 15 anos eu tenho dificuldade com a balança[...]até 10 anos de idade era bem magrinho, minha mãe me dava até Biotônico para comer, entrei na pré-adolescência que comecei a engordar bastante, comer bastante, foi aumentando meu peso” (U2).*

*“Sempre fui gordo, desde criança. Então o peso foi crescendo conforme fui crescendo” (U6).*

*“Quando casei tinha 51 kg. Tive meu primeiro filho, aumentei 20 kg na gravidez e daí já começou a ficar difícil... Sempre fui mais gordinha cheguei a pesar ano passado 106... Trabalhava muito, comecei com muitas dores no corpo e comecei a tomar, umas injeção na veia puro corticóide quando vi tava com 84 quilos e fui subindo, fui subindo. Sou muito ansiosa também, então na hora que me dá nos nervos, como muito pão, trabalhava até tarde comia mal e dormir de dia não dormia de noite quase[...] organizar com café da manhã que eu não tomo, almoço às 2 horas da tarde de tarde, como lanche, como errado, organizar para ver se consigo emagrecer mais uns quilos para melhorar minha saúde” (U7).*

*“Sempre fui uma menina gorda, nunca fui magra, a gordura quando a gente é novo ela não interfere em nada, a gente não tem interferência... a gente é gordinho, nasce gordinho... sempre fui gordinha. Engravidei pela segunda vez, aí já foi bem crucial porque engordei 40 Kg, emagreci só 10 quilos depois disso e nunca mais perdi peso, cheguei em quase 130, 120 quilos. Abala a saúde” (U8).*

Ser uma criança com obesidade é começar bem cedo a entender e aprender o que acontece socialmente quando seu corpo não está em conformidade com a decisão social do que é estar saudável e belo (JIMENEZ, 2020).

É necessário entender a natureza desse problema, suas causas e implicações, não apenas no que se refere aos cuidados pediátricos, mas sua progressão para a vida adulta (MONTAVANI *et al.*, 2008).

A obesidade entre crianças e adolescentes é resultado de uma série complexa de fatores genéticos, individuais/comportamentais e ambientais que atuam em múltiplos contextos: familiar, comunitário, escolar, social e político, não deve ser vista como resultado de escolhas voluntárias individuais de estilo de vida, especialmente por parte da criança e sua família. Dado que a obesidade infantil é influenciada por fatores biológicos e contextuais, são necessárias ações estruturantes e políticas públicas que visem à promoção da saúde, implementação de medidas de prevenção do ganho de peso excessivo, diagnóstico precoce e cuidado adequado à criança, adolescente e gestantes, bem como, o estabelecimento de políticas intersetoriais e outras que promovam ambientes e cidades saudáveis, a fim de apoiar os esforços das famílias para mudar comportamentos. Pais, famílias, cuidadores e educadores também desempenham um papel fundamental no incentivo a comportamentos saudáveis (BRASIL, 2021, p. 10).

Para os usuários, o conceito de obesidade está relacionado ao ganho de peso, a relação entre peso e a altura (IMC), aos processos de adoecimento e causa limitações nas atividades diárias:

*“Tá acima do peso, ter algumas coisas que vai prejudicando a saúde, tá fora do peso” (U1).*

*“Ter o peso acima do indicado para ela, pra altura” “eu acho que eu não sou obeso, eu acho, mas não é o que eu já escutei da nutricionista, da médica lá do postinho” (U2).*

*“Não consegue nem fazer nada, nem movimentar que a gordura atrapalha você trabalhar, atrapalha você fazer qualquer tipo de atividade, seja ela o mínimo que for, [...]as pessoas vivem na cama, elas pesam 200, 300 quilos” (U3).*

*“Percebo que as coisas estão muito focadas no sintoma... sou considerada uma mulher obesa: tenho o IMC acima de 35... ele já foi 39, nem sei quanto que tá agora [...] mas o meu estado integral, meu estado de saúde é bom no geral entendeu então eu não sei... eu tenho dúvidas com relação a ser obesidade da forma como que é vista realmente uma doença” (U4).*

*“[...]ai vem as consequências, as doenças, diabetes, colesterol, problemas da coluna” (U5).*

*“[...]onde vai afetar sua saúde, sua pressão, risco cardiovascular, risco de AVC e outras doenças” (U6).*

Historicamente, é carregada de significados, produto de uma construção histórica de valores e crenças aliados a contextos sociais e culturais que moldaram o seu conceito (FRANCISCO e DIEZ-GARCIA, 2015).

*“Muitos médicos eles patologizam muito a obesidade fazendo com que a gente se sinta mal com relação ao nosso corpo [...]meu estado de saúde é bom no geral [...]é uma construção social [...]uma construção conjuntural de uma fase da vida [...]sou saudável, mas o SUS me disse que eu tenho uma co-morbidade” (U4).*

A patologização do corpo gordo é um discurso atualmente consolidado, inquestionável e fundamentado pelas ideias de sobrepeso e obesidade (PAIM e KOVALESKI, 2020).

No caso da obesidade, a pessoa com excesso de peso é representada de forma negativa, associada a uma imagem de preguiça, sujidade, gula, desleixo, tristeza, confusão, abatimento, inatividade, vergonha, embaraço e dificuldades relacionais (SILVA, 2014).

Os usuários compreendem que a saúde não é só a ausência de doenças, que a obesidade está relacionada a outros processos de adoecimento e que, em alguns casos, marcos importantes na vida influenciaram e levaram ao ganho de peso e estão influenciando o reganho de forma permanente.

**5.3.5 Categoria V. Enfrentamento da obesidade:** identifica a compreensão do usuário sobre as estratégias utilizadas por ele e/ou pelo serviço de saúde para o controle e enfrentamento da obesidade.

Nos anos 70 e 80 surgiram as “dietas mágicas”, que prometiam resultados mirabolantes, num período muito curto. Estas dietas contribuíram para a ideia de que se pode cuidar da obesidade apenas através de uma alimentação que restringe determinados grupos de alimentos (BARRETO *et al.*, 2009).

*“Nutricionista, tratamento com remédio, busca de médico, psicólogo para questão de ansiedade, todo tipo de exame e tratamento pra coisa, massagens que dava alguns tipos de choque, alguma coisa assim que não lembro o nome. Nossa, foi muita coisa, muita, muita coisa. Inclusive um tratamento na Argentina, onde era permitido um remédio para redução de apetite, mas que era proibido no Brasil e a gente ia até a Argentina” (U6).*

*“La nos vigilantes do peso, consegui emagrecer[...] 35 anos então desde tenho lutado com a balança sempre a vida toda” (U7).*

Não se deve menosprezar a importância de uma alimentação mais saudável, porém quando uma dieta é muito restritiva, tende a ser um processo artificial, que não poderá ser mantido por muito tempo pela pessoa (BARRETO *et al.*, 2009).

*“Por me privar de muita coisa por causa disso, por tanto tempo, que não saia para beber, não comia lanche, não tomava refrigerante, não fazia nada, entendi que não valia a pena continuar fazendo isso, larguei mesmo tudo, essas coisas, fui buscar só uma alimentação mais saudável, depois também chutei o balde, avacalhei, cheguei a 110 kg, e agora, sozinho, sem nenhum tipo de acompanhamento, venho emagrecendo aos poucos. Os tratamentos sempre foram contínuos” (U6).*

Vale a pena frisar que a alimentação saudável somente funcionará como fator protetor quando adotada constantemente, no decorrer da vida. Portanto, embora uma boa alimentação deva estar presente em todas as fases da vida, à medida que a idade avança, o cuidado com os hábitos alimentares deve ser redobrado (LEME *et al.*, 2009).

Todos os usuários descreveram em uma linha do tempo um pouco sobre o seu processo de tratamento da obesidade, e todos relataram a dificuldade em manter a regularidade do tratamento:

*“Vai num caminho reto... de repente desvia nele, começa do nada comer outras coisas, quebrar todo o roteiro que foi passado, pedido, orientado pra tá seguindo[...]fazer uma dieta é muito caro, é muito difícil, não é fácil[...]tem que ter muita disciplina e determinação” (U1).*

*“Os tratamentos que fiz foram bem simples: quantas calorias tinha que comer diariamente e preparou todas as refeições. Fiz três meses parei, fiz seis meses parei de novo, esse último fiz seis meses de acompanhamento e permaneci um ano focado, atingir um peso que ela tava vendo que era satisfatório, que eu podia continuar fazendo a dieta sem o acompanhamento [...]cortou todo o ritmo que eu tava... aí vem a preguiça” (U2).*

*“Desde 2013 tento emagrecer, engordo, todo ano do mesmo jeito, perco um pouco de peso engordo de novo, perco um pouco de peso, engordo de novo, 2020 é o maior peso que já cheguei na vida[...]perdi bastante peso no começo do ano passado que foi 28kg, recuperei tudo novamente, desde 2003 que brigo de verdade com a balança que ela não me incomoda muito, mas eu brigo com ela para poder perder peso” (U3).*

*“Ela me ensinou a montar o prato, tive êxito sim, perdi peso, tenho altos e baixos a muitos anos, tive mais consciência do meu corpo, que posso controlar, só quando compreendi que é o que comia agia não só na questão do engordar, só consegui ter mais êxito quando tirei o foco do peso e o foco foi para a alimentação, foi para se alimentar melhor” (U4).*

*“Fui no nutricionista, é aquela história de praxe: conversa, conversa, conversa... eles pegam e faz uma dieta... Já passei por diversas vezes, já fui no nutricionista milhões de vezes não foi só uma vez não... Já fui no endocrinologista e ele só olhar para minha cara e passar uma porção de remédio que me deixava louca para emagrecer... aí eu tomava, emagrecia e ficava magra, mas ficava louca, não falava com ninguém, ficava agressiva...” (U8).*

No entanto, a meta de perda de peso média definida entre pessoas com obesidade e seus profissionais de saúde é relatada como perda de peso de 20%. Estudos afirmam que elas já tentaram perder peso pelo menos 7x na vida adulta (KAPLAN *et al.*, 2017).

*“Meu metabolismo é muito lento, então acaba que posso passar fome... vou tá sempre gordinho... E acaba que a gente se esforça, não vê o resultado... E chega lá na frente... vai desleixando... e fica nessa guerra... engorda... emagrece... e engorda... emagrece... e é a vida toda assim” (U2).*

*“[...]o que você imaginar de ideias de tratamento para emagrecer já fiz: tratamento, com acompanhamento bem rigoroso, 2h de academia por dia, por mais ou menos um ano e meio. A gordura corporal baixou para 7%, só que pesava 87kg, o peso foi para 89kg no final, nunca fui uma pessoa magra, vi que não adiantava, não importasse o que fizesse, minha genética, a minha estrutura corporal, não vou ser uma pessoa magra, não vou ser uma pessoa magra, aquela pessoa fininha, com braço fino, perna fina” (U6).*

*“[...]estava no processo de emagrecimento, não estava conseguindo emagrecer[...]tudo foi oferecido para mim só que não deu tempo, não conseguia usufruir a não ser das consultas” (U8).*

Pessoas com obesidade e profissionais de saúde concordam que uma perda de peso de 10% seria benéfica para a saúde geral, uma estatística que se alinha com a literatura científica que afirma que uma perda de peso de 5% a 10% pode ajudar a melhorar e reduzir o risco de algumas doenças relacionadas à obesidade (KAPLAN *et al.*, 2017).

Estas dietas podem ser responsáveis pelo famoso “efeito sanfona”, emagrecimento rápido acompanhado de um subsequente sobrepeso ou obesidade, em função de uma dieta desequilibrada. Até o momento surgem novas dietas mirabolantes, que prometem resolver o problema da obesidade num curto espaço de tempo. Como não podem ser mantidas pelo indivíduo, acabam desestimulando a pessoa para um tratamento mais prolongado e criterioso (BARRETO *et al.*, 2009).

A obesidade se apresenta não apenas como problema científico e de saúde pública, porém como grande indústria que envolve o desenvolvimento de fármacos, de alimentos

modificados e estratégias governamentais estimulando a prática regular de atividade física e a orientação alimentar a fim de promover melhores hábitos (BARRETO *et al.*, 2009).

Num cenário crescente de obesidade e de sobrepeso, parte da população tem buscado o emagrecimento, a prevenção de doenças, a manutenção da saúde, a longevidade e a qualidade de vida por meio da alimentação saudável (JOB e OLIVEIRA, 2019).

Embora geralmente percebida como uma doença, a obesidade não é comumente tratada como tal. A divergência nas percepções e atitudes potencialmente impede uma melhor gestão (KAPLAN *et al.*, 2017).

Segundo o estudo *Awareness Care and Treatment in Obesity management (ACTION)*<sup>20</sup>, os profissionais de saúde consideram que a obesidade é uma doença, mas clinicamente ela não é tratada como tal. Discussão sobre controle de peso tende a ser desvalorizada entre os profissionais de saúde, apesar do impacto negativo na qualidade de vida e longevidade. Mesmo quando se discute o peso, os pacientes recebem o diagnóstico de obesidade, que muitas vezes não é documentado nos prontuários como acontece com outras doenças (KAPLAN *et al.*, 2018, p. 68).

De modo geral, a pessoa com obesidade experimenta diversos tipos de tratamento para a redução de peso, e tudo que for prometido a ela, em se tratando de emagrecimento, é aceito sem o menor cuidado com os possíveis efeitos adversos, principalmente se o tratamento proposto for uma “fórmula mágica” que não implique em grandes esforços para a pessoa (ZOTTIS e LABRONICI, 2003).

*“Passei a engordar e emagrecer a vida inteira[...]nunca mais consegui perder o peso que eu tinha ganhado, fazendo aquelas dietas doidas, perdia peso e passava um pouquinho recuperava tudo de novo” (U3).*

*“[...]já fiz tudo que já foi mandado para mim... teve uma época que eu queria tanto emagrecer, tanto emagrecer que se falasse pra mim tomar chá de cocô de cavalo eu tomava” (U8).*

O cuidado da obesidade deve ser baseado em princípios baseados em evidências de gerenciamento de doenças crônicas, deve validar as experiências vividas dos pacientes, ir além das abordagens simplistas de “comer menos, mover-se mais” e abordar as causas da obesidade (WHARTON *et al.*, 2020).

---

<sup>20</sup>O estudo *ACTION* é o primeiro levantamento com o objetivo de identificar percepções, atitudes, comportamentos e potenciais barreiras essenciais ao tratamento eficaz da obesidade na perspectiva de pessoas com obesidade (KAPLAN *et al.*, 2018).

Os usuários relatam que a orientação ao tratamento que receberam foi basicamente controlar a alimentação com uma dieta e realizar uma atividade física para que pudesse perder peso:

*“Reeducação alimentar com café da manhã, almoço lanche da tarde, jantar e um lanchinho da noite, antes de dormir, bem balanceadinho mesmo não passava fome: era bolacha água e sal, queijo branco, não podia manteigas, comer bastante verdura, pouco arroz, pouco feijão, pouca carne, muita salada e foi na reeducação alimentar mesmo” (U2).*

*“Na época do diagnóstico foi dieta, mudar a alimentação, e voltar a fazer exercício físico” (U3).*

Apenas uma pequena minoria de pessoas com obesidade recebe intervenções comprovadas no estilo de vida, farmacológicas e/ou cirúrgicas (KAPLAN *et al.*, 2017).

Pessoas que vivem com obesidade devem ter acesso a intervenções baseadas em evidências, incluindo terapia nutricional médica, atividade física, intervenções psicológicas, farmacoterapia e cirurgia (WHARTON *et al.*, 2020).

*“Parece que quando eu perco 1 kilo, ganho 2 depois... Tem alguma coisa... Não sei se é ansiedade também que tem que ser trabalhado, porque quando a gente fica ansioso a gente come mais e quando a gente fica mais tranquilo aí a gente nem pensa... no meu caso, nem penso nem em comida” (U1).*

*“É muito próximo do tratamento da diabetes, tive algumas dificuldades, precisava de um apoio psicológico, comecei a fazer o tratamento psicológico, comecei a tomar um remédio para ansiedade” (U4).*

*“Tem muita gente mesmo obesa que precisa de ajuda, que precisa de acompanhamento, que não é só uma endocrinologista, não é só o nutricionista tem que ter uma equipe mesmo preparada para atender as pessoas com obesidade porque obesidade não é só alimentação isso eu te falo consciente, tem várias outras coisas, outros fatores por trás” (U8).*

Embora as atitudes em relação à obesidade estejam mudando, parecem haver fortes impedimentos a cuidados efetivos, incluindo políticas de prevenção, comunicação sobre mudanças de comportamento e saúde e formação profissional. Esforços amplos são necessários para identificar as barreiras mais críticas para uma gestão eficaz da obesidade (KAPLAN *et al.*, 2017).

*“Às vezes um profissional não é tão preparado para trabalhar com o obeso, com a pessoa gorda e acaba te desmotivando, é igual professor, você tá estudando se o professor não te motivar você não tem interesse nas aulas dele, você vai obrigada. Então, assim é o profissional. Se você não for uma boa profissional, não motivar o seu paciente, ele para de ir” (U5).*

A palavra diagnóstico se origina de *diagnose*, no grego “*diagnôsis*”, e remete a ações de reconhecer, discernir, distinguir, separar, olhar, constatar, diferenciar, reduzir para melhor investigar, determinar e olhar repetidas vezes para comprovar (BARONI *et al.*, 2010).

O primeiro passo para abordar uma doença é reconhecê-la e diagnosticá-la. Assim, a falta de diagnósticos formais de obesidade, bem como a falta de clareza quando a obesidade é discutida ou diagnosticada, é uma barreira para o manejo da obesidade (KAPLAN *et al.*, 2017).

Os usuários relatam que receberam o diagnóstico de obesidade pelo profissional médico e/ou nutricionista, porém a formas como eles foram tratados muitas vezes deixa dúvidas e levam a uma compreensão equivocada de que não houve um diagnóstico, mas sim uma atitude profissional estigmatizante e constrangedora:

*“Um médico que fui com minha ex-mulher e com minha mãe[...] pesava tipo 108kg, 110kg a primeira vez que escutei a palavra obeso que o médico me chamou... Ele, minha mãe e minha ex-mulher o tempo todinho me chamando de obeso” (U3).*

*“Ele sugeriu acompanhamento com outros profissionais, que fizesse a cirurgia bariátrica. Me senti muito mal, até chorei!” (U4).*

*“Sempre fui gorda, sempre fui tratada assim antes[...]Ninguém nunca me passou nenhum diagnóstico. Peço ajuda, às vezes, falo, converso, aí eles encaminham para a nutricionista. Mas eles (médicos) mesmo falarem, você tá assim, você precisa de ajuda, não” (U5).*

*“Nada, normal. Não é algo que eu desconheça. Não é como ter um diagnóstico, por exemplo, de câncer, ah não, tenho câncer e você não tava esperando. Não, sou gordo a vida inteira e então a gente sabe que é gordo, então não tem algo que, que vá mudar na opinião da gente” (U6).*

*“Não, nunca, nunca ninguém me falou nada. A única coisa que quando vou para o médico por causa das dores que tenho a primeira coisa que eles falam que tenho que emagrecer, que vai melhorar minhas dores, que não vou sentir tanta dor nos tornozelos, joelho, nos dedos dos pés. Fiz uma cintilografia óssea, a coluna tá tudo com problema, tô com uns problemas bem sérios de saúde nesse lado e prejudica... quanto mais pesada, pior” (U7).*

*“Sempre fui desde criança, sempre fui gorda e sempre tive consciência que eu fui gorda[...] já fui em todos os profissionais: endocrinologista, nutricionista, ginecologista que me chamou atenção pelo meu sobrepeso, já vi vários[...] Todos a primeira coisa que eles falam, nem sabe o diagnóstico que tem a primeira coisa que eles olha na sua cara e fala que tem que emagrecer” (U8).*

O estudo *ACTION* refere que, embora todos os participantes do estudo realmente tivessem obesidade com base na altura e peso auto-relatados, apenas um pouco mais da metade relatou ter recebido um diagnóstico formal da doença. No que diz respeito à autopercepção, metade considera-se com excesso de peso, enquanto a outra metade considera-se portadora de obesidade (KAPLAN *et al.*, 2017).

Muitas pessoas com obesidade não recebem um diagnóstico formal, ou seja, os profissionais de saúde registram de forma inconsistente o diagnóstico de obesidade no prontuário (KAPLAN *et al.*, 2017).

A maioria dos profissionais de saúde têm atitudes negativas e estereótipos fortes sobre as pessoas com obesidade. Há evidências consideráveis de que tais atitudes influenciam as

percepções da pessoa, julgamento, comportamento interpessoal e tomada de decisão (PHELAN *et al*, 2015).

Os usuários referem como se sentem durante o diálogo sobre a sua obesidade com os profissionais de saúde:

*“Não fiquei muito triste porque é uma coisa que já sabia[...], mas o que me deixa triste é não tá conseguindo almejar aquilo que foi determinado” (U1).*

*“Normal, não sou muito apegado... Sei do meu sobrepeso, da minha dificuldade de emagrecer” (U2).*

*“Fiquei de boa, mas a pergunta é engraçada... Pra te falar bem a verdade, a primeira vez que escutei me chamando de gordo e que fiquei chateado foi na quadra de basquete, foi quando eu voltei a jogar basquete, me chamaram de gordinho, fiquei chateado” (U3).*

*“Me senti muito mal quando tava com mais de 100 kg, agora tô com 99, me sinto muito melhor mesmo considerada gorda ou obesa, me sinto muito melhor” (U4).*

Com frequência, a abordagem sobre a obesidade, suas consequências clínicas e como tentar resolvê-las ocorre apenas quando o usuário vai procurar atendimento médico, e, na maioria das vezes, não é esse o seu principal problema ou a sua principal queixa (BARROS FILHO, 2004).

*“Não preciso disso, ele me fala isso que já sei, porque não fui lá pra cuidar de obesidade eu fui lá pra cuidar de outra coisa... até inclusive falei pra um médico uma vez: Sei disso, doutor... vim aqui pra cuidar disso não que disso já tô tratando. Porque eles não sabem falar de uma outra maneira já é direto: Você tá obesa, tá acima do peso... Isso é chateante... Mas corto também, falo logo: Vim tratar foi disso aqui, quero ver isso aqui, isso já tô cuidando... e às vezes acha até que sou chata” (U1).*

*“Tenho consciência de que a diabetes piorou, chegou com a obesidade, mas quando eu vou nos médicos parece que a obesidade é a razão de todos os meus problemas. Acho que posso ser saudável e ainda ser considerada obesa, que é o meu estado hoje” (U4).*

*“Fui ao médico ginecologista que me chamou atenção pelo meu sobrepeso, já vi vários, todos a primeira coisa que eles falam nem sabe o diagnóstico que tem a primeira coisa que eles olha na sua cara e fala que tem que emagrecer” (U8).*

São frequentes o apontar o dedo e a ameaça, a atribuição de qualquer queixa apresentada ao excesso de peso, e até o desconforto manifesto ao executar determinados procedimentos expresso em olhares ou desviar de olhares. Longe de gerarem mudança, acabam por contribuir para o afastamento das pessoas dos serviços médicos, para a subvalorização das queixas por profissionais e doentes, para o subdiagnóstico e o agravamento dos problemas clínicos (SILVA, 2014).

Por outro lado, o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso a ele (BRASIL, 2016):

*“A sugestão que eu tenho é para o SUS: contratar mais profissionais de saúde nessa área, porque a espera de atendimento até o profissional te chamar, chega de 2... 3... até 6 meses depois do pedido do clínico” (U2).*

Para o enfrentamento da obesidade as equipes de AB precisam equacionar a oferta organizada de serviços, seja sob demanda programada ou espontânea, com base na análise da situação de saúde da população do território (BRASIL, 2015).

Essa oferta exige constante conformação dos processos de trabalho das equipes, incluindo as práticas de vigilância em saúde, para a melhoria da identificação das necessidades de saúde dos usuários e, conseqüentemente, da melhor organização do acolhimento e do acesso destes aos serviços adequados, promovendo a resolubilidade no âmbito da AB ou por meio da coordenação do cuidado junto a outros pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2015).

Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores (BRASIL, 2016).

Como não há uma linha do cuidado nem um fluxo de atendimento organizado na RAS em Palmas para o tratamento da obesidade, o usuário com obesidade busca tratamento por demanda espontânea ou o médico da UBS fez o encaminhamento para o nutricionista seguindo a demanda programada da unidade de saúde:

*“Pedi pra médica direcionasse pra eu consulta com a nutricionista” (U1).*

*“[...]solicitei a clínica geral para fazer um encaminhamento para nutricionista” (U2).*

*“[...]a médica pediu pra fazer um monte de coisa, um monte de exame, inclusive ir na nutricionista” (U3).*

*“[...]a médica da família me encaminhou para nutricionista” (U4).*

*“Pedi pra ele que queria um encaminhamento para a nutricionista” (U5).*

*“[...]Foi eu que busquei” (U6).*

*“[...]pedi pro médico me encaminhar” (U7).*

*“[...]marquei a primeira vez, fui pedir ajuda” (U8).*

Importante ressaltar a necessidade de se estabelecer um fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes de AB com outros pontos de atenção, pois ao ser encaminhado para cuidados especializados temporários ou prolongados, é

interessante o compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado do usuário na RAS (BRASIL, 2016).

O registro da obesidade nos territórios é realizado por apenas 36,4% das equipes de AB no Brasil, e na região Norte apenas é realizado por 9,1% (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Cabe ressaltar que, do ponto de vista do cuidado à obesidade, a simultaneidade do registro é muito relevante, porque indica a preocupação com os processos de VAN, apoio à gestão e coordenação do cuidado e de apoio ao autocuidado (BRANDÃO *et al.*, 2020).

É senso comum dizer que o tratamento da obesidade é difícil e que, com frequência, pessoas que conseguem emagrecer acabam recuperando o peso perdido algum tempo após (BARROS FILHO, 2004).

*“Parece que quando eu perco um kilo ou ganho 2 depois... sabe... tem alguma coisa... não sei se é ansiedade também que tem que ser trabalhado porque quando fica ansioso a gente come mais e quando a gente fica mais tranquilo, no meu caso, nem penso em comida” (U1).*

*“Meu metabolismo é muito lento então acaba que posso passar fome... vou tá sempre gordinho... E acaba que a gente se esforça não vê o resultado, e, chega lá na frente... vai desleixando... e fica nessa guerra... engorda... emagrece... e engorda... emagrece... e é a vida toda assim! Fiz acompanhamento com nutricionista umas três vezes[...] parei de ir no nutricionista, fui desleixando e fui ganhando peso de novo” (U2).*

*“Por questão de ser obeso, fazer exercícios, fazer todo tipo de tratamento e sem um resultado muito efetivo na perda de peso, por questão de ser obeso, ficava buscando alguma solução externa” (U6).*

Para a maioria das pessoas com obesidade há uma forte relutância em procurar ajuda para o tratamento, porque há uma forte convicção de que a perda de peso é sua própria responsabilidade, apesar do consenso geral de que a obesidade é uma doença (KAPLAN *et al.*, 2017)

*“Acho que o defeito maior não é ela e sim o paciente no caso... O problema maior nesse caso sou eu... assim, pra ser mais sincero e exato” (U3).*

*“Já estava no processo de emagrecimento, só que nessa parte aqui do emagrecimento sem exercício” (U8).*

A maioria das pessoas com obesidade e os profissionais de saúde acreditam que a obesidade é uma doença e muitos a consideram séria, ou mais séria, do que muitas outras condições de saúde, incluindo hipertensão, diabetes e depressão, porém a maioria dos profissionais não aborda a obesidade como aborda as outras doenças (KAPLAN *et al.*, 2017).

*“Acho que para melhorar, eles teriam que ter consciência nesse sentido também que o problema da obesidade não é um problema meu, ele é um problema social também, não é só uma questão de saúde” (U4).*

*“O nutricionista faz o que pode. Não tem o que a gente mudar: se seguisse ao pé da letra o regime ainda assim continuaria obeso ou acima do peso. Não é um milagre o que o nutricionista vai conseguir fazer. Não há o que possa sugerir. Em alguma época pode surgir um tratamento, como há para várias outras, pode ser chamado de doença? Não sei se obesidade pode ser chamada de doença ou não. Mas para várias outras questões você tem um tratamento. Talvez quando descobrirem um que se enquadre para mim, dê resultado” (U6).*

Mesmo que as pessoas com obesidade considerem a obesidade uma doença, a maioria vê a perda de peso como responsabilidade totalmente sua. No entanto, a maioria dos profissionais de saúde relatou que têm a responsabilidade de contribuir ativamente para a perda de peso de seus pacientes (KAPLAN *et al.*, 2017)

Os usuários compreendem que as pessoas com obesidade vivenciam o estigma do peso e que a obesidade por ser multifatorial requer uma abordagem mais humana e menos culpabilizadora, pois eles não se sentem acolhidos pelo sistema de saúde:

*“Total diferença! Me senti responsável, mas acolhida neste momento, sei que sou responsável pela condição do meu corpo, mas acho que a gente precisa ser acolhida, a gente precisa aprender fazer as melhores escolhas, mas também ser acolhida, porque a obesidade... Pessoas não falam muito disso na nutrição, mas ela tem uma série de julgamentos e a culpa sempre é da gente, então por mais que tenho vários fatores da sociedade, do tanto de informação que a gente recebe negativa, tanto de propaganda negativa de alimentos que não são saudáveis, a própria disposição dos alimentos nos supermercados, a cultura de como se alimentar, da quantidade que a minha família me ensinou, que não era muito legal... Não é uma construção só minha, é muito maior do que isso e não é só tá no campo genético. Sou bombardeada o tempo todo por várias, por várias opções de escolhas não saudáveis então tempo todo tem que estar vigilante” (U4).*

De modo recente, características do ambiente no qual as pessoas convivem, como nível socioeconômico da vizinhança, disponibilidade e acesso para a aquisição de gêneros alimentícios saudáveis, oportunidades para a prática de atividade física e deslocamento a pé ou de bicicleta, têm sido propostas como fatores associados à obesidade. Quando tais ambientes incentivam a inatividade física e as escolhas alimentares não saudáveis, eles são caracterizados como obesogênicos e, por isso, responsáveis por promoverem a obesidade (REIS, 2016).

Assim, o desafio é a promoção de escolhas mais saudáveis por meio de mudança ambiental, já que essa medida possui efeito mais duradouro na transformação comportamental dos indivíduos, uma vez que essas escolhas se incorporam nas estruturas, nos sistemas, nas políticas e em normas socioculturais (REIS, 2016).

As políticas públicas de saúde extrapolam as dimensões individuais e defendem a necessidade de ser mudar os ambientes em que as pessoas vivem, buscando promover cada vez mais ambientes saudáveis que possibilitem principalmente o acesso ao alimento.

É importante que as políticas públicas sirvam de base para que os profissionais de saúde tenham o entendimento sobre a importância do ambiente obesogênico no processo

saúde-doenças e que busquem junto aos usuários formas de minimizar os impactos causados pela obesidade.

**5.3.6. Categoria VI. Sentimentos relacionados à obesidade:** identifica a compreensão do usuário sobre os sentimentos e emoções relacionados a obesidade e de que forma isso influencia o seu processo de tratamento.

A percepção da imagem corporal representa o autoconceito sobre o julgamento do indivíduo diante do seu tamanho, forma e peso. Muitos sentimentos são envolvidos nesta interface da aparência corporal, em destaque a insatisfação, a depreciação, a distorção e a preocupação com a imagem do corpo apresentada à sociedade (MACEDO *et al.*, 2015).

*“Não me sinto muito triste, chateada porque sei que tô acima do peso” (U1).*

*“Já desencanei, fico normal, não fico nem triste nem feliz, a gente às vezes se preocupa quando sobe lá e acontece da balança passado os 3 dígitos, a gente assusta. Já desencanei não fico mais chateado igual ficava antes” (U2).*

*“Já me incomodou mais, mas não me incomodo tanto, fico mais ruim é comigo mesmo, não sou muito preocupado com o que as pessoas ficam falando, o que me incomoda é quando não consigo dormir, quando não consigo fazer as coisas aí me incomoda” (U3).*

*“Me sentia tranquila abrir, falar exatamente sem julgamentos, mas às vezes quando houve ou não julgamento e eu fiquei desconfortável demonstrei que eu fiquei desconfortável[...] toda vez que falam sobre o meu peso no intuito de me responsabilizar ou de culpar, de me fazer me sentir mal, tem um efeito positivo em mim, isso me faz mal” (U4).*

*“Triste, quem fica feliz de saber que não tem o controle do seu corpo e é gordinha? É triste, mas não posso me entregar, entrar numa depressão” (U5).*

*“Era muito estressado, muito agressivo, quando as pessoas falavam costumava revidar, num tom mais áspero. Então as pessoas falam e beleza, tranquilo, tá bom, legal, pode deixar doutor, vou fazer. Não adianta, é um debate que onde não leva nem estressar a outra pessoa e nem você se estressar” (U6).*

*“Obesidade é tristeza [...] não é bom para a saúde [...] quero fazer muita coisa ainda da minha vida. Me incomoda, me atrapalha, me cansa, canso muito para caminhar, é horrível! Não queria ser assim! Não me sinto bem, mas sei que tem que ser falado para mim ter consciência que tenho que emagrecer, preciso de alguém que me cobra” (U7).*

*“Sou muito consciente e aceito muito meu corpo, não levo como maldade, não acho ruim... tenho consciência que tô gorda, o problema só é tirar essa gordura do meu corpo, porque não devo aceitar ela, aceito porque tenho que ir, me amo, gosto da minha pessoa” (U8).*

Percebe-se a existência de vários sentimentos vinculados ao “ser obeso”, que abrangem a imagem corporal, a autoestima, se traduzindo em tristeza, insatisfação e a não aceitação de si (MACEDO *et al.*, 2013).

*“Me senti bem triste [...]a minha família é mais gordinha, mas sempre fui a mais gorda de todos, não gosto disso [...]só que sei, me enxergo, sei que sou gorda, sou obesa, me sinto mal, por causa do meu marido até... fico às vezes com vergonha de sair com ele... não queria ser assim, queria ser bem mais magra” (U7).*

*“Dá um estresse porque a gente não tá bem com o corpo” (U8).*

Assim, as falas sobre “ser obeso” permitiram constatar que a palavra “peso” não está associada apenas ao significado de uma medida quantificada numa balança, mas também ao pensamento sobre as dificuldades, barreiras e preconceitos enfrentados por ter este corpo (MACEDO *et al.*, 2013).

A pessoa com obesidade possui peculiaridades relacionadas aos aspectos psicológicos, aos socioculturais associados à discriminação, aos transtornos da imagem corporal, à baixa autoestima e às alterações do comportamento alimentar (MACEDO *et al.*, 2013).

*“O que quero dizer é que não sei se a obesidade é mesmo a centralidade dos meus problemas enquanto doença. Isso com certeza me adoeceu também mentalmente, diminui muito a minha autoestima, já chorei com a nutricionista, já chorei em consultórios médicos quando eles sugeriram a cirurgia bariátrica” (U4)*

A reprovação de si está relacionada ao estigma que acompanha as pessoas com obesidade. Com o descontentamento corporal, eles procuram táticas para esconder ou modificar as diferenças, em busca de uma aceitação nos ambientes sociais (MACEDO *et al.*, 2013).

*“Por incrível que pareça... que pareça eu não fico chateada, eu não fico triste e nem abatida, e simplesmente relevo... eu fico mais triste é quando eu vou vestir uma roupa que não me cabe... aí eu fico triste” (U1).*

Um dos significados da obesidade é representado pela relação corporal particular desenvolvida, a qual afeta o indivíduo, gerando sentimentos relacionados a um olhar de desaprovação ao seu corpo (SILVA e LANGE, 2010).

*“Quando a pessoa não tem uma intimidade com você a gente fica meio ofendido, mas quando é amigo ou familiar a gente leva na brincadeira e tudo certo” (U2).*

*“Não, quando alguém fala não ligo muito não, me preocupo mais com o que sinto mesmo, já consigo abstrair muita coisa de quando vem dos outros[...]depois de algumas coisas que já passaram na minha vida não dá ouvido aos outros, aos que os outros falam, aos que os outros pensam... Hoje em dia todo mundo sabe de tudo, todo mundo é o certo, quer ser o correto, quer saber da vida dos outros, quer saber mais do que os outros, prefiro não dar ouvidos pra não ficar enlouquecendo como um monte de gente enlouquece por causa dos outros, senão você não vive, você só faz o que as outras pessoas falam” (U3).*

*“Me sinto super mal, principalmente quando é a família mais próxima, mas quando são amigos, outras pessoas tenho que fazer como tô fazendo agora tenho que falar de forma mais pedagógica, explicando que nem sempre as pessoas que são obesas são realmente doentes, que ser gorda não é sinônimo de doença na maioria dos casos, mas enfim é uma construção que tô fazendo ainda, mas não tô empoderada o suficiente com relação a isso... Tenho estudado, participado de alguns movimentos de mostrar mais o povo, de não ter vergonha de ser quem sou por conta do meu peso, mas quando é mãe, pai, principalmente, que tem um peso muito maior” (U4).*

*“Sempre fui muito, muito tranquila em relação, como sou professora chego na sala de aula, já brinco com os alunos: Olha, vocês podem acostumar, vocês vão ficar o ano todinho com a gordinha! Então levo muito na esportiva, mas não é bom, a gente tem que começar a pensar na gente e começar a mudar, mudança é tudo na vida” (U5).*

*“Quando era mais novo, o que hoje ia chamar de bullying, naquela época não existia a palavra, a gente resolvia no soco. Hoje não, hoje já me sinto, assim, sei que sou gordo, sei que não vai mudar do dia pra noite e que não tem um caminho fácil ou um caminho exato para seguir. Hoje prefiro é dar risada. Então, gordo é gordo e não tem o que fazer” (U6).*

*“A minha família, o meu filho me disse: “Mãe, te gosto tanto gordinha, tu fica mais bonita assim”. Eu disse: “Lucas, mas não quero ser assim...” Ele: “Mãe, tu não é gorda!” Eles não me enxergam gorda, isso que é triste! Eles me acham linda, que tô bem, que falo que tenho que emagrecer... Minha nora me cobra, a minha filha não me cobra muito... e meu marido não me cobra nada. As outras pessoas, não sei se são muito discreta, mas nunca ninguém me fala nada... Tenho uma irmã que mora no sul ela me cobra e fico zangada com ela e o marido dela me cobra que tô muito gorda, que emagrecer vai parar minha dor... fico bem zangada, não gosto!” (U7)*

*“Não sei se agora o pessoal tá mais tranquilo, mas não tenho esse problema em questão de alguém falar para mim que estou gorda, porque como tô falando para você tenho consciência que tô, estou gorda. Então se alguém, chegar em mim e falar que você é gorda para questão de ofender, tá perdendo tempo que não vou me ofender com isso, porque sei que isso não é um problema, porque não existe só a pessoa é gorda porque quer, isso é mentira, ninguém é gordo porque quer, então sei que faço errado, mas sei o que não tenho culpa, mas não tenho problema que alguém me chame de gorda, porque tô nem aí, nem ligo para opinião alheia” (U8).*

Vários podem ser os mecanismos na base deste efeito paradoxal que o estigma pode ter no caso da obesidade, acabando por contribuir para algo que supostamente pretende combater: necessidade de autoproteção, resposta ao *stress*, modelos de autocontrole e criação de ambivalência (SILVA, 2014).

Importa percebê-los para desmontar a crença, algo generalizada, de que a criação de forte insatisfação face ao peso é uma boa via na criação de mudanças comportamentais fundamentais para a eficaz gestão do peso (SILVA, 2014).

Um dos principais mecanismos avançados tem a ver com a necessidade de autoproteção. A vivência de estigma com base no peso pode traduzir-se numa percepção de ameaça à identidade pessoal por parte de quem o vivencia, e essa ameaça acaba por ter repercussões ao nível dos comportamentos de saúde. Importa perceber que perante este sentimento de ameaça/desvalorização a pessoa defende-se colocando em marcha estratégias autorregulatórias de supressão de estereótipos e de emoções negativas, estratégias que passam por uma necessidade maior de agradar, causar boa impressão ou por evitar situações em que o risco de desvalorização esteja presente (SILVA, 2014, p. 17).

A percepção da obesidade pode induzir descontentamento pelo seu próprio corpo. A existência de sentimentos de negação, rejeição e frustração diante da imagem leva a percepção de que para se manter bonito há uma necessidade de ser magro, pois essa condição garante o bem-estar consigo mesmo e com os outros (MACEDO *et al.*, 2013).

*“Estou obesa sim... subir na balança e a balança marcar tanto, ter uma roupa, eu vou vestir, ela não me serve, faz com que eu me sinta bem gorda” (U1).*

*“Meu peso tá alto, tento fazer alguma coisa para regular ele, para manter, para baixar, mas assim, na mesma forma que eu perco peso muito rápido, eu ganho fico nesse efeito sanfona aí desde sempre: paro dieta, paro as atividades físicas recupero tudo de novo... acaba sendo uma dificuldade muito grande para mim mesmo com reeducação alimentar, com academia ou não consigo manter esse foco... mantenho por um ano aí eu acho que tá tudo bem depois de um ano já desleixo e ganha tudo de novo muito rápido” (U2).*

*“Não, não me vejo tão gordo” (U3).*

*“Acho meu corpo normal, mas com esse mesmo corpo eu já me achei muito gorda, internalizam um pouco como as pessoas pensam, como os médicos pensam[...] acho que eu sou uma pessoa normal... IMC me diz que eu tenho obesidade” (U4).*

*“Tô acima do peso, me considero” (U5).*

*“Sim, sempre fui gordo... É um padrão médico ter um peso para sua estatura” (U6).*

*“Me considero, porque me sinto mal, me sinto gorda, me sinto feia, me sinto tudo, não me gosto assim gorda, não queria ser assim” (U7).*

*“Sim, agora sim, porque eu estou acima do peso, minha gordura me prejudica” (U8).*

O querer ter um corpo diferente, uma insatisfação com o corpo que é percebido não tem de acarretar problemas. De fato, a imagem corporal refere-se à percepção que a pessoa tem do seu corpo, mas também à sua atitude face à aparência. Esta componente do significado psicológico que a pessoa atribui ao seu corpo, e as consequências para o seu autoconceito, é que pode acarretar problemas a considerar (SILVA, 2014).

Nestes casos, a aparência torna-se central para identidade pessoal e o amor-próprio passa a estar contingente ao alcançar de certos ideais sociais em termos de figura corporal. A investigação tem salientado o papel desta dimensão. O investimento que é feito na imagem, a sua saliência ou, por outras palavras, o peso que se atribui ao peso, é que é verdadeiramente fundamental na compreensão de como o estigma e as pressões sociais podem minar a gestão do peso, porque aumentam este “peso”, contribuindo para comportamentos disfuncionais, quer em termos de alimentação, quer mesmo de atividade física (SILVA, 2014 p. 22).

Além das consequências físicas, a obesidade apresenta efeitos psicológicos negativos, que incluem depressão, transtorno de humor, distúrbios motivacionais, imagem corporal prejudicada, baixa autoestima, problemas de comunicação interpessoal, distúrbios alimentares, estresse, afetando, direta ou indiretamente, a qualidade de vida (CHU *et al.*, 2019).

*“Mas... sei lá, às vezes fico: vou comer a vida é tão curta... vou comer esse doce, vou comer às vezes... Tô meio... sei lá... não devia pensar, mas não tenho cuidado... muito mais agora, ultimamente. O meu filho pesa 125 kg, ele tem 24 anos... Então tô bem desesperada por mim e por ele, porque ele vai ter que fazer alguma coisa e eu também não é bom para saúde é péssimo e ele menino novo...” (U7).*

As consequências mais profundas dos mecanismos em cima expostos podem ser melhor apreendidas com base nos modelos de autocontrole:

O autocontrole, referindo-se à aplicação de um controle executivo importante para a supressão de pensamentos, emoções e comportamentos negativos, tem sido encarado como um recurso limitado, e, portanto, uma vez sendo necessário o esforço pessoal para gerir determinada situação, os recursos da pessoa vão sendo mais escassos para lidar com outras. Ora, tal como já foi referido, a energia necessária para lutar contra uma imagem negativa de si e as implicações para o autoconceito que daí podem advir, acabam, paradoxalmente, por deixar a pessoa com menos recursos para a adoção e manutenção dos comportamentos alvo para a gestão do peso (ingestão alimentar e exercício) (SILVA, 2014, p. 18).

Tal desgaste não só pode passar despercebido a todos aqueles que perpetuam o estigma, como inclusivamente ao próprio alvo da discriminação, uma vez que muitos destes processos se operam de forma inconsciente. De qualquer forma, consciente ou não, a evidência científica é cada vez mais consistente e forte a demonstrar que experienciar estigma com base no peso pode, ironicamente, levar os indivíduos a comerem mais e pior, ao invés de menos (SILVA, 2014).

A comida é mais que alimento, está ligada também aos sentimentos de memórias e vivências. O sabor é um disparador de memórias que muitas vezes funciona como uma forma de matar saudades de casa, das pessoas, da infância ou de outros tempos mais felizes (SANTOS e SOUZA, 2020).

*“Muito problema ficar em casa... e todo mundo em casa quer comer bolo, torta, comida boa... que tem a minha filha, genro, filha, nora, outro filho, mas todo mundo quer comer! Sou uma boa cozinheira, todo mundo gosta da minha comida, faço de tudo um pouco, faço muita coisa boa... muita coisa gostosa de tradição do Sul” (U7).*

O ato de se alimentar está muito além de manter um corpo biológico. Come-se para nutrir as relações com as pessoas e com o mundo, as referências no tempo e no espaço. Desta forma, come-se também as lembranças. A comida é capaz de ser lida como um canal de afeto, ou como uma barreira social (SANTOS e SOUZA, 2020).

A resposta ao *stress* é outro dos mecanismos que podem ajudar a perceber este efeito perverso: perante a já exposta ameaça à identidade desencadeada pelo estigma, a pessoa pode desenvolver uma resposta de *stress* (agudo, ou até crônico em caso de exposição prolongada), e esta resposta tem sido ligada a maior descontrolo alimentar e preferência por alimentos ricos em açúcar e gordura (SILVA, 2014).

Os processos expostos consomem energia e recursos emocionais/cognitivos, deixam a pessoa mais frágil, mais vulnerável às solicitações internas e externas, nomeadamente no que à alimentação diz respeito (SILVA, 2014).

Portanto, os usuários usam o ato de alimentar o corpo como um ato de alimentar a alma, descarregar suas alegrias, tristezas e frustrações e não conseguem intuitivamente perceber porque se alimentam de forma excessiva. Devido a esse processo cíclico, se sentem mais insatisfeitos, desmotivados e tristes.

## 6 CONCLUSÕES

Este estudo mostrou-se extremamente relevante quanto a sua significância na abordagem sobre a compreensão dos significados da obesidade sob a ótica dos usuários das USFs, sendo possível conhecer vários aspectos que estão relacionados à sua vivência na condição de pessoa com obesidade.

A partir dos discursos apresentados e das categorias analisadas é possível concluir que

Quanto a sua compreensão sobre saúde, ficou evidente que compreendem o processo saúde-doença de forma ampliada, considerando seus determinantes e condicionantes, porém consideram também o conceito reducionista de ausência de doenças.

Quanto ao seu conhecimento sobre a promoção da saúde, apresentam desconhecimento sobre o conceito, porém vivenciam a sua aplicabilidade na prática quando identificam mudanças positivas em seus modos de vida com o apoio do nutricionista.

Elegem a alimentação inadequada e a inatividade física como responsáveis pela sua obesidade, porém reconhecem também que, apesar de fazer tudo conforme o recomendando, todo tipo de tratamento, dos mais simples aos mais complexos, não conseguem manter a regularidade do seu peso.

Quanto a obesidade, é nítida a compreensão sobre o seu conceito como excesso de peso e sua relação com a altura (IMC), que é uma doença que pode causar outras doenças, limitações na rotina diária e ter consequências para a saúde.

Quanto ao enfrentamento da obesidade e a identificação da sua compreensão sobre o cuidado que é ofertado no serviço de saúde, identificam as estratégias de enfrentamento da obesidade, a necessidade do cuidado prestado pela equipe multiprofissional, principalmente a importância do nutricionista como o profissional de excelência. Assumem a total responsabilidade pela sua condição de saúde e são tratados nos serviços de saúde de forma discriminatória, estigmatizante e culpabilizadora.

Portanto, pode-se concluir que a compreensão da obesidade apresenta vários significados negativos, físicos e psicológicos, principalmente relacionados a insatisfação pela imagem corporal devido o excesso de peso, o enfrentamento de uma doença de difícil reversão, vivenciada de forma limitante e estigmatizante que converge na produção de sentimentos de tristeza, raiva, negação, restrição, sofrimento, discriminação (gordofobia), indiferença, estresse, agressividade, e grande preocupação pela sua condição de saúde.

Espera-se que esses resultados possam gerar mudanças no cuidado ofertado às pessoas com obesidade nos serviços de saúde de forma mais empática e humanizada.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das limitações do estudo foi não realizar a coleta dos dados entre os usuários do CSC Morada do Sol, no Território Javaé (região geográfica Sul), impossibilitando a análise dos dados das três regiões geográficas de Palmas (Norte, Central e Sul). Seria importante obter esses dados no sentido de identificar se há semelhanças ou diferenças consideráveis que indiquem compreensões diversificadas das que foram encontradas em relação às regiões geográficas Central e Norte, uma vez que a região geográfica Sul concentra a maior parte da população com menor poder aquisitivo.

Outra limitação foi quanto a amostra, pois a mesma foi delimitada num momento específico que o sistema de saúde e toda a população enfrentava uma pandemia (COVID-19), impossibilitando a coleta presencial. Desta forma, foi preciso preconizar a segurança do entrevistado e coletador, captando os usuários na fase da manutenção, com características de adesão ao tratamento. No entanto, é extremamente importante, em estudos futuros, ampliar a amostra e realizar a coleta com aqueles que abandonaram o tratamento ou só foram na primeira avaliação, pois pode indicar aspectos importantes que podem orientar e qualificar a oferta dos serviços de saúde.

Não se pretende esgotar aqui a discussão a respeito desse tema, sendo necessários outros estudos para compreender cada aspecto dos significados da obesidade de forma mais aprofundada, haja visto que faz parte de um projeto macro que precisa ser pensado de forma ampliada. Sugere-se a realização de estudos que aprofundem a compreensão e reflexão acerca do estigma e da gordofobia e a compreensão sobre o corpo.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde? [online]. **Coleção Temas em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. (Coleção Temas em Saúde), 160 p. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books/about/O\\_que\\_%C3%A9\\_sa%C3%BAde.html?id=4jrAgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books/about/O_que_%C3%A9_sa%C3%BAde.html?id=4jrAgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em: 05 dez. 2020.
- ALMEIDA, L.M. et al. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde** (Brasília) Vol. 08, n. 01, Jan. 2017. p 114-139. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-gX17T9qoZgJ:https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3700+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 05 jan. 2021.
- ARAÚJO, K.L. et al. Iatrogenia e Estigma de Obesidade. **Rev. de Alim. Cult. Américas - RACA**. 1(1):4-20, jan./jun, 2020. Disponível em: <<https://raca.fiocruz.br/index.php/raca>>. Acesso em: 05 jan. 2021.
- AZVEDO, V. et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV - n.º 14 - JUL./AGO./SET. 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388255675017/388255675017.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2020.
- BARONI, D.P.M., et al. Diagnóstico como nome próprio. **Psicologia & Sociedade**; 22 (1): 70-77, 2010. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822010000100009&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822010000100009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 dez. 2020.
- BARRETO, A.G.S. et al. Hábitos obesogênicos e prevalência de obesidade em população adulta na Bahia. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.3, n. 14, p.165-174, Mar/Abr. 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/Deda/Downloads/Dialnet-HabitosObesogenicosEPrevalenciaDeObesidadeEmPopula-4837819%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Deda/Downloads/Dialnet-HabitosObesogenicosEPrevalenciaDeObesidadeEmPopula-4837819%20(1).pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2020.
- BARROS FILHO, A. A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **Jornal de Pediatria** - Vol. 80, Nº1, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a01.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2020.
- BARROS, F.S. A atenção básica de saúde em Palmas-TO no contexto histórico normativo do Sistema Único de Saúde. **[Dissertação]** Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins – UFT, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/2484/1/Fabiane%20Santos%20Barros%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BATISTA, T. P. O Diário de Bordo: uma forma de refletir sobre a prática pedagógica. **Revista Insignare Scientia**, Vol. 2, n. 3, 2019 - Edição Especial: Ciclos Formativos em Ensino de Ciências. Disponível em:

<<https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RIS/article/view/11209>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

BARBOSA, M. R.; MATOS, P. M.; COSTA, M. E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 24-34, 2011. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/WstTrSKFNy7tzvSyMpqfWjz/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 05 out. 2020.

BEZERRA, J.A.B. Educação alimentar e nutricional: articulação de saberes. **Fortaleza: Edições UFC**, 2018. Disponível em:

<<file:///C:/Users/Deda/Downloads/Educao%20Alimentar%20Nutricional%20-%20articulo%20de%20saberes.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum Growth Dev**, 26(1), 2016. Disponível

em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 05 dez. 2020.

BIRCK, M. D. Comer para preencher: uma compreensão psicológica do reganho de peso após a cirurgia bariátrica. [Tese] Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília: DF, 2017. Disponível em:

<<https://repositorio.unb.br/handle/10482/24602?mode=simple#:~:text=Em%20torno%20de%2040%25%20dos,de%20peso%20ap%C3%B3s%20o%20procedimento>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

BRANDÃO, A. L. et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 678-693, jul-set 2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n126/678-693/>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

BRAGA, G. B.; FIÚZA, A. L. C.; REMOALDO, P. C. A. O conceito de modo de vida: entre traduções, definições e discussões. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 19, nº 45, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222017000200370](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222017000200370)>. Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **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** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em:

<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde. Departamento de gestão e incorporação de tecnologias e inovação em saúde. **Relatório de Recomendação Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos, nº567**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113\\_Minuta\\_PCDT\\_Sobrepeso\\_e\\_Obesidade\\_em\\_Adultos\\_29\\_10\\_2020\\_Final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_Minuta_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: 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 2018** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 21 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ginecologia** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_especializada\\_ginecologia\\_v\\_IV.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_ginecologia_v_IV.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/Marco-de-Refer%C3%A2ncia-da-Vigil%C3%A2ncia-Alimentar-e-Nutricional-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <[file:///C:/Users/02715442440/Downloads/pnps\\_revisao\\_portaria\\_687.pdf](file:///C:/Users/02715442440/Downloads/pnps_revisao_portaria_687.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38) Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**/Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas\\_desafios\\_cuidado\\_pessoas\\_obesidade.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha Academia da Saúde**. Brasília: 2014c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia\\_saude\\_cartilha.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014e. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_ca\\_b35.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_ca_b35.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <[https://actbr.org.br/uploads/arquivo/919\\_vigitel\\_2012.pdf](https://actbr.org.br/uploads/arquivo/919_vigitel_2012.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS 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; 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html)>. Acesso em: 21 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas com seres humanos**. Brasília: Ministério da saúde, 2012a. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 jun. de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da União, 2012b. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 21 nov.2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd12.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2020.

BURLANDY, L. et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000305007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305007)>. Acesso em: 14 mar. 2020.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010373312007000100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010373312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Brasília, Brasil, **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 6 (2), jul - dez, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1983-82202013000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202013000200003)>. Acesso em: 05 dez. 2020.

CAMARGO, A. P. P. M. et al. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(2):323-333, 2013. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S141381232013000200004&lng=e&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232013000200004&lng=e&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 05 dez. 2020.

CAMPANA, A.N.N.B.; TAVARES, M.C.G.C.F. Comer uma questão de identidade corporal. In: MENDES, R.T. et al. (Org.). **Qualidade de vida e cultura alimentar**. Campinas: Ipês Editorial, 2009. Disponível em: <[https://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/deafa/qvaf/cultura\\_alimentarcompleto.pdf](https://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/deafa/qvaf/cultura_alimentarcompleto.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2020.

CAMPOS, D. A.; CEMBRANEL, F.; ZONTA, R. **Abordagem do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico], 1. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45782>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

CARLOMAGNO, M.C.; ROCHA, L.C. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, vol. 7, n. 1, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Deda/Downloads/45771-183199-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Deda/Downloads/45771-183199-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2021.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CARRAPATO, P. et al. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CARNEIRO, H. S. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p. 71-80, Editora UFPR, 2005. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/historia/article/view/4640/3800>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CARVALHÊDO, W. S.; LIRA, E. R. Palmas ontem e hoje: do interior do Cerrado ao Portal da Amazônia. **OBSERVATORIUM: Revista Eletrônica de Geografia**, v.1, n.2, p.51-73, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.observatorium.ig.ufu.br/pdfs/1edicao/n2/PALMAS%20ONTEM%20E%20HOJE.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

CAVALCANTE, R.B; CALIXTO, P; PINHEIRO, M.M.K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014. Disponível em: <[https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitativo%20e%20qualitativo%20-IFES/An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo/cavalcante\\_calixto%20e%20pinheiro%20analise%20se%20conteudo\\_pdf\\_ba8d5805e9\\_0000018457.pdf](https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitativo%20e%20qualitativo%20-IFES/An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo/cavalcante_calixto%20e%20pinheiro%20analise%20se%20conteudo_pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CHU, D.T. et al. An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. **Diabetes and Metabolic Syndrome**, v. 13, p. 155-160, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30641689/>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

DALMOLIN, B.B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de Docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, vol.15 no.2 Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23.pdf>>. Acesso em: 05 nov. de 2020.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEUS, A.; MARTINS, N. E. G.; SANTIAGO, L. V. As representações do corpo ao longo do tempo: seus discursos e suas construções. **XI Congresso Nacional de Educação – EDUCERE**, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2103. Disponível em: <[https://educere.bruc.com.br/CD2013/pdf/8185\\_5087.pdf](https://educere.bruc.com.br/CD2013/pdf/8185_5087.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2021.

DIAS, P.C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. [periódico online] **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(7):e00006016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00006016.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

DIAS, A.L.C. Tocantinense ou goiano? Uma questão de identidade. Revista Espaço e Tempo Midiáticos, vol. 2, nº1, 2017. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/midiaticos/article/view/4046>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

DINIZ, E.H. et al. Abordagens Epistemológicas em Pesquisas Qualitativas: Além do Positivismo nas Pesquisas na Área de Sistemas de Informação. **30º Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ENANPAD)**, Salvador, Bahia, 2006. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/diversos/down\\_zips/10/enanpad2006-adid-1812.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/10/enanpad2006-adid-1812.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2020.

DJALALINIA, S. et al. Health impacts of obesity. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 31, n. 1, p. 239-242, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25878654/>>. Acesso em: 25 nov. 2020.

DOURADO, C. S et al. Body, culture and meaning. **J Hum Growth Dev**. 2018; 28(2):206-212. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/147240>>. Acesso em: 25 nov. 2020.

DUARTE, J.; BARROS, A. Entrevista em profundidade. In: BARROS, Antônio; DUARTE, Jorge. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em comunicação**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ERIG, G. A. A gastronomia típica, enquanto atrativo turístico-cultural de Palmas/TO. **Anais do XII Seminário Anual da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Turismo – ANPTUR**, 2015. Disponível em: <<https://www.anptur.org.br/anais/anais/files/12/37.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

FRANCISCO, L. V.; DIEZ-GARCIA, R. W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, 2015. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/16095>>. Acesso em: 09 jul. 2020.

GARCIA, P.T. et al. **Saúde e sociedade** / in: GARCIA, P. T. et al. (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2015.82 p.: il. (Cadernos de Saúde da Família n. 1). Disponível em: <[http://repcursos.unasus.ufma.br/atencaobasica\\_20152/modulo\\_2/und1/media/pdf/livro.pdf](http://repcursos.unasus.ufma.br/atencaobasica_20152/modulo_2/und1/media/pdf/livro.pdf)> Acesso em: 05 dez. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <[http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil\\_como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa.pdf](http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2020.

GOMES, F.M.; SILVA, M.G.C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciencia & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 16, n. supl 1, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 out. 2020.

GOOGLE. **Ajuda do Google Meet, 2020**. Google, 2021. Disponível em:

<<https://support.google.com/meet/?hl=pt-BR#topic=7306097>>. Acesso em: 23 de out. 2020.

GOOGLE. WhatsApp Inc. **WhatsApp Messenger**. Google Play. Google, 2020. Disponível em: <<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.whatsapp>>. Acesso em: 23 de out. 2020.

ISMD. **Portal Faculdade ISMD**. Disponível em: <<https://ismd.com.br/voce-sabe-o-que-sao-os-obesogenicos/>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

JOB, A.R.; OLIVEIRA, A.C.S. Percepção dos acadêmicos de nutrição sobre a efetividade a longo prazo dos métodos de dietas restritivas para a perda e o controle de peso. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v. 13. n. 78. p.291-298. Mar./Abril. 2019. ISSN 1981-9919. Disponível em:

<<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/941>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

KAPLAN, L.M. et al. Perceptions of Barriers to Effective Obesity Care: Results from the National ACTION Study. **Obesity**, volume 26, issue 1, 2018. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.22054>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

LEME, P. A. F. et al. Alimentação, Condições de Saúde e Fatores de Risco para Adoecimento dos Funcionários da Universidade Estadual de Campinas. In: **Qualidade de vida e cultura alimentar**. Roberto Teixeira Mendes, Roberto Vilarta, Gustavo Luis Gutierrez, org. Campinas: Ipês Editorial, 2009. Disponível em:

<<file:///C:/Users/Deda/Downloads/Qualidadedevidaeculturaalimentar.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

LERARIO, A.C.; LOTTENBERG, S.A. Mecanismos ambientais implicados no ganho de peso e as oportunidades para prevenção da obesidade. **Einstein**. 2006; Supl 1:s7-s13.

Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/120-7-13.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

LOBE, B.; MORGAN, D.; HOFFMAN, K. A. Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. **International Journal of Qualitative Methods**. Volume 19: 1–8, 2020.

Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1609406920937875>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

MATTOS, R.S.; LUZ, M.T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo

socioantropológico sobre obesidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [ 2 ]: 489-507, 2009. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200014&script=sci_abstract&tlng=pt)>.

Acesso em: 05 dez. 2020.

MACEDO, T. T. S. et al. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 19(3) Jul-Set, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0505.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2020.

MARCHIONI, D.M.L.; CARVALHO, A. M.; VILLAR, B. S. Dietas sustentáveis e sistemas alimentares: novos desafios da nutrição em saúde pública. **REVISTA USP**, nº128, Dossiê Saúde Pública, pg. 61-76, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185411>>. Acesso em: 09 jun. 2021.

MARTIN, D. et al. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. **Rev. Saúde Pública** vol.40 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S003489102006000100026>>. Acesso em 25 nov. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2020.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso / obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.20, n.3, 2004. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300006&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300006&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 21 jun. 2020.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007)>. Acesso em: 21 jun. 2020.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v.22, n.37, 1999. Disponível em: <<http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/60815562/Analise%20de%20conte%20C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S. Práticas de saúde pública. In: **Saúde pública: bases conceituais**. Org: Aristides Almeida Rocha, Chester Luiz Galvão Cesar, Helena Ribeiro. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4977200/mod\\_resource/content/1/DALLARI%20%20S.%20G.%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Jur%C3%ADdica%20do%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Brasileiro%20.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4977200/mod_resource/content/1/DALLARI%20%20S.%20G.%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Jur%C3%ADdica%20do%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Brasileiro%20.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2021.

OLIVEIRA, L. F.; RODRIGUES, P. A. S. Circunferência de cintura: protocolos de mensuração e sua aplicabilidade prática. **Nutrivisa – Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde**, Volume 3, Número 2, julho-outubro/2016. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4977200/mod\\_resource/content/1/DALLARI%20%20S.%20G.%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Jur%C3%ADdica%20do%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Brasileiro%20.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4977200/mod_resource/content/1/DALLARI%20%20S.%20G.%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Jur%C3%ADdica%20do%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Brasileiro%20.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2021.

OLIVEIRA, L. A. Centros urbanos e espaços livres públicos: produção e apropriação em Palmas-TO. [Tese] (Doutorado - Área de Concentração: Paisagem e Ambiente) – FAUUSP, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/486?mode=full>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894). Disponível em: [https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/)>. Acesso em: 21 jun. 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Waist Circumference and Waist–Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation**, Geneva, Switzerland: WHO, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501491>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com Informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 setembro-outubro; 13(número especial):896-902. Disponível em: <http://rlae.eerp.usp.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

PAIM, M.B.; KOVALESKI, D.F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde soc.** vol.29 no.1 São Paulo 2020 Epub Mar 30, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902020000100310/](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000100310/)>. Acesso em: 23 out. 2020.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Caderno Análise de Situação de Saúde de Palmas: Cenário da Obesidade em Palmas, Tocantins**. Palmas, v.2, n.6, Novembro, 2020. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/>>. Acesso em: 23 out. 2020.

PHELAN, S.M. et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obesity Rev.** 2015; 16 (4): 319 - 326 . PubMed. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.12266>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

PUHL, R. M. et al. Attitudes toward obesity in obese persons: A matched comparison of obese women with and without binge eating. **Eat Weight Disord.** 2010 Sep; 15(3): e173–e179. Published online 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3652565/?tool=pubmed>>. Acesso em: 08 jul.2020.

PUHL, R.M.; HEUER, C.A. The Stigma of Obesity: A Review and Update. Nature publishing group, Reviews Epidemiology, **Obesity**. Volume 17, number 5, 941-964, 2009. Disponível em: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58540291/puhl\\_et\\_al-2009-obesity.pdf?1551616243=&response-contentdisposition=inline%3b+filename%3dpuhl\\_et\\_al\\_2009\\_obesity.pdf&expires=1610371505&signature=e-bgksfiii3lketjwj-kf07xp87cvhfykoq1rcsd-u33wrcajn~nzza9ptsospgyvqf3glolefdniapxyt0f8ejembsmpvymj7ev2bju5w-8g8m8me~svxplxaun7vcxambv9xgxlflroj2rnadejyb68v](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58540291/puhl_et_al-2009-obesity.pdf?1551616243=&response-contentdisposition=inline%3b+filename%3dpuhl_et_al_2009_obesity.pdf&expires=1610371505&signature=e-bgksfiii3lketjwj-kf07xp87cvhfykoq1rcsd-u33wrcajn~nzza9ptsospgyvqf3glolefdniapxyt0f8ejembsmpvymj7ev2bju5w-8g8m8me~svxplxaun7vcxambv9xgxlflroj2rnadejyb68v)>. Acesso em: 12 dez. 2020.

RAMOS, D.B.N. et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cad. Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000605006&script=sci\\_arttext#B1](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000605006&script=sci_arttext#B1)>. Acesso em: 12 dez. 2020.

REIS, G. A. et al. Determinantes socioambientais de saúde: percepção de moradores de um assentamento rural no norte do Brasil. **International Journal of Development Research**, Vol. 10, Issue, 02, February, 2021 Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41591-020-0803-x#Sec2>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

REIS, D. S. M. Políticas públicas visando o controle da obesidade. **Educação, Tecnologia e Cultura - E.T.C.**, [S.l.], n. 13, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.publicacoes.ifba.edu.br/index.php/etc/article/view/30>>. Acesso em: 03 mai. 2021.

RUBINO, F. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, VOL 26, April, 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41591-020-0803-x#Sec2>>. Acesso em: 01 jul.2020.

SANTOS, F. G.; BASTOS, S. A gastronomia típica, enquanto atrativo turístico-cultural de Palmas/TO. **Anais do XII Seminário Anual da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Turismo – ANPTUR**, 2013. Disponível em: <[https://www.anptur.org.br/anais/anais/files/10/\[110\]x\\_anptur\\_2013.pdf](https://www.anptur.org.br/anais/anais/files/10/[110]x_anptur_2013.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2021.

SANTOS, L. A. et al. Obesidade(s): diferentes olhares e múltiplas expressões / Ligia Amparo-Santos; Silvana Lima Guimarães França; Amélia Borba Costa Reis Org. – Salvador: Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Universidade do Estado da Bahia; Ministério da Saúde, 2020.

SANTOS, M.O.; SOUZA, J.B. Comida como afeto, conforto e refúgio: entendendo o ato de comer em tempos de pandemia. **Rev. de Alim. Cult. Américas - RACA**. 2(2):135-150, jul./dez, 2020. Disponível em: <<https://raca.fiocruz.br/index.php/raca/article/view/42/59>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

SANTOS, L.A.S. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador - Bahia**. [online]. Salvador: EDUFBA, 2008, 330 p. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/38m/pdf/santos-9788523209087.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 31 (5): 538-42, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

SILVA, I.C. et al. Identificação de elementos da gastronomia para serem utilizados como marketing turístico local. **10ª Jornada de Iniciação Científica e Extensão do Instituto Federal do Tocantins – IFTO**, 2019. Disponível em: <<https://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/jice/10jice/paper/viewFile/9565/4510>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

SILVA, A.F.S. et al. A magreza como normal, o normal como gordo”: reflexões sobre corpo e padrões de beleza contemporâneos. **REFACS (online)** 2018; 6(4). Disponível em: <[https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1238/o/Corpo\\_magro\\_Corpo\\_gordo.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1238/o/Corpo_magro_Corpo_gordo.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2020.

SILVA, M.N. Obesidade e estigma: duas faces da mesma moeda? **Revista Factores de Risco**. Nº34, Out-Dez, 2014, Pág. 16-25. Disponível em: <[file:///C:/Users/Deda/Downloads/Silva Obesidade e estigma Factores de Risco 2014.pdf](file:///C:/Users/Deda/Downloads/Silva%20Obesidade%20e%20estigma%20Factores%20de%20Risco%202014.pdf)>. Acesso em: 08 jan.2020.

SILVA, G.A.; LANGE, E.S.N. Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. **Psicol Argum on line** [Internet] 2010.; 28(60):43-54. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=3509&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

SILVA, G.R.F. et al. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, vol. 5, núm. 2, pp. 246-257, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil, 2006. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3614/361453972028.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 202.

SISVAN. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice, 2019. Disponível em: <<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*, 2019. (A Sindemia Global da Obesidade, Desnutrição e Mudanças Climáticas - relatório da Comissão The Lancet, 2019). Traduzido e comentado pelo IDEC e Nupens. Disponível em: <[https://alimentandopoliticas.org.br/wpcontent/uploads/2019/08/idec-the\\_lancet-sumario\\_executivo-baixa.pdf](https://alimentandopoliticas.org.br/wpcontent/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2021.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [ 2 ]: 417-434, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-73312016000200417&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312016000200417&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2020.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2005.v39n3/507-514/pt>>. Acesso em: 25 nov. 2020.

VALENTE, F.L.S. Rumo à Realização Plena do direito humano à alimentação e à nutrição adequadas. **Revista Development** 57 (2), p. 155-170. 2014. Traduzido para o português em maio de 2016 por Daniela Calmon, a pedido da FIAN Brasil. Disponível em: <[https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2017/02/Rumo-%C3%A0-realiza%C3%A7%C3%A3o-plena-do-DHANA\\_Flavio-Valente.pdf](https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2017/02/Rumo-%C3%A0-realiza%C3%A7%C3%A3o-plena-do-DHANA_Flavio-Valente.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2020.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):185-194, 2010. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100024](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100024)>. Acesso em: 11 ago. 2020.

WHARTON, M. D. S. Obesity in adults: a clinical practice guideline. **Cmaj**, volume 192, issue 31, 2020. Disponível em: <<https://www.cmaj.ca/content/192/31/E875>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

ZOTTIS, C.; LABRONICI, L.M. O corpo obeso e a percepção de si. **Revista Cogitare Enfermagem**. V. 7, N. 2, Curitiba, 2003. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1665>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### USUÁRIOS DO SUS

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS do Tocantins – ECOASUS/TO”**, **Aprovação CAAE:** 29418620.3.0000.55.19, (CEP/UFT), cujo objetivo do estudo é desenvolver produtos e estratégias para subsidiar a implantação e organização de ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco e cuidado pelos profissionais da Atenção Primária de Saúde (APS) voltados ao enfrentamento e controle da obesidade no estado do Tocantins.

Sua participação neste estudo, que tem como um dos objetivos específicos, compreender o significado da obesidade sob a ótica dos usuários das unidades básicas de saúde de Palmas-TO, e será desenvolvido como dissertação de mestrado, não infringe as normas legais e éticas, não oferece riscos à sua dignidade e não gera nenhuma despesa. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e só serão utilizadas neste estudo. Somente a equipe de pesquisa terá conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados do estudo. As informações prestadas pelo (a) Sr. (Sra.) não serão divulgadas individualmente e nem servirão a outro propósito que não o de fornecer informações para melhoria e qualificação da gestão e do cuidado prestado aos usuários do SUS. Os riscos envolvidos estão relacionados com o desconforto para preenchimento do questionário e o tempo gasto (aproximadamente 60 minutos).

Ao participar, o (a) Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto. Esclarecemos que o (a) Sr. (Sra.) tem a liberdade de se recusar a participar e, ainda, se recusar a continuar participando de qualquer fase do estudo, sem nenhum prejuízo para si.

Os riscos decorrentes da sua participação na pesquisa são as possíveis situações de constrangimento, uma vez que o ato de responder a instrumento de pesquisa, mesmo não tendo que se identificar, poderá causar a exposição de informações pessoais, trazendo à memória experiências ou situações vivenciadas. A pesquisadora responsável, ficará à disposição para as orientações psicológicas individuais que se fizerem necessárias.

Para sanar qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos da pesquisa o (a) Sr (a) poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT, localizado no endereço 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO 14, Plano Diretor Norte, Campus Universitário de Palmas - UFT, Prédio do Almoxarifado, e-mail: cep\_uft@uft.edu.br, telefone (63) 3229-4023 de segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados).

Eu, \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, contato: \_\_\_\_\_, estou sendo convidado, na categoria de usuário do SUS, e declaro que fui informado (a) dos objetivos do estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci as minhas dúvidas. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser. Este documento será emitido e assinado pela pesquisadora responsável, e enviado para meu número de whatsapp.

Em caso de dúvidas não esclarecidas de maneira adequada entrar em contato com a entrevistadora e aluna do Mestrado em Ciências da Saúde, Andreza Domingos da Silva no telefone (63)98425-9926, sua professora orientadora Dr.<sup>a</sup> Marta de Azevedo Santos no telefone (63)99971-6233 e professora co-orientadora, Dr.<sup>a</sup> Sônia Lopes Pinto no telefone (63)98412-7476.

Caso os esclarecimentos não tenham sido atendidos, poderá ainda, recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins, no seguinte endereço e contatos: campus Palmas, Avenida NS 15, Quadra 109 Norte, Plano Diretor Norte, telefone (63) 3229-4023, email: cep\_uft@uft.edu.br.

Palmas-TO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Voluntário (a)

RG ou CPF

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos

Mestrado em Ciências da Saúde

Matrícula 2569748

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO DO USUÁRIO

Os dados serão utilizados para pesquisa e elaboração de Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT/TO)

**Pesquisadora responsável:** Dr.<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos

**Entrevistadora:** Andreza Domingos da Silva

**Data da entrevista:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Hora de início:** \_\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_\_

### **IDENTIFICAÇÃO:**

Sujeito n.º \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Mas. ( ) Fem. ( )

Escolaridade: \_\_\_\_\_

1. Para você, o que é saúde?
2. Você acha que suas atitudes contribuem para seu modo de vida saudável? Quais são?
3. Você acha que precisa fazer algo para melhorar sua saúde? O quê?
4. Você consegue descrever em uma linha do tempo, por ano, um pouco sobre sua saúde? (Fazer uma linha do tempo baseado na idade no papel)
5. Você já ouviu falar sobre Promoção de Saúde? O que você entende sobre isso? Como você teve acesso?
6. Para você, o que é obesidade?
7. Você se considera uma pessoa com obesidade? Justifique sua resposta.
8. Você se lembra quando recebeu o diagnóstico de obesidade por um profissional da saúde? Qual foi o profissional?
9. No momento do diagnóstico, como você se sentiu? Qual tratamento você recebeu na época?
10. Como ocorreu seu contato para tratamento da obesidade nesta UBS? E no SUS? (Você foi encaminhado por algum profissional? Foi por iniciativa própria?)
11. Você pode descrever em uma linha do tempo um pouco sobre seu processo de tratamento da obesidade? (Desde quando você está enfrentando a questão da obesidade? Quando entrou em tratamento? Ele é contínuo? Ou houve interrupções?)
12. Como era seu modo de vida antes das consultas com o nutricionista? Houve alguma mudança?
13. Como você descreve o atendimento e tratamento que recebe do nutricionista? Atende suas expectativas? Você teria alguma sugestão para melhoria do atendimento?
14. Como você se sente quando profissionais de saúde falam sobre seu peso?
15. Como você se sente quando outras pessoas falam sobre seu peso (colegas de trabalho, família, estranhos, cônjuges)?
16. Você tem algo a acrescentar a nossa conversa?

## APÊNDICE C – UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE CONTEXTO DAS ENTREVISTAS

Unidades de registro	Unidades de contexto
1.Bem-estar biopsicosocial	1.Compreensão sobre o conceito de saúde.
2.Ausência de doenças	
3.Autocuidado	
4.Alimentação inadequada	2.Percepção sobre modos de vida saudável.
5.Inatividade física	
6.Acompanhamento médico	
7.Acompanhamento nutricional	
8.Saúde mental	3.Compreensão da necessidade de bem-estar biopsico.
9.Reeducação alimentar	4.Compreensão da necessidade de realizar mudanças nos modos de vida.
10.Prática de atividade física	
11.Saúde mental	
12.Acompanhamento nutricional	
13.Emagrecimento	
14.Doenças	5.Doenças relacionadas à obesidade
15.Fatos relacionados a ganho e reganho de peso	6.Fatores que influenciam o ganho/reganho de peso.
16.Ansiedade e saúde mental	
17.Aceitação do corpo gordo	7.Negação da condição de saúde.
18.Condição de saúde	
19.Acompanhamento nutricional	8.Estratégias para o controle da obesidade.
20.Prática de atividade física	
21.Alimentação adequada e saudável	
22.Dieta	
23.Acompanhamento multiprofissional	
24.Tratamento dos sintomas	
25.Uso de medicamentos	
26.Reganho de peso	
27.Não sabe	9.Desconhecimento sobre promoção da saúde.
28.Saúde mental	10.Conhecimento fragmentado sobre promoção da saúde.
29.Melhoria da saúde	
30.Peso	11.Relação peso e altura (IMC).
31.Altura	
32.Prejudicar a saúde	12.Mortalidade relacionada a obesidade.
33.Medo da morte	
34.Grau de obesidade	
35.Estado de saúde	13.Abordagem profissional estigmatizante.
36.Estigma social	
37.Tristeza e negação	14.Tristeza pela não aceitação do corpo.
38.Se considera uma pessoa com obesidade	15.Se reconhece como uma pessoa com obesidade.
39.Atividades de vida diária prejudicadas	
40.Autoimagem negativa	
41.Não se considera uma pessoa com obesidade	16.Não se reconhece como uma pessoa com obesidade.
42.Estigma social	
43.Médico	17.Sofrimento com estigma social.
44.Nutricionista	
45.Pouca clareza no diagnóstico	18.Diagnóstico de obesidade realizado pelo médico ou nutricionista
46.Ausência no diagnóstico	19.Não considera que recebeu diagnóstico
47.Tristeza	20.Ausência de diagnóstico com recomendação estigmatizante de perda de peso.
48.Raiva	
49.Indiferença	
	21.Sentimentos relacionados ao diálogo sobre o peso.

50.Auto aceitação	
51.Não aceitação	
52.Estigma	
53.Estresse	
54.Agressividade	
55.Susto	
56.Preocupação	
57.Incomodo com o corpo gordo	
58.Autoimagem prejudicada	
59.Atenção	
60.Pró atividade	
61.Aconchego	
62.Acolhimento	
63.Foco no peso	22.Possibilidades de tratamentos.
64.Dieta	
65.Acompanhamento multiprofissional	
66.Atividade física	
67.Cirurgia bariátrica	23.Demanda espontânea.
68.Uso de medicação	
69.Iniciativa própria	24.Demanda por encaminhamento profissional.
70.Pedido do médico	25.Obesidade e a sua relação com outras doenças.
71.Doenças	26.Dificuldades no tratamento da obesidade.
72.Abandono de tratamento	
73.Dificuldade de perder e manter o peso	
74.Estigma	
75.Autocuidado	27.Não identifica hábitos obesogênicos.
76.Não houve mudanças	
77.Alimentação inadequada	28.Identifica hábitos obesogênicos e realiza mudanças nos modos de vida.
78.Mudanças saudáveis	
79.Atendimento satisfatório	29.Abordagem profissional.
80.Terapêutica	
81.Orientação	
82.Incentivo	
83.Prática de atividade física	
84.Reeducação alimentar	
85.Acompanhamento	
86.Sugestão de melhoria	30.Ampliação da capacidade de atendimento com equipe multiprofissional.
87.Estigma	
88.Acolhimento	
89.Autonomia	
90.Autocuidado	31.Tratamento medicamentoso para obesidade.
91.Acompanhamento multiprofissional	
92.Uso de medicamentos	32.Não quer acrescentar nada à conversa.
93.Negativa	33.Acompanhamento multiprofissional para o controle da obesidade.
94.Ajuda	

**APÊNDICE D – UNIDADES DE CONTEXTO E CATEGORIAS INICIAIS DAS ENTREVISTAS.**

Unidades de contexto	Categorias iniciais
Compreensão sobre o conceito de saúde.	I. Compreensão sobre saúde.
-Percepção sobre modos de vida saudável. - Compreensão da necessidade de bem-estar biopsico.	II. Autopercepção sobre modos de vida.
-Compreensão da necessidade de realizar mudanças nos modos de vida.	III. Mudanças nos modos de vida.
-Doenças relacionadas à obesidade. -Fatores que influenciam o ganho/reganho de peso.	IV. Autopercepção sobre condição de saúde.
-Estratégias para o controle da obesidade.	V. Enfrentamento da obesidade.
-Desconhecimento sobre promoção da saúde. -Conhecimento fragmentado sobre promoção da saúde.	VI. Conhecimento sobre promoção da saúde.
-Relação peso e altura (IMC). -Mortalidade relacionada a Obesidade.	VII. Compreensão sobre obesidade.
-Abordagem profissional estigmatizante e tristeza pela não aceitação do corpo.	VIII. Estigma da obesidade.
-Se reconhece como uma pessoa com obesidade. -Não se reconhece como uma pessoa com obesidade.	XI. Autopercepção sobre obesidade.
-Sofrimento com estigma social.	X. Estigma da obesidade.
-Diagnóstico de obesidade realizado pelo médico ou nutricionista. -Não considera que recebeu diagnóstico. -Ausência de diagnóstico com recomendação estigmatizante de perda de peso.	XI. Diagnóstico da obesidade.
-Sentimentos relacionados ao diálogo sobre o peso.	XII. Sentimentos relacionados à obesidade.
-Possibilidades de tratamentos. -Demanda espontânea. -Demanda por encaminhamento profissional.	XIII. Tratamento da pessoa com obesidade.
-Não identifica hábitos obesogênicos. -Identifica hábitos obesogênicos e realiza mudanças nos modos de vida.	XIV. Hábitos obesogênicos.
-Abordagem profissional. -Ampliação da capacidade de atendimento com equipe multiprofissional.	XV. Gordofobia.

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFT (CEP/UFT)

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS do Tocantins - Projeto ECOA-SUS/Tocantins

**Pesquisador:** SÔNIA LOPES PINTO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 29418620.3.0000.5519

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.986.991

#### Apresentação do Projeto:

Os dados do programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito (Vigitel), de 2018, mostram prevalência de 16% de obesidade em Palmas, porém, quando analisamos os dados do SISVAN, também de 2018, mas que apresenta informações de todas as faixas etárias e de todo o estado do Tocantins, observamos resultados diferentes, e bastante alarmantes. A prevalência da obesidade em adultos chega a 24,3% (Índice de Massa Corporal – IMC > 30kg/m<sup>2</sup>) e quando avaliado também o sobrepeso (IMC > 24,9 e < 30 kg/m<sup>2</sup>), a prevalência aumenta para 34,8%. Então, considerando somente a idade adulta, temos no estado do Tocantins, 59,1% da população com excesso de peso.

Considerando as outras faixas etárias, temos 6,4% em adolescentes, 5,2% em crianças de 0-5 anos, 8,7% em crianças de 5-10 anos e 16,4% das gestantes com obesidade. Analisando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, em relação ao hábito alimentar da população tocaninense, observamos que o consumo adequado de frutas e hortaliças para pessoas com 18 anos ou mais, é de 46,9%, apresentando a segunda melhor colocação entre todos os estados no Brasil, ficando atrás somente do Distrito Federal. Já o consumo regular de refrigerantes é de 23,6% e de doces 17,7%. Relatório recente publicado pelo Ministério da Saúde com dados do SISVAN, de 2018, mostra que o consumo regular de alimentos ultraprocessados chega a 55,3% das crianças tocaninenses até 2 anos. Estes resultados mostram que o consumo alimentar da população do Tocantins está melhor em alguns aspectos, porém, está aquém em outros, o que justifica a

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 3.986.991

elevada prevalência de obesidade e de excesso de peso. Além disso, há de se mencionar o fato que muitos municípios do estado não têm acesso a maior diversidade de alimentos frescos, vivendo em deserto alimentar, o que por sua vez aumenta o consumo de alimentos ultraprocessados, que são ricos em energia, gordura e açúcar, e pobres em micronutrientes.

Mesmo o Tocantins sendo um estado novo, ele também compartilha de problemas de saúde tais como os demais estados. E diante disso, é necessária articulação de todas as esferas do governo e principalmente comunidade local para o enfrentamento dessas dificuldades. Dentro desse contexto, a obesidade deve ser enfrentada e controlada em todas as dimensões.

Trata-se de um estudo do tipo transversal, com objetivo de produzir informações e desenvolver, em conjunto com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), estratégias para organização e aumento da efetividade das ações de prevenção da obesidade e cuidado da pessoa com obesidade.

A proposta terá sua execução coordenada pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), Câmpus de Palmas, e contará com um corpo multiprofissional e multidisciplinar de docentes. A pesquisa envolve toda a coleta de dados para diagnóstico das ações voltadas para o cuidado da obesidade pelos municípios Tocantinenses. Estes dados servirão também para nortear o planejamento de futuras ações para a linha de cuidados do excesso de peso. Serão convidados a participar do projeto todos os 139 municípios do estado do Tocantins. Os municípios que aceitarem participar do projeto, deverão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados será realizada através do preenchimento de 2 questionários: um para o gestor e outro para profissional de saúde. O questionário será aplicado para avaliar a gestão das ações de alimentação e nutrição voltadas para obesidade. Estes dados serão usados para diagnóstico nacional, assim como para ações locais.

Amostra

Gestores - 280 (Preenchimento de questionário)

Profissionais de Saúde - 840 (Preenchimento de questionário)

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Desenvolver produtos e estratégias para subsidiar a implantação e organização de ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco e cuidado pelos profissionais da APS voltados ao enfrentamento e controle da obesidade no estado do Tocantins.

Objetivo Secundário:

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almojarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uff@uff.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 3.986.991

- Realizar diagnóstico da percepção da obesidade e do tratamento, por parte dos profissionais de saúde, gestores e das pessoas com obesidade do estado do Tocantins;
- Apresentar diagnóstico da alimentação e utilização das informações do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) pelos profissionais da APS para orientar as ações e serviços disponibilizados para a prevenção da obesidade e cuidado da pessoa com obesidade;
- Avaliar a linha de cuidados para sobrepeso e obesidade realizada pelas 8 regiões de saúde do Tocantins;
- Avaliar o uso do SISVAN para realização de ações de alimentação e nutrição direcionados para o enfrentamento da obesidade;
- Elaborar material de apoio para os profissionais de saúde em relação ao tratamento e cuidado da pessoa com obesidade;
- Promover a construção de capacidades técnicas para o enfrentamento da obesidade na APS do estado;
- Favorecer a implantação de protocolos na APS;
- Apresentar diagnósticos com recomendações para melhoria da rede de saúde do estado para cuidado da pessoa com obesidade;
- Fortalecer o uso da informação em saúde e de evidências científicas por profissionais e gestores na definição e organização das ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado da obesidade na APS.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### Riscos

Os riscos são relativos ao desconforto ou constrangimento em responder aos questionários do projeto.

##### Benefícios

Os municípios que aderirem ao projeto receberão capacitação dos profissionais de saúde (180h) e dos gestores (40h). Além disso, terão apoio técnico para realização de ações voltadas para o controle e enfrentamento da obesidade.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa com financiamento CNPQ; relevante para a saúde da população

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 3.986.991

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados e aceitos (ver recomendações)

Inclui anuência do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Tocantins (COSEMS - TO)

**Recomendações:**

O TCLE gestor/profissional – não se recomenda citar resoluções ou outros documentos no TCLE, que deve possuir linguagem simples e direta. Entretanto, cita-se a Resolução 196/96, que já foi substituída pela Resolução 466/2012 (atualizar referência). Dados pessoais como RG e idade dos participantes são desnecessários no TCLE, que na versão impressa deve apresentar paginação como por exemplo: 1 de 3; 2 de 3; 3 de 3. Entretanto, como o preenchimento do questionário será on line, o TCLE também poderá ser em versão digital, com as opções “aceito” ou “não aceito” para os possíveis participantes da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1501081.pdf	11/02/2020 09:48:35		Aceito
Declaração do Patrocinador	termo_aceitacao_apoio_financeiro.pdf	10/02/2020 16:15:21	SÔNIA LOPES PINTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	10/02/2020 16:09:28	SÔNIA LOPES PINTO	Aceito
Outros	questionario_profissional.pdf	06/02/2020 09:13:42	SÔNIA LOPES PINTO	Aceito
Outros	questionario_gestao.pdf	06/02/2020 09:12:39	SÔNIA LOPES PINTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ecoa.pdf	06/02/2020 09:09:00	SÔNIA LOPES PINTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_ecoasus.pdf	06/02/2020 08:53:31	SÔNIA LOPES PINTO	Aceito

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 3.986.991

Declaração de concordância	Termodeanuencia_Consems.pdf	05/02/2020 15:37:48	SÔNIA LOPES PINTO	Aceito
----------------------------	-----------------------------	------------------------	----------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 23 de Abril de 2020

Assinado por:

**PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almojarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

## ANEXO B- PARECER DO COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA (CAPP)



Comissão de Avaliação  
de Projetos e Pesquisas

**FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS**  
**NÚCLEO DE PESQUISA**  
**COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS**

<b>Título do Projeto:</b> Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS do Tocantins - ECOA SUS/Tocantins
<b>Responsável pelo Projeto:</b> Profa Dra Sônia Lopes Pinto
<b>Instituição de Ensino:</b> Universidade Federal do Tocantins Campus de Palmas
<b>Membro da Comissão:</b>
<b>Data da Reunião:</b> 05/03/2020
<b>Número do Parecer:</b> 38
<b>Descrição das Etapas de Avaliação do Projeto</b>
<b>Título:</b> O título é objetivo, pertinente ao problema de pesquisa proposto e reflete o objetivo geral.
<b>Introdução/justificativa:</b> A introdução/justificativa descrevem bem a relevância do tema e define o problema de pesquisa.
<b>Problema de pesquisa:</b> O problema de pesquisa é pertinente e aplicável à realidade do SUS local.
<b>Problema:</b> A prevalência da obesidade em adultos chega a 24,3% (Índice de Massa Corporal – IMC > 30kg/m <sup>2</sup> ) e quando avaliado também o sobrepeso (IMC > 24,9 e < 30 kg/m <sup>2</sup> ), a prevalência aumenta para 34,8%. Então, considerando somente a idade adulta, temos no estado do Tocantins, 59,1% da população com excesso de peso. Considerando as outras faixas etárias, temos 6,4% em adolescentes, 5,2% em crianças de 0-5 anos, 8,7% em crianças de 5-10 anos e 16,4% das gestantes com obesidade.
<b>Objetivos:</b> Os objetivos são claros e coerente com o problema de pesquisa.
<b>Geral:</b> • Desenvolver produtos e estratégias para subsidiar a implantação e organização de ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco e cuidado pelos profissionais da APS voltados ao enfrentamento e controle da obesidade no estado do Tocantins.
<b>Específicos:</b> - Realizar diagnóstico da percepção da obesidade e do tratamento, por parte dos profissionais de saúde, gestores e das pessoas com obesidade do estado do Tocantins; - Apresentar diagnóstico da alimentação e utilização das informações do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) pelos profissionais da APS para orientar as ações e serviços disponibilizados para a prevenção da obesidade e cuidado da pessoa com obesidade; - Avaliar a linha de cuidados para sobrepeso e obesidade realizada pelas 8 regiões de saúde do Tocantins; - Avaliar o uso do SISVAN para realização de ações de alimentação e nutrição direcionados para o enfrentamento da obesidade; - Elaborar material de apoio para os profissionais de saúde em relação ao tratamento e cuidado da pessoa com obesidade; - Promover a construção de capacidades técnicas para o enfrentamento da obesidade na APS do estado; Favorecer a implantação de protocolos na APS; - Apresentar diagnósticos com recomendações para melhoria da rede de saúde do estado para cuidado da pessoa com obesidade; - Fortalecer o uso da informação em saúde e de evidências científicas por profissionais e gestores na definição e organização das ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado da obesidade na APS.
<b>Sugestão:</b> uma vez que a abrangência do projeto se estende a todo território estadual, a comissão sugere a pesquisadora responsável submissão da proposta nas comissões/gestões municipais que acontecerá o estudo.
<b>Metodologia:</b> As atividades a serem executadas estão divididas conforme os eixos: <b>- Eixo 1 – Pesquisa e Desenvolvimento</b> Atividade 1 – Realizar diagnóstico sobre a percepção da obesidade pelos profissionais de saúde, gestores e também pelos indivíduos com obesidade; Atividade 2 – Analisar os dados de SISVAN para construir diagnóstico da obesidade no estado e linha de base para pesquisa; Atividade 3 – Realizar diagnóstico junto aos profissionais da APS sobre a alimentação do SISVAN e a utilização das informações para acompanhamento, decisão e organização de ações e serviços ofertados para o enfrentamento da obesidade; Atividade 4 – Avaliar o uso do SISVAN como instrumento para planejamento de ações em relação à alimentação e nutrição, principalmente relacionadas à obesidade; Atividade 5 – Produzir levantamento das iniciativas realizadas na APS pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) relacionadas à promoção da saúde, prevenção da obesidade e cuidado da pessoa com obesidade; Atividade 6 – Propor a inserção de ferramentas no prontuário eletrônico (ESUS) que auxiliem os profissionais no cuidado e tratamento da pessoa com obesidade; Atividade 7 – Construir um mapa da obesidade do estado do Tocantins, identificando a presença de desertos alimentares e estabelecimentos comerciais de alimentos ultraprocessados. <b>Eixo 2 – Formação</b> Atividade 1 – Desenhar junto a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Tocantins (COSEMS) a organização da formação dos profissionais da APS dos municípios; Atividade 2 – Capacitação dos profissionais de saúde (NASF, UBS, ESF, DSEI) em relação aos cuidados ao paciente com obesidade (prevenção, diagnóstico e tratamento), de acordo com as especificidades de cada faixa etária; Atividade 3 – Capacitação dos gestores municipais de saúde, em relação aos cuidados e tratamento ao paciente com obesidade, principalmente em relação às ações e políticas de alimentação e nutrição;

Comissão de Avaliação

Atividade 4 – Subsidiar os gestores e os trabalhadores em saúde para a tomada de decisão e para o cuidado integral dos indivíduos e coletividades, por meio das ações de formação em serviço das equipes locais em relação à obesidade;

Atividade 5 – Capacitar os profissionais de saúde para serem multiplicadores em seus municípios;

Atividade 6 – Levantamento bibliográfico das publicações do Ministério da Saúde e centros de pesquisa da obesidade para definir os conteúdos e materiais de suporte para a formação;

Atividade 7 – Elaborar site para hospedar inscrição, conteúdo e fóruns da formação;

Atividade 8 – Realizar avaliação formativa dos participantes da formação e do curso.

**Eixo 3 – Avaliação e Monitoramento**

Atividade 1 - Avaliar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o manejo da obesidade após curso de formação;

Atividade 2 - Avaliar e monitorar as ações de enfrentamento da obesidade implantadas pelos gestores após o curso de formação;

Atividade 3- Avaliar a efetividade dos cursos de formação de gestores e profissionais em saúde na organização da atenção nutricional e da promoção de práticas de saúde para o enfrentamento da obesidade.

Atividade 4 - Avaliar a melhoria da alimentação do SISVAN e sua utilização na organização das ações e serviços para enfrentamento da obesidade;

Atividade 5- Avaliar a inclusão de ações e serviços pelos profissionais da APS relacionados à promoção da saúde, prevenção e cuidado de pessoas com obesidade.

**Eixo 4 – Difusão Científica**

Atividade 1- Divulgar em mídia local e estadual os resultados do projeto focando na importância do tratamento da obesidade na atenção primária;

Atividade 2- Elaborar artigos científicos com os resultados do projeto;

Atividade 3- Apresentar os resultados e o trabalho realizado na Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde - RedeNutri;

Atividade 4 – Criação e manutenção de site para divulgação de atividades e resultados do projeto ECOA SUS/Tocantins;

Atividade 5 - Produzir cadernos técnicos para subsidiar oficinas de formação para profissionais de saúde e gestores.

Atividade 6 – Apresentar os resultados na CIB e reunião do COSEMS;

Atividade 7 – Produzir factsheets com os resultados das análises do SISVAN.

O desenvolvimento das atividades será realizado em reuniões participativas com toda a equipe executora, onde serão construídas as atividades em conjunto e discutido a melhor forma de realizá-las. Contaremos na nossa equipe com a presença de gestores da área de alimentação e nutrição do estado do Tocantins que auxiliarão na melhor estratégia para ter êxito nas atividades.

**Aspectos éticos:**

✓ A abordagem dos sujeitos da pesquisa e a coleta de dados estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos. Possui termo de consentimento.

- ◆ O estudo passará pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da SEMUS para autorização e após será submetido à avaliação do CEP.
- ◆ **Para a coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos:**

**Cronograma:**

✓ Descreve todas as etapas da execução da pesquisa em tempo hábil.

Diagnóstico inicial  
Planejamento dos cursos de formação  
Seleção de bolsistas  
Capacitação da equipe executora  
Elaboração de material educativo  
Divulgação e inscrição para curso de formação  
Execução dos cursos de formação  
Monitoramento e avaliação dos cursos de formação  
Workshop para divulgação dos resultados  
Elaboração do relatório final  
Confecção de artigos científicos

**Orçamento:**  
Descreve as fontes de recursos e o orçamento é condizente para a realização da pesquisa.

**Referências bibliográficas:**

✓ Estão presentes no corpo do texto e na listagem. São referências utilizadas de fontes confiáveis de divulgação e de alto impacto nas revistas de publicação.

**Instrumentos de coleta de dados:**

✓ São condizentes com a proposta metodológica e objetivos do estudo e estão detalhados na metodologia.

**Consta o termo de responsabilidade do pesquisador responsável assinado e com CPF?**

✓ O termo de responsabilidade está assinado e carimbado pelo pesquisador.

**Observação final:**

- O projeto de pesquisa proposto apresenta alta relevância para a saúde pública de Palmas, principalmente por oferecer dados e estratégias para possíveis melhorias da qualidade de vida à população.

*Todas as atividades planejadas almejam o resultado principal, que é o controle da obesidade na população tocaninense, através de um melhor atendimento pelo serviço público de saúde, assim como por meio de políticas estaduais. A intervenção pelo do projeto visa estimular a valorização de alimentos regionais e culturais do hábito alimentar tocaninense, aumentando o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados e reduzindo o consumo de alimentos ultra processados, principalmente entre crianças e adolescentes. Por meio da melhoria da qualidade da alimentação e o estímulo a estilo de vida mais saudável, pretendemos colaborar para o controle da obesidade no estado do Tocantins.*

*Pelo exposto, trata-se de um projeto de intervenção e a há liberação pela CAPP.*

**\*Sugestões:** As sugestões descritas nas etapas de avaliação do projeto de pesquisa não têm obrigatoriedade de serem acatadas pelo

pesquisador, mas podem ajudar na melhor clareza da pesquisa, avaliação e aprovação junto ao Comitê de Ética.

**\*Pendências:** As pendências descritas nas etapas de avaliação do projeto de pesquisa têm a obrigatoriedade de serem acatadas para aprovação pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da FESP.

**PARECER:**  
 Aprovado  
 com pendência  
 Reprovado

**Palmas, 05 de março de 2020.**

Comissão de Avaliação  
de Projetos e Pesquisas

  
Lorena Dias Monteiro

Coordenação do Núcleo de Pesquisa da Fundação Escola de Saúde de Palmas  
Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas  
**Constato:** (63) 3212-7166 / Horário: 13 às 18hs

## ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

24/11/2021 11:44

Email – andreza domingos – Outlook



Tudo ▾ ← R De: Revista Panamericana de S... ✕

AD

 Imprimir ✕ Cancelar

**Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health - Account created in Manuscript Central/Cuenta de usuario creada en Manuscript Central**

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

<onbehalf@manuscriptcentral.com>

Seg, 19/07/2021 13:46

Para: domingos-andreza@hotmail.com  
<domingos-andreza@hotmail.com>

19-Jul-2021

Dear Mrs. Silva:

A manuscript entitled "Compreensão sobre a obesidade no âmbito da Atenção Básica em um município da Amazônia legal" (2021-00769) has been submitted by Professor SÔNIA PINTO to the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.

You are listed as a co-author for this manuscript. The manuscript management system, Manuscript Central, automatically creates a user account for you. Your USER ID and PASSWORD for your account are at the bottom of this message.

You can use the USER ID and PASSWORD provided to log into Manuscript Central system at

<https://mc.manuscriptcentral.com/rpsp>

and check the status of papers you have authored/co-authored. Please log into <https://mc.manuscriptcentral.com/rpsp> to update your account information.

If you wish to connect your account with your ORCID ID, please click on the following link To create a new ORCID iD record or to link your user account to an existing ORCID iD simply click this link:

<https://outlook.live.com/mail/0/id/AQQkADAwATYwMAItOTcyZS00ODAxLTAwAi0wMAoAEAB48qhSmpc2QY%2FXoSB4iOn>

1/1