

Série  
Interlocuções Práticas,  
Experiências e Pesquisas em Saúde

# Diálogos sobre Cuidados em Alimentação e Nutrição: tramas do ensinar-aprender

editora



redeunida

ORGANIZADORAS: Juliana Casemiro  
Carolina de Oliveira Coutinho  
Cristiane Marques Seixas  
Ana Laura Brandão



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página  
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA  
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](https://editora.redeunida.org.br)



ORGANIZADORAS

Juliana Pereira Casemiro  
Carolina de Oliveira Coutinho  
Cristiane Marques Seixas  
Ana Laura Brandão

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

# **Diálogos sobre Cuidados em Alimentação e Nutrição: tramas do ensinar-aprender**

1ª Edição

Porto Alegre

2025

editora



redeunida

Copyright © 2025 by Juliana Casemiro, Carolina de Oliveria Coutinho, Cristiane Marques Seixas, Ana Laura Brandão e Associação Rede Unida



Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

## Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

## Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

## Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);  
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);  
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);  
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);  
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);  
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);  
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);  
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);  
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);  
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);  
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);  
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);  
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);  
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);  
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);  
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);  
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);  
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);  
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);  
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);  
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual de Ceará, Brasil);  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);  
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);  
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);  
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);  
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);  
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);  
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);  
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);  
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);  
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial  
Alana Santos de Souza  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Camila Fontana Roman  
Carolina Araújo Londero

Revisão  
Tiago estrela

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação  
Lucia Pouchain  
Imagem Capa  
Freepik.com

---

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

D536

**Diálogos sobre Cuidados em Alimentação e Nutrição:** tramas do ensinar-aprender/ Juliana Caseiro; Carolina de Oliveria Coutinho; Cristiane Marques Seixas; Ana Laura Brandão (Organizadoras) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025.

237 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 69).

E-book: 11.6 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-236-3

DOI: 10.18310/9786554622363

1. Alimentos, Dieta e Nutrição. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Ciências da Nutrição I. Título.  
II. Assunto. III. Organizadores.

NLM QU 145  
CDU 612.39: 614

---

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)





## PREFÁCIO

# DIÁLOGOS SOBRE CUIDADOS EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: TRAMAS DO ENSINAR-APRENDER

Os cuidados em alimentação representam uma complexa orquestração de realidades e possibilidades a fim de ofertar para os usuários do SUS respostas a suas demandas com resolubilidade e a atenção devida. É com muita alegria que apresento a obra: **“Diálogos sobre Cuidados em Alimentação e Nutrição: tramas do ensinar-aprender”**, tecida coletivamente e que tem como objetivo apresentar novas reflexões e novas possibilidades para desafios do cotidiano do cuidar em alimentação e nutrição. As reflexões aqui apresentadas buscam romper com a lógica da prescrição desemplicada para o olhar engajado nas múltiplas dimensões que envolve este cuidado.

A obra está organizada em 11 capítulos que se propõem a promover um diálogo, conversas tecidas com fios de experiência, evidência e reflexão, convidando-nos a adentrar as tramas que constituem o ato de ensinar e aprender. Ao tratar de temas relevantes e atuais como a organização da gestão das ações em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde, a intersecção entre nutrição e atenção psicossocial e o debate dos diferentes olhares para o cuidado de pessoas com obesidade, que se apresenta como um dos maiores desafios para o cuidado em alimentação e nutrição na atualidade.

Os textos estão organizados em dois grandes blocos: o primeiro busca analisar o cuidado sob uma perspectiva mais estrutural dentro do



sistema, nos convidando a reconhecer os nós críticos do SUS. Ele nos guia da gestão à prática, expondo as fraturas nas redes de cuidado – da difícil interlocução entre a Atenção Primária e a Especializada até a importante negação de direitos, materializada no estigma do peso. Estes capítulos apresentam uma importante reflexão: o SUS está preparado para acolher, de fato, a complexidade do cuidado da pessoa com obesidade com todas as questões relacionadas a este cuidado, ou ainda reproduz lógicas de exclusão e fragmentação? E como superá-las? O segundo bloco adentra o território, espaço onde a vida transcorre num exercício importante de dar visibilidade aos usuários e aos trabalhadores do SUS, sendo eles das categorias profissionais de nível superior e os Agentes Comunitários de Saúde, que garantem esse elo entre equipe de saúde e território. Os capítulos apresentam indagações baseadas na escuta ativa e desvelam temas importantes como estigma, preconceito, machismo, racismo e outros atravessamentos que muitas vezes escapam do olhar do profissional de saúde. Os capítulos revelam a profunda interrelação do cuidado em alimentação e nutrição, aqui representado fortemente pelo cuidado a pessoas com obesidade, e as iniquidades sociais, raciais e de gênero, demonstrando como o acesso à alimentação e as discriminações constituem uma realidade vivida cotidianamente nos territórios. São apresentadas reflexões importantes para o rompimento da lógica reducionista no cuidado, mostrando a necessidade da escuta ativa e da percepção do território, considerando as experiências pregressas a fim de garantir um cuidado que tire o foco da doença e comece a olhar para o indivíduo na sua integralidade.

O livro termina com uma provocação importante, apresentada no capítulo “Paradoxos do cuidado às pessoas com obesidade na atenção primária à saúde: na contramão da integralidade” que nos faz refletir sobre os sentidos da integralidade, que vão desde reconhecer o indivíduo como um todo mas também de olhar para o sistema de saúde na maneira como se organiza, para onde vão os recursos, como os profissionais são formados e entender que, para

garantir um cuidado efetivo para pessoas com obesidade muitas dimensões devem ser enfrentadas, para além da interação usuário e profissional de saúde.

**Diálogos sobre Cuidados em Alimentação e Nutrição: Tramas do Ensinar-Aprender** oferece aos leitores reflexões sobre as “tramas do ensinar-aprender”, um processo contínuo e que, para ser bem-sucedido, precisa necessariamente nos tirar do lugar de conforto e nos fazer enxergar o(s) outro(s) sejam eles estudantes, profissionais de saúde ou os usuários (elemento central desta obra). Ele nos mostra que formar nutricionistas para o SUS é uma tarefa complexa pois estamos tratando de profissionais que sejam capazes de navegar na complexidade, tecelões de redes de cuidado, agentes que combatem iniquidades e, acima de tudo, ouvintes sensíveis dos corpos e das histórias que os habitam.

**Ana Carolina Feldenheimer da Silva**



# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
---------------------------	-----------

## **BLOCO 1**

<b>DESAFIOS RELACIONADOS AO CUIDADO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....</b>	<b>23</b>
---	-----------

## **CAPÍTULO 1**

<b>OS DIFERENTES OLHARES SOBRE A GESTÃO DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>25</b>
--	-----------

Thais Michele de Medeiros Rigue, Denise Cavalcante de Barros, Ana Laura Brandão

## **CAPÍTULO 2**

<b>O NUTRICIONISTA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: A INTERLOCUÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....</b>	<b>45</b>
---	-----------

Leticia de Almeida Sant'anna, Cristiane Marques Seixas, Amanda Lima Macedo de Almeida, Mayara Cristhinne Cezario Porphirio

## **CAPÍTULO 3**

<b>“ESSE OBESO É DE QUEM?” CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE.....</b>	<b>63</b>
---	-----------

Carolina de Oliveira Coutinho, Juliana Pereira Casemiro, Ana Laura Brandão, Cristiane Marques Seixas

## **CAPÍTULO 4**

<b>CORPOS MARCADOS, DIREITOS NEGADOS: ESTIGMA DO PESO E INIQUIDADES EM SAÚDE .....</b>	<b>85</b>
--	-----------

Carolina de Oliveira Coutinho, Cristiane Marques Seixas

## **BLOCO 2**

### **DESAFIOS RELACIONADOS AO CUIDADO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO A PARTIR DOS TERRITÓRIOS ..... 99**

#### **CAPÍTULO 5**

##### **O CUIDADO, A SAÚDE E O CORPO: A OBESIDADE NOS SENTIRES DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ..... 101**

Mayara Magalhães, Ana Laura Brandão, Juliana Pereira Casemiro

#### **CAPÍTULO 6**

##### **“ELES ACABAM INGERINDO AS COISAS QUE SÃO MAIS BARATAS”: A RELAÇÃO ENTRE ACESSO À ALIMENTAÇÃO E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE..... 117**

Bárbara Galvão Knust, Vitória França Rodrigues, Ana Laura Brandão, Juliana Pereira Casemiro

#### **CAPÍTULO 7**

##### **“VOCÊ NÃO PODE ME DESCLASSIFICAR POR CONTA DO MEU PESO”: SOBRE AS DISCRIMINAÇÕES RELACIONADAS À RAÇA, GÊNERO E OBESIDADE..... 135**

Bianca Cristine Gama da Silva, Gabriella Labatut, Raiane Silva da Penha, Juliana Pereira Casemiro

#### **CAPÍTULO 8**

##### **“NÓS, QUE ESTAMOS GORDINHOS”: A OBESIDADE SOB O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE ..... 155**

Luísa Coimbra da Silva, Ana Laura Brandão, Cristiane Marques Seixas, Juliana Pereira Casemiro

## **CAPÍTULO 9**

**“IMAGINA SE ELE VAI PENSAR NA TUA NUTRIÇÃO?” PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE ..... 175**

Gabrielle Gomes dos Reis, Juliana Pereira Casemiro, Karla Meneses, Ana Laura Brandão

## **CAPÍTULO 10**

**PORUMAÉTICADO CUIDADO E DA ESCUTA SENSÍVEL: EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA ..... 195**

Thais Nascimento Conde, Cristiane Marques Seixas, Juliana Pereira Casemiro

## **CAPÍTULO 11**

**PARADOXOS DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: NA CONTRAMÃO DA INTEGRALIDADE ..... 217**

Cristiane Marques Seixas, Ana Laura Brandão, Juliana Pereira Casemiro, Elma Lúcia de Freitas Monteiro, Erika Cardoso dos Reis

**AS ORGANIZADORAS ..... 232**

**AS AUTORAS ..... 233**



# APRESENTAÇÃO

Um galo sozinho não tece uma manhã:  
ele precisará sempre de outros galos.  
De um que apanhe esse grito que ele  
e o lance a outro; de um outro galo  
que apanhe o grito de um galo antes  
e o lance a outro; e de outros galos  
que com muitos outros galos se cruzem  
os fios de sol de seus gritos de galo,  
para que a manhã, desde uma tênue,  
se vá tecendo, entre todos os galos  
(João Cabral de Melo Neto)

Em um cenário no qual proliferam discursos e posturas individualistas e imediatistas, quais fios são mais resistentes e flexíveis para tecer uma rede de atenção à saúde suficientemente comprometida com a integralidade do cuidado? Como fazer bons arremates diante do esgarçamento provocado pelo neoliberalismo em nosso tecido social? Partindo da perspectiva do ensinar-aprender-pesquisar os cuidados em alimentação e nutrição, iniciamos este livro reconhecendo a pluralidade de fios e texturas que contribuem para tessituras igualmente plurais nos diferentes contextos, territórios e dimensões da atuação em saúde, alimentação e nutrição. A trama resulta do ato de tecer, que pode criar novas formas de entremear e colorir cada pedaço de saber que se aprende na prática cotidiana do cuidar.

*Diálogos sobre Cuidados em Alimentação e Nutrição*: tramas do ensinar-aprender é uma coletânea de reflexões e pesquisas do Grupo Interdisciplinar em Cuidado em Alimentação e Nutrição (GICAN), uma iniciativa que é fruto de parceria entre o Instituto de Nutrição (INU) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio



Arouca (ENSP), uma unidade técnica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Trata-se de um entremeio que concretiza e dá sentido prático à construção da interinstitucionalidade e interdisciplinaridade, entendendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como espaço de construção de conhecimentos e de práticas de cuidado.

O GICAN busca abordar (e bordar) a complexidade e a importância do cuidado em alimentação e nutrição no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). No âmbito do GICAN foi desenvolvida a pesquisa “Alimentação e nutrição na Atenção Primária em Saúde: desafios da formação para o cuidado do sobrepeso e obesidade”, onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 09 Agentes Comunitários de Saúde, 11 profissionais de nível superior e 08 usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro. A pesquisa incluiu sessões de Grupo Focal com 19 estudantes de 03 turmas do Internato de Nutrição em Saúde Coletiva da UERJ. Para tanto, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ (Parecer n. 3.712.789) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Pareceres n. 3.784.409 e n. 3.981.992).

Assim, alguns dos capítulos deste livro registram a sistematização da produção acadêmica de discentes e docentes de diversos níveis de formação da ENSP/Fiocruz e INU/UERJ, desde a graduação até o pós-doutorado, contribuindo para a articulação dos campos de pesquisa, ensino e extensão. Por meio de olhares diversos, sensíveis e críticos, as autoras refletem sobre a alimentação e nutrição e suas potencialidades e responsabilidades diante de um contexto de aprofundamento das desigualdades, que se apresentam desde os territórios até a perspectiva mais global.

O livro está estruturado em dois blocos. O primeiro é composto por quatro capítulos e apresenta os *Desafios relacionados ao Cuidado em Alimentação e Nutrição no SUS*. O segundo trata dos *Desafios relacionados ao Cuidado em Alimentação e Nutrição a partir dos territórios*.

Sendo assim, o primeiro capítulo, intitulado “Os diferentes olhares sobre a gestão da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil”, parte da compreensão de que a gestão da alimentação e nutrição deve ser compreendida em sua complexidade, articulando saberes técnicos e práticos, com base em evidências científicas e no compromisso ético-político com a equidade e a justiça social. Ao reunir as vozes de gestores, profissionais da APS, representantes da sociedade civil e pesquisadores, o capítulo alinha pontos cruciais para o aprimoramento das ações e para a construção de uma política pública sustentável e eficaz, no campo da alimentação e nutrição. Ele faz parte de uma dissertação que analisou dados de uma pesquisa demandada do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) desenvolvida pela ENSP/Fiocruz em parceria com o GICAN.

O capítulo dois analisa a atuação do nutricionista na Rede de Atenção à Saúde (RAS), destacando a integração entre a APS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Essa análise toma como fio condutor o que se espera desse profissional nesses pontos de atenção, além de identificar possíveis pontos de convergência e/ou de divergência que contribuem para a ampliação das possibilidades de cuidado em alimentação, nutrição e saúde dos sujeitos. Propõe uma reformulação na formação do nutricionista, valorizando o potencial humanizador da comida e uma escuta sensível para a integralidade do cuidado em saúde mental e nutricional.

O capítulo “Esse obeso é de quem? Continuidades e discontinuidades entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada no cuidado às pessoas com obesidade” denuncia a fragmentação, os estigmas e a desumanização presentes no processo de cuidado. Contextualiza a obesidade como uma condição crônica, multifatorial e reconhecida como prioridade global. Tal como um bordado composto por uma série de pontos interligados, o cuidado também exige arranjos organizativos nas RAS, tendo a APS como ordenadora e a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) como

instrumento para itinerários integrados. São propostos caminhos como o apoio matricial, a interdisciplinaridade e a criação de espaços de diálogo compartilhados, com o objetivo de fomentar integralidade, longitudinalidade e corresponsabilização. O texto enfatiza ainda a necessidade de mobilização política e social para superar a inércia e as violações de direitos.

Já o capítulo “Corpos marcados, direitos negados: estigma do peso e iniquidades em saúde” analisa a obesidade como um fenômeno social e subjetivo e destaca o impacto do estigma do peso na produção de iniquidades em saúde. Essa estigmatização, enraizada em narrativas individualizantes e neoliberais, é amplificada pela ausência de políticas públicas que a combatam, resultando em barreiras concretas ao acesso à saúde, como atendimentos apressados, equipamentos inadequados e negligência profissional. Propõe um cuidado ético e interdisciplinar, centrado na pessoa e não na doença, que reconheça o estigma como um determinante social da saúde, articulado com outras discriminações (raça, gênero, classe), e defende a formação crítica de profissionais, políticas intersetoriais e escuta ativa para promover equidade, integralidade e universalidade no cuidado, rompendo com práticas gordofóbicas e culpabilizantes.

O estigma do peso e os preconceitos que impregnam a vida cotidiana perpassam as discussões realizadas em diversos capítulos deste livro. Em um contexto de ampliação dos efeitos do neoliberalismo sobre os corpos e as subjetividades, o estigma do peso desdobra-se em autorresponsabilização por (in)sucessos relacionados ao mundo do trabalho ou às (in)capacidades de andar a vida e cuidar da própria saúde. Esse estigma opera de forma aguda e crônica, causando sofrimentos. Desta forma, o estigma é identificado como um tema que medeia as duas partes do livro. O segundo bloco é composto por sete capítulos que trazem alinhavos para tecer os desafios relacionados ao Cuidado em Alimentação e Nutrição a partir dos territórios.

Esse bloco inicia-se com o capítulo “O cuidado, a saúde e o corpo: a obesidade nos sentires dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS)”,

cujo objetivo é analisar o cuidado em saúde e a compreensão do corpo no contexto da obesidade, a partir da perspectiva dos usuários da APS. O texto aborda percepções e narrativas sobre a vivência cotidiana com o estigma do peso e com a violência simbólica que atravessam as experiências de pessoas com obesidade. Reflete, ainda, sobre os desafios e transformações no cuidado em saúde, bem como sobre o protagonismo, a autonomia e o autocuidado.

Os territórios são a base de atuação das equipes de APS e neles se expressam determinantes e condicionantes relacionados à obesidade. O capítulo “Eles acabam ingerindo as coisas que são mais baratas: a relação entre acesso à alimentação e o cuidado às pessoas com obesidade” analisa, a partir de perspectivas de profissionais e usuários de uma UBS, como o ambiente alimentar (físico, econômico, político e sociocultural) influencia o autocuidado e o manejo da obesidade na APS, criticando abordagens individualizantes e culpabilizantes.

Em “Você não pode me desclassificar por conta do meu peso: sobre as discriminações relacionadas à raça, gênero e obesidade”, analisa-se, sob a perspectiva interseccional, as experiências de usuários com obesidade em uma UBS, evidenciando como discriminações de raça, gênero e peso agravam a insegurança alimentar e ampliam as barreiras ao cuidado. Os relatos revelam situações de racismo institucional e gordofobia em processos seletivos e atendimentos médicos, que comprometem a qualidade de vida e a autonomia. O texto propõe um cuidado ampliado e humanizado, sustentado por formação profissional crítica, escuta ativa e políticas públicas intersetoriais capazes de enfrentar iniquidades, promover a Segurança Alimentar e Nutricional e assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Assim como as cores e texturas de um bordado conferem beleza e expressividade à obra, busca-se, na diversidade e na análise interseccional, romper com práticas discriminatórias, tanto no campo da atenção à saúde quanto no da pesquisa.

Na sequência, o capítulo “Nós, que estamos gordinhos: a obesidade sob o olhar do Agente Comunitário de Saúde (ACS)” explora o papel desses profissionais no cuidado às pessoas com obesidade, destacando sua função

como elo entre usuários e equipes, na busca por ações integradas e na identificação de necessidades territoriais. O texto procura compreender de que forma o olhar dos ACS sobre o tema pode influenciar a configuração das ofertas de cuidado, bem como identificar aspectos a serem aprimorados a partir de sua rotina na UBS. Os ACS, em sua maioria mulheres com longa experiência, relatam sobrecarga de trabalho, ansiedade e ganho de peso decorrentes de uma rotina estressante e de um ambiente alimentar desfavorável, identificando-se frequentemente com os usuários como “gordinhos” e compartilhando comorbidades como diabetes e hipertensão. Ressalta-se, ainda, a importância do cuidado com a própria saúde desses profissionais como condição para melhor apoiar os outros.

Já o capítulo “Imagina se ele vai pensar na tua nutrição? Percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado às pessoas com obesidade” busca analisar a percepção de profissionais de equipes de Saúde da Família de nível superior com relação às ações desenvolvidas no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade em uma UBS.

Na sequência, o capítulo “Por uma ética do cuidado e da escuta sensível: experiências e reflexões sobre a formação do nutricionista” dedica-se a refletir sobre a formação do nutricionista para o cuidado de pessoas com obesidade na APS, a partir das experiências de estudantes que cursaram o Internato de Nutrição em Saúde Coletiva (INSC) da UERJ, um dispositivo formativo comprometido com uma formação crítica, articulando ensino, pesquisa e extensão. A partir da percepção das graduandas, evidenciam-se os desafios relacionados ao cuidado em alimentação e nutrição, em especial aqueles direcionados às pessoas com obesidade. No encontro com o outro, emergem obstáculos ligados à escuta e à compreensão da realidade concreta, que convocam a pensar para além de um cuidado nutricional centrado na biomedicina.

O livro é finalizado com o capítulo “Paradoxos do cuidado às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde: na contramão da integralidade”, que busca apresentar e discutir os paradoxos envolvidos no cuidado às pessoas

com obesidade, tendo em vista os desafios que se apresentam no cotidiano das UBS, tanto para profissionais de saúde quanto para gestores. Visando com isso não somente sustentar uma visão crítica do tratamento às pessoas com obesidade, mas, sobretudo, apresentar pontos que orientem nossa agenda de pesquisas futuras e novas tramas do ensinar-aprender.

Este livro pode configurar-se como uma contribuição importante para profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e todos aqueles interessados em compreender e aprimorar o cuidado em alimentação e nutrição em uma perspectiva ética e política, assim como desenvolver pesquisas qualitativas nessa temática.

Esperamos que as reflexões e experiências aqui compartilhadas inspirem novos bordados, que o cuidado em saúde possa ser visto não como uma tarefa árdua e linear, mas como um processo criativo e artesanal, onde cada elemento contribui para a beleza e complexidade do resultado final.

E que essa tessitura nos leve a novas práticas e políticas públicas que promovam a saúde e o bem-estar da população.



## **BLOCO 1**

# **DESAFIOS RELACIONADOS AO CUIDADO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**





# CAPÍTULO 1

## OS DIFERENTES OLHARES SOBRE A GESTÃO DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL<sup>1</sup>

Thais Michele de Medeiros Rigueti  
Denise Cavalcante de Barros  
Ana Laura Brandão

### INTRODUÇÃO

A alimentação é compreendida como um direito humano fundamental, assegurado na Constituição Federal e reiterado em diversos marcos normativos e políticas públicas, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a alimentação configura-se como um dos determinantes sociais da saúde, e, portanto, deve ser incorporada como eixo estruturante nas ações da Atenção Primária à Saúde (APS), que é considerada a porta de entrada preferencial do SUS, possui papel estratégico na coordenação do cuidado e na promoção da saúde da população. Suas diretrizes e princípios, como o acesso universal,

---

<sup>1</sup> Este capítulo baseia-se no trabalho de conclusão do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), intitulado *Os diferentes olhares sobre a gestão da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil*, apresentado em outubro de 2023.

a longitudinalidade do cuidado, a integralidade e a equidade, oferecem base sólida para a implementação de ações de alimentação e nutrição (Brasil, 1990; Starfield, 2002; Giovanella *et al.*, 2009).

A PNAN de 2011 reafirma a importância da APS como locus privilegiado das ações de alimentação e nutrição, atribuindo-lhe responsabilidades no monitoramento do estado nutricional, na prevenção e controle de deficiências nutricionais e na promoção de práticas alimentares saudáveis (Brasil, 2012). No entanto, a efetividade dessas ações depende diretamente da capacidade de gestão local, da qualificação dos profissionais, da articulação intersetorial e da existência de mecanismos de financiamento e avaliação. Estudos apontam que, apesar da ampliação do escopo de ações, persistem obstáculos relacionados à estrutura, recursos humanos, vínculo institucional, fragilidade na formação e dificuldades na avaliação e no planejamento (Bortolini *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2017).

Esse cenário reforça a relevância de se analisar criticamente a gestão da alimentação e nutrição na APS, à luz das diretrizes da PNAN, das experiências locais e das percepções de atores estratégicos. A pesquisa desenvolvida por Riguet (2023) contribui com esse debate ao trazer à tona diferentes olhares sobre os desafios, potencialidades e estratégias de gestão nas ações de alimentação e nutrição no Brasil, revelando aspectos sensíveis que demandam atenção e monitoramento da implementação nas políticas públicas de saúde e nutrição.

A presente análise parte da compreensão de que a gestão da alimentação e nutrição deve ser compreendida em sua complexidade, articulando saberes técnicos e práticos, com base em evidências científicas e no compromisso ético-político com a equidade e a justiça social. Ao reunir as vozes de gestores, profissionais da APS, representantes da sociedade civil e pesquisadores, a pesquisa ilumina pontos cruciais para o aprimoramento das ações e para a construção de uma política pública sustentável e eficaz, no campo da alimentação e nutrição.

O objetivo do presente estudo foi analisar a gestão da alimentação e nutrição na APS no Brasil segundo diferentes olhares. Para tal foi desenvolvido

um estudo descritivo e exploratório com base em dados da pesquisa *Construção de consenso de recomendações para a estruturação da atenção nutricional na APS*, cujo instrumento abarcou gestores das três esferas, representantes da sociedade civil, colegiados e pesquisadores (Brandão *et al.*, 2022). Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, segundo Bardin (1977) e Minayo (1998).

## **UM RETRATO DA GESTÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS**

A análise foi estruturada em quatro blocos principais: I) Caracterização e atuação dos participantes; II) Estrutura; III) Planejamento, monitoramento e avaliação; IV) Articulação intersetorial e intrasetorial e Agenda de Alimentação e Nutrição.

### **Caracterização e atuação dos participantes da pesquisa**

A caracterização dos participantes desta pesquisa revelou um conjunto representativo e qualificado de sujeitos envolvidos diretamente na gestão e implementação das ações de Alimentação e Nutrição (A&N) na APS. A amostra foi composta por 76 especialistas, predominantemente mulheres e com formação em Nutrição, refletindo a configuração histórica do campo da A&N no SUS, em que a atuação feminina e o protagonismo da categoria nutricionista se fazem marcantes (Cervato-Mancuso *et al.*, 2012).

Os participantes representavam as cinco regiões do Brasil, com destaque para o Sudeste, o que é coerente com a distribuição regional da força de trabalho especializada em saúde e das estruturas de apoio técnico e institucional às políticas públicas (Bortolini *et al.*, 2020). A diversidade dos

especialistas da gestão, assistência, academia e sociedade civil enriquece a análise ao incorporar múltiplas visões sobre os processos de gestão. O tempo de experiência profissional foi expressivo: mais de 40% dos respondentes possuíam mais de 11 anos de atuação na área, sinalizando maturidade analítica e profundidade de vivências sobre os desafios enfrentados cotidianamente.

## **I Estrutura**

A seguir será apresentado o segundo bloco conforme as subcategorias de análise. Os achados referem-se às falas dos respondentes acerca das questões que envolveram a gestão das ações de A&N na APS brasileira no que tange às questões de estrutura, entendida como os recursos humanos (abordando o quantitativo, formação/qualificação, perfil, vínculo); recursos orçamentários (disponibilidade e gestão de recursos) e recursos físicos (estrutura física, equipamentos relacionados à aquisição e manutenção).

## **SOBRE OS TRABALHADORES DO SUS**

Diversas queixas foram relatadas pelos respondentes sobre a inadequação e insuficiência de recursos humanos tanto na gestão quanto na assistência. No campo da gestão, a presença de um quantitativo suficiente de trabalhadores é essencial para que as ações ocorram em tempo oportuno. A carência de profissionais compromete a capacitação dos gestores, a articulação intersetorial, o planejamento e o monitoramento das ações. Na assistência, a escassez impacta diretamente na prática da APS, demandando que todos os profissionais estejam comprometidos com a promoção das ações de A&N na Estratégia de Saúde da Família. Mendes *et al.* (2020) já indicavam que

equipes incompletas, somadas à sobrecarga de trabalho, resultam em elevada insatisfação profissional.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017 (Brasil, 2017) gerou tensões em torno da produtividade medida por consultas e visitas, em detrimento das ações coletivas. Essa lógica reforça a dimensão biomédica e fragiliza o caráter integral da ESF.

Dados de Vitorino (2016) apontam que a média de horas semanais dedicadas à gestão de A&N é de apenas dez horas, evidenciando o desafio estrutural. A sobrecarga de trabalho, além de prejudicar o desempenho das ações, está associada a efeitos deletérios na saúde dos gestores: cansaço, obesidade, hipertensão, dores e sofrimento emocional. Relatos indicam que muitas vezes os nutricionistas estão sobrecarregados por acumular funções assistenciais e de gestão.

A inclusão do nutricionista na equipe mínima foi defendida, embora sua viabilidade demande revisão estrutural e orçamentária, especialmente após a criação da eMulti (Brasil, 2023). Ramos (2022) mostrou que na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro há de 0 a 25 equipes NASF (que antecedeu a eMulti ao desempenhar papel semelhante de suporte matricial às equipes da APS) nos sete municípios, revelando disparidades e necessidade de expansão da cobertura. Além da baixa contratação, gestores acumulam funções em múltiplos projetos e enfrentam dificuldades para compatibilizar suas agendas, como discutido por Soares (2015).

## **PRECISAMOS FALAR SOBRE FORMAÇÃO...**

A qualificação profissional surgiu como um dos aspectos mais sensíveis na gestão da APS e nas ações de A&N. Todos os respondentes destacaram a importância da formação contínua para os profissionais envolvidos, tanto na assistência quanto na gestão. Há uma demanda latente

por formação técnica e gerencial, especialmente sobre fluxos de utilização de recursos financeiros e processos licitatórios, particularmente em nível municipal. Esses desafios operacionais revelam lacunas na formação inicial e na educação permanente dos gestores.

Silva *et al.* (2017), ao investigar o perfil de 26 gestores da saúde no Rio Grande do Sul, constataram que muitos não tinham formação em saúde ou administração. Metade deles nunca havia recebido capacitação para o exercício do cargo e desconheciam os níveis de atenção do SUS, suas diretrizes e formas de regulação. Os entrevistados também relataram ausência de propostas de educação permanente nos planejamentos institucionais. Assis *et al.* (2020) defende a criação de espaços de escuta e valorização da troca de experiências como estratégia de qualificação, embasada nos princípios do SUS.

A necessidade de formação específica sobre os fundos Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) e Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que serão posteriormente discutidos, foi destacada, especialmente sobre suas especificidades legais e operacionais. Espera-se que o gestor da VAN tenha visão estratégica, reconheça os principais agravos do território e seja capaz de liderar ações articuladas e resolutivas (Brasil, 2022). Além disso, o gestor do FAN deve planejar com base em indicadores epidemiológicos, nutricionais, sociais e demográficos, e atuar em conjunto com diferentes áreas da saúde e setores externos.

Foi evidenciado o desconhecimento técnico quanto ao uso de sistemas de informação, como e-SUS, SISAB e SISVAN, em especial entre gestores estaduais e federais. Schönholzer *et al.* (2021) identificaram a deficiência de habilidades com esses sistemas como uma barreira à manutenção da qualidade dos dados. Pinheiro (2016) também apontou a escassez de formações voltadas ao uso de sistemas, relatando que muitos aprenderam na prática, sem preparação formal.

Respondentes indicaram limitações na apropriação das políticas públicas de A&N, especialmente da PNAN. Ceschim (2020) destacou a necessidade de os gestores internalizarem princípios e diretrizes dessas políticas para fortalecer a atuação institucional. A formação técnica sobre o

uso e a manutenção de insumos nas unidades de saúde também foi apontada como crucial, considerando que muitos profissionais da ESF não dominam os protocolos básicos sobre equipamentos.

Por fim, os gestores expressaram preocupações quanto à formação dos nutricionistas que atuam na APS. Ainda predomina uma formação biologicista, centrada no modelo curativo e médico<sup>2</sup>, com baixa valorização das ciências sociais e da gestão (Boog, 2008). Almeida *et al.* (2018) e Souza (2016) defendem um perfil generalista, humanista e crítico, com capacidade de promover segurança alimentar, atenção dietética e equidade em saúde. Os respondentes sugerem que as Instituições de Ensino Superior (IES) reformulem seus currículos para contemplar a gestão em nutrição em saúde coletiva, preparando melhor os profissionais para os desafios da APS.

## O QUE É NECESSÁRIO PARA SER UM GESTOR?

A definição de um “perfil mínimo” para gestores de A&N foi amplamente mencionada pelos respondentes, visando garantir a qualidade técnica da gestão e reduzir o viés político nas nomeações. Documentos do Ministério da Saúde (MS), como os instrutivos da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) (Portaria GM/MS n. 3.297/2020) e do Crescer Saudável (Brasil, 2021), já apontam atributos desejáveis para esses profissionais. Os gestores devem ter domínio das políticas públicas, estar atualizados com normas e diretrizes e conhecer profundamente o SUS.

Além disso, devem ser capazes de compreender o território, identificar demandas populacionais e nutricionais, reconhecer vulnerabilidades e articular recursos físicos e materiais disponíveis. Espera-se que demonstrem habilidades de comunicação, liderança, planejamento e organização de metas e indicadores. Henrique (2019), ao estudar a gestão da APS em Criciúma

---

<sup>2</sup> Sobre esse tema, no presente livro, tem um capítulo intitulado “Por uma ética do cuidado e da escuta sensível: experiências e reflexões sobre a formação do nutricionista”.

(SC), aponta que a complexidade da função exige capacidade de análise multissetorial, resolução de problemas e articulação de diferentes atores.

Paiva *et al.* (2018) reforçam a importância da habilidade de negociação e mediação como instrumentos para uma gestão compartilhada. Outros pontos enfatizados incluem a definição de metas, elaboração de planos de trabalho coerentes com a realidade local, e uso de instrumentos de avaliação participativa. Tamaki (2012) e Spiller (2023) destacam o valor da análise de indicadores como ferramenta de gestão. A articulação com diferentes setores (educação, segurança alimentar, conselhos municipais) também foi considerada fundamental para o êxito das ações.

A criação de um perfil técnico mínimo pode ainda coibir a ocupação de cargos por indicações políticas desqualificadas, como alertado por Mendes (2020). A valorização de critérios técnicos fortalece a legitimidade e a efetividade da gestão em A&N.

## ATÉ QUANDO FICO NO CARGO?

Os vínculos empregatícios fragilizados foram amplamente citados pelos respondentes como um entrave para a efetiva gestão e continuidade das ações em A&N. A ausência de concursos públicos compromete a reposição de profissionais e leva à sobrecarga e descontinuidade dos serviços. Os gestores relataram que aposentadorias de servidores concursados não são acompanhadas por novas contratações, acarretando prejuízos à gestão e à assistência.

Pedraza (2022), em estudo realizado na Paraíba, identificou vínculos instáveis com duração inferior a dois anos e cargas horárias reduzidas, especialmente em municípios de pequeno porte. Esses municípios enfrentam dificuldades para realizar concursos e oferecer salários competitivos, contribuindo para elevada rotatividade e fragilidade na relação entre profissional e usuário.

A inexistência de um plano de cargos e salários adequado afeta negativamente a motivação dos trabalhadores e sua permanência no serviço

público. Vieira (2007) evidenciou que a implantação de planos de carreira elevou a produtividade e a qualificação, além de fortalecer a gestão do trabalho e educação na saúde.

A contratação por tempo determinado, seja via seleção simplificada ou indicação política, também foi criticada. Vitorino (2016) verificou que, em Minas Gerais, 47,7% dos gestores municipais de A&N estavam contratados temporariamente. A prática da terceirização por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSSs) foi apontada como problemática, pois subverte princípios do SUS ao transferir a lógica da gestão pública para entidades privadas.

Travagin (2017) questiona a legitimidade das OSS, que podem priorizar usuários com menor custo assistencial, ampliar desigualdades e atrasar a municipalização. Morozini (2016) afirma que tais modelos flexibilizam os vínculos, enfraquecem direitos trabalhistas e comprometem a estabilidade necessária ao trabalho em saúde. Pereira e Almeida (2017) destacam que a rotatividade nas OSS aumenta os custos, reduz produtividade e impacta a motivação das equipes.

## **O DINHEIRO QUE NÃO PODE FALTAR**

A percepção de subfinanciamento das ações de A&N foi recorrente, embora o estudo também tenha evidenciado um desconhecimento considerável dos gestores sobre os mecanismos de financiamento existentes. Muitos responderam não conhecer os fundos específicos ou deixaram essa pergunta em branco, sugerindo uma fragilidade formativa relevante.

O FAN, criado em 2006 e redefinido em 2013, é destinado exclusivamente a despesas de custeio, não podendo ser utilizado para aquisição de bens de capital (Brasil, 2021). O repasse depende do porte populacional, priorizando municípios com mais de 150 mil habitantes e, em alguns casos, entre 30 e 149 mil habitantes, mediante disponibilidade orçamentária. Além do FAN, existe o incentivo específico para a estruturação

da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), destinado à aquisição de equipamentos antropométricos. Esse aporte é feito em parcela única anual e sua aplicação é orientada por manuais técnicos (Brasil, 2020).

Vitorino (2016) mostrou que, em Minas Gerais, 62,3% dos municípios declararam não possuir recursos para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), ignorando que o Piso da Atenção Básica (PAB) inclui esse financiamento. Orué (2023), em estudo no Mato Grosso, revelou que mais de 60% dos gestores não sabiam se recebiam recursos do FAN ou da VAN, mesmo em municípios com Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN).

Esses achados indicam que o problema pode estar mais na má apropriação dos instrumentos de financiamento do que na ausência de recursos em si. É fundamental capacitar os gestores para reconhecer, acessar e utilizar adequadamente os fundos disponíveis.

## **ESTÁ BEM, MAS COMO FAÇO PARA ADMINISTRAR O RECURSO?**

A gestão dos recursos públicos demanda conhecimento técnico, planejamento, organização e controle das ações. Contudo, muitos gestores relataram dificuldades para compreender os mecanismos de uso dos fundos, especialmente o FAN e o incentivo da VAN.

A formação insuficiente sobre processos administrativos, abertura de licitações e uso legal dos recursos foi um ponto destacado por vários participantes. Em muitos casos, os gestores não se sentem preparados para administrar os recursos, acarretando sua subutilização ou até devolução.

Uma crítica frequente diz respeito ao engessamento do FAN, que não permite a aquisição de veículos ou construção de espaços físicos, mesmo que necessários à execução das ações. Relatos apontam que a burocracia e os entraves administrativos comprometem o uso eficiente do recurso.

Outra limitação é a dependência dos gestores de A&N em relação às decisões da coordenação da APS ou de figuras políticas, reduzindo sua autonomia. Pires *et al.* (2019) ressaltam que a autonomia decisória dos gestores está condicionada a fatores institucionais e políticos, influenciando negativamente a execução das ações planejadas.

É essencial fortalecer a formação dos gestores para o uso técnico, transparente e estratégico dos recursos, garantindo maior eficiência e alcance das políticas de A&N nos territórios.

## II Planejamento, monitoramento e avaliação

O planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de A&N na APS foram apontados como pilares fundamentais, porém ainda frágeis, da gestão local. Conforme Oliveira *et al.* (2016), esses instrumentos de gestão são essenciais para a racionalidade das decisões, a correção de rumos e a melhoria contínua dos serviços. Contudo, os achados desta pesquisa revelam que tais processos ainda estão aquém do desejável na maioria dos municípios.

Os gestores entrevistados relataram dificuldades na institucionalização do planejamento em saúde, evidenciando que, em muitos casos, as ações de A&N são desenvolvidas de maneira reativa, fragmentada e desarticulada de um plano estratégico maior. A ausência de diagnósticos situacionais consistentes, o desconhecimento das ferramentas de planejamento do SUS e a pressão por cumprir metas numéricas foram mencionados como barreiras à construção de planos de ação coerentes com as necessidades dos territórios.

Embora o Planejamento Estratégico Situacional (PES) seja recomendado como metodologia adequada para o contexto da APS por sua capacidade de incorporar a complexidade e a dinamicidade dos territórios (Brasil, 2016), sua aplicação ainda é incipiente. Poucos gestores relataram utilizar de forma sistemática

os ciclos de diagnóstico, priorização de problemas, construção de estratégias e avaliação de resultados, comprometendo a efetividade das ações planejadas.

A elaboração dos planos municipais de saúde, embora obrigatória, muitas vezes é realizada sem a participação ativa dos coordenadores de A&N, afetando a inserção qualificada das metas da área nos instrumentos oficiais de gestão. Em alguns relatos, observou-se que mesmo quando as metas são incluídas, estas não são acompanhadas nem monitoradas ao longo da execução, tornando-se meramente formais.

O monitoramento, por sua vez, é reconhecido como essencial, mas enfrenta inúmeros desafios. A falta de dados atualizados, a subutilização dos sistemas de informação (como o SISVAN), a precariedade da infraestrutura tecnológica e a ausência de cultura institucional voltada para o uso de dados foram amplamente mencionadas. Muitos profissionais relataram que os indicadores são alimentados de forma descontinuada ou com baixa qualidade, inviabilizando análises mais aprofundadas e decisões baseadas em evidências.

Tamaki (2012) destaca que o monitoramento deve ser entendido como um processo contínuo de coleta, análise e interpretação de dados, voltado para a tomada de decisões e o aprimoramento das ações. No entanto, conforme apontado por Cruz *et al.* (2023), no campo da A&N esse processo ainda é muito incipiente, sendo muitas vezes confundido com avaliação ou restrito ao preenchimento de formulários.

A avaliação das ações, por sua vez, é ainda mais incipiente. São raras as experiências locais de avaliação sistemática de processos ou resultados na área de A&N. Muitos gestores relataram desconhecimento sobre metodologias avaliativas, ausência de capacitação e falta de tempo para realizar análises mais aprofundadas. A avaliação, quando ocorre, restringe-se a auditorias administrativas ou à prestação de contas formal, sem repercussão prática sobre o redesenho das ações.

Ainda assim, os participantes reconhecem a importância da avaliação como instrumento de gestão e melhoria da qualidade das ações. Foram

mencionadas propostas como a vinculação de metas e indicadores ao financiamento (como no caso do FAN), a criação de sistemas de apoio técnico para avaliação local e o desenvolvimento de indicadores específicos para A&N nos diversos ciclos de vida.

Um aspecto recorrente nas falas dos gestores foi a ausência de correlação entre os recursos aplicados e os resultados obtidos. Essa dissociação compromete a transparência da gestão e dificulta o convencimento dos decisores políticos sobre a importância de manter e ampliar os investimentos na área. Alguns participantes sugeriram a criação de mecanismos mais robustos de avaliação de custo-efetividade, que demonstrem os impactos das ações de A&N na redução de agravos nutricionais, no controle de doenças crônicas e na melhoria dos indicadores de saúde.

Por fim, destaca-se a necessidade de uma cultura institucional de planejamento, monitoramento e avaliação, que envolva todos os níveis da gestão e incorpore a participação dos profissionais da ponta e da população usuária. Para isso, é fundamental investir na formação continuada, na construção de indicadores sensíveis à realidade local e na valorização do uso de evidências para a tomada de decisão.

### **III Articulação intra e intersetorial e agenda de A&N**

A articulação intra e intersetorial foi apontada pelos respondentes como um dos principais eixos estruturantes para a efetividade das ações de A&N na APS. O reconhecimento da necessidade de integrar diferentes áreas da própria saúde e de dialogar com outras políticas públicas expressa uma compreensão ampliada da determinação social do processo saúde-doença, alinhada às diretrizes do SUS e à PNAN.

No campo da articulação intrasetorial, muitos entrevistados relataram dificuldades em estabelecer fluxos integrados entre a coordenação de A&N e as

áreas técnicas da APS, como saúde da criança, da mulher, do idoso, vigilância em saúde e coordenações regionais. A fragmentação institucional e a ausência de espaços de gestão compartilhada entre áreas foram citadas como obstáculos à transversalidade das ações de A&N.

A baixa articulação entre os serviços e instâncias da própria secretaria municipal de saúde foi considerada um entrave à construção de linhas de cuidado que integrem a alimentação e nutrição à integralidade do cuidado. Essa desarticulação enfraquece o papel das ações de A&N como componente da APS, relegando-as a iniciativas pontuais ou desvinculadas dos demais programas e estratégias do território.

Nesse sentido, diversos gestores destacaram a importância de fortalecer a governança local da A&N por meio da criação ou reativação de comitês intersetoriais, núcleos de gestão da APS e espaços regulares de planejamento integrado. Essas iniciativas foram apontadas como meios para favorecer o diálogo entre setores, a pactuação de metas conjuntas e o monitoramento compartilhado das ações.

No âmbito da articulação intersetorial, os entrevistados demonstraram clareza sobre a importância de estabelecer parcerias com os setores de educação, assistência social, agricultura familiar, segurança alimentar e nutricional, cultura e esporte. Essas articulações são fundamentais para enfrentar os determinantes sociais da alimentação inadequada e para promover ações integradas que ampliem o acesso a alimentos saudáveis, a práticas educativas e ao fortalecimento da cultura alimentar local.

Exemplos citados incluíram parcerias com escolas para implementação de hortas pedagógicas e oficinas culinárias; integração com Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) para atendimento a famílias em situação de vulnerabilidade nutricional; e ações conjuntas com secretarias de agricultura para fomentar a compra institucional da produção local, especialmente por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA).

No entanto, muitos gestores relataram dificuldades práticas para viabilizar essas parcerias, como ausência de instâncias formais de articulação intersetorial, rotatividade dos interlocutores nos outros setores, falta de clareza sobre as atribuições de cada parte e escassez de recursos financeiros e humanos. Essas barreiras demonstram a necessidade de institucionalizar os processos interssetoriais por meio de normativas locais, comissões interssetoriais permanentes e agendas pactuadas com cronogramas definidos.

Outro ponto recorrente nas falas dos participantes foi a fragilidade da comunicação institucional entre os diferentes setores e níveis de gestão. Muitos relataram desconhecimento sobre ações que estavam sendo desenvolvidas por outras secretarias, ausência de instrumentos compartilhados de planejamento e execução e dificuldade de acesso a informações atualizadas sobre a rede de serviços do território.

Esses achados dialogam com os estudos de Cavalcanti e Cordeiro (2015), que ressaltam a intersetorialidade como um processo político e de construção coletiva, que demanda tempo, disposição ao diálogo e capacidade de mediação de conflitos. Os autores alertam que a simples coexistência de diferentes setores não garante ações articuladas e que a efetivação da intersetorialidade requer construir projetos comuns, com metas compartilhadas e responsabilidades distribuídas.

No tocante à agenda de A&N, os gestores destacaram a necessidade de atualizar os conteúdos e estratégias da PNAN à luz das transformações epidemiológicas, políticas e institucionais ocorridas nos últimos anos. Foi mencionada a urgência de reposicionar a A&N como prioridade política nas instâncias de pactuação intergovernamental, garantindo sua presença nas agendas do Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das instâncias estaduais e municipais de gestão.

Também foi enfatizada a importância de ampliar a inserção da A&N nos planos municipais e estaduais de saúde, garantindo recursos específicos, metas e indicadores que permitam monitorar e avaliar os avanços. Os entrevistados apontaram que a invisibilidade da A&N nas pactuações e nos instrumentos

formais de gestão compromete sua continuidade, sua priorização orçamentária e a própria valorização das equipes técnicas envolvidas.

Por fim, os participantes ressaltaram que a recente reconfiguração do cenário político, com o retorno da segurança alimentar e nutricional como prioridade governamental, representa uma oportunidade para retomar e fortalecer a agenda da A&N. Nesse sentido, defenderam a articulação das ações de A&N com políticas mais amplas, como o Plano Brasil Sem Fome, o novo Programa Bolsa Família e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN).

Conforme destacado por Jaime (2018) e Fonseca (2018), a A&N deve ser compreendida como um eixo transversal de promoção da saúde, que articula o direito humano à alimentação adequada com o fortalecimento da APS, a intersetorialidade e a construção de sistemas alimentares mais justos e sustentáveis.

Com isso, os dados da pesquisa revelam que o fortalecimento da gestão da A&N na APS depende da ampliação da capacidade institucional para articular ações entre setores, da valorização da agenda nos espaços de pactuação e do reconhecimento da alimentação e nutrição como direito social fundamental e componente central da promoção da saúde e da equidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou um panorama complexo da gestão da A&N na APS, marcado por desafios históricos e estruturais. Tais obstáculos demandam esforços coordenados entre os entes federativos, valorização dos profissionais da área e uma visão ampliada das políticas públicas de alimentação e nutrição. É imprescindível fortalecer a governança da PNAN na APS, reconhecendo o papel estratégico da alimentação e nutrição na promoção da saúde e equidade.

A falta de continuidade das políticas públicas, o desfinanciamento da saúde, a precarização das relações de trabalho e a fragmentação das ações entre

os diferentes níveis de gestão figuram como obstáculos persistentes fortemente ligados à lógica neoliberal, que entende saúde como mercadoria e exige da gestão uma postura de gerenciamento de mercado, o que não condiz com os princípios e diretrizes do SUS.

Apesar dessas dificuldades, o estudo também evidencia potências importantes. A retomada do CONSEA, a revalorização da agenda de segurança alimentar e nutricional no contexto do governo atual e o reconhecimento do papel estratégico da APS na garantia do direito humano à alimentação adequada são movimentos promissores. Além disso, a atuação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS e da saúde coletiva representa uma base sólida sobre a qual é possível construir avanços.

Dessa forma, recomenda-se que os gestores públicos invistam na qualificação da gestão das ações de A&N, assegurem recursos financeiros e humanos, incentivem a intersetorialidade e promovam espaços de escuta ativa dos profissionais e da população. Somente com uma gestão comprometida, participativa e técnica será possível garantir a efetividade das ações de alimentação e nutrição na APS e, com isso, promover saúde com equidade e justiça social.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A. S.; PEREIRA, E. D. G. Rotatividade de pessoal no Serviço Público Federal Brasileiro: breve revisão da literatura. In: **IV Encontro Brasileiro de Administração Pública**, João Pessoa, 2017.
- ALMEIDA, G. M. et al. Formação do nutricionista em Saúde Pública. uma revisão sistemática. **Revista de Nutrição**, v. 31, n. 1, p. 97-117, 2018.
- ASSIS, B. C. S. et al. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde?. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, p. e3134, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2008.
- BORTOLINI, G. A. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil.

**Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e39, 2020.

BRANDÃO, A. L. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, e119, 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.119>.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Guia de apoio à gestão estadual do SUS: monitoramento e avaliação**. Brasília: CONASS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: manual do tutor**. Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola: caderno do gestor**. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade Federal de Sergipe, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2023.

CAVALCANTI, A. D.; CORDEIRO, J. C. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-9, 2015.

CESCHIM, E. W. B. **Potencialidades e desafios na gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no nível municipal**: um estudo na Região Metropolitana de Curitiba. Dissertação (Mestrado em Alimentação e Nutrição), Programa de Pós-graduação em Alimentação e Nutrição – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020.

CERVATO-MANCUSO, A. M. *et al.* Formação do nutricionista e atuação na atenção básica: uma relação necessária. **Demetra**, v. 7, supl. 1, p. 153-164, 2012.

CRUZ, M. M.; BARROS, D. C.; VITORINO, S. A. S. (orgs.). **Avaliação das políticas de alimentação e nutrição**: contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: SciELO; Editora Fiocruz, 2023.

FONSECA, V. M. A agenda de alimentação e nutrição e seus desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4030-4030, dez. 2018.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

HENRIQUE, F. *et al.* Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma.

**Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 36-47, 2019.

JAIME, P. C. *et al.* Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, jun. 2018.

MENDES, M. *et al.* Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03622, 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MOROZINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 5-7, 2016.

OLIVEIRA, A. E. F. de *et al.* **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. São Luís: Edufma, 2016.

ORUÊ, A. L. *et al.* Perfil das áreas técnicas de alimentação e nutrição de Mato Grosso do Sul, Brasil: organização para tomadas de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1525-1538, 2023.

PAIVA, S. C. S. *et al.* Gestores municipais e gestão compartilhada: desafios e possibilidades para uma cogestão na saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 387-403, 2018.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, E. E. S.; OLIVEIRA, M. M. Perfil e atuação de gestores das ações de alimentação e nutrição no estado da Paraíba, Brasil. **Gerencia y Políticas de Salud**, v. 21, p. 1-20, 2022.

PINHEIRO, A. R. O. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 25, 2016.

PIRES, D. E. P. *et al.* Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180216, 2019.

RAMOS, D. B. N. **Estratégias e desafios para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde no município de Niterói/RJ**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

RIGUETE, T. M. de M. **Os diferentes olhares sobre a gestão da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

SCHÖNHOLZER, T. E. *et al.* Implantação do sistema e-SUS Atenção Básica: impacto no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021.

SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

SOARES, I. C. **Mapeamento da sobrecarga de atribuições em equipe da Atenção Primária**.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2015.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20-45, 2016.

SPILLER, E. S.; ARAÚJO, C. A. G. **Planejamento estratégico**: via expressa para o futuro. São Paulo: Editora Dialética, 2023.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 839-849, 2012.

TRAVAGIN, L. B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 995–1006, 2017.

VIEIRA, F. S. Plano de carreira e política de pessoal no SUS: possibilidades e limitações. **Saúde em Debate**, v. 31, n. 73, p. 91–104, 2007.

VITORINO, S. A. F. **A atuação do gestor na organização das ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

## CAPÍTULO 2

# O NUTRICIONISTA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: A INTERLOCUÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Leticia de Almeida Sant'anna  
Cristiane Marques Seixas  
Amanda Lima Macedo de Almeida  
Mayara Cristhinne Cezario Porphirio

### INTRODUÇÃO

Na década de 1980, o Brasil protagonizou mudanças importantes no campo da saúde e fora dele. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) alavancou-se uma atmosfera de reorientação das práticas e saberes no campo da saúde e as formas de se olhar para os processos de adoecimento. Na esteira dessas discussões, observou-se a necessidade de fortalecer uma assistência à saúde que fosse menos fragmentada e que promovesse uma maior autonomia para os sistemas de saúde, evitando a descontinuidade do cuidado (Brasil, 2022a).

Na busca de construir um cuidado integrado e articulado para melhor atender aos princípios do SUS, surge a noção do “cuidado em rede” que, a partir da Portaria GM 4.279 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010), é instituído

como a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Compreende-se como RAS os “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010).

A RAS apresenta como eixo central a ação articulada, onde os pontos de atenção se comunicam por meio de instrumentos compartilhados, visando romper com um modelo tradicional baseado em uma assistência à saúde fragmentada, orientada pela lógica do encaminhamento e sem acompanhamento longitudinal articulado. Essa forma de organização do cuidado proporcionou maior eficácia tanto em termos de organização interna, quanto em relação à capacidade de enfrentar desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário daquele momento (Brasil, 2024).

Assim, seguindo a lógica de desfragmentação do cuidado em saúde, foram estabelecidos três níveis de assistência no SUS, a saber: 1) a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) como o primeiro nível de atenção em saúde, desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde, seja no âmbito individual ou coletivo, objetivando ofertar o cuidado integral à população; 2) Atenção Secundária que se ocupa dos casos de média complexidade, onde serão atendidos os casos que não puderam ser tratados pela APS, devido grau de complexidade, com atendimentos mais direcionados, como, por exemplo, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), policlínicas e centros de atendimento que possuam equipamentos para realização de exames mais avançados. Os casos de média complexidade geralmente recebem o primeiro acolhimento na APS e são encaminhados para a atenção especializada; 3) Atenção Hospitalar, dedicada ao nível de alta complexidade da atenção especializada abrange, por exemplo, os Hospitais Gerais de grande porte, Hospitais Universitários e instituições de ensino e pesquisa. Incluem a assistência para cirurgias reparadoras, processos de reprodução assistida, entre outros (Brasil, 2010; 2022b).

Entendendo a importância estratégica da APS e, na tentativa de ampliar os cuidados ofertados, incluindo a compreensão dos contextos familiares e

comunitários no processo de saúde/doença, a APS adota a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioridade, em 2006, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A partir de então, compreende-se a APS como porta de entrada e principal responsável por organizar a rede de cuidados das pessoas e coletividades por meio da criação de vínculos entre profissionais e usuários, na tentativa de qualificar os serviços de saúde prestados (Brasil, 2017).

Os desafios sempre foram numerosos e, certamente, foram se revelando ao longo da reorganização do sistema de saúde. A identificação de novas (ou não tão novas) necessidades de saúde demanda novas formas de organização e articulação da RAS. Para garantir, cada vez mais, a realização dos princípios do SUS, o olhar voltado às necessidades específicas da população brasileira evidenciou a importância de estabelecer novas pactuações. Assim, nas discussões realizadas pela Comissão Intergestores Tripartite, nos anos de 2011 e 2012, foram definidas as seguintes Redes Temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobre a qual lançaremos luzes neste capítulo (Brasil, 2014).

Compreende-se que o profissional nutricionista é de grande relevância para a APS e para essas Redes Temáticas. No que diz respeito à RAPS, percebe-se que a instituição da RAS possibilitou muitos avanços, mas ainda se observa uma abordagem majoritariamente biologicista, com foco no tratamento medicamentoso e pouca ênfase nas ações que incluam os aspectos subjetivos, principalmente para cuidar dos transtornos mentais graves. Observa-se que em relação aos agravos envolvendo questões de saúde mental, a alimentação e nutrição não aparecem como possibilidade de recurso terapêutico nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (Brasil, 2024).

Nesse sentido, vale lembrar que “a estranheza e a ameaça que a loucura comporta impõem um questionamento que ultrapassa o conhecimento nutricional e exige considerar a alimentação um fenômeno humano e a comida

algo que ultrapassa sua composição nutricional” (Almeida *et al.*, 2016, p. 297). Entretanto, em consulta realizada ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no ano de 2024, o número de profissionais graduados em Nutrição, em comparação ao de outras categorias da área da saúde que atuam em dispositivos de atenção à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, ainda é bastante reduzido, evidenciando a dificuldade de inserção desses profissionais.

A importância desse profissional se adiciona ao grave cenário brasileiro de insegurança alimentar, já que os dispositivos de saúde mental muitas vezes assumem a função de garantir direitos fundamentais às pessoas em situação de vulnerabilidade, sendo o direito à alimentação um dos direitos reconhecidos pelo artigo 6º da Constituição Brasileira desde 2010. Essa função, tão importante para o campo da atenção psicossocial, se alinha ao conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, definido pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, instituída por meio da Lei n. 11.346, como “o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, baseando-se em práticas alimentares promotoras de saúde, respeitando a diversidade cultural e sendo ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentável” (Brasil, 2006).

Assim, interessa-nos aqui enfatizar e analisar a atuação do nutricionista na APS e na RAPS, tomando como ponto de partida o que se espera desse profissional nesses pontos de atenção, além de identificar possíveis pontos de convergência e/ou de divergência que contribuem para ampliação das possibilidades de cuidado em alimentação, nutrição e saúde dos sujeitos.

Por fim, tomamos de empréstimo a definição de inovação utilizadas pelas psicanalistas Ana Carolina Lo Bianco e Fernanda Costa-Moura (2017) que entendem que a inovação é produzida no âmbito da combinação de recursos já existentes no campo científico, gerando novos produtos, processos, mercados, formas de organização e materiais. Nesse sentido, a inovação faz parte e está já prevista na operação científica, diferentemente do novo que é

contingente e concerne à invenção de algo nunca dado anteriormente. Dito isto, apresentaremos tecnologias de cuidado contemporâneas, que trazem resultados exitosos na ampliação do cuidado em alimentação, nutrição e saúde, articulando APS e RAPS.

## **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA RELAÇÃO DELICADA**

No campo da saúde mental, o final da década de 1970 é considerado o período inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, caracterizada como movimento de críticas às políticas de saúde mental e reformulação da assistência na época, cada vez mais precária, além de várias denúncias de abandono e maus-tratos às pessoas internadas nos hospícios. Em 2001, após 12 anos em tramitação no Senado e no Congresso Nacional, foi aprovada a Lei n. 10.216 (Brasil, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Foi nesse contexto que surgiu o termo “atenção psicossocial”, visando mudar a abordagem da saúde mental e superar o modelo asilar, garantindo a promoção dos direitos e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. A ideia central é que o cuidado em saúde mental deve considerar não apenas o aspecto biológico, mas também o social, psicológico e cultural do usuário. Logo, a possibilidade de uma rede, permitiu que esse cuidado se constituísse de maneira integrada e ampliada.

Alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde Mental, Lei n. 10.216 (Brasil, 2001) promoveu importantes transformações na área. Entre as principais mudanças destacam-se: a adoção do território como conceito organizador da atenção; o aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades; a redução de leitos em hospitais psiquiátricos; a regulamentação do auxílio-

reabilitação psicossocial. Em dezembro de 2011, a RAPS foi normatizada visando a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2013).

A RAPS é composta por serviços acessíveis a qualquer pessoa, localizados o mais próximo possível de onde o usuário vive, de onde estão a sua família, os seus amigos, e os lugares que frequenta. São sete os componentes que constituem a RAPS: APS; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial. Cada componente é formado por diversos pontos de atenção regulamentados por normas específicas (Brasil, 2013).

Diante dessa perspectiva, a RAPS busca romper com a visão biológica reducionista e, conseqüentemente, com o modelo de psiquiatria hospitalocêntrica e medicalizadora, em favor de uma lógica pautada na compreensão de que o processo saúde-doença resulta de dinâmicas sociais complexas. Esse modelo requer uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, além da criação de múltiplos dispositivos de cuidado territorializados.

Nesse contexto, o foco da intervenção é o sujeito em sofrimento. O contexto social, as condições de vida, de trabalho e as relações interpessoais do sujeito passam a ser considerados elementos importantes no processo de cuidado. A medicação é entendida como um recurso entre outros, e não mais como o único ou principal instrumento terapêutico. Para além do uso de fármacos, investe-se em novas formas de atenção e estratégias de cuidado que valorizam a interdisciplinaridade, o diálogo entre saberes e a integração de diferentes práticas. O objetivo é desenvolver intervenções que reconheçam a complexidade dos problemas relacionados à saúde mental e promovam a construção de redes sociais de apoio nas quais o sujeito possa se inserir e encontrar sustentação (Yasui; Costa-Rosa, 2008).

A organização para a efetivação dessas intervenções ocorre por meio dos Projetos Terapêuticos Singulares, um dos principais instrumentos

de trabalho dos CAPS, elaborados em conjunto com o usuário e voltados à valorização de estratégias que fortaleçam sua autonomia (Baptista *et al.*, 2020).

Do ponto de vista da atenção psicossocial, considerando que a APS é um dos sete componentes da RAPS e considerando o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (Brasil, 2013), bem como o fato de que o processo saúde-doença está diretamente atravessado pelas condições alimentares e nutricionais das pessoas, o nutricionista configura-se como um profissional estratégico na organização do cuidado. Mas como ele se insere nessa complexa rede de dispositivos e equipamentos de saúde, tanto na APS quanto na RAPS? É importante destacar que, neste capítulo, ao realizarmos nossas análises sobre a inserção do nutricionista e sua relação com a APS, concentraremos o foco no CAPS, por compreendermos que se trata de um dispositivo estratégico na organização do cuidado em saúde mental.

## **DO NASF ÀS EMULTI: O QUE MUDOU NA PRÁTICA?**

Os nutricionistas se inserem na APS, em 2008, como um dos profissionais previstos para compor as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo foi ampliar e fortalecer as ações da ESF (Brasil, 2008). Os NASF não se propunham a incluir uma lógica pautada na especialidade, mas sim promover ações visando à ampliação da clínica e mudança das práticas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida para as comunidades, por meio de: atendimentos compartilhados com as equipes de Saúde da Família; visitas domiciliares; atividades em grupo e/ou oficinas; participação de reuniões das equipes para aprimorar os diagnósticos e possibilidades de tratamentos bem como na reflexão sobre as mudanças necessárias para melhor organização do seu processo de trabalho; além de articulação intersetorial na tentativa de qualificar os acompanhamentos em rede (Bahia, 2025).

A fim de articular as diferentes ações promovidas pelos NASF, adota-se o apoio matricial como principal metodologia, apoiando-se em duas principais dimensões: a técnico-metodológica e a clínico-assistencial (Linhares; Albuquerque; Ferreira, 2020). O apoio matricial pode ser definido como um arranjo organizacional que tem como objetivo produzir e estimular relações que perpassem por todos os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, ampliando a oferta de ações de saúde, lançando mão de saberes e práticas especializadas, sem descartar o contexto ao qual aqueles indivíduos estão inseridos, importantes na construção desse cuidado (Brasil, 2013).

Importante salientar que o apoio matricial surge como uma das diretrizes das ações em saúde mental com a instituição dos NASF, abrangendo em seu escopo diversas categorias profissionais. A composição das equipes poderia variar de acordo com as características e necessidades da população em cada região, com exceção dos profissionais de saúde mental, definidos como participantes obrigatórios (Chazan; Fortes; Junior, 2020).

Diante dos desafios observados em relação aos adoecimentos psíquicos, e na tentativa de apoiar e qualificar o trabalho dos profissionais da APS, em 2013, o Ministério da Saúde publicou o Caderno da Atenção Básica n. 34, sobre Saúde Mental, que organiza conceitos como cuidado, sofrimento, pessoa e território, e indica possibilidades de intervenções terapêuticas em relação aos agravos no campo. É um documento orientador com diversas possibilidades de caminho para o cuidado em saúde mental na APS, enfatizando a necessidade de identificação de transtornos graves e persistentes além de fortalecer a premissa de que usuários que necessitem de acompanhamento nos CAPS devem continuar sendo acompanhados pela APS, em suas necessidades clínicas (Brasil, 2013).

Além disso, a articulação entre os CAPS e APS é considerada uma boa prática em saúde mental, por colocar o usuário como o ponto em comum entre os pontos de atenção da RAPS que compõem o seu cuidado, considerando as potencialidades de cada dispositivo, sem mesmo negligenciar as questões clínicas as quais os usuários de saúde mental são acometidos,

muitas decorrentes de históricos de polifarmácia, excesso ou redução grave de peso, falta de apetite, entre outros (Brasil, 2013).

Apesar da importância de o apoio matricial evidenciar-se desde a instituição dos NASF, em 2017, com a publicação da última versão da PNAB, a equipe multiprofissional passou a ser denominada Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Nesse momento, o apoio matricial é retirado da PNAB (Brasil, 2017).

Em 2019, com o lançamento do programa Previne Brasil, houve a introdução de um novo modelo de financiamento para a APS, alterando a Portaria n. 6/GM/MS, de 2017, que regulamentava o financiamento e a transferência de recursos federais para o SUS. Isso culminou na redução de equipes, profissionais e, conseqüentemente, afetou a estrutura organizacional multiprofissional e as ações de cuidado em saúde (Brasil, 2019).

Em 2023, com a proposta de aprimoramento da estratégia de apoio às Equipes de Saúde da Família, houve a transição dos NASF para equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, as eMulti. As eMulti são classificadas em três modalidades: a eMulti Ampliada está vinculada a 10-12 equipes de APS, com carga horária mínima de trezentas horas, a eMulti Complementar está responsável por 5-9 equipes, com no mínimo duzentas horas de atuação. Já a eMulti Estratégica, está vinculada a 4 equipes de APS, com carga horária mínima de cem horas (Brasil, 2023a).

As principais diferenças com a implementação das eMulti foram uma maior flexibilização na composição das equipes, com a inclusão de novas modalidades médicas (cardiologia, dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infectologia); acréscimo da modalidade de atendimento remoto como ferramenta tecnológica para a otimização do processo de trabalho; aumento da carga horária dos profissionais que compõem as equipes; além do aumento do repasse financeiro realizado pelo Ministério da Saúde para os municípios para custeio dessas equipes (Brasil, 2023a). Para Bispo Júnior e Almeida (2023), um dos principais desafios da mudança dos NASF para

eMulti é a falta de clareza na estruturação do processo de trabalho das eMulti, incluindo os fluxos e as pactuações com as equipes de APS, o que evidencia a necessidade de uma “identidade quanto ao seu espaço institucional e às atribuições no âmbito da APS” (Bispo Júnior; Almeida, 2023, p. 3).

Apesar dos desafios existentes na transição entre NASF e eMulti, o apoio matricial ainda se sustenta como uma ferramenta importante e indispensável para o aprofundamento do cuidado, seja entre os profissionais nas unidades de saúde da APS ou na articulação dessas unidades com a RAPS e o cuidado em Saúde Mental. Como reconhecimento e valorização dessa metodologia, o Ministério da Saúde publica o *Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental* (Chiaverini, 2011), enfatizando o apoio matricial em saúde mental como um dos pilares na integração entre os profissionais da APS e os profissionais de Saúde Mental. É ele que faz valer essa articulação, por meio de interação dialógica entre os diversos saberes (Chazan, Fortes; Junior, 2020; Iglesias; Avellar, 20219). Ou seja, ao receber um usuário com adoecimento psíquico, que demande cuidados na RAPS, onde a equipe da APS não se sinta segura ou apropriada para a tomada de decisões, ela poderá solicitar o apoio matricial das equipes de saúde mental, dos CAPS, que poderá ofertar retaguarda especializada na assistência, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (Chiaverini, 2011).

Chamamos a atenção para duas situações vivenciadas por profissionais de um CAPS AD em agendas de apoio matricial: a primeira envolve o caso de uma usuária, com aproximadamente 35 anos, sexo feminino, histórico de uso prejudicial de bebidas alcoólicas encaminhada para o CAPS AD do território pela APS. O resumo do quadro clínico indicava quadro de ansiedade e uso prejudicial de bebidas energéticas, que segundo a usuária, se limitava a três latas de 330ml/semana. Em contato com a equipe de referência da mesma na Clínica da Família, escuta-se uma preocupação pelo uso de energético, pois isso poderia ter efeitos clínicos negativos e até desencadear em doenças cardiovasculares. Em atendimento, a usuária diz não fazer sentido estar em um CAPS, não avalia

que faz uso prejudicial, mas se interessa em ter um espaço de escuta. A usuária relata sofrer violência doméstica por parte de seu companheiro, o que se articula ao período em que ingeria grande quantidade de álcool, uma vez que desejava anestesiá-lo o sofrimento causado pela violência sofrida.

A segunda situação tem relação com uma agenda de matriciamento em uma Clínica da Família, onde a equipe do CAPS foi acionada para discutir sobre os casos de uso prejudicial de substâncias psicoativas com os médicos da clínica. Em meio às diversas situações expostas, os profissionais do serviço informaram ser uma das clínicas com maior número de gestantes acompanhadas naquele território. Com isso, foram questionados se alguma gestante fazia uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, e receberam a seguinte devolutiva: “não temos como saber, pois essa pergunta não está na ficha de anamnese do pré-natal. O maior problema que temos, é de mães que têm filhos com vários pais”.

A importância de marcar essas duas situações está na possibilidade de colocar em discussão as questões morais que invariavelmente se sobrepõem às questões do acompanhamento em saúde. Seja pelo foco na substância utilizada, seja pela organização familiar das mulheres gestantes daquele território, o que surge é a dificuldade de construção de vínculo e de uma relação horizontal entre profissionais e usuários do serviço. Outra questão tem relação com a restrição de perguntas às que estão previstas no formulário, reduzindo as ações de promoção de saúde, não abrindo brecha para outras situações aparecerem. Se afunilarmos essa lógica e esse olhar para as ações em saúde que se relacionam com as situações envolvendo alimentação e nutrição, o que aparece?

## **E O NUTRICIONISTA, COMO FICA NESSA HISTÓRIA?**

Conforme sinalizado anteriormente, o profissional de nutrição está previsto como categoria para compor as equipes desde a implantação dos NASF em 2008. Com a migração dos NASF para eMulti, a participação dos mesmos se

mantém nas três modalidades existentes para composição dessas equipes: eMulti Ampliada, eMulti Complementar e eMulti Estratégica (Brasil, 2008; 2023). Na RAPS, mais precisamente nos CAPS, assim como nas eMulti, o nutricionista não está previsto como categoria obrigatória para compor as equipes mínimas para o funcionamento dos serviços, estando a cargo do gestor definir a necessidade de incluir (ou não) esse profissional nas equipes (Brasil, 2002).

Para sustentar nossas reflexões, nos interessa incluir nessa discussão as bases do processo e das condições sócio-históricas que envolvem a constituição do campo da nutrição, o cenário epidemiológico e a formação dos profissionais dessa categoria.

Nas décadas entre 1930–1940 a nutrição fez parte de um projeto de modernização da economia brasileira, onde as ações eram direcionadas a partir de um caráter individual. O alimento era utilizado como agente de tratamento para curar enfermidades, a fim de superar o perfil epidemiológico da época, caracterizado pelas doenças carenciais, associadas às condições de subdesenvolvimento. Já na segunda metade do século XIX os saberes em nutrição passaram a se apresentar de maneira mais sistematizada, inseridas no espectro dos saberes médicos, porém, incluiu-se a perspectiva social, “cuja atuação era voltada para o coletivo, a população, a sociedade, a economia e a disponibilidade de alimentos” (Vasconcelos, 2002).

Ou seja, nesse mesmo período, inicia-se o processo de reconfiguração da formação do profissional nutricionista, até então centralizado em dois tipos de profissional: de um lado o nutricionista era formado para a elaboração e orientação dietética nos serviços de atenção à saúde e do outro lado, sua formação visava a preparação para a administração dos serviços de alimentação de trabalhadores vinculados à Previdência Social. Esse processo foi importante para instituir o campo da Nutrição em Saúde Pública nos países latino-americanos (Vasconcelos, 2002).

A partir das décadas de 1970-1980, vários movimentos de cunho ético-político reforçaram a necessidade de transformar os modelos de

assistência, tanto no campo da alimentação e nutrição, devido interface com a Saúde Coletiva, e na saúde mental, como a Reforma Psiquiátrica e a criação dos CAPS. Com isso, o campo da nutrição, que tem em suas bases epistemológicas uma formação fortemente tecnicista, com ênfase em ações para atender questões de cunho biologicista, não acompanhou tais transformações (Almeida et al., 2016).

Atualmente, identificamos um cenário epidemiológico complexo onde a população é acometida com altos índices de doenças infecciosas, carenciais e doenças crônicas não transmissíveis, como, por exemplo, a obesidade, que possui impactos significativos na saúde mental. Além disso, causas externas como as variadas formas de violência que incidem direta ou indiretamente na população, observa-se um agravamento dos quadros de saúde mental. Em 2019, quase um bilhão de pessoas no mundo viviam com um transtorno mental e o suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes. Para piorar a situação, esse cenário mundial se agravou em 2020, no primeiro ano de Pandemia de covid-19, quando houve um aumento de 25% dos casos de depressão e ansiedade (OPAS, 2022).

Olhando para o contexto histórico e atual da saúde mental, será que a APS e a RAPS estão de fato articuladas para dar conta de tamanha demanda de cuidado? Ao observar as situações cotidianas, incluindo as questões de alimentação, nutrição e saúde mental já destacadas acima, bem como os entraves vivenciados nos serviços, identificamos dois eixos a serem desenvolvidos para o enfrentamento do problema: um relacionado à formação profissional e outro ao caráter inovador das práticas propriamente ditas.

Com isso, podemos destacar duas ações que articulam esses dois eixos, a fim de amortizar as problemáticas em torno dessa difícil articulação que funcionariam como elo de diálogo entre APS e RAPS. Pensando nos graus de complexidade em saúde mental, incluindo a alimentação e nutrição, compreende-se que questões morais, do estigma e da discriminação estão presentes nas diversas situações comuns aos dois campos.

Com a implementação dos CAPS, da RAPS, dos NASF e posteriormente as eMulti, podemos considerar a criação da *Matriz para a organização dos cuidados em alimentação e nutrição na APS* (Brasil, 2022a) como uma dessas ações, mostrando-se uma tentativa exitosa no enfrentamento das lacunas existentes nas carteiras de serviço da APS e da Atenção Psicossocial para o nutricionista atuante nessa interface. O documento prevê ações bem definidas para a população em situação de rua, no que diz respeito à alimentação e nutrição, em articulação com as equipes de Consultório na Rua<sup>3</sup> (Brasil, 2023b) e de pessoas privadas de liberdade por meio das equipes de saúde prisional em articulação com equipes de APS (Brasil, 2022a).

Uma segunda experiência de tentativa de articulação entre o cuidado em saúde mental, alimentação e nutrição é a criação das equipes de Deambulatório, em 2023, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e pela área técnica da Superintendência de Saúde Mental do município. Essas equipes atuam no nível da atenção psicossocial, vinculadas administrativamente aos CAPS, em territórios definidos, com o objetivo de ampliar o cuidado em saúde mental por meio de práticas em saúde compartilhadas entre a APS e a RAPS, com ênfase em atividades coletivas e de base territorial, além de prestar apoio matricial às equipes da APS (SMS/RJ, 2025).

A porta de entrada para os deambulatorios é realizada por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e busca ampliar a assistência aos usuários avaliados como casos de média complexidade psicossocial e que aguardam atendimento na fila do SISREG para psiquiatria e saúde mental (SMS/RJ, 2025). A composição das categorias profissionais presentes nas equipes de Deambulatório, assim como nos NASF e eMulti, fica sob a responsabilidade do gestor de cada equipe. Este identifica as necessidades e organiza a direção de trabalho para o território ao qual a equipe está vinculada, constituindo uma importante oportunidade de atuação do nutricionista em um dispositivo que se propõe a ofertar o cuidado em alimentação e nutrição, articulando as questões de saúde mental.

---

<sup>3</sup> Equipes multidisciplinares instituídas na PNAB para o cuidado integral dessas pessoas em situação de rua.

Ainda que essas iniciativas sejam recentes, podemos acompanhar seus primeiros efeitos no que diz respeito à saúde mental da população.

Já em seu primeiro ano de existência, observa-se que as equipes de deambulatórios conseguiram reduzir e/ou “zerar” as filas do SISREG para saúde mental em algumas áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, sinalizando uma ampliação da oferta de cuidados em saúde para os casos de média complexidade, além de uma possibilidade de qualificação dos encaminhamentos, por meio do apoio matricial juntamente com as equipes da APS (SMS/RJ, 2025).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso aqui delineado reforça a importância da efetiva inserção do nutricionista no campo da saúde mental, não somente como aquele capaz de fazer uma prescrição dietética adequada ou administrar corretamente os serviços de alimentação coletiva. Dado o cenário epidemiológico da saúde mental, é preciso cada vez mais refletir sobre o que é ser nutricionista no mundo de hoje, onde as demandas relativas à alimentação não estão desvinculadas da saúde mental. Isso implica olhar criticamente para o processo de formação desde a graduação até a pós-graduação, onde se forjam profissionais ainda referidos a uma visão fragmentária da saúde, baseada no bom conhecimento dos nutrientes.

A ampliação da visão que se tem da função do nutricionista no campo da saúde é estratégica, pois não nos alimentamos de nutrientes, mas de símbolos e isso faz diferença na forma que a vida pode ser vivida. Portanto, mostra-se urgente e necessária uma ruptura dos sólidos paradigmas do campo da alimentação e nutrição que sustentam e perpetuam ao longo dos anos intervenções com foco no alimento ou na doença em detrimento do cuidado das pessoas. É essa ruptura que dará o tom das novas e inovadoras intervenções, favorecendo o enfraquecimento de moralismos, estigmas e preconceitos.

Nessa direção, as experiências inovadoras criadas nos últimos anos lançam mão do que a APS disponibiliza em termos de recursos e experiências, permitindo que o profissional de nutrição possa rever suas bases epistemológicas, assegurando que os cuidados que entrelaçam os campos aqui analisados possam se sustentar por meio de práticas que considerem a comida em seu potencial “recurso humanizador”. Essa perspectiva só é possível tendo em vista que o nutriente sozinho não dá conta das complexidades implicadas no ato de alimentar-se, mas ainda assim se faz necessário para manter necessidades vitais da existência (Almeida *et al.*, 2016).

Sant’anna (2021) propõe que as atuações dos nutricionistas caminhem das dicotomias para as dualidades, por compreender que as dualidades possibilitam apreender os retrocessos como algo inerente à existência humana, e não como fracasso ou algo que necessite de correção. Por fim, reforça-se a necessidade de dar protagonismo a uma escuta atenta e sensível, que possibilite ouvir os pormenores que não necessariamente serão sinalizados pela via da comunicação oral, evitando que discursos de responsabilização mascarem as mais variadas formas de culpabilizar os sujeitos e caminhem na direção da integralidade do cuidado.

Quanto à formação, nosso desejo é que o questionamento crítico seja sempre mantido no horizonte da formação do nutricionista em saúde coletiva, deslocando cada vez mais seu olhar para as pessoas em sofrimento e lançando mão do potencial humanizador que a comida possui. A inserção precoce dos estudantes de nutrição no campo da saúde mental possibilita esse deslocamento e força o surgimento do novo junto aos dispositivos da atenção psicossocial que compõem a RAPS.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA., L. A., et al. A nau dos insanos: as dificuldades do diálogo entre os campos da nutrição e da saúde mental. In: PRADO, S. D. *et al.* (orgs.). **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede**. v. 5. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016. (Sabor metrópole)

BAHIA. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Bahia,

2025. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/nasf/#:~:text=O%20N%C3%BACleo%20de%20Apoio%20%C3%A0,fam%C3%ADlia%20aos%20problemas%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o..> Acesso em: 1 jun. 2025.

BAPTISTA, J. A. *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, 2023.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 16 mar. 2024.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional**. Texto Final. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.o 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação da Rede de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Primária**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Brasília, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>. Acesso em: 16 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório da Rua**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.>

gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua. Acesso em: 15 jun. 2025.

CHAZAN, L. F.; FORTES, S. L. C. L.; JUNIOR, K. R. C. Apoio matricial em saúde mental: revisão narrativa do uso dos conceitos horizontalidade e supervisão e suas implicações nas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, Rio de Janeiro, 2020.

CHIAVERINI, D. H.; GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; TÓFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

LINHARES, A. M. R. L. C.; ALBUQUERQUE, R. A. S.; FERREIRA, F. V. Atuação do nutricionista na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Desafios**, v. 7, n. 3, 2020.

LO BIANCO, A. C.; COSTA-MOURA, F. Inovação na ciência, inovação na psicanálise. **Ágora**, v. 20, p. 491-508, 2017.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 15 jun. 2025.

SANT'ANNA, L. A. **"A dieta equilibrada é um copo em cada mão"**: relações entre a comensalidade e os usos de álcool em produções cinematográficas. 2021. 174 f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Rio de Janeiro, 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS/RJ). Nota Técnica: orientações de ambulatório. Junho, 2025. Disponível em: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2025/08/Notas-Tecnicas-DEAMB.pdf>. Acesso em: 29 out. 2025

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 127-138, maio/ago. 2002.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

## CAPÍTULO 3

# **“ESSE OBESO É DE QUEM?” CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE**

Carolina de Oliveira Coutinho  
Juliana Pereira Casemiro  
Ana Laura Brandão  
Cristiane Marques Seixas

### **Introdução**

A pergunta que inicia esse capítulo emerge todas as vezes que nos debruçamos sobre os itinerários percorridos por pessoas com obesidade em busca de tratamento. Ela também faz referência a uma prática discursiva bastante comum, na qual a doença se sobrepõe à identidade do sujeito que ali está, sedimentando estigmas e processos de desumanização que, longe de contribuir para o tratamento, aprofundam barreiras de acesso e adesão. Além disso, ela traduz uma dúvida que interpela os profissionais de saúde quando não sabem o que fazer diante da dificuldade de manejar os quadros de obesidade.



Ainda que novos medicamentos para o tratamento da obesidade estejam chegando ao mercado e, talvez em um futuro próximo, de forma acessível pelo sistema público de saúde, como discutido no capítulo “Paradoxos do cuidado às pessoas com obesidade na atenção primária à saúde: na contramão da integralidade”, ainda não temos exata noção do melhor tratamento a ser adotado em cada novo caso. Protocolos não faltam, mas, na prática, a teoria é outra. Soma-se a isso o fato de que nenhum país no mundo conseguiu, até o presente momento, conter o avanço da obesidade (NCD-RisC, 2024), o que nos impõe a necessidade de aprofundar os nossos questionamentos, deixando para trás respostas simplificadas que apenas nos afastam de novas possibilidades de encarar o problema.

Por esses e outros aspectos, a obesidade é considerada uma prioridade global de saúde pública. Sua complexidade resulta do entrecruzamento de uma série de fatores individuais e ambientais que atuam em múltiplos contextos: familiar, comunitário, escolar, social e político (WHO, 2023). Entre suas repercussões, sabe-se que representa um importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (Brauer *et al.*, 2024). Seu caráter crônico, associado a múltiplas causas, que se desenvolvem gradualmente, geralmente com um prognóstico incerto e duração prolongada ou indefinida, apontam para um curso clínico que varia ao longo do tempo, com períodos de agravamento e melhora, podendo levar a incapacidades.

O manejo da obesidade (ou poderíamos dizer “das obesidades”?) demanda diferentes arranjos organizativos que propiciem sua abordagem em múltiplas dimensões, as quais envolvem diferentes densidades tecnológicas, associadas a estratégias que apoiem as desejadas mudanças no “estilo” de vida. Tais arranjos representam desafios para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a dinâmica do trabalho em saúde, já que exigem uma mudança no modelo de cuidado (micro-organização) e na organização do sistema como um todo (macro-organização) (Brasil, 2022; Ralston *et al.*, 2018).

Foi justamente visando a organização dos serviços e o cumprimento dos princípios do SUS que o Ministério da Saúde instituiu, em 2010, as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando a complexa realidade sanitária do país (Brasil, 2010; Mendes, 2010).

As RAS pressupõem que a tendência de declínio dos problemas agudos de saúde e ascensão das doenças crônicas demandam a adequação do modelo assistencial, com base nos seguintes princípios e diretrizes: integralidade; humanização; cuidado multiprofissional; corresponsabilização profissional/usuário; longitudinalidade; construção do vínculo, da autonomia e do autocuidado do usuário. Assim, o intuito foi de fomentar a mudança no modelo assistencial por meio da qualificação da atenção integral à saúde, superando a fragmentação da atenção e da gestão à saúde (Burlandy *et al.*, 2020; Magalhães Jr., 2014).

No contexto das RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como o componente estruturante, ordenador e coordenador do cuidado individual ao exercer o papel de porta de entrada prioritária e de ordenadora do cuidado, garantindo a continuidade do cuidado ao longo do tempo. Ou seja, é ela que, em sua capilaridade, pode estar perto dos indivíduos e reconhecer as necessidades de saúde, assim como as potencialidades dos territórios onde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão inseridas. Essas funções localizam a APS não apenas como o primeiro nível de atenção, mas também a coloca em uma posição estratégica na organização das redes regionalizadas (Magalhães Jr., 2014; Brasil, 2011; Mendes, 2010).

A APS se articula de forma integrada e complementar com outros dois níveis de atenção, a saber: a Atenção Ambulatorial Especializada, que compreende atendimentos de média complexidade, geralmente realizados em ambulatórios especializados, como consultas com especialistas e exames diagnósticos mais complexos; e a Atenção Hospitalar, que corresponde aos procedimentos de alta complexidade, geralmente realizados em hospitais, como internações prolongadas, cirurgias de grande porte e tratamentos intensivos.

Esses dois níveis compõem o que se denomina Atenção Especializada (AE), que se articula intimamente com a APS, na medida em que dela recebe os usuários encaminhados para tratamentos específicos, procedimentos diagnósticos ou intervenções clínicas e cirúrgicas.

Contudo, mesmo após o atendimento na AE, é a APS que mantém a responsabilidade pelo cuidado contínuo, garantindo o seguimento dos tratamentos, a coordenação das ações e a integralidade do cuidado em saúde. Essa integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde é fundamental para a efetividade do sistema de saúde e a garantia do acesso resolutivo aos usuários e, ao mesmo tempo, um dos maiores obstáculos postos à coordenação do cuidado (Melo *et al.*, 2021; Magalhães Jr.; Pinto, 2014).

Tendo em vista o grande desafio que atualmente se impõe no manejo da obesidade em todos os níveis de atenção à saúde, este texto propõe lançar luz sobre essa delicada interface entre a APS e a AE, não com o objetivo de resolver seus impasses, mas de ressaltar os desafios e dilemas que lhe são próprios, bem como apontar potencialidades e caminhos para a gestão e a construção do cuidado compartilhado às pessoas com obesidade.

## **NAS TRILHAS DAS LINHAS DE CUIDADO**

Para iniciar a discussão aqui proposta, é preciso, de antemão, reconhecer o imenso desafio que representou, e ainda representar, a construção democrática do SUS no contexto da redemocratização brasileira. Esse processo foi marcado por grandes esforços institucionais e sociais voltados à garantia do direito universal à saúde. No capítulo que aborda a relação entre a APS e a Rede de Atenção Psicossocial, vimos como esse percurso culminou, entre outros avanços, na formulação das redes temáticas de atenção à saúde, fruto das discussões conduzidas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, especialmente nos anos de 2011 e 2012.

Nesse contexto, foram instituídas as Linhas de Cuidado, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, com ênfase na qualidade assistencial. As Linhas de Cuidado delineiam o itinerário que o usuário deve percorrer do ponto de vista dos serviços de saúde, fornecendo informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Além disso, funcionam como ferramentas potentes de articulação das ações, viabilizando a comunicação entre as equipes, serviços e usuários no âmbito da RAS (Franco; Magalhães Jr., 2003).

Foi nesse cenário que, em 2013, foi implantada, como parte da rede temática de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO), com a finalidade de orientar, sob a perspectiva da gestão, os itinerários de cuidados dos usuários na RAS. Destaca-se que a LCSO contempla atribuições específicas para os diversos componentes da rede, incluindo a APS, a AE ambulatorial e hospitalar, os sistemas de apoio e logístico, bem como o sistema de regulação<sup>4</sup>. Logo, ao propor a organização e articulação em rede, essa ferramenta de gestão busca promover, aos indivíduos com excesso de peso, o acesso a diversas ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2013).

Nessa conjuntura, cabe ressaltar a complexidade do processo de construção de redes de atenção regionalizadas e de articulação interfederativa que marca a construção de um sistema público e universal em um país de dimensões continentais, diverso e desigual como o Brasil, constrangido por subfinanciamento crônico, por delicadas interfaces público-privadas e por frágil sustentabilidade política (Melo *et al.*, 2021; Paim, 2018). Assim, se, por um lado, a proposição da LCSO apontou um caminho a ser trilhado, por outro, evidenciou ainda mais os inúmeros desafios inerentes à concretização dessa

---

4 No âmbito do SUS, o sistema de regulação é o conjunto de ações e dispositivos que organiza o acesso dos usuários aos diferentes níveis de atenção à saúde. Seu objetivo é garantir o encaminhamento adequado e oportuno dos casos, considerando os critérios de necessidade, risco e disponibilidade de serviços, com base em protocolos clínicos e diretrizes estabelecidas. Esse sistema é operacionalizado por meio de centrais de regulação e sistemas informatizados que gerenciam as solicitações de consultas, exames e procedimentos especializados (Gawryszewski; Oliveira; Gomes, 2012).

proposta, que abrangem desde limitações internas do SUS até influências externas significativas.

No plano organizacional, um dos grandes problemas da operacionalização das diretrizes propostas pela LCSO é a estruturação “insuficiente” e/ou desigualmente distribuída da rede de cuidados especializados, tornando-a um gargalo na construção do SUS, frequentemente chamada de “vazio assistencial da média complexidade” (Brasil, 2016). Embora seja responsável por oferecer recursos diagnósticos e terapêuticos de maior complexidade, seu papel na continuidade e na integralidade do cuidado frequentemente se vê comprometido.

Nessa direção, o acesso à AE se apresenta como um desafio, resultado da oferta insuficiente de ações diagnósticas e terapêuticas, que podem variar de acordo com a especialidade e com a localização geográfica, assim como dos modos de financiamento e organização da AE. Além disso, o funcionamento de outros pontos da RAS, como a qualidade dos encaminhamentos e das solicitações (de exames, consultas, procedimentos) direcionados à AE, pode dificultar o acesso a esse nível de atenção. Por essa razão, diferentes autores vêm indicando a necessidade de sua revisão, tanto na formulação de políticas quanto nas experiências concretas, tendo como um dos pontos de preocupação centrais sua interface com a APS (Melo *et al.*, 2021; Tesser; Poli, 2017; Solla; Chioro, 2012).

## **O LUGAR DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Historicamente, os desafios de efetivação das Linhas de Cuidado esbarram na construção de políticas públicas que contemplem a AE e que incorporem uma perspectiva de fortalecimento regional (Gomes; Melo, 2023; Oliveira *et al.*, 2016; Almeida *et al.*, 2018). Tal lacuna abrange, entre outros aspectos, a insuficiência de espaços de cogestão e de planejamento da rede assistencial orientados pelas necessidades da população, bem como

a fragilidade na definição de serviços especializados de referência com responsabilidade territorial definida. Essa situação revela-se preocupante à medida que o exercício da coordenação do cuidado, visando à integralidade, requer efetivar as redes regionalizadas. A implementação dessas redes, por sua vez, está intrinsecamente condicionada a fatores estruturais como o financiamento adequado, as diretrizes de gestão do trabalho e como se organiza e se administra a rede assistencial, impactando diretamente tanto a oferta de serviços quanto os tempos de espera por atendimento (Santos, 2018).

Frente a essas importantes análises, a AE veio ocupando, ao longo dos últimos anos, parte importante do foco de investimentos para fazer avançar as linhas de cuidado, culminando na publicação, em 2023, da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), cujos avanços serão abordados adiante (Brasil, 2023). Importante ressaltar aqui que embora essa publicação seja um importante marco na efetivação das diretrizes e princípios do SUS, sua consolidação enfrenta desafios que não são novos.

Como mencionado, o papel da AE no cuidado às pessoas com obesidade deve ser complementar e integrado à APS, superando a atuação fragmentada e isolada e não trazendo de volta a fantasia de um “especialismo” que por si só dará conta de todo o problema. Para tanto, é fundamental que na implementação na PNAES a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada com base no ordenamento da RAS pela APS e não de forma independente. Estamos falando, então, não somente de regulação da AE, mas sobretudo da formalização dos fluxos de referência e contrarreferência que sustentam o cotidiano das práticas baseadas na integralidade do cuidado. Dessa maneira, a forma mais efetiva de relação entre a APS e a AE se dá por meio da coordenação do cuidado, de modo que a responsabilidade pelo cuidado seja compartilhada entre profissionais da APS e de especialistas. Nesse processo, é essencial que as responsabilidades sejam claramente definidas e negociadas, e que o diálogo seja garantido, de forma a assegurar uma transferência segura do cuidado, com o compartilhamento dos planos terapêuticos (Brasil, 2011, 2014).

No entanto, a comunicação deficiente entre a APS e os serviços da AE se configura como um dos principais obstáculos à efetivação da LCSO. E isso não muda da noite para o dia. O fluxo informacional, que idealmente deveria ocorrer de maneira contínua, contemplando referências e contrarreferências devidamente documentadas, planos terapêuticos compartilhados e retorno estruturado ao nível de origem, muitas vezes resume-se a encaminhamentos formais realizados via sistema de regulação, sem devolutiva clínica efetiva.

Observa-se a ausência de padronização dos critérios de referência, a inexistência de compartilhamento eletrônico de informações clínicas entre APS e serviços ambulatoriais especializados, escassez de protocolos compartilhados entre os níveis de atenção e, muito frequentemente, ausência de diálogo interdisciplinar entre os profissionais envolvidos. Como consequência, os encaminhamentos assumem caráter burocrático, descontextualizado e, por vezes, são motivados mais pela pressão exercida pelos usuários do que por uma avaliação clínica abrangente, evidenciando fragilidades tanto no processo de acolhimento quanto na condução compartilhada do cuidado (Gomes; Melo, 2023; Burlandy *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2016).

Esse cenário, além de comprometer a coordenação do cuidado, prejudica a tomada de decisões baseadas em trajetórias anteriores do usuário e fragiliza o vínculo estabelecido na APS. A pergunta do título se mostra mais uma vez pertinente: esse obeso é de quem? Ao ser encaminhado “de um lado para o outro”, o usuário pode interpretar o movimento como uma “transferência de responsabilidade”, o que pode levá-lo a não retornar para seguimento após o atendimento especializado, seja por frustração com a experiência ou por confusão nos fluxos de retorno.

## **O SUS É NOSSO! “NÓS” QUEM?**

Sem recair no equívoco de responsabilizar os profissionais de saúde por grande parte desses percalços, destacamos que os recursos humanos, em toda

amplitude que essa expressão pode abarcar, ainda representam um dos pontos mais difíceis de se compreender nessa trilha do cuidado. Sem dúvida, outro obstáculo importante à concretização da LCSO, é a escassez de recursos humanos especializados, como nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos, comprometendo a oferta de ações multidisciplinares, essenciais para o cuidado integral das pessoas com sobrepeso e obesidade (Brandão *et al.*, 2020).

Ademais, estudos apontam que os profissionais de saúde possuem um sentimento de despreparo para lidar com a complexidade do problema, dificuldades para a atuação em equipe multidisciplinar e que eles tendem a adotar uma abordagem terapêutica da obesidade detida ao modelo biológico, do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade do problema (Ramos *et al.*, 2025; Burlandy *et al.*, 2020; Neves; Zangirolani, 2017).

Além disso, o reduzido espaço físico para realização das atividades e a estrutura física inadequada para atender dignamente as pessoas com obesidade, incluindo ausência de assentos, balanças (com capacidade superior a 200 kg), cadeiras de rodas, fitas métricas, estetoscópios, esfigmomanômetros, cadeiras ginecológicas e macas que comportem corpos maiores, frequentemente constituem limitações à implementação da LCSO (Ramos *et al.*, 2025; Paim; Kovalesski; Selau, 2024; Brandão *et al.*, 2020).

Para além dos limites organizacionais do SUS, há a atuação de influências externas que dificultam a consolidação da LCSO, sendo um dos principais pontos de tensão a influência da indústria alimentícia. O *lobby* desse setor tem historicamente enfraquecido políticas de regulação, como nos episódios relacionados à reforma tributária e à rotulagem frontal, em muitos casos substituídas por acordos voluntários que atendem aos interesses econômicos em detrimento da saúde pública (Mariath; Martins, 2020).

Tais dinâmicas ainda coexistem com ambientes obesogênicos, que condicionam escolhas coletivas e individuais. A falta de acesso físico e financeiro a uma alimentação adequada e saudável, de um sistema de transporte de qualidade e com opções de mobilidade ativa, de espaços que viabilizem a prática de exercícios

físicos e de tempo livre para atividades de autocuidado e para o lazer, limitam a adesão ao manejo proposto pela LCSO (Justiniano *et al.*, 2022; Neve; Isaacs, 2022).

E sem deixar de lembrar dos conflitos de interesses que marcam os cuidados em obesidade, a indústria farmacêutica também exerce papel crucial nesse panorama. O processo de incorporação de medicamentos para obesidade no SUS tem sido marcado por práticas de *lobby* que não se afinam em nenhuma hipótese com os princípios e diretrizes do SUS. Conforme abordado no capítulo “Paradoxo do (des)cuidado do sujeito com obesidade na Atenção Primária à Saúde: na contramão da integralidade”, tais práticas fortalecem críticas à crescente medicalização da obesidade, muitas vezes em detrimento de abordagens integradas que privilegiam mudanças estruturais.

Diante desse cenário, torna-se evidente que a efetivação da LCSO requer um esforço político, econômico, ético e institucional capaz de enfrentar interesses corporativos, aprimorar a articulação entre os níveis de atenção, fortalecer equipes interdisciplinares e reconhecer a centralidade dos determinantes sociais da saúde.

## **COMPLEXIFICANDO O PROBLEMA: POTENCIALIDADES E CAMINHOS NA INTEGRAÇÃO ENTRE APS E AE**

A desarticulação entre os diferentes serviços que compõem as RAS compromete tanto o acesso quanto a continuidade do cuidado, impactando negativamente a integralidade da atenção. Além disso, tal cenário contribui para o aprofundamento da medicalização da obesidade, com foco excessivo em parâmetros biométricos ou na cirurgia como solução isolada, desconsiderando as dimensões psicossocioculturais que envolvem essa condição (Burlandy *et al.*, 2020; Santos, 2018).

É possível afirmarmos que o cuidado às pessoas com obesidade frequentemente recai em uma “terra de ninguém”. Esse obeso é de quem? A

APS, constantemente limitada por recursos escassos e equipes sobrecarregadas, muitas vezes carece de instrumentos e estratégias adequadas para lidar com a complexidade da obesidade. Por outro lado, a AE tende a assumir um papel episódico, centrado em procedimentos ou avaliações pontuais, sem compromisso com o seguimento a longo prazo e, frequentemente, sem recursos e/ou disposição para estabelecer diálogo com a APS. O resultado é uma espécie de “jogo de empurra”, no qual a responsabilização pelo cuidado é diluída ou transferida de forma pouco clara, resultando em práticas mais adoecedoras do que cuidadoras.

Ao longo desse processo, é comum que o usuário com obesidade se perca no meio do caminho. Transitando entre a UBS que frequenta cotidianamente, consultas especializadas e avaliações cirúrgicas, sem perceberem uma lógica de continuidade, muitos desistem, sentem-se desamparados ou simplesmente deixam de ser acompanhados. Esse cenário de ruptura do itinerário terapêutico evidencia a ausência de uma rede de atenção efetivamente integrada. Quando o cuidado é organizado em “ilhas de assistência”, cada uma com sua lógica, linguagem e critérios próprios, o risco de descontinuidade se acentua, especialmente para os sujeitos com maiores vulnerabilidades.

Os mecanismos e fluxos oficiais instituídos pela gestão coexistem com formas de regulação profissional, frequentemente marcadas por adaptações e agenciamento de contatos informais e até mesmo pessoais. Essas práticas podem configurar zonas de tensão e disputa entre as lógicas formais e informais de acesso à AE, embora, em determinados contextos, essa convivência se estabeleça de maneira relativamente harmônica e pouco conflituosa (Gomes; Melo, 2023; Oliveira *et al.*, 2016).

Nessa direção, aponta-se que os protocolos podem desempenhar um papel importante na definição dos arranjos necessários para a produção do cuidado compartilhado em rede. No entanto, é fundamental reconhecer que eles não são suficientes, por si só, para definir automaticamente como cada ator participará do processo. Ao contrário, os protocolos podem ser tomados

como ponto de partida para algo que precisa ser construído em cada situação e com todos os envolvidos. Dessa maneira, são úteis para uma sistematização da abordagem, mas para fazerem sentido na prática, precisam ser pactuados entre os trabalhadores dos vários pontos da RAS (Bertussi *et al.*, 2016).

Além disso, entre os fatores que evidenciam a desarticulação entre os diferentes serviços que compõem as RAS no cuidado às pessoas com obesidade, observa-se um movimento recorrente de deslegitimação entre os níveis de atenção à saúde. Profissionais da APS frequentemente consideram os casos excessivamente complexos para serem manejados nesse nível de atenção, enquanto aqueles que atuam na AE apontam que a APS poderia assumir maior responsabilidade na condução desses casos. Há, ainda, situações em que, na própria AE, os casos de obesidade são considerados demasiado complexos, uma vez que os profissionais nem sempre estão preparados para lidar com a multidimensionalidade que caracteriza essa condição.

Também cabe mencionar que as conexões entre os diferentes níveis de atenção apresentam uma estrutura hierárquica evidente, com valorações distintas de saberes e poderes. Essa dinâmica contribui para fraturas e isolamento no cuidado prestado pelos serviços de saúde (Rocha *et al.*, 2022). Nessa direção, Feuerwerker (2016) afirma que os ruídos de comunicação aconteceriam, em parte, porque, na prática, tais redes são hierarquizadas e estruturadas com base em uma lógica de valoração social da complexidade, segundo a qual quanto maior for a complexidade do serviço, maior o valor atribuído a ele e aos profissionais que nele atuam. Tal lógica, segundo a autora, compromete um elemento fundamental para a efetividade do cuidado: a interlocução colaborativa, espontânea e horizontal entre os profissionais que atuam nos distintos pontos da rede.

Esse contexto nos leva a considerar que, além da regulação exercida pelas instâncias governamentais, coexistem distintas racionalidades regulatórias, configurando uma rede complexa de interações, complementaridades, divergências e contrastes, bem como disputas em torno dos significados e das

formas de se exercer a regulação. Essa multiplicidade nos conduz à compreensão de que a regulação do acesso e do consumo dos serviços de saúde transcende uma função meramente burocrático-administrativa, restrita ao domínio estatal, sendo, na verdade, uma construção social decorrente da atuação de uma pluralidade de atores sociais. Tal compreensão evidencia a complexidade do fenômeno regulatório e constitui um referencial fundamental para aqueles que buscam desenvolver práticas de gestão em saúde pautadas por uma abordagem inclusiva e inovadora (Gomes; Melo, 2023; Cecílio *et al.*, 2014).

Mas nem tudo está perdido! Para que os desafios não nos paralitem por sua complexidade, é preciso reconhecer os avanços e apontar outros caminhos que possam configurar novas possibilidades de articulação do cuidado às pessoas com obesidade. Aqui a criatividade e ousadia ganham lugar!

A publicação em 2023 da PNAES veio justamente estabelecer diretrizes e normas relativas à atenção ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência, materno-infantil, atenção domiciliar, psicossocial, além dos serviços de transplante, sangue e hemoderivados, tendo seu foco na organização regional do acesso (Brasil, 2023). Mais recentemente, em 2024, no âmbito da PNAES, foi instituído o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Especializada, também conhecido como Mais Acesso a Especialistas (PMAE) e recentemente renomeado como Programa Agora Tem Especialista. Esse programa estabeleceu as regras para o acesso aos serviços especializados, notadamente de caráter ambulatorial (Brasil, 2024; Brasil, 2025).

A iniciativa reforça o caráter regional da AE, e introduz uma importante mudança: a oferta de Cuidados Integrados (OCI) como forma de organização das ações e serviços de saúde. A principal inovação consiste na substituição do modelo tradicional de pagamento por procedimentos isolados, desenvolvida desde os tempos de Inamps, pelo pagamento de um rol de procedimentos articulados.

Essa iniciativa representa uma inflexão significativa na forma de produção de cuidados da AE, justamente por buscar formas mais articuladas de superação da fragmentação do cuidado, elemento fundamental para a

integração conforme buscamos discutir ao longo deste capítulo. Espera-se que tais mudanças dialoguem verdadeiramente com os princípios e diretrizes do SUS, assegurando que o usuário tenha acesso aos recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde, percorrendo, de fato, uma “trilha” do cuidado, cuja trajetória se estrutura em um fluxo articulado entre os serviços, como uma linha que costura os diversos pontos da atenção.

Cabe destacar, contudo, que essa proposta impõe desafios à coordenação do cuidado nas RAS, sobretudo porque, como dito, a continuidade e a superação da fragmentação do cuidado dependem da articulação regional, articulada aos territórios, e da integração entre os diferentes níveis de atenção. Além disso, exigem avanços na consolidação de um modelo assistencial centrado nas necessidades dos usuários (Almeida *et al.*, 2025).

Nessa perspectiva, a construção de espaços compartilhados no interior das unidades de saúde, assim como de espaços ampliados que envolvam diferentes atores dos diversos pontos do sistema local, contribui para o reconhecimento mútuo entre os profissionais e para o fortalecimento da confiança interprofissional. Esses espaços funcionam como canais sistemáticos de comunicação, análise e reflexão sobre os problemas cotidianos do cuidado, promovendo a cooperação entre setores e a incorporação de múltiplos pontos de vista. Assim, ampliam-se as possibilidades de construção de respostas mais integradas e qualificadas às demandas dos usuários (Albieri; Cecílio, 2015; Giannotti, 2013).

A adoção de metodologias que permitam a efetivação de diálogos e práticas interdisciplinares também se mostram como possibilidade de efetivação de um cuidado ampliado e implicado, onde se possa considerar a interseccionalidade como regra e não como exceção. Ademais, o reconhecimento de saberes e o diálogo que permita a construção compartilhada de planos terapêuticos aponta para uma concepção de alimentação e nutrição como uma prática social, influenciada por fatores culturais, econômicos e sociais, que moldam não somente os hábitos alimentares, mas as experiências de saúde propriamente ditas (Demétrio; Scagliusi, 2023).

Além disso, a resolutividade dos modelos assistenciais pode ser resultante da mudança no olhar sobre o cuidado que, ao romper com a lógica da especialidade e do encaminhamento, permite que uma perspectiva multiprofissional e intersetorial estruture redes capazes de operar em favor da integralidade e da longitudinalidade do cuidado. No entanto, operar a partir de uma lógica multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial não é, exatamente, uma tarefa simples. As dificuldades inerentes a essa abordagem tornam-se evidentes, por exemplo, quando analisamos a implementação do apoio matricial.

Embora esse modelo tenha ampliado significativamente as possibilidades de manejo de casos complexos, também exigiu dos profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família e do antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominado eMulti, um novo “saber-pensar”, apoiado em uma reflexão crítica sobre os processos de saúde-doença, além da sensibilidade, criatividade e habilidades de trabalho em equipe permeados pela interdisciplinaridade (Burlandy *et al.*, 2020).

Para Lima (2023), a interdisciplinaridade tem sido mais postulada do que efetivamente praticada, uma vez que não deve ser compreendida como uma nova teoria ou um método, mas como uma “estratégia” voltada à compreensão, interpretação e explicação de temas complexos. A consolidação dessa abordagem demanda o desenvolvimento de competências que ultrapassem as tradicionais fronteiras disciplinares, exigindo a superação da dicotomia entre o mundo natural e o social (Roquete *et al.*, 2012).

Embora a interdisciplinaridade possa potencializar a resolutividade das equipes, a prática nem sempre acompanha a teoria. Torna-se, portanto, imprescindível que as competências necessárias à sua efetivação sejam incorporadas de forma sistemática nos processos formativos dos profissionais de saúde, o que, infelizmente, ainda não corresponde à realidade predominante no contexto brasileiro.

Um dos principais desafios nesse sentido é a incipiente incorporação dos saberes oriundos das ciências humanas e sociais, frequentemente marginalizados ou tratados como complementares. No entanto, são justamente

esses saberes que ampliam e complexificam o olhar sobre o cuidado, possibilitando a construção de práticas nas quais os diferentes saberes se mesclam e entrelaçam, gerando novas e inéditas formas de cuidar.

Como indica Burlandy e colaboradores (2020), a incorporação, por exemplo, do psicólogo na equipe multiprofissional, pode colaborar na compreensão não somente das causas psíquicas da obesidade, mas também da grande diversidade de fatores mantenedores e das dificuldades de adesão ao tratamento, gerando reflexões sobre a relação entre usuário e equipe que permitam outra abordagem que não se limite à culpabilização desses indivíduos. A consolidação do trabalho interdisciplinar permite a corresponsabilização, gerando autonomia e incentivando o autocuidado. Permite também que os profissionais possam localizar seus próprios sentimentos, que despontam diante de tratamentos desafiadores, sem que esses aspectos subjetivos sejam minimizados.

Ou seja, a interdisciplinaridade, por si só, produz efeitos formativos, uma vez que a interação entre profissionais com formações distintas permite uma ampliação do olhar sobre o cuidado, que deve ser compartilhado ao invés de compartimentado e fragmentado. As habilidades e competências a serem incorporadas decorrem, portanto, da práxis. Diferentemente dos saberes disciplinares aprendidos em sala de aula, a práxis se dá em um cenário privilegiado de ensino-aprendizagem que permita inovar e que valorize o trabalho vivo em ato, aquele centrado nas tecnologias leves que se apoiam nas relações e nos vínculos estabelecidos (Merhy; Franco, 2003).

Para que esse processo formativo se concretize, é preciso que as equipes não sejam desprovidas de tempo que possibilite reflexões críticas sobre suas práticas, já que o trabalho vivo em ato exige espaços de escuta, análise e reinvenção constantes (Casemiro *et al.*, 2024).

O cuidado, enquanto experiência relacional, manifesta-se como um encontro que conecta singularidades, um espaço de presença que só se concretiza nas redes quando se criam arranjos institucionais e dispositivos

que favoreçam a ampliação do repertório dos trabalhadores. Isso implica possibilitar o acesso a novos saberes e práticas, que enriqueçam suas “caixas de ferramentas” e ampliem sua capacidade de resposta diante da complexidade das demandas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta que dá nome a este capítulo, “esse obeso é de quem?”, é, na verdade, uma provocação. Longe de buscar uma resposta simples ou apontar um único responsável, a questão evidencia a complexidade do cuidado às pessoas com obesidade no SUS e denuncia uma prática frequente: a transferência de responsabilidade entre os diferentes pontos da rede de atenção, resultando em um cuidado fragmentado e intermitente.

A produção do cuidado voltado às pessoas com obesidade demanda uma mobilização efetiva no campo da saúde e da participação social, com vistas a enfrentar a inércia política, a invisibilidade social e a violação de direitos que historicamente afetam essa população. São urgentes os esforços tanto no âmbito do SUS, com destaque para a organização das redes de atenção à saúde, a oferta e adequação dos serviços, a disponibilização de equipamentos apropriados e a qualificação das equipes, quanto no nível macropolítico, com foco na efetivação de direitos constitucionais por meio de políticas públicas que promovam o acesso a emprego e renda dignos, educação de qualidade, garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), fortalecimento de sistemas alimentares baseados na agroecologia e estímulo a modos de vida saudáveis. É preciso estar atento e forte, pois os desafios se renovam, ganham novos contornos e novos nomes, colocando sempre em outro lugar a responsabilidade por aquilo que faz sofrer.

## REFERÊNCIAS

ALBIERI, F. A. O.; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 184-195, 2015.

ALMEIDA, M. M.; MENDONÇA, C. S.; TASCA, R.; BATISTA, S. R. R. Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no SUS: reflexões para uma integração assistencial oportuna, efetiva e centrada no usuário do SUS. Rio de Janeiro: Rede APS, 2025.

ALMEIDA, P. F. de *et al.* Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BERTUSSI, D. C. *et al.* Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde. In: LUZIO, C. A.; MATTA, G. C.; BARCELLOS, C. (orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 354-365.

BRANDÃO, A. L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 678-693, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 424/GM/MS, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para prevenção e 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, 28 mar. 2013.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada**. Brasília: CONASS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.411, de 17 de dezembro de 2019**. Aprova a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade e habilita estabelecimentos de saúde como Unidades de Assistência de Alta Complexidade. Diário Oficial da União, 17 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no**

**âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604\\_20\\_10\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html). Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024.** Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html). Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. **Medida Provisória n. 1.301, de 30 de maio de 2025.** Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/168901>. Acesso em: 21 out. 2025.

BRAUER, M. *et al.* Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet**, v. 403, n. 10440, p. 2162–2203, 2024.

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00093419, 2020.

CASEMIRO, J. P. *et al.* Educação permanente em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde: sobre cotidianos, seus tempos e possibilidades. In: BRANDÃO, A. L.; COUTINHO, C. O.; CASEMIRO, J. P. (orgs.). **Laboratório de inovação em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024. p. 277–292. (Série Conhecimento em Movimento, v. 10).

CECILIO, L. C. O. *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1502–1514, 2014.

DEMÉTRIO, F.; SCAGLIUSI, F. B. Comendo nas encruzilhadas: contribuições interseccionais para a Nutrição Clínica Ampliada e Implicada. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e230050pt, 2024.

FEUERWERKER, L. C. M. “Curso de Especialização em Saúde Pública USP”: gestão e produção do cuidado em redes de saúde. **YouTube**, 23 fev. 2017. Acesso em: 8 jun. 2025. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TEqCt9SYIZY>.

FEUERWERKER, L. M. C. Cuidar em saúde. In: Feuerwerker, L. M. C.; Bertussi, D. C.; Merhy E. E, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 35–47.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: BRITO, J. C. *et al.* (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, 2003. p. 125–134.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 119–140, 2012.

GIANNOTTI, E. M. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos.** 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2013.

GOMES, G. G.; MELO, E. A. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33012, 2023.

JUSTINIANO, I. C. S. *et al.* Retail food environment in a Brazilian metropolis over the course of a decade: evidence of restricted availability of healthy foods. **Public Health Nutrition**, v. 25, n. 9, p. 2584-2592, 2022.

LIMA, N. T. Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 9-24, 2023.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 15-37, 2014.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, n. 51, p. 14-29, 2014.

MARIATH, A. B.; MARTINS, A. P. B. Atuação da indústria de produtos ultraprocessados como um grupo de interesse. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 107, 2020.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310109, 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

NEVES, J. A.; ZANGIROLANI, L. T. O.; MEDEIROS, M. A. T. Avaliação do atendimento nutricional de adultos com excesso de peso na perspectiva da atenção integral à saúde. **Revista de Nutrição**, v. 30, p. 511-524, 2017.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, v. 403, n. 10431, p. 1027-1050, 2024. Acesso em: 9 jun. 2025.

NEVE, K. L.; ISAACS, A. How does the food environment influence people engaged in weight management? A systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. **Obesity Reviews**, v. 23, n. 3, p. e13398, 2022.

OLIVEIRA, L. A. *et al.* Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 8-21, 2016.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F.; SELAU, B. L. Compreendendo o termo gordofobia médica a partir da perspectiva de pessoas gordas. **Saúde e Sociedade**, v. 33, p. e220842pt, 2024.

POPKIN, B. M.; CORVALAN, C.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. **The Lancet**, v. 395, n. 10217, p. 65-74, 2020.

PUHL, R. M. Weight stigma in patients with obesity: impacts on health and recommendations for care. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 52, n. 1, p. 1-17, 2023.

RALSTON, J. *et al.* Time for a new obesity narrative. **The Lancet**, v. 392, n. 10156, p. 1384-1386, 2018.

RAMOS, R. A. *et al.* Linha de Cuidado à pessoa idosa com sobrepeso e obesidade: experiências e práticas de gestores, gerentes e profissionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 35, p. e350112, 2025.

ROCHA, F. *et al.* A interface entre atenção primária e especializada em cenário de descentralização de cuidados em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 19-30, 2023.

ROQUETE, F. F. *et al.* Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, n. 3, 2012.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde**: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. Salvador: EDUFBA, 2018.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2014. p. 547-576.

SOLLA, J.; CHIORO, A. **A atenção ambulatorial especializada: políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 941-951, 2017.

WELLS, J. C. *et al.* The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. **The Lancet**, v. 395, n. 10217, p. 75-88, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Acceleration Plan to Stop Obesity**. [S. l.]: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634>. Acesso em: 5 jun. 2025.



## CAPÍTULO 4

# CORPOS MARCADOS, DIREITOS NEGADOS: ESTIGMA DO PESO E INIQUIDADES EM SAÚDE

Carolina de Oliveira Coutinho  
Cristiane Marques Seixas

### INTRODUÇÃO

A questão da obesidade é de uma complexidade muito particular. Como sabemos, entendê-la enquanto doença é necessário, porém analisá-la como um fenômeno social se mostra urgente, haja vista que em seu desenvolvimento estão implicados padrões de comportamentos coletivos construídos ao longo do tempo, e que como tal, não se explicam por atitudes e comportamentos individuais (Rubino *et al.*, 2020; Wharton *et al.*, 2020).

Tal complexidade ainda se expressa no que diz respeito aos sentidos e significados atribuídos à obesidade na sociedade contemporânea, de modo que também podemos compreendê-la enquanto uma experiência subjetiva. Isto porque há uma série de representações sociais que são parte da construção do corpo gordo e que requerem atenção por produzirem conflitos e sofrimentos, com distinções dependendo de quem a vive e sente, diante das expectativas



que se tem sobre os modelos de corpos aceitos socialmente (Amparo-Santos; França; Reis, 2020, Poulain, 2013).

Quando nos interrogamos sobre o cuidado a pessoas com obesidade, compreendemos que será somente por meio do desafiador debate interdisciplinar que poderemos pensar e agir a partir de uma perspectiva ampliada e ética. Assim, o presente capítulo se propõe a discutir como a perpetuação de estigmas e comportamentos discriminatórios contribui para a produção de iniquidades em saúde e de que maneira o pensar reflexivo e aprofundado possibilita que o cuidado seja orientado não somente em relação à doença, mas sobretudo em relação à pessoa com obesidade, colocando-a no centro de suas ações.

## A PRODUÇÃO SOCIAL DO ESTIGMA

O termo “estigma” tem uma longa história. Criado pelos gregos, o termo era usado para designar sinais corporais feitos por meio de cortes ou queimaduras, com o objetivo de indicar que determinado indivíduo pertencia a uma casta inferior, era escravo, traidor ou criminoso e, portanto, deveria ser evitado. No entanto, o termo foi definido como conceito apenas em 1963, pelo sociólogo canadense Erving Goffman, inserindo-se, a partir de então, em grande escala na análise sociológica (Goffman, 1980).

Com base em suas pesquisas sobre as dimensões sociais das doenças mentais e o funcionamento de organizações psiquiátricas, Goffman define o estigma como uma “marca” ou um “atributo” considerado socialmente impuro, imposto a um indivíduo por outros supostamente “normais”, com o objetivo de discriminar, afastar ou excluir alguém cujas características destoam das normas sociais vigentes.

Nesse contexto, o autor argumenta que o indivíduo estigmatizado é percebido como uma pessoa que possui “uma diferença indesejável” (Goffman, 1980, Parker; Aggleton, 2001). A estigmatização, portanto, ocorre a partir

da observação de características tidas como inadequadas ou “desviantes” e da subsequente atribuição de estereótipos negativos aos indivíduos que as apresentam. Assim, o estigma funciona como uma espécie de “carimbo” que, uma vez atribuído, impede a aceitação social plena do indivíduo e serve para justificar uma série de discriminações sociais (Goffman, 1980, Poulain, 2013).

Cabe destacar que a estigmatização e discriminação dela decorrente não devem ser compreendidas como processos individuais, isto é, como atitudes que certos indivíduos adotam em relação a outros devido a predisposições psicológicas específicas. Devem, outrossim, ser entendidas como processos sociais utilizados para (re)produzir relações de poder e controle, no intuito de transformar diferenças entre pessoas ou grupos em desigualdades (Parker; Aggleton, 2001).

No campo da saúde pública, o estigma constitui um inimigo recorrente que, ao longo da história, impôs sofrimento a grupos vulneráveis a diversas doenças, além de representar uma barreira significativa à prevenção, intervenção e tratamento. Um exemplo importante e amplamente reconhecido é caso do HIV/AIDS, em que o impacto negativo do estigma se mostrou tão evidente que agendas de saúde, tanto nacionais quanto internacionais, passaram a identificá-lo explicitamente como uma das principais barreiras para o enfrentamento eficaz da epidemia (Puhl; Heuer, 2010, Parker; Aggleton, 2001).

Entretanto, em nítido contraste, o estigma relacionado ao corpo gordo ainda não tem sido tratado como uma preocupação legítima e digna de atenção. O tema permanece raramente discutido no contexto da saúde pública, apesar de mais de seis décadas de produção científica documentando os fatores implicados em seu desenvolvimento, suas consequências de diferentes ordens e as barreiras significativas que impõe aos esforços de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade (Paim; Kovalski, 2020, Puhl; Heuer, 2010).

## ESTIGMA DO PESO E SEUS IMPACTOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ainda durante a década de 1960, quando se definiu o conceito de estigma, Werner Cahman (1968) descreveu o processo de estigmatização vivenciado por pessoas com obesidade. Tal estigma retrata uma construção social que desvaloriza socialmente e atribui valores pejorativos (estereótipos) aos sujeitos com corpo gordo, como preguiça, incompetência, desleixo, indisciplina, falta de controle e gula, gerando processos de marginalização.

A estigmatização relacionada ao corpo gordo enraíza-se em um conjunto de ideias que encaram a obesidade como um reflexo das qualidades morais do indivíduo e que tem como base a suposição já refutada cientificamente de que o peso corporal é resultado da falta de autodisciplina e responsabilidade pessoal (Rubino *et al.*, 2020, Mattos; Luz, 2009, Puhl; Heuer, 2009, Poulain, 2013).

Atualmente, o estigma relacionado ao peso recebe várias denominações: estigma da obesidade, estigma do peso, estigma da gordura, viés antiobesidade e desdobra-se em preconceito de peso, discriminação com base no tamanho corporal, gordofobia ou lipofobia. Esses tantos nomes não são suficientes para definir o imenso estrago que essas práticas podem ter sobre a vida dos indivíduos. A estigmatização se expressa plenamente quando o sujeito alvo aceita e interioriza a desvalorização, passando a considerar como legítimos os tratamentos discriminatórios que sofre e os preconceitos dos quais é vítima (Pearl; Puhl, 2018).

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o corpo ocupa um lugar central, sendo visto como um projeto de construção pessoal, baseado em processos cada vez mais individualizados. Nesse cenário, a valorização da estética corporal é, ainda, considerada cada vez mais definidora das condições de saúde dos sujeitos e da concepção do que venha a ser saudável. Observa-se uma convergência entre o discurso médico e o discurso estético, reafirmando,

assim, a ideia equivocada da magreza como sinônimo de saúde (Conde; Seixas, 2021; Ferreira, 2015, Amparo-Santos, 2013).

Como consequência, verifica-se a primazia da responsabilização do indivíduo pelo seu corpo e sua saúde. Sob essa perspectiva, aqueles que apresentam um tido como peso excessivo seriam os próprios responsáveis por sua condição, por comerem demais, por serem sedentários, por não terem disciplina. Infelizmente, essa é a narrativa predominante sobre as causas e a natureza da obesidade, inclusive no campo da saúde (Francisco; Diez-Garcia, 2015, Poulain, 2013, Puhl; Heuer, 2010).

Em uma sociedade que hipervaloriza o corpo magro, o estigma do peso ganha espaço e legitimidade, passando muitas vezes despercebido até mesmo entre profissionais de saúde. Nesse contexto, é imprescindível destacar que a estigmatização com base no peso corporal não se reduz a um simples olhar crítico para uma pessoa, muito menos se limita a uma opinião ou percepção. Trata-se de um processo de interações sociais que geram comportamentos discriminatórios expressos de diferentes maneiras, como por meio de provocações verbais, agressões físicas e exclusão social, e que afetam as trajetórias sociais, minam os direitos humanos e a saúde de indivíduos afetados (WHO, 2017, Rubino *et al.*, 2020).

A pergunta que nos acompanha desde o início do capítulo pode agora ser dita: até que ponto os profissionais de saúde se interrogam sobre essas práticas? Quais condutas repetimos sem nos questionarmos sobre os efeitos para cada sujeito que acompanhamos? Que espaço damos a essas questões, especialmente quando também nos sentimos sobrecarregados e impossibilitados de olhar o outro integralmente? Enquanto profissionais de saúde, é importante refletirmos sobre como muitas vezes tendemos a reproduzir equações simplistas sustentadas por uma visão de corpo à semelhança do funcionamento de uma máquina e da obesidade como um produto da relação desbalanceada entre ingestão alimentar versus gasto energético.

Essa narrativa, embora dominante, é cientificamente refutada, já que muitos contribuintes significativos para a obesidade estão além do controle

dos indivíduos, como o importante papel dos fatores genéticos e biológicos na regulação do peso corporal e as múltiplas influências ambientais, demográficas, socioeconômicas e culturais. O “estilo” de vida de cada sujeito vai muito além de escolhas meramente individuais: refere-se ao que a realidade objetiva e subjetiva proporciona ao indivíduo (Rubino *et al.*, 2020, Amparo-Santos, 2013, Puhl; Heuer, 2010).

Para não perdermos de vista a complexidade do problema que nos propomos a discutir, é preciso ressaltar que essa lógica de responsabilização individual se sustenta em um contexto social norteador por uma ética neoliberal que valoriza o domínio exacerbado de si, o empreendedorismo de si mesmo, a meritocracia, situando os indivíduos como os únicos responsáveis por suas condições de vida. Tal estratégia obriga cada sujeito a responder por seu comportamento, entretanto, ao se responsabilizar sobremaneira o indivíduo, decerto estamos desresponsabilizando outros como o Estado e as políticas públicas (Seixas *et al.*, 2020).

Um fator importante e que contribui para que o estigma relacionado ao peso seja tão extensamente propagado e tolerado na sociedade é a crença de que ele teria um efeito positivo e motivador na perda de peso. Contudo, esse discurso cai por terra por meio de inúmeras evidências científicas que apontam, entre outras consequências, seu impacto na precipitação e agravamento dos quadros de obesidade (Brown, Flint, Batterham, 2022; Albury *et al.*, 2020; Pearl, Puhl, 2018; Brewis, 2014) ou no desenvolvimento de transtornos alimentares (Coutinho, Prado, Seixas, 2019; Pont *et al.*, 2017).

O preconceito com base no peso é documentado em diversas categorias profissionais do campo da saúde, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, e mesmo entre aqueles especializados no tratamento da obesidade pode haver altos índices de preconceito, tendendo a gerar prejuízos na qualidade e na busca por cuidado em saúde (Phelan *et al.*, 2015; Cori, Petty; Alvarenga, 2015; Puhl, Heuer, 2009; Sabin, Marini, Nosek, 2012; Malterud, Ulriksen, 2011). Estudos mais recentes reforçam que o estigma

de peso nos serviços de saúde constitui uma barreira concreta de acesso, gerando efeitos subjetivos significativos e violando os princípios da equidade e da integralidade (Albury *et al.*, 2020; Rubino *et al.*, 2020; Wharton *et al.*, 2020; Nutter *et al.*, 2024; Paim, Kovaleski, Selau, 2024). Além disso, mesmo profissionais em formação ou atuantes em áreas específicas da obesidade reproduzem visões gordofóbicas, frequentemente naturalizadas nas práticas clínicas e na formação acadêmica (Paim *et al.*, 2023; Puhl, 2023).

## **E AS POLÍTICAS PÚBLICAS, POR ONDE ANDAM?**

Apesar do histórico relativo aos estudos sobre as origens e o impacto do estigma de peso, observa-se a total ausência de políticas públicas voltadas a inibir práticas preconceituosas e de legislação que reconheça e proíba a discriminação em relação ao peso. Essa ausência de regulação transmite uma mensagem de que o estigma de peso é aceitável e tolerável (Brown, Flint, Batterham, 2022; Rubino *et al.*, 2020; Puhl, Heuer, 2010) revelando o caráter de controle e distinção social implícito nessas práticas.

Diversas evidências apontam que o estigma do peso leva os profissionais de saúde a atenderem indivíduos com obesidade mais rapidamente em comparação com pacientes mais magros, reduz a possibilidade de fornecerem os cuidados em saúde adequados, com menor probabilidade de realização de avaliação física, anamnese adequada, solicitação de exames laboratoriais e de imagem preventivos, de realizarem atividades de educação em saúde, se interessarem em obter informações sobre o tratamento da obesidade e de documentarem a obesidade nos prontuários.

Conforme o IMC dos indivíduos aumenta, profissionais de saúde relatam menos paciência, desejo de ajudar, respeito pelos pacientes e maior percepção do paciente como perda de tempo (Phelan *et al.*, 2015; Gudzone *et al.*, 2014; Bertakis, Azari, 2005, Mold, Forbes, 2013). Estudos mais recentes

confirmam essas tendências, revelando que a gordofobia institucionalizada afeta negativamente não apenas o vínculo entre profissional e paciente, mas também a própria motivação para o cuidado, comprometendo os princípios éticos da prática clínica e os direitos das pessoas gordas à saúde (Paim *et al.*, 2025; Puhl, 2023; Ryan *et al.*, 2024).

Além disso, pessoas que relatam ter experimentado preconceito com base no peso no ambiente de saúde têm resultados de tratamento piores e podem ser mais propensos a evitar cuidados futuros (Brown, Flint, Batterham, 2022; Mesinger *et al.*, 2018; Puhl, Peterson, Luedicke, 2013).

Nesse sentido, o preconceito relacionado ao peso pode ser expresso desde maneiras sutis até as mais explícitas, como: realização de suposições negativas sobre o indivíduo com base no peso corporal que apresenta; perpetuação de estereótipos sobre indivíduos com obesidade; associação de quaisquer queixas relatadas ao quadro de obesidade; realização de comentários negativos ou expressões faciais ao pesar os pacientes; presunção de que os indivíduos com obesidade mentem sobre sua ingestão alimentar, têm menor motivação para mudanças de comportamento, menor adesão ao tratamento e aos medicamentos, em comparação com pacientes mais magros; inadequações no espaço físico do serviço e equipamentos (Rubino *et al.*, 2020; Albury *et al.*, 2020; Pont *et al.*, 2017).

Ainda, é importante acrescentar que profissionais de saúde com obesidade também podem ser alvos do preconceito com base no peso, sendo frequentemente questionados sobre sua capacidade e credibilidade. Experimento com amostra de 358 adultos avaliou as implicações do peso corporal dos médicos na qualidade da relação profissional-paciente e apontou que adultos designados a médicos com sobrepeso ou obesidade relataram que sentiram menos confiança e estariam menos dispostos a seguir o conselho médico e mais inclinados a procurar outro profissional (Puhl *et al.*, 2013).

## O PARADOXO ÉTICO DA ESTIGMATIZAÇÃO DO PESO NO CAMPO DA SAÚDE

O enfrentamento das iniquidades em saúde exige, por definição, o compromisso com os princípios éticos que sustentam os sistemas públicos de saúde, como a equidade, a integralidade e a universalidade. No entanto, a persistência do estigma de peso nas práticas de cuidado escancara um paradoxo ético: embora os discursos institucionais defendam a justiça em saúde, a experiência de pessoas gordas nos serviços revela práticas excludentes, culpabilizantes e, por vezes, abertamente discriminatórias.

O princípio da equidade propõe que diferentes condições exijam respostas diferenciadas, visando garantir o acesso em bases justas. No entanto, a abordagem centrada exclusivamente na perda de peso frequentemente ignora os determinantes sociais, emocionais e estruturais envolvidos na vida das pessoas com obesidade, convertendo o cuidado em imposição normativa. Já a universalidade é negada quando sujeitos evitam os serviços de saúde por medo da humilhação, da negligência ou da recusa de escuta (Paim *et al.*, 2025, Ryan *et al.*, 2024). A integralidade, por sua vez, é comprometida quando o corpo gordo é reduzido a um fator de risco, sendo invisibilizado como sujeito de desejo, sofrimento e história.

Esse paradoxo é intensificado pela omissão das políticas públicas em reconhecer e combater o estigma de peso e a gordofobia como uma forma de violência institucional. Não há diretrizes clínicas ou normativas específicas voltadas à formação de profissionais sobre o estigma de peso, tampouco estratégias estruturadas de acolhimento e cuidado integral voltadas às pessoas com obesidade. Essa negligência silenciosa reproduz desigualdades em nome de um ideal normativo de saúde e de corpo, sustentando uma lógica perversa em que o sofrimento das pessoas gordas é invisibilizado ou naturalizado.

Diante disso, é urgente o reconhecimento do estigma de peso como um determinante social da saúde, à semelhança de outras formas de discriminação

estruturante, como o sexismo, o racismo e a homofobia (Hatzenbuehler, Phelan, Link, 2013; Werneck, 2016; Diniz, 2006).

Nessa direção, destaca-se que o estigma relacionado ao peso corporal não ocorre isoladamente, mas se intersecciona com outras formas de discriminação, como por raça/cor, gênero, classe e orientação sexual, criando experiências únicas e agravadas de exclusão e preconceito. Assim, a formulação de políticas públicas intersetoriais, o financiamento de pesquisas críticas sobre corporalidade e saúde, a incorporação do tema nos currículos de formação em saúde e, sobretudo, a escuta ativa das pessoas diretamente afetadas são eixos fundamentais para o enfrentamento dessa realidade. Ao transformar esse debate em ação concreta, o campo da saúde poderá, enfim, alinhar seus princípios éticos às suas práticas cotidianas.

## CONCLUSÃO

Como visto, a estigmatização com base no peso corporal é generalizada, extremamente prejudicial e ameaça os valores essenciais da saúde pública. O reconhecimento e o posicionamento contra a estigmatização se inscrevem em uma política de lutas contra a discriminação e a redução das desigualdades em saúde. Ainda, contribuem para a ruptura dos mecanismos de desvalorização e sofrimento que alimentam o círculo vicioso da obesidade, reposicionando as orientações para que o cuidado não seja adoecedor.

## REFERÊNCIAS

ALBURY, C. *et al.* The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 8, n. 5, p. 447-455, 2020.

AMPARO-SANTOS, L. Saúde, práticas corporais e obesidade na cultura contemporânea. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. (Orgs.). **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 171-190.

AMPARO-SANTOS, L.; FRANÇA, S. L. G.; REIS, A. B. C. **Obesidade(s): diferentes olhares e múltiplas expressões**. Salvador: Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Universidade do Estado da Bahia; Ministério da Saúde, 2020.

BERTAKIS, K. D.; AZARI, R. The impact of obesity on primary care visits. **Obesity Research**, v. 13, n. 9, p. 1615-1623, 2005.

BREWIS, A. A. Stigma and the perpetuation of obesity. **Social Science & Medicine**, v. 118, p. 152-158, 2014.

BROWN, A.; FLINT, S. W.; BATTERHAM, R. L. Pervasiveness, impact and implications of weight stigma. **EClinicalMedicine**, v. 47, 2022.

CONDE, T. N.; SEIXAS, C. M. Movimento body positive no Instagram: reflexões sobre a estetização da saúde na sociedade neoliberal. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 15, n. 1, 2021.

CORI, G. C.; PETTY, M. L. B.; ALVARENGA, M. S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 565-576, 2015.

COUTINHO, C. O.; PRADO, S. D.; SEIXAS, C. M. O tratamento da obesidade e o risco dos transtornos alimentares. In: RODRIGUES, P.; CARDOSO, E.; PALMA, A. (Orgs.). **Obesidade e sociedade**. Curitiba: CRV, 2019. v. 1, p. 75-92.

DINIZ, D. Violência contra a mulher e saúde pública. **Revista Estudos Feministas**, v. 14, n. 1, p. 253-258, 2006.

FERREIRA, F. R. A estetização da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. (Orgs.). **Saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**. Ilhéus: Editus, 2015.

FERREIRA, F. R. A produção dos sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 471-483, 2008.

FRANCISCO, L. V.; DIEZ-GARCIA, R. W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra: Food, Nutrition & Health**, v. 10, n. 3, 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GUDZUNE, K. A. *et al.* Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. **Patient Education and Counseling**, v. 97, n. 1, p. 128-131, 2014.

HATZENBUEHLER, M. L.; PHELAN, J. C.; LINK, B. G. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 813-821, 2013.

MALTERUD, K.; ULRIKSEN, K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: a synthesis of qualitative studies. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**,

v. 6, n. 4, p. 8404, 2011.

MARI, P.; BUSATO, I. M. S. O estigma da obesidade dentro do atendimento à saúde e seu impacto na saúde das pessoas: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 17, n. 26, p. 2-14, 2023.

MATTOS, R. S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009.

MOLD, F.; FORBES, A. Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. **Health Expectations**, v. 16, n. 2, p. 119-142, 2013.

NUTTER, S. *et al.* Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: a position statement from the World Obesity Federation. **Obesity Reviews**, v. 25, n. 1, p. e13642, 2024.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e190227, 2020.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F.; SELAU, B. L. Compreendendo o termo gordofobia médica a partir da perspectiva de pessoas gordas. **Saúde e Sociedade**, v. 33, p. e220842pt, 2024.

PAIM, M. B. *et al.* Gordofobia nos serviços de saúde e seus efeitos no acesso à saúde das pessoas gordas. **Saúde e Sociedade**, v. 34, p. e240048pt, 2025.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e aids**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PEARL, R. L.; PUHL, R. M. Weight bias internalization and health: a systematic review. **Obesity Reviews**, v. 19, n. 8, p. 1141-1163, 2018.

PHELAN, S. M. *et al.* Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obesity Reviews**, v. 16, n. 4, p. 319-326, 2015.

PONT, S. J. *et al.* Stigma experienced by children and adolescents with obesity. **Pediatrics**, v. 140, n. 6, 2017.

POULAIN, J.-P. **Sociologia da obesidade**. Trad. Cecília Prada. São Paulo: Editora Senac, 2013.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Estigma da obesidade: considerações importantes para a saúde pública. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.

PUHL, R. M. Weight stigma in patients with obesity: impacts on health and recommendations for care. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 52, n. 1, p. 1-17, 2023.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The stigma of obesity: a review and update. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 941, 2009.

PUHL, R. M.; LUEDICKE, J.; HEUER, C. A. The stigmatizing effect of visual media portrayals of obese persons on public attitudes: does race or gender matter?. **Journal of Health Communication**, v. 18, n. 7, p. 805-826, 2013.

PUHL, R. M.; PETERSON, J. L.; LUEDICKE, J. Weight-based victimization: bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth. **Pediatrics**, v. 131, n. 1, p. e1-e9, 2013.

PUHL, R. M. *et al.* The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust and adherence to medical advice. **International Journal of Obesity**, v. 37, n. 11, p. 1415-1421, 2013.

RUBINO, F. *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, v. 26, n. 4, p. 485-497, 2020.

RYAN, L. *et al.* 'Beyond the Scale': a qualitative exploration of the impact of weight stigma experienced by patients with obesity in general practice. **Health Expectations**, v. 27, n. 3, e14098, June 2024.

SABIN, J. A.; MARINI, M.; NOSEK, B. A. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. **PloS One**, v. 7, n. 11, p. e48448, 2012.

SEIXAS, C. M. *et al.* Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre as novas abordagens comportamentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300411, 2020.

SUTIN, A. R.; STEPHAN, Y.; TERRACCIANO, A. Weight discrimination and risk of mortality. **Psychological Science**, v. 26, n. 11, p. 1803-1811, 2015.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WHARTON, S. *et al.* Obesity in adults: a clinical practice guideline. **CMAJ**, v. 192, n. 31, p. E875-E891, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. In: **Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region**. 2017.



## **BLOCO 2**

# **DESAFIOS RELACIONADOS AO CUIDADO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO A PARTIR DOS TERRITÓRIOS**





## CAPÍTULO 5

# O CUIDADO, A SAÚDE E O CORPO: A OBESIDADE NOS SENTIRES DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>5</sup>

Mayara Magalhães  
Ana Laura Brandão  
Juliana Pereira Casemiro

### INTRODUÇÃO

A obesidade e o sobrepeso geram um sofrimento considerável, não apenas pelas comorbidades associadas, mas também pela imensa pressão social para que as pessoas se encaixem em um padrão saudável. Essa pressão social, muitas vezes, leva a uma proliferação de fórmulas de emagrecimento que acabam por gerar mais sofrimento em vez de um cuidado efetivo (Seixas *et al.*, 2020).

Cabe assim ampliar a visão do corpo puramente biológico, compreendendo-o como um campo de significados, atravessado por experiências, afetos e dimensões inconscientes (Lucena; Seixas, 2022). A abordagem tradicional, muitas vezes centrada exclusivamente em aspectos biológicos, falha em cuidar destes indivíduos em sua totalidade. Há uma necessidade de trazer as pessoas com obesidade para o centro do cuidado, reconhecendo suas vivências

<sup>5</sup> Este capítulo integra um trabalho de conclusão de curso de graduação em Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

e a complexidade de suas jornadas. É por esse motivo que incluímos no título desse capítulo os sentires, pois são eles que tratam da grande variedade de maneiras que cada pessoa pode falar de sua experiência de viver com obesidade e os caminhos que constroem para lidar com essa realidade.

O presente capítulo propõe-se a analisar o cuidado em saúde e a compreensão do corpo no contexto da obesidade, a partir da perspectiva de usuários da Atenção Primária à Saúde (APS). Foram analisadas entrevistas realizadas no ano de 2023<sup>6</sup> que serão abordadas em quatro tópicos principais: (1) O corpo como narrativa: vivências, estigma e o peso da sociedade; (2) O peso invisível: a violência simbólica e nutrição, (3) Entre a culpabilização e a escutatória: desafios e transformações no cuidado em saúde; e (4) Protagonismo e autonomia: as barreiras ao autocuidado e o desejo de reaver o corpo.

## **O CORPO COMO NARRATIVA: VIVÊNCIAS, ESTIGMA E O PESO DA SOCIEDADE**

O corpo humano é muito mais do que uma mera estrutura biológica. As transformações corporais, em especial o ganho de peso, não são eventos isolados. Elas são o reflexo de interações entre fatores individuais, emocionais e contextuais. Os corpos carregam histórias e vivências. Então, tirar esse olhar reducionista e compreender que viver com um corpo que foge do padrão imposto pela sociedade não se reduz a um desconforto físico, já nos faz percorrer um caminho para transformar uma prática que transpassa da métrica pura e estéril para o usuário encarnado e vivente.

Os entrevistados são testemunhas contundentes dessa realidade. Fátima<sup>7</sup> nos trouxe um depoimento que reproduz sua dor: “Depois que minha mãe morreu, engordei.” Aqui, o luto, encontra no corpo uma forma de

---

<sup>6</sup> Este capítulo foi desenvolvido a partir de dados coletados no âmbito da pesquisa “Alimentação e nutrição na Atenção Primária em Saúde: desafios da formação para o cuidado do sobrepeso e obesidade”.

<sup>7</sup> Todos os nomes dos entrevistados foram trocados na perspectiva de garantia da integridade ética em pesquisa.

manifestação. Não é apenas tristeza; é uma mudança profunda que impacta a rotina, a relação com a comida, a disposição para o movimento.

Da mesma forma, André nos conta: “Eu era magro até casar. Depois parei no tempo.” O casamento, um marco de transformação de rotina e prioridades, se reflete em uma nova configuração corporal. A vida a dois, a saída de uma rotina mais ativa, tudo isso pode influenciar.

Regina traz a maternidade para a conversa, um período de profunda transformação física e emocional: “Depois que tive minha filha e fiz a ligação, engordei.” A gravidez, o pós-parto, questões hormonais, a privação de sono, são fatores que impactam diretamente o corpo de muitas mulheres.

Marcelo exemplifica o peso da pressão acadêmica e do estresse: “Comecei a engordar na faculdade. Estressado, estudando demais.” O estresse, a ansiedade, a falta de tempo para se cuidar ou para se alimentar bem, tudo isso pode se refletir no ganho de peso.

Esses relatos, que tratam de eventos singulares da vida adulta (luto, casamento, maternidade, estudos), reforçam também a ideia de que obesidade está relacionada com situações desencadeadoras, pois o comer está diretamente relacionado aos sentimentos e afetos. Os nossos sentires acompanham momentos bons e ruins e dão a eles novos contornos e novos corpos (Huerta; Lindenmeyer, 2019).

Além de ser um registro de vivências, o corpo com obesidade também se torna um alvo de estigma social, como tratado no capítulo “Corpos marcados, direitos negados: estigma do peso e iniquidades em saúde” deste presente livro. Para que aquele paciente se sente ali perante o profissional, ele percorreu um caminho muitas vezes se deparando com estigmas e abalos em sua autoestima, o que pode inclusive levá-lo a dolorosos processos de autossabotagem.

Pessoas com obesidade frequentemente enfrentam sofrimento psíquico, agravado pelo modo como seus corpos são depreciados socialmente, já que suas aparências são vistas como opostas aos padrões estéticos valorizados na cultura contemporânea (Nascimento, 2013). O peso vai para além da balança.

Ele está nas expectativas que a sociedade impõe, nos olhares julgadores e nas barreiras invisíveis, em alguns momentos visíveis, que as pessoas com obesidade encontram no seu dia a dia, como veremos nos relatos a seguir.

As falas dos entrevistados escancaram essa realidade dolorosa e as implicações práticas do estigma. Regina descreve um desafio tão básico quanto íntimo: “Meu corpo era tão pesado que eu não conseguia tomar banho direito.” Essa frase simples revela a perda de autonomia, a dificuldade em atividades cotidianas que a maioria das pessoas que não vivem com obesidade nem percebe. É a intimidade violada pela dimensão excessiva do corpo.

Marcelo nos traz uma situação ainda mais pública e humilhante: “A catraca do ônibus não é pra gordo.” Uma barreira física que se torna um estigma social gritante, expondo o corpo a um constrangimento público e a sensação de não pertencimento em espaços comuns. E Fátima nos apresenta um relato de discriminação velada existente, e que tem um impacto real na vida profissional: “Me desclassificaram no exame por conta do peso.” O corpo, nesses casos, se torna um obstáculo, não por uma questão de competência ou saúde, mas por uma norma social que une a estética a uma suposta norma médica que atua preconceituosamente, limitando oportunidades e reforçando a exclusão.

Essas experiências individuais, inclusive, convergem com o que a ciência vem nos mostrando sobre o estigma da obesidade. A exposição ao estigma do peso, e o medo constante de ser discriminado, rejeitado ou julgado gera um intenso estresse. E esse estresse pode prejudicar o próprio autocontrole, abalando a capacidade cognitiva, a autoestima, e aumentando a autoconsciência sobre o corpo. Ou seja, aquela dificuldade em controlar a alimentação ou em manter o peso, muitas vezes, não é uma questão de falha moral, mas sim uma consequência desse sofrimento imposto pelo estigma (Tarozi; Pessa, 2020).

Mesmo aqueles que superaram a obesidade e buscaram a perda de peso por meio de cirurgia bariátrica não estão isentos de julgamento. Um estudo que comparou o histórico de perda de peso por cirurgia com o de

dieta e exercício, observou que estudantes de medicina, ao serem informados sobre o percurso de um paciente, consideravam tais sujeitos mais preguiçosos, desleixados e com menor competência, sociabilidade, atratividade e saúde. Mais ainda, quando se sabia que um indivíduo havia sido obeso e emagrecera por via cirúrgica, a percepção era de que ele havia optado pelo “caminho fácil”, dispensando esforço (Vartanian; Fardouly, 2013).

Fátima relata: “E aí criou na minha cabeça aquele estigma de lá e não vou porque ele vai falar a mesma coisa, eu vou sair de lá mais para baixo ainda.” referindo-se a experiências anteriores com profissionais de saúde. A fala evidencia como experiências negativas anteriores com profissionais de saúde podem produzir um ciclo de evitação do cuidado, marcado pelo medo da repetição de situações estigmatizantes. Esse processo não se restringe ao encontro individual, mas reflete um fenômeno cultural e social mais amplo, no qual a gordofobia médica se manifesta como negligência, desrespeito e desumanização, impactando diretamente o acesso e a qualidade do cuidado em saúde (Paim; Kovalski; Selau, 2024).

A escuta é essencial para o acolhimento do usuário, proporcionando um senso de pertencimento que muitas vezes lhe é negado. Como nos ensina Rubem Alves em seu texto *Escutatória*, estamos pouco habituados a ouvir, pois estamos sempre preocupados em falar o que sabemos e em repetir as informações contidas nos protocolos e diretrizes, esquecendo-nos das pessoas que estão ali, diante de nós (Alves, 1999).

## **O PESO INVISÍVEL: A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E NUTRIÇÃO**

O cuidado à obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS), embora tenha como intenção a promoção da saúde, pode ser marcado, na experiência dos usuários, por frustração e por um sofrimento que ultrapassa o aspecto físico. Discursos e práticas frequentemente simplistas, ou permeados por

preconceitos sociais arraigados sobre o corpo e o peso, comprometem o acolhimento e aprofundam a desmotivação e o sentimento de inadequação dos pacientes. Para compreender essa dimensão sutil, porém potente, das relações entre profissionais de saúde e usuários, é necessário um olhar capaz de desvendar as formas de imposição que operam de modo quase imperceptível.

O sociólogo francês Pierre Bourdieu (2021), apresenta o conceito de violência simbólica como um poder invisível que só é exercido se for reconhecido, mas, ao mesmo tempo, ignorado como arbitrário, ou seja, a dominação não é percebida como uma imposição ou escolha consciente, mas sim como algo natural e inevitável. Esse tipo de violência não se manifesta por meio da força física, mas sim pela imposição de sistemas de classificação e estruturas mentais que se ajustam objetivamente às estruturas sociais.

No campo da alimentação e nutrição, a imposição de normas e padrões opressivos, manifestada em discursos e práticas do profissional, configura uma violência simbólica, especialmente para corpos que fogem do ideal. Isso ocorre mesmo sem intenção explícita, o profissional reproduz e reforça as normas sociais e discursos legitimados sobre o corpo, sobre o comer, que podem levar à subjugação do indivíduo, trazendo um sentimento de inadequação em seu próprio corpo. É importante destacar que, de acordo com Bourdieu, a violência simbólica não depende da intenção consciente de quem a exerce para produzir seus efeitos. Trata-se de uma forma de dominação dissimulada, que atua de maneira tão naturalizada que muitas vezes não é percebida (Salvani, 2012). Essa violência já é sofrida/sentida no cotidiano por esses usuários no contato com a sociedade, visto que a sociedade está entrelaçada nesse discurso de inadequação para essas pessoas.

Quando esses discursos vêm diretamente de profissionais da saúde, é um agravante, pois esbarra no “poder” intelectual/científico, distanciando-se do cuidado e se aproximando do exercício de poder. Para Bourdieu: “A violência simbólica consiste em uma violência que se exerce com a cumplicidade tácita dos que a sofrem e também, com frequência, dos que a exercem, na medida

em que uns e outros são inconscientes de exercê-la ou de sofrê-la” (Bourdieu *apud* Salvini, 2012, p. 22).

Fátima compartilha sua experiência: “Já escutei isso até com o dedo quebrado.” Ela foi ao hospital por conta do dedo quebrado e o que comentaram foi seu peso corporal. Imagine a cena: você busca ajuda para uma dor física específica e, de repente, o seu corpo é alvo de um julgamento desnecessário e descontextualizado. Isso não é cuidado, é uma invasão e uma forma de anular a real queixa do usuário, desviando o foco da necessidade aguda para reforçar um estigma.

Vemos aqui a violência simbólica se manifestar no momento em que o profissional usa o poder legitimado pelo saber médico. Isto é, o que Bourdieu (2021, 2007) denomina como “capital simbólico” que é o poder que alguém ou uma instituição possui em virtude de seu prestígio e autoridade, um poder que é amplamente reconhecido pela sociedade e, por isso, legitimado. O capital simbólico é uma forma de poder “quase mágica”, que permite que se obtenha o equivalente à força física ou econômica apenas com a crença na legitimidade de quem a detém.

No caso de Fátima, esse poder se manifesta quando o profissional ignora a queixa legítima e, sem escuta nem consideração pelo contexto, desloca o foco da dor física (o dedo quebrado) para o corpo da paciente, interpretado como algo “errado” que precisa ser corrigido. Fátima complementa: “Às vezes é uma especialidade que não tem nada a ver. Mas eles sempre dão um jeito de associar a obesidade.” Profissionais que comunicam veladamente à paciente que seu corpo é mais importante ou mais problemático do que sua queixa legítima.

Regina ilustra o desânimo diante de abordagens restritivas demais: “Ela tirou assim. Ela tirou o café, tirou refrigerante e massa. Aí ela mandou comer muito legume, aí, aí não dá, né?” A imposição de dietas altamente restritivas, sem considerar o contexto cultural, financeiro e social desses usuários, leva à desistência e a frustração. Não é somente sobre o que se come, mas sobre como se vive e o que se consegue sustentar a longo prazo.

A violência simbólica se manifesta na forma como o saber nutricional se impõe, não abrindo espaço para negociação, escuta ou adaptação. Nesse caso, a retirada de alimentos populares, cotidianos e prazerosos é vivida por Regina não como cuidado, mas foi interpretada como punição. Resultando em sentimento de inadequação, fracasso e desistência. A violência simbólica não se encontra apenas em discursos sobre a alimentação, mas também em abordagens dos profissionais de saúde.

Marcelo afirma: “Todo mundo que te vê acima do peso já fala: ‘tem que emagrecer’”. Essa pressão social, que se intensifica com discursos profissionais simplistas, transforma a busca por saúde em um campo minado de cobranças e julgamentos, ao invés de um espaço de acolhimento e colaboração. Ele continua “Ninguém pergunta se a sua vida tá bem, se tá com algum problema. Eles só quer o resultado. ‘Ah não! Você tem que fazer’”.

Essa fala de Marcelo revela a mecanização do cuidado, onde esse indivíduo é reduzido a um conjunto de métricas e a um resultado a ser alcançado. O profissional, ao focar apenas no resultado e ignorar os atravessamentos da vida desse usuário (estresse, ansiedade, condições sociais), exerce uma dominação pelo uso seletivo do capital simbólico. O usuário é subjugado a uma meta impessoal e responsabilizado por não alcançar sem que sua complexidade seja reconhecida.

Fica evidente que a violência simbólica no campo da alimentação e nutrição é uma manifestação de discursos e práticas enraizadas que desconsideram a complexidade do ser humano e a integralidade do cuidado. A naturalização desses discursos e abordagens, onde a culpa velada e a responsabilização individual prevalecem, neutraliza a percepção da opressão, minando a confiança do usuário no serviço de forma invisível.

## ENTRE A CULPABILIZAÇÃO E A ESCUTATÓRIA: DESAFIOS E TRANSFORMAÇÕES NO CUIDADO EM SAÚDE

A busca por ajuda no SUS para lidar com a obesidade, por vezes, se transforma em uma experiência de profunda frustração. Em vez de acolhimento e compreensão, muitos usuários se deparam com discursos e recomendações simplistas, que beiram a agressão e o julgamento. Frases como “fecha a boca! Para de comer!” Conforme citado pela Fátima em entrevista ou “basta ter força de vontade” não só ignoram a complexidade de quem está buscando ajuda, mas também reforçam a culpa da pessoa e a responsabilização por parte de quem está ao seu redor. Isso contribui para uma violência simbólica.

Essa perspectiva reducionista, que se manifesta em comentários como o relatado por Fátima em suas experiências com profissionais de saúde, é um agravante. Ela descreve uma “certa indiferença por parte da maioria dos profissionais, de generalizar... ‘Olha, mas é só você fechar a boca que você emagrece’”. Tal abordagem desconsidera a complexa rede de emoções, hábitos, condições de vida e determinantes sociais que contribuem para o ganho de peso. Ao invés de oferecer apoio e compreensão, reforça o estigma e a solidão do indivíduo, minando a confiança na equipe de saúde e, muitas vezes, inviabilizando o processo de cuidado.

A fala de Fátima traz uma denúncia explícita sobre a prática de associar a obesidade a todos os problemas de saúde, um reducionismo clínico que desconsidera a complexidade do indivíduo. Ela afirma: “Eu sei que eu sou uma pessoa obesa... Mas também colocar a obesidade como o início de tudo, isso acaba até deixando o paciente um pouco desmotivado a procurar os serviços de saúde”. Aqui, Fátima não nega sua condição, mas resiste a essa abordagem simplista, ela nos convida a entender que, ao invés de motivar, essa prática cria um ciclo de frustração e isolamento.

O sentimento de impotência é outro tema central, evidenciado na fala de Regina: “Qualquer hospital que eu vou, assim, achei até na clínica,

até na UPA, quando eu vou, eles falam que eu tinha que perder peso. Mas eu já falei para o doutor, eu não consigo perder nem que eu quero, mas eu não consigo”. O relato expressa a frustração de receber a mesma recomendação repetidamente, sem qualquer apoio ou solução que a ajude a superar a barreira que ela percebe como intransponível. A abordagem focada apenas na perda de peso, sem contextualizar a vida da paciente, reforça a sensação de falha e a ausência de controle sobre o próprio corpo.

Em contraponto a essa prática de culpabilização, surge a escuta ativa, ou “escutatória”.

A escutatória, segundo Alves (1999), envolve uma escuta ativa, sensível e silenciosa, que acolhe não apenas as palavras, mas também os silêncios, as emoções e as intenções por trás do que é dito. É um exercício de presença e abertura, que exige deixar de lado preconceitos, distrações e a pressa de julgar ou interromper. Para ele, escutar é um ato de amor, pois permite que o outro se sinta visto, compreendido e valorizado.

A fala de Fátima na entrevista exemplifica significando um atendimento acolhedor. Em seu relato, ela afirma: “eu tive um acolhimento no sentido de, principalmente, de respeitarem os meus limites”. Essa validação é o resultado direto de uma escuta ativa, pois só se respeita os limites do paciente quando eles são, de fato, ouvidos e compreendidos, comprovando que a escuta ativa é o alicerce do cuidado.

Dunker e Tebas (2021), abordam um conceito de escuta que ressoa com a ideia de uma escuta ativa, empática e transformadora, alinhada com a noção de Alves. Eles abordam a escuta como uma arte complexa, essencial para as relações humanas, que envolve tanto ouvir o outro quanto a si mesmo, com profundidade e abertura. Os autores propõem que a escuta é um ato ético, político e relacional, que vai além de simplesmente ouvir palavras, sendo assim um processo que exige suspensão de julgamentos, preconceitos e do desejo de controle ou poder sobre o outro.

Quando a escuta é ativa, respeitosa e individualizada, ela faz toda a diferença no processo de cuidado dos usuários. A fala de Fátima é um testemunho

dessa distinção: “A nutricionista me escutou por uma hora e meia. Isso foi cuidado”. Um tempo dedicado a compreender sua história, suas dores, e os desafios dessa usuária fez essa experiência ser singular e ressaltou o valor de uma abordagem que foi além do *checklist*. É o reconhecimento de que, por trás dos índices e métricas, há uma pessoa complexa, com suas vivências. É crucial ir além dos protocolos e entender as percepções desses indivíduos sobre seus próprios corpos, pois é isso que deve orientar uma abordagem de cuidado diferenciada.

Porém, a realidade do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) também impõe uma lógica neoliberal, muitas vezes priorizando a contabilidade das metas, muitas vezes inviabilizando o “que-fazer” cuidadoso. O profissional, atuando sob essa sobrecarga, pode se sentir isolado e culpado por não conseguir dedicar o tempo necessário a cada paciente, mesmo sabendo que essa é a chave para um cuidado integral (Casemiro *et al.*, 2024).

A escuta é essencial, pois permite uma contextualização do cuidado nutricional, considerando as dimensões afetivas, sociais e culturais envolvidas, porém não se pode negar que a capacidade do profissional de saúde para se engajar nesse tipo de escuta aprofundada pode ser frequentemente limitada por pressões externas. Então enfatizamos que a qualidade do cuidado não pode cair na armadilha da autorresponsabilização, que ignora as barreiras sistêmicas e estruturais. Mas fazemos o convite a uma perspectiva do possível, que é um convite para uma reflexão crítica e coletiva. Ela não ignora as dificuldades, mas as assume como ponto de partida para a resignificação.

## **PROTAGONISMO E AUTONOMIA: AS BARREIRAS AO AUTOCUIDADO E O DESEJO DE REAVER O CORPO**

Promover o protagonismo do usuário significa reconhecer, concretamente, a capacidade inerente do indivíduo de tomar decisões informadas sobre sua própria saúde, e isso inclui valorizar profundamente

seus saberes, suas experiências de vida e seus desejos. Essa abordagem exige uma reformulação da dinâmica tradicional de poder, construindo uma relação de confiança sólida entre o profissional e o usuário, uma relação que é forjada no diálogo constante e na escuta ativa.

Uma clínica fundada na autonomia valoriza os saberes dos usuários e reconhece sua capacidade de cuidado, articulando diferentes formas de saber em um processo de construção conjunta e horizontal, que rompe com a hierarquia tradicional do conhecimento técnico (Penido, 2018). O desejo de emagrecer, muitas vezes, não é uma questão de estética para eles, mas de recuperar a autonomia sobre o corpo e a qualidade de vida.

As falas dos entrevistados mostram a necessidade de um olhar mais humano. Fátima nos traz uma visão lúcida sobre as intervenções cirúrgicas: “As pessoas romantizam a bariátrica. É uma cirurgia séria”. Nos mostra que nem sempre essa é a primeira opção do usuário. E Marcelo questiona o ritmo imposto pela sociedade e, por vezes, pelos próprios profissionais de saúde: “Demorei 10 anos pra engordar, por que tenho que emagrecer em um mês?” Essa fala representa um protesto contra a medicalização acelerada e a pressão por resultados imediatos, que desconsidera o tempo biológico, emocional e social que levou ao ganho de peso.

Para que o protagonismo do usuário deixe de ser uma teoria e se torne uma prática palpável na Atenção Primária à Saúde (APS), é preciso investir em estratégias concretas e interligadas. A implementação de práticas que não apenas estimulem, mas ativamente cultivem o autocuidado e a autonomia do usuário é fundamental.

O acolhimento é a porta de entrada para uma APS qualificada, promovendo mudanças no processo de trabalho e na reestruturação dos serviços de saúde no sentido da integralidade, humanização, equidade e resolutividade. A construção de vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e usuário potencializam a adesão ao tratamento e qualificam o trabalho em saúde (Gomes; Pinheiro, 2005).

Além disso, a complexidade da obesidade exige uma resposta que vá além da competência de um único profissional, tornando a atuação de equipes multiprofissionais essencial. No contexto da APS, o conhecimento desses profissionais é muito importante para direcionar atividades de promoção à saúde, prevenção e orientação para o cuidado, tanto em nível individual quanto coletivo, considerando todas as características que cercam os usuários.

Essa abordagem ganhou um reforço significativo em 2023, com a publicação da Portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio, que modificou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). A Portaria configura uma reconstrução e reformulação das equipes, com a instituição de incentivo financeiro federal e diretrizes para a reorganização da sua atuação, fortalecendo a resposta ao desafio da obesidade na APS.

Apesar da importância do autocuidado, ele muitas vezes se torna uma tarefa difícil, às vezes até penosa. As falas dos entrevistados ilustram bem essa dificuldade. André expressa um sentimento comum, a falta de energia para persistir: “Minha motivação está baixa.” Não é falta de vontade, mas uma exaustão que pode vir de sucessivas tentativas frustradas, da falta de apoio, ou de problemas da própria vida que minam a disposição.

Regina nos traz a experiência perigosa da restrição sem acompanhamento: “Fiquei sem comer, passei mal e não emagreci nada”. Essa tentativa de responder às exigências sociais e médicas, feita sem orientação adequada e sem considerar seu corpo e sua rotina, não só foi ineficaz, como a deixou vulnerável. Isso evidencia como as fórmulas mágicas e a falta de compreensão do contexto levam a resultados negativos.

Importante ressaltar que o mesmo Marcelo, que antes estava desmotivado pela faculdade, agora encontra sua motivação: “Tô supermotivado agora, por causa da minha filha”. Esse depoimento reforça que a motivação não é um botão que se liga e desliga, mas algo associado a fatores pessoais, emocionais e sociais, que precisam ser identificados e valorizados no cuidado.

Para muitas pessoas a convivência com as tentativas frustradas de perda e manutenção do peso corporal pode transformar-se em fonte de sofrimento. Assim, reconhecer tais experiências e analisar os itinerários terapêuticos trilhados pelos sujeitos torna-se um relevante desafio. A dificuldade em lidar com a obesidade tende a fortalecer a sensação de impotência nesses indivíduos, ao mesmo tempo em que enfraquece a confiança na restrição alimentar como um caminho viável para o emagrecimento (Nascimento, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma como a sociedade enxerga a pessoa com obesidade, as pressões mercadológicas que criam soluções mágicas e a formação profissional, que muitas vezes reforça uma perspectiva puramente biológica, são construções sociais que precisam ser questionadas. A escuta do profissional, a sensibilidade para o sofrimento do outro e a disposição para que essa escuta afete e transforme a prática, são fundamentais para um cuidado que caminhe para um cuidado integral.

A Educação Permanente em Saúde não é suficiente se não houver um trabalho no exercício da sensibilidade para o cotidiano desses usuários. Superar o peso invisível da violência simbólica que se perpetua no campo da alimentação e nutrição exige dos profissionais de saúde um olhar atento e um reconhecimento de que é preciso transitar da imposição do saber científico para a escuta ativa e da padronização para o reconhecimento das singularidades.

Importante ressaltar que esta transição demanda não apenas mudanças individuais, mas também o enfrentamento das limitações estruturais e institucionais que moldam a prática profissional no SUS. Só assim o profissional poderá exercer de fato seu papel no cuidado em saúde, promovendo uma escuta humanizada, desconstruindo as violências simbólicas na nutrição e fortalecendo os usuários em seus próprios caminhos no cuidado.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. **O amor que acende a lua**. 8. ed. Campinas: Papirus, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA 635, DE 22 DE MAIO DE 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. Porto Alegre: Zouk, 2007.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2021.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2021.

BURLANDY, L.; TEIXEIRA, M. R. M.; CASTRO, L. M.; CRUZ, M. C. C.; SANTOS, C. R. B.; SOUZA, S. R.; BENCHIMOL, L. S.; ARAÚJO, T. S.; RAMOS, D. B. N.; SOUZA, T. R. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00093419, 2020.

CASEMIRO, J. P.; PESSOA, V.; AMPARO, L.; SEIXAS, C. M. Educação permanente em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde: sobre cotidianos, seus tempos e possibilidades. In: BRANDÃO, A.; COUTINHO, C. O.; CASEMIRO, J. P. (orgs.). **Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2024. p. 381. (Série Conhecimento em Movimento, v. 10).

DUNKER, C.; TEBAS, C. **O palhaço e o psicanalista: como escutar o outro pode transformar vidas**. 2. ed. São Paulo: Planeta, 2021.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

LUCENA, B. B.; SEIXAS, C. M.; FERREIRA, F. R. Ninguém é tão perfeito que não precise ser editado: fetiche e busca do corpo ideal. **Psicologia USP**, v. 31, p. e190113, 2020.

MENCIA-HUERTA, M.; LINDENMEYER, C. Chirurgie bariatrique et fantasmes de métamorphose. **Annales Médico-Psychologiques**, v. 177, n. 8, p. 727-732, 2019.

NASCIMENTO, C. A. D.; BEZERRA, S. M. M. S.; ANGELIM, E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 18, n. 2, p. 193-201, 2013.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F.; SELAU, B. L. Compreendendo o termo gordofobia médica a partir da perspectiva de pessoas gordas. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 1, p. e220842pt, 2024.

PENIDO, C. M. F.; ROMAGNOLI, R. C. Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, p. e173615, 2018.

ROSA, A. R. **(O) braço forte, (A) mão amiga: um estudo sobre dominação masculina e violência simbólica em uma organização militar**. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas), Programa de Pós-graduação em Ciências Humanas – Universidade Federal de Lavras, Lavras,

2007.

SALVINI, L.; SOUZA, J.; MARCHI JÚNIOR, W. A violência simbólica e a dominação masculina no campo esportivo: algumas notas e digressões teóricas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 3, p. 401-410, 2012.

SEIXAS, C. M.; CASEMIRO, J. P.; COUTINHO, C. O.; CONDE, T. N.; BRANDÃO, A. L. Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre as novas abordagens comportamentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. e300411, 2020.

STEELE, C. M.; SPENCER, S. J.; ARONSON, J. Contending with group image: the psychology of stereotype and social identity threat. **Advances in Experimental Social Psychology**, v. 34, p. 379-440, 2002.

TAROZO, M.; PESSA, R. P. Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. 1-16, 2020.

VARTANIAN, L. R.; FARDOULY, J. The stigma of obesity surgery: negative evaluations based on weight loss history. **Obesity Surgery**, v. 23, p. 1545-1550, 2013.

## CAPÍTULO 6

# **“ELES ACABAM INGERINDO AS COISAS QUE SÃO MAIS BARATAS”: A RELAÇÃO ENTRE ACESSO À ALIMENTAÇÃO E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE**

Bárbara Galvão Knust  
Vitória França Rodrigues  
Ana Laura Brandão  
Juliana Pereira Casemiro

### INTRODUÇÃO

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é um elemento estruturante do cuidado às pessoas com obesidade (Brasil, 2022). Ações focadas unicamente no indivíduo e na alteração do peso corporal têm se mostrado culpabilizadoras, estigmatizantes e pouco eficazes (Brasil, 2022). O contexto e as condições de vida, sobretudo em territórios vulnerabilizados, precisam ser considerados para a realização de ações verdadeiramente comprometidas com a saúde das pessoas com obesidade.

O cuidado em saúde, dispositivo fundamental para a construção da integralidade da atenção à saúde, é compreendido como aquele que reconhece



o outro como centro da prática em saúde, podendo se revelar um importante meio de superação dos reducionismos. No entanto, para que essa possibilidade se concretize, entre outras condições, é fundamental reconhecer a complexidade da vida social e, particularmente, dos processos saúde-doença, em suas dimensões individuais e coletivas. Nessa direção, o incentivo ao autocuidado se dá para além da responsabilização do indivíduo, sendo entendido como uma construção conjunta dos processos de cuidado centrados na pessoa e no diálogo (Brasil, 2021).

O autocuidado apoiado é um componente do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) da Atenção Primária à Saúde (APS). Compreende o reconhecimento do papel central do usuário no manejo do sobrepeso/obesidade, com foco no empoderamento, e não na culpabilização, de modo a favorecer o desenvolvimento, capacidade de tomada de decisão e da autonomia. Nessa perspectiva, é fundamental considerar as limitações dos sujeitos frente aos determinantes sociais da saúde que interferem no manejo da condição, reconhecendo a obesidade como uma condição crônica multifatorial, influenciada por fatores sociais, econômicos, ambientais e comportamentais (Brasil, 2021).

Tomar a análise do ambiente alimentar como referência pode expressar uma relação menos combativa à doença ou ao sujeito, visto que permite analisar fatores do macro ambiente, ambiente físico, social e individual (Story *et al.*, 2008). Conceitualmente, o ambiente alimentar é definido pelos contextos físico, econômico, político e sociocultural nos quais o indivíduo vive, estuda e/ou trabalha, e que podem influenciar a qualidade da alimentação e o estado nutricional de pessoas e populações. A análise desse ambiente engloba a disponibilidade e a presença, tipo e dinâmica de funcionamento de estabelecimentos que comercializam alimentos em determinada localidade (Mendes *et al.*, 2022).

Essas características, entre outros fatores, possuem papel importante na determinação do comportamento alimentar das pessoas, podendo contribuir

para o desenvolvimento da obesidade e de condições associadas. Sendo assim, refletir sobre os ambientes alimentares é essencial para a formação e consolidação de hábitos e práticas alimentares promotoras de saúde.

No estado do Rio de Janeiro, um número expressivo (65,2%) da população adulta (maior de 18 anos) apresenta excesso de peso, que compreende o total de indivíduos com sobrepeso (IMC entre 25 e 30 kg/m<sup>2</sup>) – 39% e com obesidade (IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>) – 26,2%. Desta população, apenas 38,1% consomem frutas e hortaliças regularmente (Brasil, 2024). Esses dados refletem a mudança do padrão alimentar da população, com o aumento do consumo de produtos ultraprocessados e o baixo consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Evidências apontam que a falta de acesso físico e financeiro possui papel importante na conformação desse cenário (Rocha *et al.*, 2024).

Um estudo realizado com moradores de favelas brasileiras avaliou as percepções sobre o ambiente alimentar em suas vizinhanças e apontou o alto preço, a falta de informação e a baixa qualidade e variedade dos alimentos encontrados nos territórios. Além disso, a ansiedade e depressão por conta da violência foram apontados como fatores que influenciam negativamente o consumo de alimentos saudáveis (Rocha *et al.*, 2024).

Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo analisar, a partir da perspectiva de profissionais e usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro, como o ambiente alimentar influencia as possibilidades de (auto)cuidado de pessoas com obesidade<sup>8</sup>.

## QUANDO O TERRITÓRIO FALA O QUE A FOME CALA

O território é cenário onde se expressam, nas vidas e corpos dos indivíduos, diferentes aspectos relacionados às condições de vida e saúde. Neste

---

<sup>8</sup> Este capítulo foi desenvolvido a partir de dados coletados no âmbito da pesquisa “Alimentação e nutrição na Atenção Primária em Saúde: desafios da formação para o cuidado do sobrepeso e obesidade”.

sentido, cabe registrar que o ambiente alimentar comunitário se relaciona à disponibilidade e à acessibilidade de alimentos que variam de acordo com fatores socioeconômicos da vizinhança (Peres *et al.*, 2021). A influência do ambiente alimentar no comportamento alimentar das pessoas se apresenta de forma explícita na fala dos usuários, que relatam dificuldades em encontrar comida saudável de forma acessível no território.

Aqui no supermercado, você consegue comprar comida de verdade. Tem muitas coisas que influenciam quando você mora em um lugar desse – que às vezes as pessoas nem imaginam. E aí eu tinha que comprar uma coisinha aqui, uma coisinha ali, às vezes uma besteira. Uma série de coisas que influenciam, assim, em todos os setores (Usuário 01).

Milton Santos (1994) conceitua o território como um espaço geográfico socializado, um lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Trata-se, sobretudo, de um espaço de relações de poder, de informações e de trocas. Sob esta ótica, pensando no cuidado efetivo das pessoas com sobrepeso/obesidade, torna-se necessário compreender as questões territoriais que permeiam esses indivíduos, principalmente a presença e a disposição espacial de estabelecimentos de comercialização de alimentos, as possibilidades de práticas de exercícios físicos e de lazer, a mobilidade urbana, condições de moradia e relações de trabalho. Entender o contexto que o indivíduo está inserido é essencial para quebrar o ciclo de culpabilização do sujeito.

Cabe destacar que diversas desigualdades se manifestam e interseccionam no interior de um mesmo território, refletindo distintos graus de vulnerabilidade entre os indivíduos. Este aspecto foi destacado pelos profissionais de saúde.

Na rua da Prata ninguém precisava de nada. Não, é que antigamente era a zona sul do morro... então ali ninguém precisava de nada (ACS 04).

Nessa direção, uma vez compreendida a necessidade de analisar o espaço e as influências que atravessam os moradores, é papel das equipes da APS reconhecer as demandas e características do território em que estão inseridas. A territorialização permite a identificação de potencialidades ou riscos coletivos e um melhor planejamento para o cuidado efetivo e contextualizado (Brasil, 2022).

[...] a gente tem um território que além de ser vulnerável tem uma certa dificuldade por conta do deslocamento deles [os usuários] para a clínica [...] a gente sabe que às vezes o paciente que tem sobrepeso e obesidade tem uma dificuldade maior de locomoção [...] (Profissional 01).

Entende-se a territorialização como um esquema teórico-metodológico de planificação situacional voltado ao desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde e à aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde (Gondin; Monken, 2008).

Como explorado em outros capítulos deste livro (“O cuidado, a saúde e o corpo: a obesidade nos sentires dos usuários da Atenção Primária à Saúde” e “‘Você não pode me desclassificar por conta do meu peso’: sobre as discriminações relacionadas à raça, gênero e obesidade”), as queixas de dores articulares, especialmente nas pernas e joelhos, associadas ao excesso de peso corporal são frequentemente relatadas pelos usuários, se configurando como um fator dificultador para a locomoção até o local de trabalho, à UBS e, possivelmente, aos locais de comércio, incluindo os de alimentos. Essa limitação é ainda mais acentuada pelo fato de que o território em questão possui muitas ladeiras e escadarias, por estar localizado em uma área de morro.

É fundamental destacar que o aumento do número de pessoas em situação de insegurança alimentar, no mesmo espaço-tempo em que dois terços dos adultos do estado do Rio de Janeiro apresentam sobrepeso ou obesidade, suscita o debate acerca das condições de vida da população (Brasil, 2024). Assim, reforça-se que, para além do aspecto biológico, é essencial considerar

os determinantes sociais que atravessam suas existências, especialmente em relação ao território em que estão inseridas.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) aponta que menos da metade (49,5%) das calorias consumidas pelos brasileiros nos anos de 2017-2018 foram obtidas pelo consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados (IBGE, 2020), estando aquém do que preconiza o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014). As barreiras físicas e financeiras impactam na aquisição dos alimentos saudáveis.

[...] então eu costumo falar que é a medida do possível, o que você pode substituir e tal, mas assim, quando você vai no dia a dia, que você vai avaliar as condições de saúde que é a parte da nossa atividade também, você vê que é difícil, aquela pessoa mudar rapidamente aquele estilo de vida, então infelizmente as coisas que eles acabam ingerindo mais são as coisas que são mais baratas, que levam ao ganho de peso (Profissional 04).

O Inquérito de Insegurança Alimentar do município do Rio de Janeiro (Inquérito IA/Rio, 2024) mediu o grau de Insegurança Alimentar (IA) em três níveis (leve, moderado ou grave) em todo município e por Áreas de Planejamento (AP). Os dados do município apontam que cerca de 33% da população convive com algum grau de insegurança alimentar e desses, aproximadamente 500 mil pessoas (7,9%) convivem com a insegurança alimentar grave (fome/falta de acesso a qualquer tipo de alimento). Quando é feito o recorte da AP 1.0, onde a unidade está inserida, os números são mais alarmantes, com 37% da população convivendo com algum grau de IA e 8,3% em IA grave.

Observa-se que o cuidado nutricional, que inclui o acolhimento, escuta e prescrição dietética, está associado à necessidade de adequação à situação socioeconômica dos usuários, com ênfase nas dificuldades de acesso físico e/ou financeiro ao alimento.

Tão conseguindo ver que os alimentos *in natura* é o que é mais saudável mesmo, e tem acesso a isso, mas há a barreira socioeconômica [...] (Profissional 02).

Eu acho que o profissional principalmente de nutrição, ele deve se atentar, a renda daquela pessoa, essa questão social da pessoa. Então não adianta você chegar no morro e passar uma dieta que num sei o que, a pessoa não vai conseguir fazer, não vai! Então, é o básico mesmo! É você passar: “Olha, um arroz com feijão”, um pedaço de frango, e tentar adequar pra realidade daquela pessoa, e foi isso que ela fez. Então, eu acho isso muito importante (Usuária 01).

Como apontado pelos entrevistados, as barreiras ao acesso a uma alimentação adequada e saudável vivenciadas pela população que reside no território e a consequente insegurança alimentar constroem o profissional que atua na APS. Sob este aspecto, vale considerar que aprimorar a capacidade de diagnóstico territorial pode encorajar e possibilitar que os profissionais atuem diante daquilo que Valla (2012) considerava como “situação-limite”, circunstâncias que se apresentam aos indivíduos como se fossem determinantes históricos esmagadores, diante dos quais não lhes cabe outra alternativa senão adaptar-se. Trata-se de contextos em que predomina a sensação de estar “dando murros em ponta de faca”.

Essa ideia se relaciona ao que Freire (2005; 2008) conceitua como a necessidade de construção do “inédito viável”, um processo de reflexão crítica da realidade por parte dos sujeitos envolvidos, caminhando em direção à construção de projetos alternativos de futuro, construídos coletivamente.

Desse ponto de vista, cabe salientar que a compreensão das barreiras relacionadas ao acesso físico e financeiro à alimentação deve motivar a busca por alternativas que envolvam os sujeitos, ou seja, que incluam processos de escuta ativa, apoio e ação orientada frente às necessidades identificadas. O espaço da APS é fundamental para sustentar essa perspectiva de cuidado, como apontado por uma das profissionais entrevistadas.

[...] eu tento fazer da melhor forma possível que ela possa comprar e que não seja uma coisa inviável (Profissional 03).

Nesse sentido, ressalta-se que a falta de clareza sobre as barreiras e obstáculos presentes no território impede o reconhecimento de que as escolhas alimentares não são feitas no vazio, mas a partir das opções disponíveis (Borges *et al.*, 2021).

Diante da predominância da perspectiva biomédica na assistência à saúde, por vezes há um apagamento das dinâmicas territoriais e dos modos de viver a vida das populações, contribuindo para a construção de um olhar culpabilizador e focado no âmbito individual. Desta forma, contribui-se para os usuários acreditarem que desenvolveram sobrepeso e obesidade exclusivamente em função de suas escolhas individuais. Ainda que reconheçam as condições do território e as exigências da rotina de trabalho como fatores que dificultam a manutenção de uma alimentação adequada e saudável, bem como o acesso à prática de atividade física, frequentemente se colocam como os únicos responsáveis por suas condições de saúde.

Sob essa perspectiva, cabe salientar a necessidade de ampliar espaços e estratégias nas UBS para as reflexões sobre ambiente alimentar e promoção de atividade física nos territórios, como vem sendo orientado em documentos oficiais (Brasil, 2021; 2022). Cabe ainda destacar, que existem ferramentas que podem ser potencializadas, criadas e articuladas como, por exemplo, os usos dos dados de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), da Triagem de Insegurança Alimentar (TRIA) para o planejamento de atividades efetivas que dialogam com as necessidades do território.

Diante do exposto, é relevante destacar que esse olhar atento ao território, especialmente aos debates sobre ambiente alimentar, aguça habilidades que contribuem para a construção de estratégias voltadas à integralidade do cuidado. Por esse caminho, permite-se valorizar o encontro entre os sujeitos e seus diferentes olhares e percepções sobre a alimentação e nutrição.

## ENTRE PÂNTANOS, DESERTOS: A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

É possível identificar que fatores como a falta de acesso a alimentos saudáveis, a falta de tempo para se dedicar à alimentação e à prática de atividades físicas impactam diretamente nas escolhas alimentares e nas dificuldades relacionadas ao (auto) cuidado de pessoas com obesidade no território de estudo, assim como em outros territórios periféricos e vulnerabilizados. Fazem parte dos debates atuais os conceitos de pântanos e desertos alimentares, que são acionados para contribuir na descrição destes cenários.

Os desertos e pântanos alimentares se apresentam como barreiras físicas ao acesso a alimentos *in natura* ou minimamente processados. Os desertos alimentares são locais onde o acesso a esses alimentos é escasso ou inexistente. Os pântanos, por sua vez, são locais onde, além da baixa oferta de alimentos saudáveis, predominam pontos de venda de produtos ultraprocessados, com alta densidade calórica e baixo valor nutricional (IDEC, 2020).

No município do Rio de Janeiro, 2,81 milhões de cidadãos vivem em áreas de desertos alimentares e 1,18 milhão em áreas de pântanos, segundo o Mapeamento dos Desertos e Pântanos Alimentares realizado em 90 municípios brasileiros em 2024, pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), em parceria com a Universidade de São Paulo (USP). O estudo considerou como desertos alimentares as áreas geográficas com baixa concentração de pontos de venda de alimentos *in natura* ou minimamente processados (até cinco estabelecimentos em até 15 minutos de caminhada para cada mil habitantes). Já os pântanos alimentares foram definidos como áreas em que existe uma grande concentração de estabelecimentos que vendem, em sua maioria, produtos ultraprocessados (no mínimo 15 estabelecimentos em até 15 minutos de caminhada para cada mil habitantes) (Brasil, 2024).

Dos cidadãos que vivem em áreas classificadas como desertos alimentares, mais de 700 mil são moradores de favelas e comunidades urbanas, o que representa mais de um quarto dos cidadãos (25,6%). Diante das desigualdades no próprio território no acesso a direitos básicos e dos desafios vividos nas comunidades de uma forma geral, como a violência armada, torna-se fundamental refletir sobre a necessidade de um monitoramento mais próximo dessas populações, sobretudo no que diz respeito à saúde mental, à alimentação adequada e saudável e ao saneamento básico, a fim de garantir um cuidado verdadeiramente equânime (Brasil, 2024).

Considerando o cenário municipal, os dados apontam uma preocupante redução do consumo de alimentos saudáveis e aumento da insegurança alimentar associado ao crescimento dos índices de sobrepeso e obesidade na população, tornando oportunas, urgentes e necessárias as políticas públicas que ampliem as oportunidades de acesso a alimentos *in natura* e minimamente processados a preços acessíveis (Brasil, 2021; 2022).

O custo médio da cesta básica de alimentos no Rio de Janeiro em 2025 é de R\$ 835,50, representando cerca de 60% do salário-mínimo nacional, segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese). Uma estimativa feita pela mesma entidade, demonstra que seria necessário que o salário-mínimo fosse de R\$ 7.638,62 para que cumprisse sua determinação constitucional de suprir as despesas de uma família com seus direitos básicos garantidos, como alimentação, saúde, educação e lazer. Considerando que o valor atual é de R\$ 1.518,00, ou seja, cinco vezes inferior ao necessário, evidencia-se o quão longe está grande parte da população brasileira de prover seus direitos básicos, sobretudo as populações mais vulnerabilizadas.

Diante desta realidade, foi aprovado, em 2024, o Decreto n. 11.936, que estabelece a composição da nova cesta básica de alimentos. Seguindo os princípios do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), compõem a nova cesta os alimentos *in natura* e minimamente processados, além de

culturalmente referenciados. O decreto representa um importante passo para guiar políticas públicas, como a reforma tributária, que aprovou a alíquota zero para alimentos da cesta básica a partir de 2027. A medida visa garantir um custo menor ao consumidor final e, assim, contribuir para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional.

Somada a essa medida, outra forma de frear o consumo de produtos ultraprocessados é a taxaço pelo imposto seletivo, criado também na reforma para aumentar o custo de produção, distribuição e comercialização de produtos que fazem mal à saúde, como o tabaco e o álcool. A taxaço de produtos alimentícios ultraprocessados foi debatida no âmbito do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), sendo registrado na Recomendação n. 46/2023 (Brasil, 2023).

Dessa forma, com os alimentos saudáveis tornando-se mais acessíveis e os produtos ultraprocessados mais caros, o que se pretende é uma mudança no padrão alimentar da população. No entanto, é importante considerar que esse processo de mudança do padrão alimentar não ocorrerá imediatamente, uma vez que a indústria de ultraprocessados exerce uma grande influência tanto por meio da publicidade abusiva, quanto pela influência nos espaços de decisão política.

Nesse contexto, a promoção de uma alimentação saudável enfrenta obstáculos simbólicos e institucionais: de um lado, o desejo pelos produtos “da moda” ou associados a um status social, e, de outro, barreiras no legislativo e judiciário, como as tentativas de incluir produtos ultraprocessados nos produtos com redução de alíquota e a retirada de bebidas açucaradas do imposto seletivo (OPAS; ACT, 2021).

O ambiente alimentar social diz respeito ao com quem, onde, de que forma e quando se come. Parte do princípio de que as influências culturais devem ser consideradas quando se discute determinantes de consumo, hábitos e práticas alimentares. O território, incluindo suas relações sociais, história, expressões de poder, desigualdades, injustiças, centralidades e marginalização,

atua na constituição do ambiente alimentar social (Castro-Junior; Marinho, 2022). O território em questão, assim como outras favelas do Rio de Janeiro, tem histórias de auto-organização, resistência e cultura muito próprias que demandam processos educativos críticos e verdadeiramente populares que atuem de modo a “[...] resgatar uma cidadania usurpada” para assim desmistificar “o mito de sua ‘apatia’” (Valla, 1986, p.166).

Neste mesmo caminho, outro destaque das entrevistas foi a preocupação com os jovens e adolescentes do território, identificados como aqueles que estão “fora do peso” e relativizam os riscos relacionados a isto, como expressam a fala a seguir:

Eu vejo muito em relação aos jovens... hoje em dia junto, e eles estão muito assim, fora do peso. [...] Os jovens que tão obeso, ele não tá nem aí. Outro vai falar que ele é gordo, ele vai falar: “ok, tá na moda, tô comendo do meu dinheiro” (ACS 02).

Neste estudo, a preocupação com a juventude foi transversal às falas e, assim como neste trecho de entrevista, identifica-se que o zelo vem acompanhado de uma crítica, ainda que velada em muitos momentos. Esse outro, neste caso o jovem, é visto como rebelde, displicente e alguém que não cuida ou não valoriza a própria saúde. Mas o que diriam os jovens desse território sobre sua saúde, seus corpos, sua vida e seu ambiente alimentar?

Assim, uma pertinente ressalva é que este estudo não incluiu jovens entre os entrevistados, o que pode ser considerado uma limitação metodológica, já que as falas acerca das juventudes podem conter um viés estigmatizante ou estereotipado, especialmente em relação à percepção do peso corporal. A inserção no mercado de trabalho e a conquista de autonomia financeira durante essa fase da vida, especialmente entre aqueles que conseguem superar condições socioeconômicas restritivas, frequentemente se refletem em escolhas de consumo associadas a prestígio social, como *fast foods* e outros alimentos considerados de “*status*”. Essa dimensão cultural do consumo é bem ilustrada na música

UFA, de Djonga, quando o artista afirma: “Um dia me perguntaram porque engordei tanto / Mano, eu tô comendo dinheiro” (Djonga, 2020). Essa busca pelo reconhecimento social ocorre em paralelo a uma maior vulnerabilidade a estímulos de marketing, em especial a publicidade de produtos ultraprocessados, e à influência das redes sociais, que além de promoverem o consumo excessivo de álcool e derivados do tabaco (Vieira, 2022), exercem papel central na construção da autoimagem corporal (Bittar, 2020).

Nessas plataformas, disseminam-se padrões estéticos inatingíveis, configurando uma contradição: enquanto se promove o consumo de alimentos de alta densidade energética, reforça-se simultaneamente o culto ao corpo magro como ideal. Essa incoerência tem contribuído para a elevação dos casos de transtornos alimentares, sobretudo em virtude da vulnerabilidade emocional característica dessa faixa etária (Bittar, 2020).

É relevante salientar que os debates sobre ambientes alimentares convocam o papel das escolas e outros equipamentos públicos dos territórios como aspecto relevante para as estratégias locais. Parte-se assim de um pressuposto de que a oferta de alimentos saudáveis é, por si só, uma ação pedagógica. De um ponto de vista da atuação intersetorial nos territórios, a escola se configura como um espaço relevante de atuação, com estratégias como o Programa Saúde na Escola e o Programa Nacional de Alimentação Escolar. As escolas públicas são reconhecidas, assim, como ambientes alimentares organizacionais estratégicos por ofertarem uma alimentação adequada e saudável aos estudantes, articuladas a atividades de Educação Alimentar e Nutricional (Castro *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, enfatiza-se a necessidade de aprofundar estratégias que articulem o autocuidado com uma visão crítica do ambiente alimentar, como forma de tornar mais tangível a construção de autonomia e de novos modos de vida, mesmo frente às barreiras impostas pelo território. Para isso, é fundamental considerar as diferenças geracionais, de gênero, renda, escolaridade, classe e raça, entre outras. Certamente, neste

percurso, será evidente a urgência de políticas públicas que promovam e favoreçam uma alimentação adequada e saudável, especialmente nos contextos mais vulnerabilizados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo não pretende oferecer respostas ou fórmulas prontas, apenas registra um olhar em perspectiva que dá luzes à importância do território e ambiente alimentar enquanto aspectos relevantes ao cuidado às pessoas com obesidade. Registra-se como limitação deste estudo, o fato de que esses aspectos não foram colocados *a priori*, como questões específicas dos roteiros das entrevistas. Na verdade, tal debate emergiu como categoria durante o processo de análise e construção dos dados.

A partir destas reflexões, reafirma-se o papel da territorialização como aspecto fundamental do cuidado e da integralidade. Há uma dimensão política na identificação das barreiras e obstáculos que atuam no processo de segregação alimentar, que precisam ser visibilizadas e valorizadas. Instrumentos, ferramentas e estratégias que atuem neste sentido ganham ainda mais relevância em um contexto político no qual a defesa do Direito Humano à Alimentação Adequada se mostra não apenas atual, mas urgente. Monitorar situações de violação desse direito é parte integrante da política de saúde e uma responsabilidade compartilhada pelas equipes de saúde, sobretudo no âmbito da APS.

O fortalecimento de ações já previstas na APS, como a Vigilância Alimentar e Nutricional e a Triagem de Risco de Insegurança Alimentar, precisa ser mantido e reforçado. No mesmo caminho, iniciativas que deem atenção às especificidades da PAAS em territórios urbanos e vulnerabilizados, devem ser tratados como prioridade. São igualmente relevantes as ações que facilitam a participação popular e o acesso à alimentação adequada e saudável,

como àquelas voltadas à isenção de impostos sobre os alimentos *in natura* e minimamente processados, a criação de espaços populares de comercialização de alimentos; e o fortalecimento de equipamentos públicos de Segurança Alimentar e Nutricional, como as cozinhas solidárias e hortas comunitárias.

## REFERÊNCIAS

BITTAR, C.; SOARES, A. Mídia e comportamento alimentar na adolescência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, p. 291-308, jan. 2020.

BORGES, C. A. *et al.* Caracterização das barreiras e facilitadores para alimentação adequada e saudável no ambiente alimentar do consumidor. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, e00157020, 2021.

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2006.pdf). Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-parapopulacao-brasileira/>. Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. **Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Matriz para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ofício nº 46/2023/CONSEA/SG/PR**. Brasília, 30 maio 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.936, de 5 de março de 2024**. Dispõe sobre a composição da cesta básica de alimentos no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Abastecimento Alimentar. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 6 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Mapeamento dos desertos e pântanos alimentares: principais achados**. Brasília: MDS, 2025. Disponível em: [https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/internacional/produtos/produto/Produto\\_FEALQ.pdf](https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/internacional/produtos/produto/Produto_FEALQ.pdf). Acesso em: 22 ago. 2025.

CASTRO, I. R. R. *et al.* Ambiente alimentar doméstico. In: MENDES, L. L.; PESSOA, M. C.; COSTA, V. L. (orgs.). **Ambiente alimentar: saúde e nutrição**. Rio de Janeiro: Rubio, p.99-112, 2022.

CASTRO-JUNIOR, P. C. P.; MARINHO, V. Ambiente alimentar social. In: MENDES, L. L.; PESSOA, M. C.; COSTA, V. L. (orgs.). **Ambiente alimentar: saúde e nutrição**. Rio de Janeiro: Rubio, p.61-72, 2022.

DIEESE – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Análise da cesta básica de alimentos nas capitais brasileiras: custo da cesta e salário-mínimo necessário (maio de 2025)**. São Paulo: DIEESE, 2025. Disponível em: <https://imap.dieese.org.br/analisecestabasica/2025/202505cestabasica.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

DJONGA. UFA. Belo Horizonte: Independente, 2020. 1 arquivo digital (Spotify).

EDUCAÇÃO, Ministério da. **Matriz para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

FREIRE, A. M. A. Inédito-viável. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, p.223-226, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FRENTE PARLAMENTAR DE COMBATE À FOME DA CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO; INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO (UFRJ). **Inquérito sobre a insegurança alimentar no Município do Rio de Janeiro (Mapa da Fome da Cidade do Rio de Janeiro)**. Rio de Janeiro, 2024.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, p.79-108, 2012.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, p. 392-398, 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2025.

IDEC – INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Entre desertos e**

**pântanos:** quando a geografia urbana é um obstáculo para a alimentação saudável. São Paulo: IDEC, 2020.

MENDES, L. L. *et al.* Ambiente Alimentar: tópicos iniciais e principais modelos conceituais. In: MENDES, L. L.; PESSOA, M. C.; COSTA, V. L. (orgs.). **Ambiente alimentar:** saúde e nutrição. Rio de Janeiro: Rubio, p.1-10, 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ACT PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Tributação das bebidas adoçadas no Brasil:** para que tributar as bebidas adoçadas e como implementar essa política que faz bem para a saúde, a economia e a sociedade. Brasília, DF: OPAS; ACT, 2021.

PARAJÁRA, M. C. *et al.* Ambiente Alimentar Doméstico. In: MENDES, L. L.; PESSOA, M. C.; COSTA, V. L. (org.). **Ambiente alimentar:** saúde e nutrição. Rio de Janeiro: Rubio, p.113-124, 2022.

Peres, C. M.C.; Costa, B. V. L.; Pessoa, M. C.; Honório, O. S.; Carmo, A. S.; Silva, T. P. R.; Gardone, D. S.; Meireles, A. L.; Mendes, L. L. O ambiente alimentar comunitário e a presença de pântanos alimentares no entorno das escolas de uma metrópole brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

ROCHA, L. *et al.* Percepção dos residentes de favelas brasileiras sobre o ambiente alimentar: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, 2024.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo:** globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec, 1994.

STORY, M. *et al.* Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. **Annual Review of Public Health**, v. 29, p. 253-272, 2008.

VALLA, V. V. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. **Caderno de educação popular em saúde**, v. 2, p. 34-48, 2012.

VALLA, V. V. **Educação e favela:** políticas para as favelas do Rio de Janeiro, 1940-1985. Petrópolis: Vozes, 1986.

VIEIRA, Y. P. *et al.* Excessive use of social media by high school students in southern Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, e2020420, 2022.



## CAPÍTULO 7

# “VOCÊ NÃO PODE ME DESCLASSIFICAR POR CONTA DO MEU PESO”: SOBRE AS DISCRIMINAÇÕES RELACIONADAS À RAÇA, GÊNERO E OBESIDADE<sup>9</sup>

Bianca Cristine Gama da Silva  
Gabriella Labatut  
Raiane Silva da Penha  
Juliana Pereira Casemiro

### INTRODUÇÃO

A dificuldade de acesso aos alimentos *in natura* pela população periférica, em contraste com a maior disponibilidade de produtos ultraprocessados, constitui um grande desafio a ser enfrentado no Brasil. A desigualdade alimentar atinge particularmente a população negra que vive nas periferias. Os lares chefiados por mulheres negras encontram-se em maior vulnerabilidade social, em comparação àqueles chefiados por mulheres brancas, dificultando o pleno acesso à alimentação adequada e saudável e à saúde. Essa realidade tem contribuído, inclusive, para o aumento da obesidade nesta população (Silva *et al.*, 2022).

<sup>9</sup> Este capítulo baseia-se no trabalho de conclusão de curso de nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, intitulado: Cuidado às pessoas com obesidade na Atenção Primária: um olhar a partir das perspectivas de raça e gênero, apresentado em julho de 2024.

Em uma análise socioeconômica, a escolaridade mostra-se como fator associado à propensão à obesidade, uma vez que mulheres negras com o ensino fundamental incompleto são mais suscetíveis a apresentarem sobrepeso e obesidade do que mulheres brancas com o mesmo nível educacional (Oraka *et al.*, 2020, IPECE, 2021). Esses dados demonstram o quanto mulheres negras e periféricas estão expostas a maiores níveis de insegurança alimentar (IA). Da mesma forma, as mulheres negras com menor escolaridade e renda estão mais vulneráveis à obesidade (IPECE, 2021, Alves; Faerstein, 2015). Além disso, essas mulheres têm menor oportunidade de inserção no mercado formal de trabalho, o que as leva com frequência a exercer atividades informais (Silva *et al.*, 2022).

A discriminação racial e de gênero, e o preconceito em relação a indivíduos com obesidade nos serviços de saúde é um problema apresentado em alguns estudos (Silva, 2020, Silva, 2022). Os dados da Política Nacional de Saúde (PNS) (2013), apresentados na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), indicam que 10,6% da população afirma ter sofrido discriminação ou tratamento desigual em serviços de saúde, tendo uma expressiva prevalência de mulheres e de indivíduos negros (Brasil, 2017).

O estudo de Tarazo e Pessa (2020), ao realizar uma revisão de literatura, identificou preconceitos de profissionais de saúde com indivíduos com obesidade, havendo alegações de que a obesidade era associada à falta de vontade para a perda de peso e que estes indivíduos consumiam alimentos em excesso, eram inativos e que por isso não conseguiriam seguir as recomendações propostas, ignorando questões sociais, psicológicas e econômicas.

Este capítulo tem como objetivo analisar percepções de usuários com obesidade de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre seus corpos, saúde e cuidado com um olhar a partir das questões de gênero e raça/cor. Este enfoque interseccional não estava previsto no desenho inicial do estudo<sup>10</sup>, contudo ele foi se colocando como um imperativo ao longo do processo de coleta e análise de dados. Dentre os oito usuários entrevistados, predominavam pessoas negras (pretas e

---

<sup>10</sup> Este capítulo foi desenvolvido a partir de dados coletados no âmbito da pesquisa “Alimentação e nutrição na Atenção Primária em Saúde: desafios da formação para o cuidado do sobrepeso e obesidade”.

pardas segundo o IBGE) e mulheres. Além disso, as falas das mulheres negras impactaram pela sobreposição de situações de opressão e sofrimento relatadas.

Neste texto, compreendemos o conceito de interseccionalidade como aspecto essencial para as reflexões sobre o cuidado a pessoas com obesidade em comunidades vulnerabilizadas da cidade do Rio de Janeiro. A partir das contribuições de Collins (2015) é possível compreender a interseccionalidade como uma ferramenta analítica para os marcadores sociais de gênero, raça e classe — entre outros, como sexualidade, idade e nacionalidade. Como afirma Akotirene (2020), as vivências de mulheres negras abrangem diversas formas e manifestações de subordinações. A abordagem interseccional nos permite compreender que os diferentes marcadores sociais não operam como sistemas de opressão isolados, mas sim como eixos de poder que se sobrepõem e se influenciam mutuamente.

## **CORPO, TRABALHO E EMPREGO: O PESO DOS PRÉ-CONCEITOS**

Segundo uma pesquisa do Instituto Locomotiva, 67% das pessoas negras vivem em favelas e comunidades, no Brasil. Isso evidencia que a parcela da população negra e periférica está mais exposta aos fatores que afetam a saúde e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (CNN, 2021).

Com um relato muito sensível e minucioso, uma das usuárias da UBS reconhece em uma entrevista de emprego uma situação de discriminação. Enquanto ela descreve, o desvelamento desse (pré)conceito revela suas camadas.

[...] foi no caso de, por exemplo, eu fui fazer um processo seletivo com uma empresa e eu não fui admitida no... admissional, né? Por conta da minha hipertensão. Teve a questão do peso, que influenciou muito, mas eu bati na tecla: *“olha, você não pode me desclassificar por conta do meu peso. Eu ainda sou apta para fazer as atividades, eu*

*passsei em todos os exames*”. Mas aí a minha pressão arterial subiu na hora. E aí eu só consegui, eu lembro, que eu só consegui passar nesse processo seletivo depois de um cardiologista [...] dele fala que com o meu coração tava tudo bem (Cristal – grifos nossos).

Afinal, qual corpo é mais adequado para qual ocupação? O que, a princípio, parece ser um critério objetivo de saúde pode ocultar o verdadeiro motivo que gerou o julgamento da aptidão ou não para a função. Cristal é uma mulher negra e jovem que vive em uma periferia, onde, em muitas seleções de emprego, o negro é visto como um ser inferior e inadequado a trabalhos que não sejam puramente braçais e que explorem seu corpo e suas forças. Torna-se evidente que sua desclassificação não teve relação com o diagnóstico de hipertensão, mas sim com o fato de ser uma mulher negra, gorda e periférica. Apresentar hipertensão é apenas mais uma das desculpas usadas para definir onde o negro deve ou não trabalhar.

Segundo o estudo de Werneck (2016), o racismo institucional manifesta-se de forma sutil e invisível, levando a exclusão diferenciada dos sujeitos, definindo valores e oportunidades para pessoas e grupos sociais a partir da aparência. Desse modo, o racismo institucional atua na manutenção, indução e condução das “ações do estado, suas instituições e suas políticas públicas – atuando também nas instituições privadas – produzindo e reproduzindo a hierarquia racial” (Werneck, 2016, p. 542).

Nesse contexto, a população negra encontra-se em maior vulnerabilidade, vivenciando o escasso acesso aos direitos e à cidadania, experienciado em carga dupla pelas mulheres negras. No contexto estudado, acrescentamos o peso da obesidade.

É amplamente divulgado que a obesidade pode ter implicações na qualidade de vida dos indivíduos, interferindo na realização de atividades simples no dia a dia, trazendo-lhes sofrimentos e dificuldades pessoais ao executarem tarefas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a qualidade de vida como uma percepção do indivíduo sobre sua posição na

vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2012).

Nossa, como isso atrapalha, *porque eu gosto de ser ativa fazer minha faxina*, de ter que ir ao mercado e eu “tô” sentindo, que estou mais cansada não to tendo aquele fôlego [...] (Âmbar).

Tá interferindo muito, né, devido eu não estar mais podendo me locomover, *não ter uma vida ativa, então o peso está interferindo muito na minha vida*” (Safira).

A perda de peso é identificada como uma necessidade quando afeta a capacidade de realizar atividades laborais, o que impacta de múltiplas formas a vida das pessoas, sobretudo em contextos em que predomina o trabalho informal. Essa temática aparece diversas vezes durante as entrevistas, evidenciando como essa questão interfere diretamente na vida das entrevistadas, especialmente quando são chefes de família e sobre elas recai a responsabilidade de prover seus lares. O excesso de peso corporal afeta a capacidade de deslocar-se com agilidade, o que, no território estudado, repleto de escadas e ladeiras, torna-se mais um dificultador para o trabalho. É o que relata a entrevistada Âmbar, uma mulher periférica que trabalha diariamente como camelô.

*Eu sou camelô [...] eu chego lá morrendo, eu chego e sento pra recuperar o fôlego [...] pra começar a trabalhar* (Âmbar).

Gonzalez (2020, p. 375) indica que o racismo, assim como o sexismo, torna-se parte da estrutura objetiva das relações ideológicas e políticas do capitalismo, uma vez que “estabelece uma divisão racial do trabalho e é compartilhado por todas as formações socioeconômicas capitalistas e multirraciais contemporâneas”. Cerca de 53,3% das mulheres ocupam o mercado de trabalho, enquanto entre os homens essa taxa é de 73,2%, uma diferença de 19,9 pontos percentuais. A taxa de informalidade também é maior entre as mulheres, com 39,3%, em comparação aos homens, com 37,3%.

Entre os homens brancos, observa-se uma diferença significativa em relação às mulheres pretas, que apresentam 45,4% de informalidade, o maior percentual entre esses grupos.

Em 2022, mulheres pretas ou pardas dedicaram, em média, 1,6 hora a mais por semana a afazeres domésticos e cuidados de pessoas do que as mulheres brancas (IBGE, 2024). Em relação à utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a PNS 2019, cerca de 70% do público atendido é composto por mulheres, sendo aproximadamente 60,9% delas autodeclaradas pretas ou pardas. Cabe ressaltar que esses dados costumam ser subnotificados, constituindo mais uma expressão do racismo institucional.

Tem-se na construção deste cenário algo que aponta para um círculo vicioso em que as condições de vida e saúde impactam as condições de trabalho. O trabalho, por sua vez, impacta as oportunidades de renda e que, novamente, atravessa as condições de vida e saúde. Dito de outra forma, a obesidade para essas mulheres entrevistadas é mais um fator que impacta o cotidiano difícil para garantia de subsistência própria e de suas famílias (Santos *et al.*, 2025).

Além disso, a vulnerabilidade social imposta às mulheres, mais acentuada entre as mulheres negras, pela sociedade, decorrente da inferiorização em relação aos seus pares e agravada pelo sexismo e pelo racismo, é um fator que intensifica a IA nessa população. O estudo de Santos *et al.* (2022) destaca que, quanto mais escura for a cor da pele da mulher negra, maior é a prevalência de vulnerabilidade social nos lares chefiados por elas, em decorrência do racismo. O estudo também evidencia que a exposição aos determinantes sociais é mais fortemente sentida entre mulheres negras, o que contribui para perpetuar a vulnerabilidade social e a IA nessa população.

O estudo de Santos e colaboradores (2025) sobre a POF 2017–2018, no estado do Rio de Janeiro, evidencia que os lares chefiados por mulheres negras eram os que mais se encontravam em IA (leve, moderada e grave). Ademais, outros marcadores sociais também demonstraram que os lares

chefiados por mulheres negras se encontram em “maior prevalência de trabalho informal, com menor nível de escolaridade e renda, menor acesso a serviços de saúde, constante propensão à violência em suas mais variadas formas”, disponibilizados pelo I Inquérito Sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro, evidenciado no mesmo estudo.

O II Inquérito sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (II VIGISAN) já evidenciava que os lares chefiados por mulheres negras são os que se encontram com maior prevalência de IA moderada e grave. São estes, também, os que registram maior vulnerabilidade social, menor renda e escolaridade, em relação a mulheres brancas e até mesmo em relação a homens negros. Segundo o Inquérito, 19,7% dos lares chefiados por mulheres negras se encontravam em IA moderada e 22% se encontram em IA grave. Nos lares chefiados por mulheres negras em trabalho informal, a IA grave obteve um percentual de 31,8%, contra 9,8% das mulheres em trabalho formal e 18% das autônomas, o que mostra que o trabalho informal muitas vezes pode perpetuar a fome e a desigualdade (PENSAN, 2022).

Na realidade estudada, assim como em outros bairros e comunidades onde a maioria dos residentes é composta por pessoas negras, observa-se que são elas as que mais sofrem com a disparidade alimentar em relação a bairros habitados majoritariamente por pessoas brancas, tanto na disponibilidade de alimentos quanto na diversidade dos estabelecimentos. As observações e entrevistas revelam uma maior concentração de estabelecimentos de *fast-food* e pequenas mercearias, geralmente pertencentes a moradores da própria região, onde predomina a oferta de produtos ultraprocessados e há menor disponibilidade de alimentos in natura. Destaca-se, nas falas das entrevistadas, a carência de estabelecimentos como supermercados e feiras ao ar livre.

Castro (2022) denomina “racismo alimentar” contextos em que as pessoas pretas e periféricas vivem a realidade da inacessibilidade, gerando insegurança alimentar e a restrição de escolhas.

[...] tava assistindo uma reportagem falando sobre os alimentos, o que são mais saudáveis estão super caros, e o pessoal tá dando mais prioridade por conta mesmo da situação financeira a comer besteira, porque realmente é o que está levando a gente então por conta disso também afeta nossa saúde [...] os valores começou a oscilar, aí a gente comprava verduras, tive que diminuir e por conta da ansiedade, como eu trabalho de camelô eu tive que parar e minha renda caiu, e aí hoje em dia é o que dá pra comprar” (Âmbar – grifos nossos).

Vários aspectos relacionados aos debates sobre ambiente alimentar desfavorável (como tratado no capítulo “Eles acabam ingerindo as coisas que são mais baratas”: a relação entre acesso à alimentação e o cuidado às pessoas com obesidade), a alta dos preços e a relação de trabalho/renda e escolaridade, são os assuntos mais discutidos pelos usuários em diversos momentos, até mesmo após o término das entrevistas. Ademais, as precárias condições de vida expostas por eles, evidenciam a vulnerabilidade que as camadas sociais mais pobres enfrentam, no que tange ao acesso a direitos básicos.

Essa problemática é também conhecida como “Apartheid Alimentar”, conceito que serve “para destacar as estruturas políticas racialmente discriminatórias que impactam o acesso e o controle dos alimentos.” Destacando como as camadas mais periféricas e pretas estão sujeitas a enfrentar a escassez de alimentos saudáveis, devido à distância de locais que comercializem esses tipos de alimentos, levando-os a experienciar a desassistência em relação a direitos fundamentais como a da alimentação, diminuindo a sua possibilidade de escolha e aumentando fatores relacionados à IA (Paula, 2023).

## **UM GRITO SILENCIOSO: NEGLIGÊNCIAS E VIOLÊNCIAS DO COTIDIANO**

A vivência com a violência e a discriminação traz incertezas que geram pensamentos de dor e a busca por situações de escape ou contentamento. Em

cada relato, a dor silenciosa de quem é constantemente cobrado por forças sobre-humanas se revela, não em tentativas de heroísmo, mas em desejos de receber o mínimo de ajuda para levar conforto, soluções e mudanças aos familiares. É um grito silencioso, capaz de ser ouvido todos os dias, bastando um pouco de atenção ao outro. Destaca-se, novamente, uma fala de Âmbar:

[...] quando a gente se torna mãe aí tem os problemas que aí os filhos vêm crescendo, adolescentes, ansiedade também, *a gente sem saber o que o futuro nos reserva*, [...] aí acabo descontando na comida [...] (Âmbar).

A incerteza quanto ao futuro dos filhos diante da realidade da desigualdade não pode ser reduzida a um simples “estudar mais”, expressão que ignora as diferenças na qualidade do ensino oferecido a pessoas negras e pobres e reduz a questão a uma lógica meritocrática de que “quem se esforça consegue”. É necessário compreendê-la a partir da realidade da negligência estrutural, pensada e programada, que recai sobre essas populações, resultando em maior adesão ao trabalho informal e na perpetuação da fome. A realidade evidencia que essa situação não depende apenas do esforço individual, mas de um olhar coletivo capaz de cobrar e lutar por melhores condições de vida para as camadas mais discriminadas da população.

Isso é evidenciado na fala de Berilo, um homem negro, com obesidade, periférico, cuja formação superior é em Direito e que, com bom humor durante toda a entrevista, relata a dificuldade encontrada em seu primeiro período de faculdade. Ele conta como, mesmo estudando o mesmo que os demais, sentia-se atrasado devido à negligência na oferta igualitária de ensino. Estudar em escola pública não deveria causar a sensação de atraso para quem busca dar continuidade aos estudos.

No entanto, em razão da falta de acesso de qualidade às populações negras e periféricas à educação e a outros direitos básicos, é comum que, ao atingirem certos níveis educacionais, sintam que algo lhes faltou no início de

seu processo. Esses sentimentos revelam de forma clara e cruel a realidade da negligência, que dificulta, quase proibindo, o acesso a condições dignas de vida.

[...] mas é um dos motivos, que é o quê: *o meu ensino foi totalmente no colégio público, então, quando eu bati na faculdade, que é aquilo.* Eu sempre estudei sozinho. *Quando eu bati na faculdade, eu vi que eu tava muito atrás, mano. Então, o que os meus amigos estudavam em duas, três horas, eu tinha que estudar de seis pra cima.* [...] Então, aí, vamos falar assim, eu tive que correr atrás do povo. Atrás do meu conhecimento. *Por que tinha hora que o professor falava alguma coisa, todo mundo entendeu, eu ficava num “ih, irmão, tô atrasado em alguma coisa aí que não tá maneiro”.* [...] Aí, é aquilo, né, é trabalho, estudo. Esse tempo de, vamo falar assim, melhorar o entendimento consome muita coisa, consome tempo! Aí não faz uma caminhada, não malha, não faz nada, e a alimentação horrível como eu te falei. (Berilo).

Embora seja o relato de um homem negro, caracteriza de forma importante o cenário de desigualdade de acesso à educação. Paulo Freire destaca que “fazer o certo” é pensar igualmente, sem discriminação. Só a partir desse pensamento seremos capazes de garantir a democracia, pois não será descartado direito de nenhuma pessoa.

A prática preconceituosa de raça, de classe, de gênero ofende a substantividade do ser humano e nega radicalmente a democracia. Quão longe dela nos achamos quando vivemos a impunidade dos que matam meninos nas ruas, dos que assassinam camponeses que lutam por seus direitos, dos que discriminam os negros, dos que inferiorizam as mulheres (Freire, 1994, p. 16).

A realidade da violência que atinge majoritariamente a população periférica e negra, sobretudo a juventude, resulta de preconceitos e desigualdades sociais históricas que ceifam diariamente vidas. Essa situação, por sua vez, impacta diretamente as condições de vida e saúde daqueles que vivenciam essa carga de sofrimento, como exposto por outra entrevistada:

Eu não sei se é nervoso ou preocupação, sabe? Eu sou assim eu sou uma pessoa muito preocupada com a família. [...] *Minha gordura acho que é essa. [...], a minha gordura acho que ela é nervosa* (Violeta).

Durante a entrevista com essa usuária, sua fala se destaca quando, mesmo após o término da conversa, ela relata ver seus netos adolescentes buscarem no tráfico de drogas uma forma de contentamento, o que lhe causa profunda dor. Dona Violeta é mãe de três filhos, parda e moradora de uma região periférica. Na mesma vizinhança vivem seus filhos e netos, que convivem com a presença constante do tráfico de drogas na porta de casa, devido à existência de uma “boca de fumo” ao lado de sua propriedade. Ela carrega em seu corpo as marcas da dor por ver seus entes queridos recorrerem, em caminhos tão perigosos, àquilo que o Estado deveria garantir. Além disso, é proprietária de uma pequena vendinha de alimentos, onde tenta, com o pouco que vende, sustentar-se e auxiliar sua família. Assim, compreende-se que, nesse contexto, há aspectos que se relacionam a um motivo concreto e legítimo de preocupação com a família.

Todos os pressupostos apresentados podem explicar o aumento dos níveis de insegurança alimentar e nutricional, especialmente entre a população negra, em razão da negligência nos cuidados destinados a esse grupo. Soma-se a isso a falta de efetividade das políticas públicas diante das iniquidades existentes, o que faz com que a população negra permaneça em maior situação de vulnerabilidade, ainda que muitos estudos ignorem aspectos relacionados à raça/cor e obesidade, e pouco abordem o racismo institucional. É importante destacar que a exposição a esses determinantes resulta em sofrimentos de múltiplas ordens, afetando de forma mais intensa as mulheres negras.

## **O CORPO E BELEZA: QUAL O PESO DOS PADRÕES?**

Um dos principais fatores abordados por algumas usuárias é a questão psicossocial. A ansiedade foi destacada como uma das principais questões, que

surge por diversos fatores, seja pela vida pessoal ou também pela cobrança social. A estigmatização da obesidade e a exposição ao racismo são fatores que levam o indivíduo ao estresse, podendo acarretar uma má relação com a comida (Tarozi; Pessa, 2020, Oraka *et al.*, 2020).

É amplamente reconhecido que as mulheres são mais vulneráveis às pressões relacionadas à aparência e ao peso corporal, sucumbindo a exigências estéticas, econômicas e socioculturais que afetam suas dimensões psicológicas. Essas pressões podem levar a desvios no comportamento alimentar, resultando em emagrecimento extremo pela adoção de dietas sem recomendação ou supervisão profissional, comprometendo a saúde, ou ainda em obesidade decorrente do estresse vivido (Minuzzo *et al.*, 2021).

Já, muitas vezes né, *porque, tipo assim, a gente faz a dieta do jeito da gente*, toma remédio para emagrecer, toma chá, toma isso, mas nada que consiga resolver o problema (Safira).

Essa pressão social e estética sobre os corpos femininos pode levar as mulheres a buscar validação por meio do enquadramento nessas perspectivas, de diferentes formas, que geram impactos diretos em sua saúde, como relatado por uma das entrevistadas. Minuzzo e colaboradores (2021) destacam em seu estudo que a valorização excessiva da aparência corporal feminina constitui mais uma manifestação do sistema de objetificação, que vincula a aparência da mulher à sua própria existência.

Às vezes eu acho que não quero perder peso não tanto para mim, *mas pelos outros* (Cristal).

Além disso, a pressão estética sofrida pela mulher, e mais fortemente pela mulher negra, está relacionada a constante criação de um padrão discriminatório, que esteja apto para atender aos desejos masculinos, com a idealização do corpo extremamente curvilíneo, feito apenas para o sexo. Essa objetificação, vinda da herança escravocrata, desumaniza a mulher negra,

colocando-a como um simples objeto de prazer masculino. Essa perspectiva é dada devido, também, à sociedade patriarcal em que vivemos, onde a mulher deve estar sempre adequada aos padrões, não por uma questão de saúde, mas sim, pela preocupação da validação masculina, onde, a mulher que está fora destes padrões é vista como um “produto descartável”.

A tentativa de se enquadrar em ambientes discriminatórios causa maior sofrimento psíquico, podendo impulsionar o consumo de alimentos. Na perspectiva de gênero, a dupla carga de trabalho a que as mulheres estão expostas, familiar e social, é um fator que contribui para o aumento de questões como ansiedade e depressão. Essa sutileza das ações de discriminação, seja pela cor da pele ou pelo peso, decorre da objetificação dos corpos alheios, discutida mais amplamente no capítulo “Corpos marcados, direitos negados: estigma do peso e iniquidades em saúde”.

## **DESAFIOS DE UMA NUTRIÇÃO AMPLIADA E IMPLICADA**

A integralidade do cuidado em alimentação e nutrição requer a compreensão de hábitos culturais e questões socioeconômicas, com o objetivo de oferecer ao indivíduo um cuidado que lhe proporcione autonomia sobre suas escolhas, mesmo diante dos desafios da acessibilidade e da vulnerabilidade econômica vivenciadas. Esse cuidado deve ser livre de preconceitos, autoritarismo e culpabilização, sempre orientado por uma abordagem humanizada, que não trate o indivíduo como a própria doença, mas a partir da perspectiva da integralidade (Demétrio, 2023).

Essa forma de analisar o indivíduo em seu contexto social, psicológico, econômico e cultural, que abrangem as suas questões de saúde, é definida como Clínica Ampliada. Segundo Carvalho e Cunha, a Clínica Ampliada objetiva-se:

[...] um Clínica individual ou coletiva ampliada [...] que se reconheça, além do que o sujeito apresenta de igual (o diagnóstico), o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, imagina-se uma Clínica (individual ou coletiva) muito mais pactuada, muito mais capaz de evitar a mitificação de suas propostas de intervenção, abrindo-se a inúmeras possibilidades de ação e participação dos usuários (Carvalho; Cunha, 2006, p. 844).

É o que apresenta o estudo de Demétrio (2011) ao abordar a nutrição clínica ampliada, que propõe o diálogo e a compreensão dos condicionantes em saúde que ultrapassam o processo fisiológico da doença, possibilitando um atendimento integral ao indivíduo, sem desconsiderar que ele é protagonista do seu próprio cuidado. Essa perspectiva busca romper com as relações de poder exercidas pelo profissional e implica a compreensão dos fatores sociais e econômicos vivenciados por indivíduos negros e com obesidade, promovendo um cuidado mais humanizado e acolhedor.

Nessa direção, a Educação Permanente em Saúde possui extrema importância. O estudo de Silva *et al.* (2022), analisou gestores e profissionais de saúde de nível médio e técnico de unidades de saúde de municípios do estado da Bahia, acerca do conhecimento da PNSIPN. O resultado encontrado foi que a grande maioria dos profissionais de nível superior não conheciam ou não leram a política. Em relação aos profissionais técnicos de nível médio, uma grande parcela apresentou certo conhecimento, enquanto a outra não conhecia ou nunca tinha ouvido falar na política. A EPS deve ser uma estratégia para o cuidado que estabeleça uma relação paciente-profissional que não abarque o autoritarismo do conhecimento, mas a humanização de relações cada vez mais acolhedoras e capazes de transformar a realidade, produzindo cuidado (Brasil, 2004).

A importância do cuidado humanizado e acolhedor para além do tratamento da doença é relatado em experiência pelos usuários. Duas entrevistadas relataram experiências traumatizantes com outros profissionais de

saúde, devido à estigmatização da obesidade, acarretando o medo de se aproximar de outro profissional. Nesse contexto, a Nutrição é vista como forma de se obter corpo socialmente aceito, desconsiderando que esta, quando bem empregada, é importante ferramenta na prevenção e promoção de saúde. Porém, é preciso que o nutricionista se implique na sua atuação diária, desenvolvendo a relação de cuidado integral, para além de abordagens restritivas que não consideram a individualidade cultural e econômica. É importante destacar que essas falas estigmatizantes foram relatadas por mulheres que procuraram atendimento, reforçando a pressão que estas sofrem e relatam sofrer para a obtenção de corpos socialmente aceitos.

Mas eu te falo, sempre me ofereceram “ah, vamos em um nutricionista?” *Mas eu nunca quis. Por conta das experiências que eu tive com outros profissionais* (Cristal).

Assim, necessita-se da construção de uma clínica ampliada (Brasil, 2004), que direcione seus esforços para o cuidado integral da saúde dos pacientes, abordando diversos fatores que impactam no desenvolvimento, manutenção e agravamento da obesidade, a exemplo de questões sociais, culturais, econômicas e de gênero.

Dessa forma, no contexto do enfrentamento da doença por mulheres negras e periféricas, bem como em relação ao comportamento da sociedade diante do tamanho de seus corpos, é fundamental que essas mulheres se sintam acolhidas e efetivamente amparadas pelo Sistema Único de Saúde. É necessário que o sistema as auxilie a compreender a urgência de transformar a estrutura social em que estão inseridas, e não a conformação de seus corpos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de estigmatização são apresentados em múltiplas camadas, integrando preconceitos relacionados ao gênero, à raça/cor e ao tamanho do

corpo. Percebem-se impactos relacionados ao acesso a direitos fundamentais como educação e trabalho digno. A perda de peso é identificada como uma necessidade quando afeta a capacidade de realizar atividades laborais, o que impacta de múltiplas formas a vida das pessoas, sobretudo em contexto em que predomina o trabalho informal. Além disso, a compreensão acerca da dificuldade no acesso a alimentos, devido ao apartheid alimentar sofrido por uma grande parte das populações de baixa renda e o seu impacto na saúde deve ser considerado, quando estes buscam tratamento para a perda de peso.

A complexidade do cuidado integral às pessoas com obesidade exige que a Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolva a capacidade de realizar uma nutrição clínica ampliada e implicada, capaz de reconhecer e acolher as iniquidades, traduzindo essas compreensões em práticas concretas na organização do trabalho das equipes básicas e multiprofissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). É importante destacar que, embora esse processo ainda esteja em fase inicial, há avanços significativos na educação permanente de profissionais sobre questões raciais, com o debate acerca da interseccionalidade ganhando cada vez mais força e visibilidade. Esse movimento contribui para o fortalecimento da discussão sobre a humanização das relações nos atendimentos em saúde, promovendo a criação de espaços acolhedores, capazes de produzir e reproduzir cuidado, e não preconceitos. Tais ações são fundamentais para a construção de ambientes menos discriminatórios e mais acolhedores.

A compreensão que o cuidado abarca todas as dimensões do indivíduo deve ser uma temática sensível a todos os profissionais de saúde, a fim de garantir um atendimento que seja verdadeiramente humano e tecnicamente qualificado. Para isso, é necessário que estes compreendam as particularidades de cada indivíduo reconhecendo outros fatores além do biológico, que está atrelado a questão da obesidade, desfazendo-se de seus preconceitos e suas atitudes de poder sobre o outro, mas sendo capazes de levar um cuidado que respeite o indivíduo e todas as suas singularidades, e que, principalmente, coloque o indivíduo como detentor do seu próprio cuidado e não somente espectador deste.

## REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Jandaíra, 2020.
- ALVES, R. F.; FAERSTEIN, E. Desigualdade educacional na ocorrência de obesidade abdominal por gênero e cor/raça: Estudo Pró-Saúde, 1999-2001 e 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00077415, 2016.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Política Nacional de Saúde**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv97329.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma Política do SUS**. 3ª ed. Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 20 out. 2025.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Política Nacional de Saúde**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-va-o-a-rede-publica>. Acesso em: 20 out. 2025.
- CASTRO, F. P. A imposição da fome é racismo alimentar. **RADIS**, 1º set. 2022. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/opinio/pos-tudo/imposicao-da-fome-e-racismo-alimentar/>. Acesso em: 20 out. 2025.
- COLLINS, P. H. Intersectionality's definitional dilemmas. **Annual Review of Sociology**, v. 41, n. 1, p. 1-20, 2015.
- DEMÉTRIO, F.; SCAGLUSI, F. B. Comendo nas encruzilhadas: contribuições interseccionais para a Nutrição Clínica Ampliada e Implicada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 4, 2023.
- DEMÉTRIO, F.; PAIVA, J. B.; FROÉS, A. A. G.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, L. A. S. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Revista de Nutrição**, v. 24, p. 743-763, 2011.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. Gestão da Atenção à Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: GASTÃO, W. S. C.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz, p.837-8-50, 2006.
- GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2020.
- GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Evidência econômica da desigualdade em obesidade no Brasil**. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica. Brasil, 2021. Disponível em: <https://>

[www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2021/07/TD\\_CAPP\\_04\\_Evidencia-economica-da-desigualdade-social-em-obesidade-no-brasil.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2021/07/TD_CAPP_04_Evidencia-economica-da-desigualdade-social-em-obesidade-no-brasil.pdf). Acesso em: 20 out. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de Gênero - Indicadores Sociais das Mulheres no Brasil**. Brasil, 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39358-mulheres-pretas-ou-pardas-gastam-mais-tempo-em-tarefas-domesticas-participam-menos-do-mercado-de-trabalho-e-sao-mais-afetadas-pela-pobreza>. Acesso em: 20 out. 2025.

LEITE, I. A.; ROCHA, I. C.; SANTOS, M. C. S. Insegurança alimentar e nutricional na população negra: repercussão do sexo e da etnia/raça na alimentação e nutrição em Minas Gerais e no Brasil. **Braslian Journal of Health Review**, v. 8, n. 1, p. 01-12, 2025.

MINUZZO, D. A.; KHATTAR, S.; DE CNOP, M. L. Um Olhar de Gênero sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil. **Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas**, v. 9, n. 2, 2021.

ORAKA, C. S.; FAUSTINO, D. M.; OLIVEIRA, E.; TEIXEIRA, J. A. M.; SOUZA, A. S. P.; UIZ, O. C. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, 2020.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Programa sobre Saúde Mental**. Rev., 2012. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>. Acesso em: 20 out. 2025.

PAULA, Fran. Apartheid Alimentar e o Privilégio de se Comer no Brasil. **Revista Fase**, 16 maio 2023. Disponível em: <https://fase.org.br/pt/artigos/apartheid-alimentar-e-o-privilegio-de-comer-no-brasil/>.

REDE PENSSAN. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://pesquisassan.net.br/2o-inquerito-nacional-sobre-inseguranca-alimentar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil/>. Acesso em: 20 out. 2025.

SALLES, S. Cerca de 8% da População Brasileira vive em favelas, diz Instituto Locomotiva. **CNN**, 4 nov. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/cerca-de-8-da-populacao-brasileira-mora-em-favelas-diz-instituto-locomotiva/>. Acesso em: 20 out. 2025.

SANTOS, L. A.; FERREIRA, A. A.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SABINO, L. L.; OLIVEIRA, L. G.; SALLES-COSTA, R. Interseções de gênero e raça/cor em insegurança alimentar nos domicílios das diferentes regiões do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 38, n. 11, 2022.

SANTOS, L. C. F.; LISBÔA, C. M. P.; CASEMIRO, J. P.; MONTEIRO, L. S.; SPERANDIO, N. Desigualdades raciais e de gênero na insegurança alimentar no estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, ago. 2025.

SILVA, S. O.; SANTOS, S. M. C.; C. G. A. M.; COUTINHO, R.; SANTOS, M. E. P.; SILVA, N. J. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00255621, 2022.

SILVA, N. N.; FAVACHO, V. B. C.; BOSKA, G. A.; ANDRADE, E. C.; MERCES, N. P.; OLIVEIRA, M. A. F. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 1-9, 2020.

TAROZO, M.; PESSA, R. P. Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. 1-16, 2020.

VARGAS, E. B. **Racismo, Ambiente Alimentar e Insegurança Alimentar em Adultos de uma capital do Sul do Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2016.



## CAPÍTULO 8

# “NÓS, QUE ESTAMOS GORDINHOS”: A OBESIDADE SOB O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE<sup>11</sup>

Luísa Coimbra da Silva  
Ana Laura Brandão  
Cristiane Marques Seixas  
Juliana Pereira Casemiro

### INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS), atuando como elo entre os usuários e os demais profissionais da equipe de saúde (Gomes *et al.*, 2010). Espera-se que os ACS sejam capazes de perceber as necessidades das pessoas, contribuindo assim para estratégias de cuidado, inclusive em relação à obesidade (Pedebos; Rocha; Tomasi, 2018; Fernandes *et al.*, 2022). Embora estes trabalhadores atuem desde a década de 1990 compondo as equipes de APS, apenas no ano de 2023, por meio da Lei n. 14.536, os ACS tiveram sua profissão regulamentada (Brasil, 2023).

Entre as atribuições dos ACS está a coleta de informações que podem ajudar nos diagnósticos demográficos e socioculturais da comunidade,

<sup>11</sup> Este capítulo baseia-se no trabalho de conclusão do curso de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, intitulado As contribuições do Agente Comunitário de Saúde no cuidado à pessoa com obesidade em uma Clínica da Família do Rio de Janeiro, apresentado em fevereiro de 2023.

contribuindo para o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades (Brasil, 2017).

A atuação do ACS durante a pandemia foi fundamental para o cuidado com os usuários, principalmente para a disseminação de informações sobre prevenção e no acolhimento nas UBS, a fim de evitar aglomerações. Eles também tiveram que utilizar ferramentas de comunicação, como telefonemas, para manter as ações de cuidado. Entretanto, segundo dados de Costa *et al.* (2023), diante das dificuldades nos processos de trabalho, observou-se uma descontinuidade no cuidado ofertado em relação aos usuários, incluindo sujeitos com sobrepeso e obesidade (Christino *et al.*, 2024).

Este capítulo tem como objetivo apresentar as percepções e práticas de ACS relacionadas ao seu papel nas ações de cuidado ofertadas aos usuários com sobrepeso e obesidade em uma Clínica de Saúde da Família localizada na Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Busca-se compreender de que forma o olhar desses profissionais sobre o tema pode influenciar a oferta de ações de cuidado a esses usuários, assim como identificar aspectos que podem ser aprimorados a partir da sua rotina na UBS.

Para tanto, foram analisadas nove entrevistas realizadas entre os meses de abril e maio de 2022. Quanto ao perfil dos participantes, destaca-se que todos tinham ensino médio ou técnico, oito eram mulheres e a faixa etária variava entre 35 e 59 anos. Chama atenção o tempo de atuação na APS, visto que quase todos atuavam há pelo menos nove anos na mesma UBS. Além disso, a maioria relatou inserções semelhantes na profissão: por morarem no território e estarem em busca de uma oportunidade de trabalho, participaram da seleção para atuar como ACS, embora inicialmente não tivessem conhecimento sobre as atribuições e rotinas da função<sup>12</sup>.

---

12 Este capítulo foi desenvolvido a partir de dados coletados no âmbito da pesquisa “Alimentação e nutrição na Atenção Primária em Saúde: desafios da formação para o cuidado do sobrepeso e obesidade” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer n.º 3.784.409 e n.º 3.981.992).

## **“A gente tinha que se tratar para poder tratar”**

O perfil dos ACS neste território, assim como a sua forma de inserção nas equipes, é similar ao que ocorre no país como um todo. Como destacam Morosini e Fonseca (2018), os agentes constituem um grupo de trabalhadores com variada qualificação profissional, em geral simplificada, e sem atuação anterior na área da saúde. Esse grupo é composto principalmente por mulheres que buscam conciliar a atividade remunerada com as atribuições domésticas.

Sim, a necessidade, mesmo porque eu nem conhecia esse projeto de agente comunitário de saúde [...] Eu falei para ela que sempre trabalhei em creche, que a minha formação é formação normal (ACS4).

Quase todos os ACS entrevistados avaliam o acesso aos cuidados em alimentação e nutrição destinados às pessoas com sobrepeso e obesidade a partir de suas próprias experiências, uma vez que são ao mesmo tempo trabalhadores e usuários dos serviços. Por vezes, identificam-se como “gordinhos” e destacam queixas de dores nas articulações, diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Observou-se, inclusive, que vários desses profissionais apresentam excesso de peso e também necessitam de cuidados específicos.

Porque não tem um Agente que não seja gordinho, não tem um Agente que você converse e que diga que continua no mesmo peso [...] Então eu acho que primeiro tem que tratar nós, para depois a gente poder olhar para os outros (ACS4).

Os agentes atribuem à rotina de trabalho, corrida e marcada por muitas dificuldades em atender demandas tanto das equipes quanto dos usuários, um dos fatores que contribuem para o ganho de peso e para as dificuldades em cuidar da própria saúde. A literatura aponta a importância de se desenvolver

pesquisas relacionadas à saúde desses profissionais, uma vez que a sobrecarga de trabalho do dia a dia, as cobranças por parte da comunidade e as situações de vulnerabilidade nas quais estão inseridos são identificadas como fatores que afetam negativamente a qualidade da saúde, podendo resultar no adoecimento desses profissionais (Martins *et al.*, 2022).

[...] quando a gente entra aqui é tanta ansiedade, é tanta preocupação, que a gente acaba descontando na comida [...]. Quando eu vejo que a pessoa está necessitada, estou pedindo e ninguém me escuta, eu vou para o doce. É um biscoito, é uma bala. Antigamente a minha bolsa só andava cheia de bala, até que o médico falou: “você vai ficar, você está ficando diabética”, aí aquilo me deu um susto. Até então eu era cardíaca e tinha hipertensão [...] então eu dei um tempinho, mas de vez em quando aparece e volta tudo. Aí eu vou nos docinhos que é uma beleza. Eu entrei aqui com uns 60 kg, eu estou com 80 kg, não consigo tirar esses 20 kg por nada (ACS4).

Cabe destacar que esta percepção de que a rotina de trabalho do ACS influencia em seu bem-estar e seu adoecimento, foi uma das falas mais recorrentes entre os profissionais entrevistados. Além disso, o ambiente alimentar (este tema foi abordado no capítulo “‘Eles acabam ingerindo as coisas que são mais baratas’: a relação entre acesso à alimentação e o cuidado às pessoas com obesidade” deste livro), no qual a clínica está inserida também representa um fator importante, pois há poucas opções de alimentação saudável disponíveis nas proximidades, impactando diretamente as escolhas alimentares dos profissionais. O espaço físico onde podem se alimentar, como a copa, é pequeno, o que dificulta que eles levem marmitas. Como alternativa, muitos optam por comprar as refeições por aplicativos, o que nem sempre favorece escolhas saudáveis.

Este aspecto da rotina também foi identificado em outros trabalhos, que ressaltam questões como a sobrecarga e o pouco reconhecimento do trabalho dos ACS por parte da comunidade. Esses fatores contribuem para sentimentos de desvalorização, apreensão, dores no corpo, cansaço físico e emocional, além

de estresse e sentimento de impotência diante das dificuldades enfrentadas pela população atendida (Pereira *et al.*, 2018, Cardoso; Nascimento, 2010).

Algumas falas que se repetiram chamaram atenção para o desejo e a necessidade de um acompanhamento com o profissional nutricionista. Apesar de sabermos que para um cuidado efetivo e integral não deve haver uma centralização das ações em alimentação e nutrição apenas nesse profissional, os ACS enfatizaram a importância do nutricionista para o cuidado. No entanto, foram identificadas dificuldades em acessar este profissional nas equipes multiprofissionais (eMulti) e em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que evidencia barreiras enfrentadas não apenas pelos usuários, mas também pelos próprios ACS para acessar o cuidado multiprofissional.

[...] é muito difícil eu conseguir ir em uma consulta, até por aqui pelo SISREG [...] Fui umas duas vezes, mas não consegui ficar acompanhando por causa do horário do trabalho, né? [...] (ACS1),

[...] a dificuldade, na nutrição no serviço sobre isso, porque vai pelo SISREG, às vezes o lugar não é perto, é longe, a pessoa já está desestimulada entendeu, e agora mesmo a gente está sem médico, um trabalho que já vinha sendo feito e para de novo, aí até remarcar para a pessoa vir de novo (ACS3).

As dificuldades com o Sistema de Regulação (SISREG), citadas pelos ACS, impactam a continuidade do cuidado e representam uma barreira recorrente para a atenção integral na cidade do Rio de Janeiro, devido aos encaminhamentos para locais distantes e ao tempo prolongado de espera (Pinto *et al.*, 2017).

Cabe destacar que, mesmo a obesidade sendo perceptível a “olho nu”, a falta de cuidado com esses usuários é presente e está relacionada aos processos de trabalho que não se adequam à complexidade que a condição apresenta. Segundo estudo realizado por Brandão e colaboradores (2020), apenas 56,6% das equipes no país acionam as eMulti para apoiar o acompanhamento de

usuários com obesidade, evidenciando uma lacuna importante na oferta de um cuidado integral.

Um estudo realizado no estado e na capital do Rio de Janeiro identificou que a presença de nutricionistas no cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade ainda é baixa (Reis *et al.*, 2021). Diante disso, é preciso pensar em estratégias para melhorar esse cenário, pois a presença desse profissional é essencial para termos um cuidado integral na APS, locus privilegiado para a prevenção da obesidade, a promoção do autocuidado e o fortalecimento do matriciamento entre os profissionais da rede (Brandão *et al.*, 2020, Lopes *et al.*, 2021, Reis *et al.*, 2021).

A literatura aponta haver um avanço na participação dos ACS nas UBS, principalmente após a regulamentação da profissão (Brasil, 2023, Sousa; Almeida, 2023, Ciello; Silva, 2025). No entanto, essa atuação ainda é limitada. A equipe multiprofissional é fundamental para o avanço da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade e a presença dos ACS é indispensável para o desenvolvimento de ações efetivas de cuidado (Lopes *et al.*, 2021).

Os ACS são profissionais que possuem papel importante no cuidado, são eles que conhecem o território, os usuários e os aspectos da realidade que muitas vezes fogem do olhar dos demais profissionais, ressaltando a importância do trabalho deles. Porém, quando se trata do cuidado deles, é visto que isso não é uma prioridade na realidade das UBS, é muito importante que se crie estratégias e ações que dialoguem com um cuidado efetivo para a saúde desses profissionais.

## **A PARTIR DO TERRITÓRIO, UM OLHAR SOBRE O CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE**

O território pode ser destacado como um espaço privilegiado para ações de diagnóstico, prevenção e cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade. Trata-se de um lugar para promover ações de cuidado integral

intra e intersetoriais com o objetivo de acolher e assistir da melhor forma esse usuário, respeitando as singularidades e tendo um olhar sensível para as realidades (Magalhães; Amparo-Santos, 2020, Brasil, 2014b).

Neste sentido, cabe destacar que os ACS reconheceram, nas ações cotidianas da APS, aquelas que consideram que mais contribuem para o cuidado a pessoas com obesidade, sendo elas: a discussão de casos em reuniões de equipe, a busca ativa, as visitas domiciliares, a orientação realizada pelo próprio ACS ou outro profissional da equipe, as consultas individuais, os exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos.

[...] temos reuniões todas às quintas-feiras na parte da manhã. Aí nessa reunião, justamente para falar sobre esses casos, não só de obesidade, mas como de um todo. Aí passamos para a enfermeira, médica. Quando tem médico aí a gente faz a visita domiciliar para orientar [...] (ACS1).

Sabe-se que as ações de promoção da saúde, especialmente aquelas relacionadas à alimentação e nutrição, são muito importantes para o processo de cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade. Porém, observa-se uma baixa frequência na realização dessas práticas pelas equipes de saúde (Brasil, 2022, Lopes *et al.*, 2021, Machado; Oliveira; Matielo, 2024). Esse aspecto é especialmente relevante quando pensamos no papel dos ACS no contexto das equipes, visto que eles precisam estar atualizados quanto aos protocolos e diretrizes que dizem respeito ao sobrepeso e obesidade. Assim, a atualização quanto aos protocolos e processos de trabalho é fundamental para subsidiar sua atuação, junto à equipe de saúde em ações com esses usuários.

Percebe-se, por meio das entrevistas realizadas, que os ACS valorizam as oportunidades de formação e relatam a oferta de cursos e capacitações em diversos temas. No entanto, a obesidade não foi mencionada entre os conteúdos abordados, que incluíam: tuberculose, aleitamento materno, shantala, diabetes, hipertensão, práticas integrativas e complementares em saúde.

A gente fez esse curso obrigatório, fiz também outros cursos que foram oferecidos, de shantala, de reflexiologia, de auriculoterapia, relaxamentos com os idosos também [...] a gente fez muito curso. Agora no momento a gente tem muito pouco, muito pouco mesmo (ACS 4).

Tendo em vista esses relatos, destaca-se a importância de haver um investimento para que esses profissionais possam ampliar seus conhecimentos e entendimentos em relação a essa realidade que é percebida por eles. Considerando o papel estratégico dos ACS como elo entre a comunidade e a UBS, o fortalecimento de sua formação é essencial para a qualificação do cuidado e para a efetivação da atenção integral à saúde.

Não, a gente nunca teve a nutrição. Que eu me lembre não. Vim pra fazer uma orientação geral para nós não, as meninas vêm de vez em quando (ACS2).

Eu lembro que teve algo, mas muito superficial. Não me lembro de um programa intenso não, mas alimento e nutrição (ACS6).

Ainda assim, no que tange à identificação das pessoas com obesidade e suas principais queixas, é perceptível o papel desempenhado por esses profissionais. Essa identificação é frequentemente realizada com base na observação do “tamanho do corpo” e nas queixas relatadas pelos próprios usuários, como dores no joelho e dificuldade de locomoção relacionada ao excesso de peso (Brilhante *et al.*, 2024).

[...] é mesmo pelo tamanho da pessoa, né? [...] é muita gente na comunidade reclamando de dor no joelho [...] então assim, você vê [...] que a pessoa é forte, é gorda, né? (ACS4).

E ele é muito obeso [...] estava tentando fazer essa cirurgia, eu acho que ele conseguiu [...] porque ele é muito obeso mesmo, não aguentava nem andar direito (ACS1).

[...] na minha área tenho umas quatro pessoas que são obesas, entendeu? Tem uma que, inclusive, além de ser obesa é usuária de drogas e ela tem um problema seríssimo no joelho [...] e ela nem está conseguindo andar, ela se arrasta, né, por causa da obesidade né (ACS3).

O excesso de peso só se torna visível nos casos mais graves. Além do tamanho do corpo e das queixas de dores, outro aspecto relevante mencionado são as alterações em exames de sangue e a associação ao DM.

[...] na nossa equipe não tem muitos casos de gente obesa. Tem casos de pessoas que dão alteração no exame de sangue, mas aparentemente a pessoa não é obesa, aí a gente pega, o exame deu alterado (ACS1).

Dessa forma, aqueles usuários com sobrepeso ou graus mais leves de obesidade muitas vezes não chamam a atenção das equipes, uma vez que seus corpos ainda estariam “dentro do aceitável” do ponto de vista funcional ou visual. Entretanto, cabe ressaltar que esses usuários também necessitam de acompanhamento clínico, tanto para confirmação diagnóstica quanto para acesso a ações de prevenção que evitem a progressão do quadro (Brasil, 2014a, Brasil, 2022).

No decorrer das entrevistas, alguns dos ACS começaram a refletir sobre outros usuários que não estão entre os casos que se destacam, mas demandam cuidado.

Às vezes não é aquele obeso bem, aquele mórbido. Pelo menos na minha área não tem aquele mórbido, aquele que você até precisa carregar ele com outras pessoas. Eu lembro que a mais gordinha [...] consegue até se locomover, devagar, mas anda (ACS 6).

Essa invisibilidade do sujeito com sobrepeso e obesidade se expressa nesse território na fala de vários ACS. Ao descreverem as pessoas com obesidade, há em comum a identificação daquelas que provavelmente se enquadram na classificação de obesidade grau 3, a partir da avaliação do Índice

de Massa Corporal (IMC) (OMS, 2000). Essa percepção, no entanto, acaba por deixar à margem casos igualmente relevantes de pessoas com obesidade grau 1 e 2, que também demandam acompanhamento e cuidado contínuo.

A gente fez a visita porque ele não conseguia vir aqui. Quando ele tinha que ir para algum lugar, os primos dele colocavam ele dentro da kombi do avô porque nem no carro ele cabia, entendeu? (ACS1)

Igual teve uma cadastrada nossa, deve ter um mês, um mês no máximo que ela faleceu. Já era obesa [...] mas ela chegou no estado que não estava andando mais. Ela ficou trancada dentro de casa e assim, ela, hipertensa, diabética, morreu dentro de casa (ACS2).

A tríade “diabetes-hipertensão-obesidade” é frequentemente acionada para a identificação dos usuários que serão priorizados no atendimento. Com relação à necessidade ou possibilidade de realizarem orientações relacionadas à perda de peso ou alimentação, os ACS relatam que essas ações estão normalmente associadas ao manejo do DM e da HAS.

Assim, identificamos que muitos ACS estabelecem essa associação a partir do seu próprio conhecimento empírico sobre os usuários com sobrepeso e obesidade. Ou seja, recorrem, muitas vezes, ao senso comum, em detrimento do conhecimento científico ao qual deveriam ter acesso por meio de estratégias de formação permanente em saúde.

Às vezes a gente orienta, mas é mais [...] por conta do diabetes, nem por conta da pessoa ser obesa [...] você tá diabético você tem que fazer dieta, né? (ACS4)

Na visita, no caso deles mesmo começam a relatar, “eu tô com a pressão alta, porque eu passei mal fui ao médico, o médico falou que eu preciso emagrecer e tirar o sal”. E a gente leva pra equipe (ACS8).

Outro aspecto relatado pelos ACS é a falta de tempo para promover atividades em grupo, como também apontado por Pimentel, Sousa e Mendonça

(2022). Essas ações são geralmente associadas à atuação das eMulti, com destaque para o papel do profissional de Educação Física. Na UBS em questão, uma profissional desta categoria era considerada a principal referência para o acompanhamento de pessoas com obesidade. Contudo, com a transferência desta profissional para outra área programática, essa possibilidade de continuidade do cuidado foi interrompida.

O cuidado que tinha era que quando a gente via que a pessoa era obesa e que conseguia vir aqui na equipe, a gente encaminhava pra educadora física e lá ela via, se a pessoa tinha uma dor ela encaminhava para o grupo ou senão ela já encaminhava para a Academia Carioca (ACS2).

Cabe ressaltar que este tipo de relato revela uma grande fragilidade no que se refere ao cuidado às pessoas com obesidade, uma vez que ele muitas das vezes depende da sensibilidade de determinado profissional ao tema, e não do estabelecimento de fluxos institucionalizados capazes de garantir a integralidade do cuidado. Além disso, evidencia-se a ausência de uma formação capaz de oferecer elementos mais concretos para a efetivação do cuidado.

Esta percepção da relevância da atuação multiprofissional não fica restrita apenas às ações de educação em saúde, mas também a outras atividades cotidianas, como é percebido na fala abaixo:

[...] seria bom se a gente tivesse um profissional da equipe multiprofissional, uma equipe multidisciplinar porque poderia fazer uma visita domiciliar, às vezes não é só receber um paciente dentro do consultório e mudar a alimentação dele, você tem que ver a condição de vida que ele leva para poder saber se ele vai poder fazer essa mudança na alimentação (ACS7).

São identificadas, ainda, questões relacionadas às condições de vida que impactam no sobrepeso e na obesidade. A questão da falta de tempo, que aparece como um dos obstáculos para alimentação adequada e saudável no

Guia Alimentar para a População Brasileira Brasil (Brasil, 2014c), é apontada expressamente como uma questão para o ACS assim como para os usuários.

Inclusive até nós, mesmo funcionários, eu acho que a nossa vida hoje é a nossa correria do dia a dia do trabalho, nos leva a ter essas alimentações aí meio sem direção, fora o sistema, mesmo, nervoso... a comunidade, né? [...] fora que tem muita gente infelizmente que com a vila olímpica não faz nenhuma atividade, acho que tem bastante (ACS6).

Logo, a presença das eMulti é percebida como um fator relevante para ampliar as possibilidades de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, como revelam dados de outras pesquisas (Reis; Brandão; Casemiro, 2024). A articulação entre diferentes saberes e olhares pode contribuir para um acompanhamento mais integral e efetivo, não apenas direcionado aos usuários, mas também aos próprios ACS, que merecem receber um cuidado em relação ao seu bem-estar.

## **CUIDAR DAS PESSOAS: “NOSSO PADRÃO É NOSSA ALMA”**

O discurso culpabilizante é bastante presente no contexto da obesidade e, frequentemente, as pessoas com obesidade são identificadas como as principais responsáveis pelo “fracasso” de um tratamento proposto, seja pelo não cumprimento de metas, seja pela não obediência às dietas ou a outras recomendações. No entanto, ao refletirem com mais atenção sobre condicionantes e determinantes sociais e individuais da obesidade, alguns profissionais adotam posturas mais ponderadas sobre esse tema (Pinto; Bosi, 2010).

O olhar clínico e terapêutico não pode ser o único norteador da equipe no tratamento desses usuários com sobrepeso e obesidade, já que essas condições não devem ser reduzidas a fatores individuais

ou comportamentais, por envolverem dimensões complexas, sociais, emocionais, ambientais e culturais.

Muitas vezes, o próprio usuário acaba se culpabilizando pelo resultado negativo do tratamento, o que pode levar à desmotivação e ao agravamento de outros condicionantes, como aspectos sociais e emocionais, que merecem um olhar atento e abordagem multidisciplinar (Palmeira *et al.*, 2020). Essa dimensão da culpabilização e o mal-estar gerado pelo sentimento de fracasso diante das tentativas frustradas de perda de peso corporal são percebidas pelos ACS, como pode ser observado na fala a seguir:

Temos uma cadastrada nossa que ela já vai fazer um ano com isso. Que o médico a manda emagrecer. Ela não consegue. Aí vai remarcando e marcando e daqui a pouco o médico vai cancelar a cervejinha dela (ACS2).

Pessoas com obesidade costumam ser estigmatizadas pelos serviços e profissionais de saúde o que, conseqüentemente, prejudica a qualidade dos cuidados prestados (Tarozi; Pessa, 2020). Na fala de uma das ACS, percebe-se a atenção aos impactos dos padrões de beleza e da exigência social por magreza:

[...] acho que é importante cuidar dessas pessoas obesas porque o padrão da beleza agora é sempre estar magrinha, é o padrão que a gente vê. E quando a pessoa engorda um pouquinho, tem uma barriguinha, as pessoas ficam muito sensíveis porque a sociedade coloca como feia a pessoa gorda. Eu não sou gorda, mas sou um pouco sobrepeso, mas eu já não tenho problema com isso. Mas tem pessoas que tem muito problema, ficam muito tristes [...] (ACS3).

Essa mesma ACS completa seu raciocínio propondo um novo olhar sobre os padrões de beleza, sugerindo uma valorização do interior, associando essa visão à atuação da nutrição, ou do nutricionista, como profissional capaz de lidar de forma diferenciada nesse contexto:

[...] porque as pessoas têm um padrão de beleza e não é isso. Nosso padrão é nossa alma, nosso coração. As pessoas não entendem. Isso é o exterior, né? Então é bom mesmo, como vocês estão fazendo nutrição, né? Ajudar essas pessoas porque realmente tem pessoas que estão muito necessitadas disso (ACS3).

A fala da ACS chama atenção para uma abordagem que se repete entre os profissionais de saúde, às vezes é relacionado apenas ao exterior dos usuários. Independentemente do tipo de tratamento, é importante haver um olhar integral para o usuário. Ele é essencial, pois considera todas as dimensões do indivíduo, o que nos forma não é apenas aquilo que é visto mas também o que é compreendido e estar internamente em cada um de nós, é isso o que torna cada pessoa única.

Cabe atenção à associação da obesidade à “baixa autoestima”/ “preocupações com o corpo” (Tarozi; Pessa, 2020), já que sabemos que se trata de algo muito mais amplo e complexo. O ACS pode auxiliar a equipe no desenvolvimento de ações mais adequadas ao reconhecer tal multidimensionalidade e, conseqüentemente, não perpetuando estigmas (este tema foi abordado no capítulo deste livro intitulado *Corpos marcados, direitos negados: estigma do peso e iniquidades em saúde*.

Dessa maneira, na descrição do cotidiano dos ACS, encontram-se contribuições importantes para a construção de estratégias mais cuidadosas e cuidadoras. Chama atenção a dimensão e o lugar que a escuta possui na rotina desses profissionais. Escutar é uma prática cotidiana para os ACS, que assumem não apenas o papel de ouvinte das queixas de saúde, mas também o de figuras de confiança, aqueles que os usuários veem como alguém que os entende.

[...] eles são bem receptivos, [...] eles te colocam dentro da casa deles [...] a gente escuta de tudo, eu morro de rir. E faz café e se você não tomar café e comer um pedacinho de bolo [...] cê bebe um suco [...] (ACS 1).

Para Dunker e Thebas (2019, p. 31), ao escutar outro alguém iniciamos uma viagem que será conduzida por outra pessoa e, nesse sentido, não nos cabe levar muita bagagem. A escuta realizada desta forma permite acionar outros elementos da vida e da realidade concreta na medida em que se permite “escutar o que realmente ele diz, e não o que nós, ou ele mesmo, gostaria de ouvir. Escutar o que realmente alguém sente ou expressa, e não o que seria mais agradável, adequado e confortável sentir”.

É válido destacar que durante as observações das pesquisadoras do espaço de acolhimento aos usuários, chama atenção que mesmo com a rotina corrida, os ACS conseguem parar e ouvir esses usuários, contribuindo para o diagnóstico e para iniciar intervenções de cuidado a essas pessoas. As visitas domiciliares (VD) constituem-se em atividade central na rotina deles, sendo, assim, um momento relevante para o acompanhamento das condições de saúde em sua microárea, da identificação de usuários e condições que necessitam de uma atuação mais específica (Morosini; Fonseca, 2018), que muitas das vezes não chegariam diretamente à unidade.

Aí a gente fala da queixa dela, do próprio paciente, que se queixa, que diz: “me sinto sufocado quando vou andar”. Damos esse retorno: “tem como me acompanhar lá, a gente vê e faz os exames que tem que começar a fazer, né?” E tem casos, infelizmente, que às vezes constata mesmo. A gente tem 3 ou 4 pessoas que encaminhamos para a nutrição, às vezes é mais por causa da diabetes que não consegue compensar e controlar é solicitado também (ACS6).

Cabe destacar, no entanto, que não se adentra o campo da saúde sem estar exposto ao discurso e à prática biomédica. Esta perspectiva normativa, centrada na vigilância do comportamento e na obediência às regras, pode ser observada na fala a seguir:

[...] a gente sempre está lá para orientar, para ver se eles estão seguindo a regra direitinho. Porque não adianta, porque eles sempre falam pra gente quando está fazendo ou não, você percebe, porque a

gente entra nas casas das pessoas, então a gente sabe, a gente convive com eles, a gente sabe se eles estão fazendo ou não (ACS 2).

Ainda assim, o contato próximo que os ACS estabelecem com os usuários têm um potencial importante para qualificar o cuidado em saúde. Por estarem inseridos no território, conseguem acessar aspectos da realidade que muitas vezes não são captados durante as consultas clínicas, seja pela limitação de tempo, seja pela própria dinâmica da UBS.

[...] a gente vê, tem aquele olhar, a gente também começa a conversar com a pessoa, a gente vê que aquilo incomoda ela porque ela começa relatar a dificuldade que ela tem para dar passos longos e perto. Normalmente a gente chama a equipe com as enfermeiras [...] a médica [...] (ACS6).

Durante as visitas e orientações, os ACS conseguem identificar de forma sensível as dificuldades, barreiras e queixas relatadas pelos usuários, que impactam diretamente em sua qualidade de vida e que, por vezes, não são verbalizadas no espaço formal da consulta médica. Esse olhar ampliado, construído a partir da convivência e da escuta ativa, pode ser levado às reuniões de equipe e utilizado para propor intervenções mais adequadas à realidade vivida pelos usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das muitas atividades na UBS, as condições de sobrepeso e obesidade expressam aparente invisibilidade. Parece relevante o reforço da Vigilância Alimentar e Nutricional, da Educação Permanente em Saúde relacionada ao cuidado com as pessoas com sobrepeso e obesidade e do autocuidado voltadas aos ACS na construção de olhares mais sensíveis e atitudes mais assertivas relacionadas a estes sujeitos.

Observa-se que o ACS desenvolve um olhar sensível e cuidadoso para as questões do território. No entanto, percebe-se a dificuldade desses profissionais em identificar sua contribuição para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. Ao compartilharem experiências pessoais relacionadas ao próprio corpo e à saúde, esses profissionais também expressam a necessidade de serem cuidados – aspecto que reforça a importância de práticas institucionais que promovam o autocuidado no trabalho.

Embora os ACS utilizem esse conhecimento do cotidiano para apoiar os usuários, a ausência de formação técnica específica sobre obesidade limita o potencial de sua intervenção.

Além disso, identificou-se que a obesidade parece ser reconhecida de forma visual, sendo comumente associada às comorbidades como DM e HAS, frequentemente presentes nesses casos. Essa percepção reforça a importância de se trabalhar com conceitos mais abrangentes e fundamentados, que superem visões estigmatizantes e simplificadas do corpo e da saúde.

Portanto, a escuta qualificada, a proximidade com os usuários e o conhecimento das realidades locais tornam os ACS agentes fundamentais na promoção de ações de prevenção e cuidado. Ao integrar sua atuação com as equipes de saúde e com apoio de formação contínua, é possível avançar em estratégias mais efetivas e humanizadas de enfrentamento ao sobrepeso e à obesidade, valorizando tanto os usuários quanto os próprios trabalhadores da APS.

## REFERÊNCIAS

BRANDÃO, A. L.; REIS, E. C.; SILVA, C. V. C.; SEIXAS, C. M.; CASEMIRO, J. P. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 678-693, set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo – Organização Regional da Linha de**

**Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/promocaosaude/linhacuidado>. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. 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, 2014c. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocaosaude/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocaosaude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf). Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. **Lei n. 14.536, de 20 de janeiro de 2023.** Brasília, 20 jan. 2023b. 202º da Independência e 135º da República. Disponível em: <https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2023-01-20;14536>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRILHANTE, K. C. G.; BABANI, B.; SILVA, G. L. M.; NUNES, J. E. P.; SILVA, J. M.; DANTAS, K. M.; AMARAL, A. A. G.; SILVANY, M. C. M.; LIMA, R. L. S.; SOUZA, Y. M. V.; MARQUES, B. A.; FREITAS, R. F.; EVARISTO, J. S. G.; SOUZA, C. S. M. Uma análise da linha de cuidado em obesidade: estrutura e funcionamento em Manaus. **Revista Foco**, v. 17, n. 11, p. e6960, 2024.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1509-1520, jun. 2010.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, dez. 2017.

CHRISTINO, V. G.; BRANDÃO, A. L.; SEIXAS, C. M.; TELÉFORA, K. S.; CASEMIRO, J. P. “Porque nós estamos todos doentes”: desafios do cuidado às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde em tempo de Covid-19. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 19, p. e77502-e77502, 2024.

CIELLO, F. J.; SILVA, P. S. Imaginando o trabalho do agente comunitário de saúde: notas para uma discussão sobre território, saúde e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 34, n. 2, 2025.

COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L. C. F.; DIAS, E. C. A formação de Agente Comunitário de Saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 583-604, mar. 2018.

COSTA, M. I. S.; ROSA, T. E. C.; LUCENA, F. S.; FERNANDEZ, M.; DUARTE, L. S.; MALINVERNI, C.; DANTAS, L. A. A. Continuidade do cuidado e ações no território durante a COVID-19 em municípios de São Paulo, Brasil: barreiras e facilitadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3507-3518, 2023.

DUNKER, C. I. L.; THEBAS, C. **O palhaço e o psicanalista**: como escutar os outros pode transformar vidas. São Paulo: Planeta, 2019.

FERNANDES, T. F.; PINHO, L.; BRITO, M. F. S. F.; LIMA, C. C. M.; CALDEIRA, A. P. Elaboração e validação de conteúdo de um instrumento sobre as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-9, 2022.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; CHERCHIGLIA, M. L.; MITRE, S. M.; BATISTA, R. S. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744-755, dez. 2009.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; MITRE, S. M.; BATISTA, R. S.; CHERCHIGLIA, M. L. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, dez. 2010.

LOPES, M. S.; FREITAS, P. P.; CARVALHO, M. C. R.; FERREIRA, N. L.; MENEZES, M. C.; LOPES, A. C. S. Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 1-14, 2021.

MACHADO, B. O. B.; OLIVEIRA, A. R.; MATIELO, E. Promoção da alimentação adequada e saudável no campo: caminhos para reflexão e práxis com Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 48, supl. 1, p. e8717, ago. 2024.

MAGALHÃES, L. M.; AMPARO-SANTOS, L. Multiplicidade, heterogeneidade e coordenação: a produção do cuidado em alimentação e nutrição a partir das práticas de apoio matricial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. 1-12, 2020.

MARTINS, H. X.; SIQUEIRA, J. H.; OLIVEIRA, A. M. A.; JESUS, H. C.; PEREIRA, T. S. S.; SICHIERI, R.; MILL, J. G.; MOLINA, M. C. B. Multimorbidade e cuidado com a saúde de agentes comunitários de saúde em Vitória, Espírito Santo, 2019: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-15, 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. **Organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**: manual instrutivo. Brasília, 2014. Acesso em: 28 jan. 2023.

MOROSINI, V. M.; FONSECA, A. F. Configuração do trabalho dos agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (orgs.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 369-406, 2018.

MOROSINI, V. M.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 261-274, set. 2018b.

MOURA, A. L. S. P.; RECINE, E. Nutritionists and the comprehensive care of overweight individuals in primary care. **Revista de Nutrição**, v. 32, p. 1-14, 2019.

PALMEIRA, C. S.; SANTOS, L. S.; SILVA, S. M. B.; MUSSI, F. C. Stigma perceived by overweight women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, p. 1-15, 2020.

PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 940-951, out. 2018.

PEREIRA, A. M.; JUCÁ, A. L.; LIMA, I. A.; FACUNDES, V. L. D.; FALCÃO, I. V. A qualidade de vida do Agente Comunitário de Saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, p. 784-796, 2018.

PIMENTEL, V. R. M.; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 3, 2022.

PINTO, L. F.; SORANZ, D.; SCARDUA, M. T.; SILVA, I. M. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, abr. 2017.

PINTO, M. S.; BOSI, M. L. M. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 443-457, 2010.

REIS, E. C.; BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P. Práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e processos de trabalho. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, p. 1-19, 2021.

REIS, E. C.; BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P. A atuação das equipes multiprofissionais no fortalecimento do cuidado das pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil nos anos de 2016 e 2017. **Revista de APS**, v. 26, 7 fev. 2024.

SILVA, T. L. E.; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 859-870, set. 2011.

SOUSA, J. O.; ALMEIDA, P. F. Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, 2023.

TAROZO, M.; PESSA, R. P. Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 40, p. 1-16, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: World Health Organization Technical Report Series, 2000.

## CAPÍTULO 9

# **“IMAGINA SE ELE VAI PENSAR NA TUA NUTRIÇÃO?” PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE**

Gabrielle Gomes dos Reis  
Juliana Pereira Casemiro  
Karla Meneses  
Ana Laura Brandão

### INTRODUÇÃO

O Brasil experimentou mudanças sociais relevantes nas últimas três décadas, entre elas a transição demográfica e epidemiológica que resultou em transformações no padrão de saúde e consumo alimentar da população (Barros *et al.*, 2021). Nesse cenário, houve um aumento significativo do excesso de peso em todas as camadas da população, trazendo novos desafios relacionados ao cuidado em alimentação e nutrição para o setor saúde, em especial para Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil 2022).

Tal panorama reforça a importância de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de promoção e prevenção, sem deixar de lado o tratamento



das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Brasil, 2014). Aponta-se, desta forma, desafios para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial para a APS e seus profissionais, uma vez que esta tem como atributo essencial a coordenação do cuidado (Brasil, 2013; Brasil, 2014; Brasil, 2022a).

Em que pese o avanço da garantia de estrutura (insumos, equipamentos e mobiliários) para as práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Rio de Janeiro, ainda persistem lacunas importantes no que tange a organização do trabalho (Reis; Brandão; Casemiro, 2021).

Esforço considerável tem sido realizado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de publicar documentos orientadores e normatizadores do cuidado a esse público, com especial atenção à alimentação e nutrição (Brasil, 2015; Brasil, 2020; Brasil, 2021a; Brasil, 2021c, Brasil, 2022). Em contrapartida, pesquisas demonstram o baixo conhecimento acerca de políticas e documentos técnicos relativos a este campo pelos profissionais de saúde, incluindo nutricionistas (Neves; Zangirolani; Medeiros, 2017; Belo *et al.*, 2021; Moura; Recine, 2019) indicando a necessidade de estratégias de acesso e utilização destes materiais no sentido de qualificar a atuação profissional e articulação intra e intersetorial.

Este texto faz parte de uma pesquisa denominada “Alimentação e Nutrição na Atenção Primária em Saúde: desafios da formação para o cuidado do sobrepeso e obesidade” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer n.º 3.784.409 e n. 3.981.992).

O capítulo objetiva analisar a percepção de profissionais de equipes de Saúde da Família de saúde de nível superior com relação às ações desenvolvidas no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade em uma UBS do município do Rio de Janeiro.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e codificadas garantindo o anonimato dos entrevistados. A análise de dados foi realizada pelo método de interpretação de sentidos em três etapas: (1) leitura compreensiva do material

buscando uma visão do conjunto e de suas particularidades; (2) exploração dos dados, buscando identificar o que está por trás do discurso dos entrevistados; (3) elaboração de síntese interpretativa com a articulação entre os dados, os objetivos do trabalho e os referenciais teóricos (Gomes, 2012). Os dados serão apresentados segundo categorias de análise provenientes da leitura e análise do material coletado (Minayo, 2007).

## **DESAFIOS À ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO: “EU SINTO FALTA DE SE FALAR SOBRE ISSO”**

Ao observarmos o perfil de respondentes da pesquisa, chama atenção dois pontos: todos terem alguma pós-graduação na área e todos serem contratados pelo regime de CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Outro aspecto interessante é que, por um lado, temos as enfermeiras e a dentista com mais de oito anos na UBS e os médicos com poucos meses atuando nesse contexto.

Essas observações iniciais, que poderiam passar despercebidas ao olhar ingênuo, antecipam parte dos desafios vivenciados nesta UBS, que refletem diretamente em um aspecto abordado pelos entrevistados, a saber, a sobrecarga de trabalho. Com elevada rotatividade dos profissionais médicos, há uma tendência de, pelos menos, uma das cinco equipes estar desfalcada, o que acaba por comprometer a organização dos processos de trabalho e causar sobrecarga constante das equipes, sobretudo daqueles profissionais que têm mais tempo de trabalho na UBS. Não surpreende que a alta demanda de serviço tenha sido apontada como um desafio para as ações de cuidado, uma vez que são consequência não somente da abrangência do território, mas, sobretudo, de equipes incompletas.

[...] a gente tem mais de 25 mil usuários e infelizmente não tem 100% de profissionais [...]. Sempre tá faltando alguma categoria, principalmente categoria médica, que tem rotatividade [...]. Então

o enfermeiro que tá atendendo tem que dar conta de tudo: criança menor de 1 ano, diabetes, tuberculose... **Imagina se ele vai pensar na tua nutrição?** [...] (A1, grifos nossos)

Segundo Anéas *et al.* (2023), as mudanças na organização dos serviços durante a Pandemia de covid-19 resultaram na sobrecarga de trabalho pela ampliação de suas atividades, mas também pela escassez do quadro de profissionais agravada por processos de demissão, afastamentos, adoecimentos e morte de trabalhadores. Além da sobrecarga, o esgarçamento das relações de trabalho entre os pares, em relação à instituição empregadora e até mesmo com a população foram consequências importantes que se fazem sentir até os dias de hoje. Acrescente-se a isto as mudanças na organização e financiamento dos serviços da APS que impactam o cotidiano (Brasil, 2021a).

Como fator positivo, há um reconhecimento e valorização das reuniões de equipe como espaço preferencial para a gestão do cuidado e definição de planos terapêuticos. Ao mesmo tempo, identifica-se a dificuldade de implementar discussões que valorizem essa dimensão do cuidado, bem como da necessidade de ações de Educação Permanente (EP) e de fortalecimento do trabalho multiprofissional. Para a construção de Linhas de Cuidado em Obesidade, existe uma recomendação de que estratégias educativas sejam ofertadas (Brasil, 2013a), porém este tipo de atividade não tem espaço no cotidiano da UBS.

[...] Eu sinto muita falta da capacitação... De talvez acrescentar algumas informações e que eu quanto enfermeira posso ofertar... atualização mesmo, como a gente que já se formou há bastante tempo atrás, acho que muita coisa também já mudou. Entendo que precisa ter uma busca particular para o crescimento profissional individual meu, mas eu acho que enquanto a gente tá trabalhando dentro de uma unidade que é equipe, eu acho que colaborar isso com toda a unidade, justamente pra gente fazer um trabalho mais homogêneo, então eu sinto nesse momento, muita falta de se falar sobre isso, que a gente pode compartilhar de forma multiprofissional né [...] (A2).

É relevante perceber que mesmo diante de um contexto de sobrecarga e com uma infinidade de demandas atendidas por estes profissionais, ainda assim há um processo de sentir-se em falta com algo e, neste caso, a falta de “busca particular para o crescimento profissional individual” (A2). Este aspecto coloca-se em choque com a sensação de sentir “muita falta de se falar sobre isso” (A2), localizando em aspectos pessoais demandas que deveriam ser dirigidas e atendidas pela instituição. Esse paradoxo traduz a própria contradição do mundo do trabalho em um contexto neoliberal de produção do cuidado.

Cabe considerar que no contexto de uma “sociedade de desempenho” os profissionais estão cada vez mais submetidos ao “desejo de maximizar sua produção” orientados pelas ideias de iniciativa, motivação e eficiência (Han, 2017, p. 25) mesmo diante de contextos extremamente adversos de trabalho. É fato, no entanto, que a efetivação de ações de cuidado também está relacionada ao desejo de cuidar e, por isso mesmo, “o trabalho é categoria fundamental que nos permite compreender os processos produtivos.” (Franco, 2015, p. 262).

Jesus *et al.* (2022), apontam as causas que podem explicar a ausência de qualificação dos profissionais, dentre elas está a lógica de organização do trabalho que é orientada pela produtividade somado com a flexibilização da forma de contratação dos profissionais, gerando uma organização que conduz os trabalhadores de saúde a uma prática de cuidado voltada para o cumprimento das metas de produção estabelecidas, muitas vezes não contextualizadas com a realidade do território e a população adscrita.

Essa lógica, impõe desafios também no fortalecimento do trabalho multi e interprofissional, uma vez que a discussão dos casos implica uma troca de saberes entre os profissionais. Essa articulação de diversos olhares, ajuda na perspectiva da integralidade que toma a pessoa como um todo no processo do cuidado (Brasil, 2014), possibilitando um plano terapêutico singular, como foi reconhecido pelos profissionais.

Para Spagnol *et al.* (2022), há uma resistência ao trabalho interprofissional e interdisciplinar, principalmente por parte dos médicos,

mas também por outros profissionais e pelos usuários. Essa resistência que limita a interdisciplinaridade e a integralidade da assistência à saúde também se relaciona com uma predominância do modelo biomédico, necessitando ampliar os espaços de análise coletiva capazes de enunciar o reducionismo desse paradigma.

No caso desta pesquisa, a relevância da atuação multi e interprofissional no cuidado às pessoas com obesidade é reconhecida pelos médicos, ainda que a presença de apoio de equipes multiprofissionais não seja garantida. Isto é reforçado por um contexto de enfraquecimento da APS relacionado às mudanças da Política de Atenção Básica à Saúde (PNAB) e de financiamento (Brasil, 2017; Brasil, 2023; Morosini *et al.* 2018; Reis; Brandão; Casemiro, 2023). Neste caminho, pode-se perceber que a predominância da perspectiva biomédica não se expressa apenas na formação, mas também no modelo de gestão da APS. São questões exemplificadas nas falas abaixo:

Para mim não faz sentido, a gente ficar num modelo tão médico centrado, ficar só prescrevendo remédio, numa conversinha de 20 minutos com o paciente, pô, se ele (o paciente) tivesse uma conversinha de 20 minutos com todo mundo, iria ter um resultado muito melhor sabe [...] (A3).

[...] Como eu te disse, o ideal seria que tivesse uma professora de educação física, uma nutricionista aqui permanentemente, que entrasse na consulta com a gente para ajudar. [...] (A4).

Outro aspecto considerado relevante para a organização dos cuidados às pessoas com obesidade foi a estrutura da UBS. A falta de espaço é um dificultador para atividades coletivas e individuais, sendo necessário o apoio de outros espaços que compõem o território. Ainda que o uso de equipamentos públicos do território pelas equipes seja uma estratégia adequada e relevante à APS, no caso desta unidade em específico existem barreiras físicas concretas relacionadas ao cuidado às pessoas com obesidade, o que se expressa, por

exemplo, na falta de cadeiras e balanças adequadas e na necessidade de utilização de elevadores que nem sempre estão funcionando.

No que diz respeito aos equipamentos destinados à avaliação nutricional necessária para a realização continuada da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), embora os consultórios tenham balança e estadiômetro, uma das profissionais relata a falta de equipamentos portáteis para as visitas domiciliares.

[...] tem dificuldade de estrutura, seria mais fácil se a gente tivesse por exemplo as balanças, esses instrumentos para as medidas antropométricas, nem sempre a gente tem a mão e nem sempre a gente tem em grandes quantidades para todas as equipes poderem fazer [...] (A6).

O reconhecimento da falta de estrutura física e de condições de trabalho são barreiras que interferem na qualidade do cuidado ofertado às pessoas com obesidade, o que nos faz pensar sobre as estratégias necessárias para o fortalecimento das ações de VAN, considerando o contexto de cada território (Brandão *et al.*, 2023).

## **“TEM MUITAS POSSIBILIDADES”: O QUE SE FAZ E O QUE SE DESEJA FAZER**

Ao olharmos para o cotidiano dos serviços de saúde, é preciso considerar que os diversos pontos da RAS devem desempenhar diferentes papéis no cuidado às pessoas com obesidade. Entre esses papéis, são destacadas como atribuições da APS: a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) com vistas a estratificação de risco para o cuidado; prevenção e promoção da saúde; apoio ao autocuidado para manutenção e recuperação de peso saudável; assistência terapêutica multiprofissional; coordenação do cuidado e a garantia do acolhimento adequado às pessoas com sobrepeso e obesidade. Podendo

ser definidos cinco componentes principais que se articulam processualmente: identificação do usuário; abordagem inicial e acolhimento; abordagem individual; abordagem transversal e abordagem coletiva (Brasil, 2022).

As principais ações de cuidado às pessoas com obesidade relatadas pelos profissionais da UBS pesquisada foram: orientações sobre atividade física, orientações sobre alimentação e nutrição, acolhimento e encaminhamento ao profissional nutricionista.

As orientações sobre a prática de atividade física fizeram parte das respostas da maioria dos entrevistados, sendo incorporadas no atendimento às pessoas com sobrepeso e obesidade a partir da “informação” sobre a importância da atividade física para a saúde e como “incentivo”, considerando o que é possível para essas pessoas.

[...] eu sempre pergunto se ela trabalha, o horário de trabalho, e pergunto o que é possível fazer além da melhoria da alimentação... Geralmente as pessoas tomam muito refrigerante e suco de pozinho, então eu pergunto sobre essas coisas e pergunto sobre a possibilidade de fazer uma atividade física, ou na Vila olímpica que tem muitas possibilidades ou ela fazer sozinha. E aí eu geralmente combino sobre a possibilidade.... Geralmente eu dou um incentivo para começar devagar, 3 vezes na semana, 30 minutos e depois ir aumentando. [...] (A4).

Os profissionais relataram que a única atividade coletiva voltada às pessoas com sobrepeso e obesidade, era um grupo coordenado pela profissional de educação física extinto durante a pandemia. As atividades coletivas integram o conjunto de ações de cuidado às pessoas com obesidade que devem ser ofertadas na APS (Brasil, 2021b), estando também prevista no Cadernos de Atenção Básica número 38 (Brasil, 2014) e no Guia de Atividade Física para a População Brasileira (Brasil, 2021c). Além disso, devemos considerar que a associação de prática de atividade física e ações coletivas de alimentação e nutrição impactam positivamente o perfil antropométrico (Deus *et al.*, 2015; Bernades; Márin-Léon, 2018).

As orientações sobre alimentação e nutrição estiveram presentes nas falas dos profissionais e são as estratégias mais usadas no cotidiano dos atendimentos, porém os profissionais identificam como sendo algo insuficiente ou aquém do que deveriam fazer, gerando um sentimento de frustração por parte deles.

Então, eu vejo muito uma deficiência. Normalmente, a gente não aborda especificamente sobrepeso e obesidade em si, pelo menos na minha atuação e nas minhas consultas, a gente específica mais um cuidado geral como um todo, mais focado em quem é hipertenso e diabético. A gente faz orientações “grossamente”, porque a gente não é nutricionista e não temos apoio do NASF e aí a gente nunca teve assim, apoio abertamente, tem que encaminhar via [Sistema Nacional de Regulação] SISREG para a nutrição [...] (A1).

É válido ressaltar que entre os documentos publicados pelo Ministério da Saúde para apoiar as orientações em alimentação e nutrição já mencionados estão o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) (Brasil, 2014a) e o Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS (Brasil, 2021a). Esses documentos objetivam subsidiar as equipes de saúde na promoção de práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, bem como políticas, programas e ações que visem incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população.

Cabe registrar que, segundo dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o GAPB é utilizado por significativa parcela dos profissionais da APS como metodologia, ferramenta ou base para atividades com ênfase em práticas alimentares saudáveis (Reis; Brandão; Casemiro, 2023). Ademais, o desenvolvimento de atividades educativas para profissionais da APS relacionadas ao GAPB demonstra ampliação da percepção de autoeficácia dos profissionais da APS para realizar orientações sobre alimentação e nutrição (Tramontt *et al.*, 2023). Contudo, observamos que apenas um dos profissionais utiliza o referido GAPB para a orientação dos usuários. Ainda, outros dois profissionais

relataram a utilização de impressos da Prefeitura, que abordam a obesidade em um contexto de comorbidades.

O acolhimento também foi destacado como uma estratégia importante a ser utilizada pelos profissionais no atendimento a indivíduos com sobrepeso e obesidade, considerando que ainda é muito comum o olhar estigmatizante direcionado a essas pessoas.

É... é comum [...] falar assim “ah ele precisa tomar vergonha na cara, fazer uma dieta” sabe? E eu acho que mais que mecanismos é o acolhimento das pessoas, acho que isso falta um pouco [...] (A3).

Vale ressaltar que o acolhimento é uma estratégia que deve permear a prática de todos os profissionais de saúde (Brasil, 2017), assim como os espaços de assistência, seus equipamentos e materiais utilizados, pois é um fator decisivo para o indivíduo criar vínculo com o profissional e a UBS, para, assim, dar continuidade ao tratamento. Os Cadernos de Atenção Básica (Brasil, 2006; 2014) reafirmam que a construção de vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e usuário contribuem para a adesão ao tratamento. Outra estratégia apontada pelos profissionais como importante foi o encaminhamento para o atendimento especializado da nutrição, pois a unidade não possui nutricionista, algo recorrente na APS (Lopes *et al.*, 2021). Para dar conta dessa falta de formação, o paciente é encaminhado via (SISREG) para a Atenção Especializada (AE), reconhecida pelos profissionais como “muito distante da realidade que o usuário vive” (A6).

Embora a atenção especializada, de acordo com as Portarias GM/MS n. 424 e n. 425, de 19 de março de 2013, deva integrar a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCO), ela não pode substituir o papel da equipe básica, entre elas as atividades Educação Alimentar e Nutricional (EAN) que poderiam ser realizadas pelos profissionais de saúde da APS caso a formação permanente os instrumentalizasse para esse tipo de atividade. Essas ações visam não só o tratamento do sobrepeso e da obesidade, mas são direcionadas

a objetivos ampliados que incluem a garantia da alimentação como um direito humano, à promoção da autonomia alimentar e do cuidado compartilhado e permanente de hábitos saudáveis (Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

Dentre os elementos apresentados na análise das ações na UBS, as dificuldades na implementação de uma atuação que atenda a uma perspectiva interdisciplinar e interprofissional destacam-se em vários momentos, constituindo um desafio cotidiano da APS (Spagnol *et al.*, 2022). Essa perspectiva deve abarcar não somente os diversos níveis de assistência, mas também os debates sobre cuidado às pessoas com obesidade, sobretudo por desafiar as lógicas de campo e núcleo de conhecimento (Moura; Recine, 2019).

## **“NÃO QUE EU VEJA”: INVISIBILIDADES E BARREIRAS RELACIONADAS AO CUIDADO**

Frente aos desafios da prática cotidiana na APS, a perspectiva do cuidado integral acaba por sofrer um reducionismo muito característico das abordagens destinadas às pessoas com sobrepeso e obesidade. Embora a multicausalidade da obesidade seja amplamente conhecida, ainda ocorre na prática profissional a responsabilização do indivíduo pelo cuidado e a culpabilização pelo fracasso do tratamento.

[...] Ah, eu acho que ainda tem muito preconceito da equipe, de maneira geral, de pensar que é falta de vontade, que tem que tomar vergonha na cara e não entender que é uma doença crônica assim, sabe? (A3).

Como descrito por Burlandy *et al.* (2020), é comum culpabilizar o indivíduo com obesidade por seu estado de saúde, atribuindo-lhe rótulos como “resistentes” ou “indisciplinados”, supervalorizando as causas pessoais acima dos outros fatores determinantes da obesidade. A falta de atividades coletivas

e educação permanente cooperam para que os profissionais considerem mais os fatores pessoais do que causas relacionadas ao âmbito coletivo e de políticas públicas, dificultando a construção de uma visão crítica sobre a obesidade, suas causas e tratamentos.

Outro ponto que se destaca nas falas dos profissionais, é a invisibilidade da obesidade. Um dos fatores que pode explicar em parte esse fenômeno é a dificuldade de realizar a VAN de modo correto e contínuo. As dificuldades estruturais podem implicar diretamente no atraso do cuidado dispensado aos usuários quando a classificação de risco não é feita ou acompanhada, impedindo, muitas vezes, o direcionamento de ações de prevenção e promoção da alimentação saudável para esses pacientes (Brasil, 2014).

[...] Muitos não, que veja não... Pode até ser que tenha mas que eu veja não, e os que eu vejo, eu fico em cima, eu já encaminho para o médico para o médico dar uma olhada, ou enfermeiro... Eu tenho 2 pacientes que não são meus são da colega, mas eu já encaminhei e já está fazendo tratamento por aí, porque eles já vieram aqui e já falaram que estão fazendo, que estavam bem obesos, uma senhora e um senhor [...] (A5).

A percepção de que no território existem poucas pessoas com obesidade se dá pelo modo como é feita a caracterização dessa população pelos profissionais de saúde. A classificação para pessoas com sobrepeso e obesidade, que deveria ser feita com o uso de instrumentos adequados para tal, é feita a partir do seu próprio olhar, o que é insuficiente para diagnosticar uma pessoa com sobrepeso e obesidade e avaliar os riscos inerentes à sua condição.

De acordo com Bortolini *et al.* (2020), uma análise de registros dos motivos de consulta na APS mostrou que somente 2,85% correspondiam à obesidade, o que contrasta com dados do VIGITEL e reitera que muitas vezes o diagnóstico nem sempre reflete a realidade do território. Isso talvez também esteja relacionado com a ausência ou baixa frequência com que discussões de casos em equipe, cursos e atividades coletivas que tragam a alimentação e

obesidade como temas centrais são realizados na unidade, como discutido na primeira categoria de análise. Isso implica, de certa forma, um pior preparo dos profissionais para lidar com a complexidade da obesidade e as questões relativas ao cuidado nesses casos.

Se a invisibilidade desses indivíduos afeta diretamente o cuidado às pessoas com obesidade, os profissionais também reconhecem a vulnerabilidade social como uma barreira de acesso à alimentação adequada e saudável em um contexto de extrema pobreza. Por isso, muitas vezes, as orientações que eles têm disponíveis são contextualizadas pelos próprios profissionais à realidade da população.

[...] porque não adianta nada... eu mandar ela ficar comendo só vegetais e carne sem gordura se ela não vai poder comprar, então eu tento fazer da melhor forma possível que ela possa comprar e não uma coisa inviável [...] (A4).

Percebemos que esses desafios não são enfrentados apenas no município do Rio de Janeiro (Reis *et al.*, 2022). No contexto da pandemia, quando essas entrevistas foram realizadas, questões relativas à fome e ao acesso a alimentos seguros tornaram evidentes o aumento da insegurança alimentar, principalmente nas camadas menos favorecidas da sociedade. Na população estudada isso não foi diferente, o que colocou os profissionais de saúde em uma situação muito delicada, sem muitas estratégias para lançar mão.

[...] em relação de aquisição alimentar, então é muito difícil a gente passar uma dieta, passar entre aspas, porque a gente não é nutricionista, mas orientar uma dieta como tem no protocolo, que a gente sabe que a pessoa não vai ter como comer um legume e uma verdura todo dia, que ele vai ter mais aquela carne, aquele frango frito, essas coisas que têm muitas calorias [...] (A1).

Botelho e França (2018) ressaltam a importância de refletirmos criticamente sobre o fato de que a APS não deve ser apenas um cenário de

identificação de violações do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), mas um espaço de atuação em favor da efetivação de direitos humanos para além do direito à saúde. Ainda, ressaltam a importância do NASF (atual eMulti) como uma estratégia para ampliar o propósito e a resolutividade da APS, bem como a necessidade de treinamento e de destinação de tempo de trabalho para a realização destas tarefas, a fim de que não se tornem mais uma atribuição impraticável na rotina profissional.

Analisar o contexto do território é essencial, pois os hábitos alimentares das pessoas resultam da vida cotidiana em um ambiente alimentar. Questões como dificuldade de acesso aos alimentos saudáveis, às feiras e, em contrapartida, maior facilidade para adquirir alimentos ultraprocessados, precisam ser consideradas pelos profissionais e gestores de saúde, pois são determinantes para que a população tenha uma alimentação adequada e saudável e adesão ao tratamento (ou não) (Brasil, 2022a).

A partir disso, o cuidado não ficará restrito apenas às recomendações individuais, mas a mudanças relevantes na vida das pessoas. Por isso, é necessário a articulação da RAS com uma rede mais complexa, composta por outros serviços e outras instituições, buscando a intersetorialidade, como também ressalta Burlandy (2009) em seu estudo.

No território, é necessário que os problemas não sejam apenas identificados, mas enfrentados de forma articulada por toda a equipe. É preciso sensibilidade para reconhecer em qual frente cada profissional poderá atuar, bem como dispor de ferramentas para capacitação e de uma organização de trabalho em equipe que possibilite a implementação de estratégias viáveis.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base no que foi proposto pela pesquisa, a análise da percepção dos profissionais de saúde de nível superior em relação às ações desenvolvidas no

cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade revelou diversos desafios presentes na prática profissional. Entre os principais, destacam-se aqueles relacionados à organização e aos aspectos estruturais do cuidado, às dificuldades de acesso desses usuários aos serviços de saúde, bem como à culpabilização e à invisibilidade frequentemente atribuídas ao indivíduo com sobrepeso e obesidade.

Algumas estratégias também são relatadas pelos profissionais de saúde que apesar de tantos desafios, oferecem o cuidado ao usuário com sobrepeso e obesidade a partir dos recursos que possuem. Dentre as principais estão: orientações verbais sobre atividade física e de alimentação e nutrição, sendo de cada profissional a escolha de qual orientação oferecer; o acolhimento, a partir da responsabilização do cuidado e o acolhimento ao usuário e suas questões; e por último o encaminhamento ao atendimento especializado também foi descrito, a partir do já propõe a LCO.

É perceptível que o cuidado oferecido se dá em um contexto específico que possui limitações estruturais ligadas à população como também a unidade básica da qual os usuários fazem parte. Assim, é de extrema importância que haja investimento em políticas públicas para melhoria das condições de vida dessas pessoas, assim como investimento nas equipes mínimas e de apoio à saúde da família, a partir do preenchimento do quadro de profissionais que possam implementar ações voltadas para a promoção de saúde e alimentação saudável. Além disso, destaca-se a importância da organização dos processos de trabalho, de modo a viabilizar a disponibilização de tempo para a realização de ações voltadas para o cuidado do usuário com sobrepeso e obesidade. No entanto, para que isso ocorra é fundamental a estabilidade na gerência da unidade e também a melhora nas condições de trabalho e de salário dos profissionais.

Todas essas mudanças devem ser sustentadas pelas políticas públicas e a priorização e divulgação da Linha de Cuidado da Obesidade, como a prioritária dentro da RAS das Pessoas com DCNT. Essa Linha agrega todas as ações da atenção nutricional da PNAN, evidenciando a importância desta

diretriz na prevenção e no tratamento desse agravo, mas também intensificando os desafios para a sua operacionalização a partir da APS, seja no âmbito da gestão ou da assistência à saúde (Brasil, 2013b).

## REFERÊNCIAS

ANÉAS, T.V.; LIMA, M.N.; BRAGA, F.J.L.; OLIVEIRA, T.L.; MENEZES, N.T.A., VIANA, M.M.O. Gestão do trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde durante pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2023

BARROS, D. M.; SILVA, A. P. F.; DE MOURA, D. F.; BARROS, M. V. C.; PEREIRA, A. B. S.; MELO, M. A. *et al.* A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 74647-74664, 2021.

BELO, C. E. C.; GOMES ROSA, L. C.; DAMIÃO, J. J.; LOBATO, E.; BURLANDY, L.; CASTRO, L. M. C. Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v. 17, e69119, 2023. DOI: 10.12957/demetra.2022.69119.

BERNARDES, M. S.; MARÍN-LÉON, L. Group-based food and nutritional education for the treatment of obesity in adult women using the family health strategy. **Revista de Nutrição**, v. 31, n. 1, p. 59-70, 2018.

BORTOLINI, G. A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e39, 2020.

BOTELHO, F. C.; FRANÇA, I. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e159, 2018.

BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P.; REIS, E. C.; VITORINO, S. A. S.; OLIVEIRA, A. S. B.; BORTOLINI, G. A. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. e119, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Obesidade**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Departamento de Estruturação e Integração dos Sistemas. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 425 de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Brasília, 15 abr. 2013b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 8.553, de 03 de novembro de 2015**. Chamamento aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a se engajarem e firmarem compromissos referentes à produção de alimentos saudáveis [...] no contexto de consolidação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no SUS. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: sobrepeso e obesidade em adultos**. nº 567. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília, DF, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília, DF, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF, 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Matriz para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na**

**atenção primária à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio de 2023.** Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2023a.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 851-860, 2009.

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020.

CARVALHO, R. E. S.; POBLACION, A.; GOUVEIA, A. V. S.; CORREIA, M. E. G.; SEGALL-CORREIA, A. M.; COOK, J. *et al.* Validade do instrumento para triagem de domicílios em risco de insegurança alimentar em diversos estratos da população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 7, 2022.

CASEMIRO, J. P.; BRANDÃO, A. L.; SILVA, C. L. V. O cuidado como política pública no enfrentamento da obesidade: avanços e desafios. In: RODRIGUES, P.; REIS, E. C.; PALMA, A. **Obesidade: saúde e sociedade.** Curitiba: Editora CRV, 2019.

DEUS, R. M.; MINGOTI, S. A.; JAIME, P. C.; LOPES, A. C. S. Impacto de intervenção nutricional sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa Academia da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, jun. 2015.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

HAN, Byung-Chul. Sociedade do cansaço, Vozes, Petrópolis, 2. 2017.

JESUS, J. G. L. *et al.* O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, 2022.

LOPES, M. *et al.* Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-666, 2012.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOURA, A. L. S. P.; RECINE, E. Nutritionists and the comprehensive care of overweight individuals in primary care. **Revista de Nutrição**, v. 32, 2019.

NEVES, J. A.; ZANGIROLANI, L. T. O.; MEDEIROS, M. A. T. Avaliação do cuidado nutricional de adultos com excesso de peso na perspectiva da atenção integral à saúde. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 4, p. 511-524, 2017.

RAMOS, D. B. N. *et al.* Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00116519, 2020.

REIS, E. C.; APRELINI, C. M. O.; JESUS, T. R.; FARIA, C. P.; ENRÍQUEZ-MARTINEZ, O. G.; MOLINA, M. C. Condições para ações de cuidado da obesidade na atenção primária à saúde no estado do Espírito Santo. **DEMETERA: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v. 17, e63954, 2022. DOI: 10.12957/demetra.2022.63954.

REIS, E. C.; BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P. Práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e processos de trabalho. **DEMETERA: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v. 16, 2021.

REIS, E. C.; BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P. A atuação das equipes multiprofissionais no fortalecimento do cuidado das pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil nos anos de 2016 e 2017. **Revista de APS**, v. 26, 2023.

SPAGNOL, C. A.; RIBEIRO, R. P.; ARAÚJO, M. G. F.; ANDRADE, W. V.; LUZIA, R. W. S.; SANTOS, C. R.; DÓBIES, D. V.; L'ABBATE, S. Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp. 6, p. 185-195, dez. 2022.

TRAMONTT, C. R.; BARALDI, L. G.; MAIA, T. M.; JAIME, P. C. Conhecimento, autoeficácia e práticas profissionais relacionadas ao Guia Alimentar para a população brasileira na atenção primária à saúde. **Cadernos saúde coletiva**, v. 31, n. 3, p. e31030215, 2023.



## CAPÍTULO 10

# POR UMA ÉTICA DO CUIDADO E DA ESCUITA SENSÍVEL: EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA<sup>13</sup>

Thais Nascimento Conde  
Cristiane Marques Seixas  
Juliana Pereira Casemiro

### INTRODUÇÃO

A atuação do nutricionista no cenário contemporâneo exige uma formação que vá muito além da prescrição dietética. As transformações no perfil da população brasileira, marcadas pela transição epidemiológica e nutricional, impõem novos desafios ao cuidado em saúde. Essa transição caracteriza-se pela diminuição de doenças infecciosas e aumento expressivo das condições crônicas, agravadas por mudanças nos padrões alimentares, sedentarismo, desigualdade social e urbanização acelerada (Monteiro *et al.*, 2018, Brasil, 2021). Em âmbito global, a obesidade, a desnutrição e as mudanças climáticas compõem uma síndrome, cujos impactos se entrelaçam e se potencializam a

<sup>13</sup> Este capítulo baseia-se no trabalho de doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, intitulado “*Estou me formando, e agora?*”: compreensão dos estudantes de graduação em nutrição sobre a formação e atuação do nutricionista no cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade, apresentado em novembro de 2024.

partir de determinantes estruturais comuns, como a desigualdade social e os sistemas alimentares insustentáveis (Swinburn *et al.*, 2019).

Dessa forma, o cuidado a pessoas com obesidade exige abordagens interdisciplinares e territorializadas, que considerem as múltiplas dimensões sociais envolvidas em sua prevenção e cuidado. Reconhecer o nutricionista como um dos profissionais centrais no cuidado em saúde no contexto da obesidade exige uma reflexão crítica sobre os caminhos formativos e as condições de preparação para uma prática que responda às complexidades do perfil populacional brasileiro. Trata-se de uma atuação inserida em um campo científico dinâmico, em permanente atualização, atravessado por transformações sociais, culturais e políticas que marcam a contemporaneidade.

Em busca de reconhecer novas formas de lidar com antigos e novos problemas, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Nutrição ressaltam que disciplinas que abarquem temas como psicologia, administração, políticas públicas, comunicação e cultura devem estar incorporadas na grade curricular das universidades (Brasil, 2001)<sup>14</sup>. Além disso, diversos autores, como Ana Maria Canesqui e Rosa Wanda Diez Garcia (2005), pontuam assertivamente a importância da interdisciplinaridade na formação acadêmica e profissional, a partir da interlocução da Nutrição com outros saberes, especificamente com as Ciências Humanas e Sociais.

Essa articulação pode parecer óbvia e repetitiva quando partimos do princípio de que cada indivíduo pode expressar sua individualidade e subjetividade por meio da alimentação. No entanto, o grande desafio se encontra na formação de uma proposta curricular em que ocorra o cruzamento destes conteúdos efetivamente ao longo de toda graduação, assim como ocorre com as disciplinas biológicas que iniciam pelo ciclo básico (Canesqui; Garcia 2005; Freitas; Minayo; Fontes, 2011).

---

14 As análises a respeito do currículo feitas neste capítulo baseiam-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição de 2001. Ressalta-se que, à época da escrita, as diretrizes mais recentes encontravam-se em trâmite de aprovação, o que possibilitou sua incorporação parcial no presente texto.

Esse é um desafio que se coloca há décadas, sobretudo pela persistência de um modelo de formação tradicional, de caráter normativo e prescritivo, que ainda orienta grande parte do ensino em Nutrição. Alinhado a práticas superespecializadas e medicalizantes, esse modelo tende a fragmentar o cuidado e a restringir a atuação profissional a abordagens centradas na prescrição dietética.

Apesar dessas limitações, o campo da Alimentação e Nutrição tem sido tensionado por iniciativas que propõem outras formas de cuidado, baseadas na integralidade, na valorização da cultura alimentar e no protagonismo dos indivíduos. Documentos orientadores como o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (Brasil, 2012) e o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014a) têm contribuído para a ampliação do escopo da atuação do nutricionista, ao reconhecerem a alimentação como prática social e a saúde como um direito coletivo.

Nos últimos anos, os debates em torno das DCN para os cursos de Nutrição foram se intensificando, o que apontou a urgência de reformas que aproximassem a formação dos desafios atuais da prática profissional. Tal iniciativa resultou na atual revisão das DCN, publicada em agosto de 2025, após consulta pública realizada entre março e abril de 2024 (Brasil, 2025a). Tanto nesta revisão quanto nas DCN de 2001, a inserção precoce e contínua dos estudantes nos cenários de atuação como a Atenção Primária à Saúde (APS) se mostra uma estratégia potente para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, ampliando a percepção dos futuros profissionais sobre o cuidado em saúde (Morosini; Fonseca, 2018). Tais experiências favorecem o aprendizado a partir da problematização, do contato com equipes interdisciplinares e interprofissionais, proporcionando uma escuta qualificada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estágios, internatos, projetos de extensão em saúde coletiva surgem como um dispositivo pedagógico alinhado a esse projeto de formação crítica, uma vez que propicia a imersão dos estudantes em contextos reais de cuidado,

permitindo-lhes compreender os desafios cotidianos da prática profissional. Iniciativas que promovem vivências e fortalecem a integração do ensino-serviço vinculados ao SUS, oportunizam vivências das políticas públicas, das práticas de vigilância em saúde e da promoção da saúde em sua dimensão ampliada (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Considerando esse cenário de reformulação necessária da formação em Nutrição, alguns dispositivos formativos se destacam por proporem práticas pedagógicas mais alinhadas com os princípios do SUS, com destaque para a integralidade do cuidado. É nesse contexto que se insere o Internato de Nutrição em Saúde Coletiva (INSC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), como um dispositivo formativo comprometido com a formação crítica, baseada na articulação entre ensino, pesquisa e extensão.

O INSC é uma modalidade de estágio de caráter opcional que faz parte do currículo do curso de graduação em Nutrição da UERJ, podendo ser escolhido pelo aluno que se interessar em aprofundar seus conhecimentos e vivenciar o aprendizado adquirido durante a graduação em nutrição numa prática imersiva. O INSC possui uma carga horária de 780 horas, com uma ementa baseada nas Políticas e Programas de Saúde e Nutrição, Vigilância Alimentar e Nutricional, Epidemiologia, Avaliação Nutricional e Educação Alimentar e Nutricional, integrada com a supervisão e o apoio de docentes do Departamento de Nutrição Social da UERJ. Esse estágio opera em parceria com prefeituras de municípios do estado do Rio de Janeiro, permitindo a atuação tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto em setores de gestão vinculados à alimentação e nutrição.

Considerando esse campo fértil para a formação dos estudantes, e proporcionados a vivências significativas em diferentes territórios, o INSC também se configura como um espaço privilegiado para a pesquisa qualitativa, permitindo que os próprios sujeitos dessa experiência reflitam e produzam conhecimento a partir de suas trajetórias. Este capítulo dedica-se a refletir sobre a formação do nutricionista para o cuidado a pessoas com obesidade na APS, a partir das experiências relatadas por estudantes que cursaram o INSC<sup>15</sup>.

---

15 Este capítulo foi desenvolvido a partir de dados coletados no âmbito da pesquisa “Alimentação e nutrição na Atenção Primária em Saúde: desafios da formação para o cuidado do sobrepeso e obesidade”.

Os relatos dos estudantes foram coletados por meio de grupos focais, realizados com três turmas do INSC entre dezembro de 2021 e junho de 2022, totalizando 19 participantes. Os grupos focais foram gravados, transcritos e analisados pelo método de interpretação de sentidos (Deslandes, 2009), seguindo três etapas: leitura compreensiva, exploração do material e elaboração da síntese interpretativa. Foram adotados nomes fictícios para identificar os estudantes que participaram da pesquisa.

## **O APRENDER A CUIDAR NAS PRÁTICAS COTIDIANAS**

Os dados que sustentam as análises que apresentaremos foram coletados em um período em que o INSC estava realizando parte de suas atividades em uma UBS localizada em uma comunidade na zona norte do Rio de Janeiro. Participação em visitas domiciliares, realização de práticas de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e participação em reuniões de equipe e consultas compartilhadas eram as principais atividades cotidianas.

A inserção dos estudantes num contexto marcado por vulnerabilidade social e econômica, produziu efeitos significativos em suas percepções sobre o cuidado à pessoa com obesidade. O que emerge nos relatos não é apenas a dificuldade de manejar condutas clínicas, mas a constatação de que o paciente real, contrasta com aquele indivíduo idealizado a partir das referências teóricas construídas ao longo da graduação. Esse encontro, a partir da experiência, evidencia a tensão entre a normalização da atuação do nutricionista e as múltiplas formas de cuidado em saúde.

Entre os sentidos atribuídos ao trabalho com pessoas com obesidade, os estudantes destacam tanto o “desafio” quanto a “gratificação” envolvida nesse processo, conforme a fala da estudante Valéria. Sentir-se útil, perceber avanços nos pacientes e “conseguir ajudar” aparecem como elementos mobilizadores e reveladores de uma lógica profundamente introjetada na

formação profissional: a de que o bom nutricionista é aquele que consegue conduzir o outro ao controle do peso, da alimentação, do corpo.

[...] Eu acho que além de tudo, de toda dificuldade, também é gratificante. Porque é dependendo do trabalho que você conseguir ali é, você pode dar uma qualidade de vida completamente diferente para aquela pessoa. É autoestima, amor-próprio, tudo isso. Por mais que tenha dificuldade, eu acho que a recompensa de você levar confiança, qualidade de vida para alguém é, assim, eu acho que paga todo o sacrifício (Valéria).

Essa noção de sucesso, aparentemente empática, pode estar atravessada por uma racionalidade de gestão da vida que, como aponta Foucault (2014), em que se deslocam os mecanismos disciplinares do Estado e das instituições para o interior das práticas cotidianas e dos saberes técnicos. Assim, a atuação do nutricionista passa a depender da performance do paciente, e o reconhecimento do profissional está atrelado à capacidade dele de internalizar e reproduzir o controle que lhe foi delegado.

O discurso nutricional normalizado, baseado na ideia de “seguir uma dieta”, opera como um dispositivo de controle e posiciona o nutricionista como agente normatizador, encarregado de vigiar e corrigir os desvios em relação à norma corporal. Essa lógica contribui para sustentar a ideia de que o emagrecimento é, por definição, um processo que requer controle e obediência, deslocando a atenção do cuidado ampliado para a performance individual (Seixas *et al.*, 2020).

Um dos resultados dessa lógica é a produção do estigma<sup>16</sup> sob os corpos gordos, que passam a ser vistos não apenas como desvios da norma biomédica, mas como expressões de fracasso moral, falta de controle e irresponsabilidade individual. Essa temática foi identificada pelos estudantes tanto nas interações diretas com os usuários, como nas entrelinhas de seus relatos ao mencionarem condutas gordofóbicas e ausência de acolhimento adotadas por outros profissionais da equipe.

---

16 Este tema foi tratado no presente livro no capítulo intitulado “Corpos marcados, direitos negados: estigma do peso e iniquidades em saúde”.

[...] acho que um dos principais desafios é a quebra desse estigma de ver a obesidade como uma doença, só como uma doença e não pensar na questão do cuidado da pessoa né?! E também, essa questão da gordofobia que a gente vê que é muito presente às vezes em alguns profissionais mesmo da saúde. Então eu acho que esse é um desafio muito grande, esse estigma de ver a obesidade só como uma doença e quebrar isso também na cabeça dos próprios pacientes, sabe? (Lara).

Falas como esta revelam como o estigma relacionado ao corpo e à obesidade se manifesta sutilmente, porém persistente, atravessando os espaços de cuidado e interferindo na qualidade do vínculo e na efetividade das práticas assistenciais. A construção simbólica do estigma, amplamente reforçada pela cultura da dieta, pelos meios de comunicação e pelas próprias práticas institucionais de saúde, alimenta uma lógica de culpabilização do sujeito, em que a obesidade é tratada como consequência direta de escolhas equivocadas.

Ainda que não existam políticas públicas consolidadas para o enfrentamento à gordofobia, o reconhecimento do estigma nos materiais oficiais produzidos no país sinaliza um passo importante para a qualificação do cuidado que ultrapassa a tradicional lógica reducionista centrada no balanço energético e contagem calórica (Brasil, 2014b; 2023; 2024; 2025b). Acrescenta-se que tais documentos reconhecem explicitamente a existência do estigma social e institucional dirigido aos corpos gordos, inclusive dentro dos serviços de saúde, e a necessidade de ações dirigidas aos profissionais de saúde que promovam o acolhimento e o cuidado centrado na pessoa.

Considerando este aspecto, a vivência no INSC desestabiliza a lógica linear das práticas de saúde, por proporcionar o contato com a realidade concreta dos serviços do SUS, especialmente com os desafios e possibilidades do cuidado na APS. Nesse cenário, o papel do nutricionista se articula no diálogo com os princípios da EAN, da Educação Popular em Saúde, e nas políticas e práticas de alimentação e nutrição conforme as diretrizes do SUS. O Marco de Referência de EAN (Brasil, 2012), aponta que a prática do nutricionista na APS deve ser orientada por processos educativos emancipatórios, sensíveis à

cultura alimentar e aos modos de vida da população, rompendo com modelos unilaterais de intervenção. No entanto, esse papel ampliado ainda contrasta com a formação tecnicista oferecida na graduação.

Esse descompasso emerge com constância nos relatos dos estudantes, que ao chegarem no INSC, muitas vezes sentem uma desarticulação entre a teoria e a prática, acompanhada por uma sensação de não saber o que fazer ou como conduzir o cuidado. Tal vivência evidencia os limites de uma formação verticalizada na transmissão de conteúdos, cuja lógica reprodutivista recai diretamente sobre a atuação prática do profissional e reproduzida em cadeia, até a aquele que irá receber sua assistência.

[...] Porque eu acho que a gente atua pouco na prática, né?! O internato dá um pouco desse suporte e a gente vê um pouco mais de teoria e na prática às vezes as coisas fogem completamente daquele roteiro que a gente está acostumado na faculdade. Ai a gente acaba ficando inseguro, né? (Sônia).

A superação dessa cisão entre teoria e prática só se torna possível à medida que os estudantes se implicam nos processos vivos do cuidado, reconhecendo que sua atuação vai além da técnica (Franco; Boog, 2007). A experiência do INSC, ao favorecer o contato direto com sujeitos e territórios, reconfigura o processo formativo a partir da lógica do que Merhy (1997) define como “trabalho vivo em ato”, aquele que se reinventa no encontro com a singularidade do outro e com as imprevisibilidades do cotidiano. Diferentemente do trabalho prescritivo, que opera com base em protocolos e saberes codificados, o trabalho vivo em ato exige do profissional uma ação implicada, capaz de escutar, interpretar e atuar responsivamente diante das situações concretas.

Para o cuidado em obesidade, essa perspectiva adquire relevância particular, pois desloca o foco da intervenção centrada no controle alimentar para uma prática que reconhece os sujeitos em sua historicidade, seus modos de vida e seus sofrimentos. Ao vivenciarem esse tipo de trabalho durante o INSC, os estudantes se deparam com a complexidade que o cuidado exige,

e com isso percebem a insuficiência das respostas exclusivamente técnicas. Nessa direção, Demétrio e Scagliusi (2023) propõem ao campo da Nutrição, uma Nutrição Clínica Ampliada e Implicada fundamentada na integralidade e na humanização, sob a ótica da interseccionalidade.

O estudo de Rodrigues *et al.* (2023) aponta a interseccionalidade como um instrumento analítico para entender as iniquidades e uma perspectiva crítica necessária para transformar práticas e políticas na saúde, em especial para a obesidade. A análise crítica das narrativas presentes em documentos oficiais entre 2004 e 2021 realizada pelos autores revelou que, embora fatores como gênero, raça/cor e classe social sejam mencionados, eles raramente são integrados efetivamente nas estratégias de enfrentamento da obesidade. Essa omissão resulta em abordagens que não contemplam as especificidades das populações mais afetadas, perpetuando desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado. A ausência de integração entre essas dimensões leva à perpetuação de estigmas e abordagens homogêneas e medicalizadas, que não reconhecem a complexidade social das pessoas acometidas pela obesidade, fortalecendo as barreiras no acesso aos serviços de saúde.

As experiências e as indagações colocadas pelos estudantes do INSC, dialogam diretamente com esses pressupostos. Por meio de uma visita domiciliar, a estudante Lucia expõe suas impressões ao se deparar com a realidade complexa da usuária em questão, cujas histórias e os ambientes alimentares não dialogam com as recomendações normativas sobre alimentação saudável e obesidade.

[...] Assim, eu já tinha escutado nas disciplinas já para o finalzinho, agora de educação...em EAN...e em Saúde Coletiva também. Mas, mais em EAN que elas falaram muito sobre isso do ambiente, né? Onde a pessoa mora. Fui reparar isso no internato, a gente teve isso confirmado na prática, a gente via. Quando eu...só fiz VD (visita domiciliar) uma vez. Mas quando eu fui, eu reparei no local né, onde a pessoa morava e se você vai para.... A moça, morava lá em cima, no morro da Mangueira, e o único lugar que tinha um sacolão era lá embaixo. E ao longo, de até

chegar na casa dela...e chegando em frente à casa dela, você via muitas daquelas vendinhas que vende salgados, biscoitos e uma casa... aquelas coisas todas. E assim, era uma pessoa que tinha diabetes, pressão alta, um monte de doenças crônicas e tinha na frente da casa dela, e ela sempre comprava doce, refrigerante, essas coisas todas em maior em acesso mais facilitado, mais acessível, né?” (Lucia).

E dessa forma, os estudantes são desafiados a ressignificar a clínica, deslocando o foco da conduta prescritiva para a produção compartilhada de sentidos no cuidado, colocando em evidência as formulações teórico-práticas oriundas das disciplinas de EAN e Saúde Coletiva. Ao vivenciarem experiências no território da comunidade, os estudantes deparam-se com a materialidade das intersecções entre classe, raça e gênero, uma vez que o consumo de ultraprocessados apresenta maior prevalência entre mulheres negras, pessoas de baixa renda e com menor escolaridade (Louzada *et al.*, 2023).

Esse encontro tensiona não apenas o fazer clínico, mas também o próprio espaço formativo, exigindo que os futuros nutricionistas desenvolvam uma escuta capaz de reconhecer desigualdades históricas e de construir práticas baseadas em equidade no cuidado. Costa e colaboradores (2024) destacam que a negligência das questões étnico-raciais na formação em Nutrição constitui uma expressão concreta do racismo institucional no Ensino Superior e na prática profissional. Tal diagnóstico se articula na própria experiência da UERJ, cuja composição discente foi profundamente transformada pelo ingresso de jovens negros e de classes populares, viabilizado por seu pioneirismo na adoção da política de cotas no Brasil.

## **EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO NUTRICIONAL**

Os estudantes evidenciam em seus relatos, o papel central da disciplina de EAN como referencial teórico-prático durante os atendimentos

nutricionais realizados no internato. Essa valorização reflete o entendimento de que a EAN atua como uma grande rede de suporte para a prática do nutricionista, configurando-se como uma estratégia essencial para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) no contexto das políticas públicas (Brasil, 2012a). No âmbito da APS, a EAN reposiciona o nutricionista como agente político e educador, cuja prática deve estar orientada por princípios participativos, dialógicos e emancipatórios, contribuindo para a construção de sujeitos críticos diante dos condicionantes sociais que impactam seus modos de comer e viver (Santos *et al.*, 2021; Campos; Haddad, 2022).

As experiências que extrapolam o escopo técnico e prescritivo aprendido na graduação, tornam-se convites à observação e à participação em ações de cuidado em rede. Nessa direção, Costa e colaboradores (2024) ressaltam o papel da EAN, articulada à Educação Popular, como espaço de problematização das desigualdades, mas também de aproximação às comunidades, fortalecendo a coparticipação dos sujeitos no processo de cuidado.

As abordagens individuais e coletivas aos usuários, promoveram uma percepção dos estudantes de que o cuidado deve ser compartilhado com outros usuários e membros da equipe. Essas experiências contribuíram para que os estudantes compreendessem a relevância do cuidado longitudinal, especialmente no manejo da obesidade, condição que exige vínculo, tempo e continuidade.

Para os estudantes, a EAN também se destaca como um ponto de tensionamento na discussão recorrente sobre as lacunas entre a teoria e a prática na formação do nutricionista. A princípio, os estudantes relatam uma tentativa de aplicar integralmente os conteúdos teóricos à prática, guiados por uma lógica cartesiana e segmentada de aprendizagem, na qual se espera uma correspondência linear entre teoria e atuação profissional.

Contudo, essa expectativa se desfaz diante da complexidade das situações concretas, como o cuidado à pessoa com obesidade, que escapa às soluções prontas e aos protocolos fixos. Partindo do pressuposto de que “a

educação alimentar e nutricional está em todos os lugares e, ao mesmo tempo, não está em lugar nenhum” (Brasil, 2012, p. 14), torna-se compreensível a inviabilidade de fragmentar seus princípios de forma metodológica para que possa ser aplicada em qualquer campo. Tal empreitada possibilitaria que seu conteúdo tão rico e extenso fosse reduzido em materiais educativos que indiquem um “passo a passo” para a execução de suas práticas, configurando uma relação normativa e verticalizada que se opõe ao seu referencial freiriano.

Em uma revisão bibliográfica realizada por Regis, Bernard e Boff (2021), buscou-se averiguar a relação entre teoria e prática da EAN utilizando o Marco de Referência de EAN e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) como base. Em análise, os autores destacam que a EAN é uma estratégia relevante para o campo da alimentação e nutrição, no entanto, há uma escassez de referências sobre o seu arcabouço teórico, metodológico e operacional que viabiliza um hiato entre os seus objetivos com a forma prática. Além disto, a EAN não tem sido contemplada pelas políticas de investimento público nas esferas municipal, estadual e federal, e tampouco pelo campo da pesquisa científica, estabelecendo assim um paradoxo: ao mesmo tempo em que a EAN é valorizada ela não tem sua base teórica-conceitual e operacional claramente estabelecida (Regis; Bernard; Boff, 2021).

A formação de um educador pautada nas práticas pedagógicas populares, tem como desafio a superação de um modelo tradicional e técnico-biológico que dificulta o diálogo com a comunidades populares e o alcance do nutricionista nestes espaços (Lisboa; Costa Fonseca, 2020). Em outras palavras, os estudos registram que existe uma problemática retórica quando não há uma formação na interface com Ciência Humanas e Sociais, pois requer do docente (que um dia foi discente) a construção de seus componentes curriculares de forma autodidata e baseado nas suas experiências próprias (Franco; Boog, 2007, Amparo-Santos, 2013). Há uma importante tarefa relacionada à reflexão sobre os currículos dos cursos de Nutrição, uma vez que o processo de ensino-aprendizagem se torna mais eficaz a partir de propostas didático-pedagógicas

bem articuladas. Além disso, a docência também constitui um campo de atuação profissional do nutricionista (Cardoso *et al.*, 2016).

Seixas e colaboradores (2024) destacam que os avanços conquistados e as adversidades enfrentadas ao longo dos anos do Marco de Referência em EAN, exigem atenção diante dos desafios persistentes na consolidação de uma EAN crítica e transformadora. Entre os principais desafios, destaca-se a fragilização da educação crítica em um cenário marcado pela disseminação de valores neoliberais, que impulsionam o ideal do “empreendedor de si” e influenciam diretamente a formação dos estudantes da área da saúde.

Esse movimento interroga os fundamentos da EAN, deslocando seu foco coletivo e emancipador para uma lógica individualizante. Além disso, as autoras destacam que o desmonte das políticas públicas de SAN, aprofundado por crises econômicas, sanitárias e sociais, contribuiu para o esvaziamento institucional da EAN e reforçou sua desvalorização nos espaços formativos e de cuidado.

Diante do cenário contemporâneo, marcado por ataques à educação emancipadora e pela consolidação de lógicas neoliberais, nos questionamos o quanto a EAN, tal como experienciada e valorizada pelos estudantes durante o INSC, poderia ser compreendida como uma referência formativa potente capaz de resistir a forças hegemônicas. Ainda, é legítimo questionar também como a EAN poderia assumir um protagonismo como eixo formativo capaz de contribuir para a construção de nutricionistas comprometidos com o cuidado alimentar e nutrição humanizado.

A escuta qualificada emergiu nos relatos dos estudantes como um dos elementos mais potentes no cuidado à pessoa com obesidade. Longe de ser um gesto passivo, escutar implica reconhecer o outro como sujeito do cuidado, portador de saberes, histórias e experiências que precisam ser considerados na construção de intervenções efetivas. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013), reconhece como diretriz central, a legitimidade dos saberes populares no campo da saúde, com o mesmo valor que os saberes técnico-científicos. E a partir desse espaço criado

pela escuta, é possível compreender que o sofrimento relacionado ao corpo e ao comer ultrapassa o campo biológico, e que, muitas vezes, as demandas emergem de situações de exclusão social, insegurança alimentar e estigmas enraizados.

Ao observar os relatos de usuários e refletir sobre suas próprias práticas, os estudantes compreendem que escutar não é apenas uma etapa do atendimento, mas sim uma atitude ética e sensível, que implica deslocar o nutricionista da posição de autoridade sobre os corpos e situá-lo como mediador do cuidado, contribuindo para o desenvolvimento de planos terapêuticos compartilhados e viáveis. Ademais, a escuta ancora o cuidado na realidade concreta de cada usuário, abrindo um campo de intervenções mais eficazes e acolhedoras das diferenças individuais.

Conforme apontam Merhy e Ceccim (2004), a clínica é atravessada por encontros que não se esgotam no corpo biológico, mas se estendem ao corpo vivido, à subjetividade, ao território e à linguagem. Nesse sentido, a escuta e o acolhimento se constituem como tecnologias leves fundamentais para o cuidado em saúde, pois operam na dimensão do vínculo, da responsabilização compartilhada e da criação de sentido para o ato clínico (Brasil, 2018). Escutar, portanto, é reconhecer o outro como sujeito legítimo de saber, experiência e desejo, recusando as práticas de silenciamento, julgamento e normatização que muitas vezes se impõem sobre os corpos, especialmente os corpos gordos.

A escuta se torna, então, condição de possibilidade para uma clínica humanizada, capaz de acolher complexidades sem as reduzir a protocolos ou prescrições. Ao incorporar essa perspectiva nas vivências do internato, os estudantes passaram a reconhecer que a potência do cuidado nutricional está menos na norma e mais na relação, menos na técnica e mais na disposição de estar com o outro.

Pensando um pouco no ar, nos hábitos alimentares, né? Eu lembrei também de uma situação de um de uma usuária que a gente foi fazer matriciamento e...eu aprendi também no internato que se a gente é muito incisiva, se a gente já chega ali querendo mudar totalmente o

hábito alimentar, aquela pessoa, ela se fecha e ela é de certa forma, algumas vezes a gente, a gente com certos usuários, a gente via que rolava até piada, tipo, 'ah, já vai chegar para passar certa coisa, tipo: 'Vai, vai, vai tirar o meu refrigerante' e muitas vezes... a gente não pode fazer isso. A gente tem que ir aos poucos. A gente tem que é... não falar: ó, 'não beba mais, mas diminua'. É a forma de falar, é você tem que escutar. De repente, aquele alimento ali que a gente sabe que né bom, é muito especial para a pessoa. É... é tipo, importante, ela não se vê sem aquilo. A gente vai conversando, vai dando opções, vai sugerindo para diminuir o consumo? Não, não... muitas vezes, não pode ser muito incisivo." (Sandra).

No âmbito do atendimento coletivo ou individualizado, é por meio da escuta e da troca que a construção de uma intervenção alimentar e nutricional acontece. Corroborando o que foi relatado pela estudante Sandra, O Instrutivo de Abordagem e Manejo da Obesidade no SUS (Brasil, 2024) reforça a importância de práticas comunicacionais não autoritárias no cuidado, reconhecendo que abordagens prescritivas e distantes da realidade dos usuários tendem a fragilizar o vínculo, reduzir a motivação e comprometer a adesão às mudanças propostas. Dessa forma, o aconselhamento nutricional é colocado como uma abordagem teórico-prática para a condução de atendimento individuais aos usuários com obesidade, superando intervenções prescritivas mais comumente usadas.

O Instrutivo propõe que o aconselhamento nutricional seja considerado uma das etapas na estruturação do acompanhamento nutricional individualizado, que pode ser organizado de diferentes formas como: Orientações Alimentares; Plano Alimentar Quantitativo ou Plano Alimentar Qualitativo.

A escolha do molde a ser utilizado pelo nutricionista, depende de contextos específicos apresentados pelo usuário, tais como: suas condições de saúde, a prontidão de mudança e o nível de implementação de orientações alimentares sugeridas. O documento sugere orientações, estratégias, ferramentas, ações assistenciais e temas a serem pautados no aconselhamento, que dialoguem com o cotidiano dos indivíduos e estejam alinhados às

recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (Brasil, 2020) e ao Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014a).

Esse Instrutivo converge com a literatura científica que valoriza o aconselhamento e os princípios freireanos de EAN, como uma abordagem centrada no reconhecimento dos saberes dos usuários, por meio da escuta ativa, e na construção de um saber compartilhado a fim de provocar autonomia dos sujeitos para que se tornem protagonistas do seu cuidado (Canesqui; Garcia, 2005, Boog, 2013a). Nesse sentido, Boog (2013b) reforça que o aconselhamento ultrapassa a dimensão técnica da orientação alimentar, configurando-se, sobretudo, como uma prática educativa que se realiza na relação. Essa perspectiva implica reconhecer que o processo de cuidado não se dá apenas pela prescrição de condutas, mas pela criação de espaços dialógicos nos quais o sujeito possa refletir sobre suas escolhas, atribuir novos sentidos à sua alimentação e desenvolver autonomia em sua trajetória de saúde. Assim como relatado pela estudante Sandra, o caráter educativo do aconselhamento não se restringe à transmissão de informações, mas se concretiza na escuta sensível, na valorização da experiência vivida e na coconstrução de caminhos possíveis no cotidiano de cada pessoa.

Diante do crescimento alarmante dos casos de sobrepeso e obesidade, e da necessidade de ampliar e efetivar ações de promoção da saúde na APS, o Instrutivo em questão responde a uma demanda institucional e organizacional do SUS, compartilhando suporte técnico aos profissionais de saúde que atuam na linha de frente, especialmente no contexto das equipes multiprofissionais, frequentemente submetidas a desafios operacionais, institucionais e subjetivos. Contudo, é fundamental ressaltar a compreensão do Instrutivo como instrumento de apoio à prática clínica, de uso reflexivo e crítico, articulado a marcos teóricos e pedagógicos que promovam práticas abertas, dialógicas e comprometidas com a construção compartilhada do cuidado. Mais do que replicar modelos prontos a partir de cartilhas que engessam o

cuidado, é preciso sustentar um processo de escuta ativa, criatividade clínica e compromisso ético-político com a singularidade dos sujeitos, especialmente em temas tão complexos e atravessados por desigualdades estruturais como a obesidade. Isso é particularmente relevante no campo da Nutrição, onde as condutas devem ser sensíveis às diferenças culturais, étnico-raciais e subjetivas que atravessam a alimentação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo evidenciou que o cuidado à pessoa com obesidade na APS convoca o nutricionista a ultrapassar os limites da prescrição dietética e a se implicar em práticas éticas, críticas e sensíveis à complexidade dos sujeitos. Os relatos dos estudantes do INSC indicam que a vivência territorializada permite interrogar os referenciais teóricos construídos na graduação e evidenciar o descompasso entre a formação tradicional e os desafios da prática cotidiana.

A escuta, o acolhimento e o reconhecimento do estigma como barreira concreta do cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade despontam como pilares de uma atuação comprometida com a integralidade. A valorização da formação pautada na articulação ensino-serviço se mostra central para a construção de um cuidado implicado com a realidade dos territórios e com a singularidade dos sujeitos. Estar no território é vivenciar histórias que não cabem nos livros; é ouvir dores, contextos e trajetórias que deslocam certezas e convocam o estudante a ressignificar a inserção clínica do nutricionista. A escuta, nesse contexto, não é apenas uma técnica, mas um gesto ético de reconhecimento do outro como sujeito do cuidado. São as histórias escutadas que muitas vezes marcam a formação do estudante de maneira mais profunda do que qualquer conteúdo ministrado em sala de aula.

Entretanto, os desafios do cuidado em obesidade extrapolam a dimensão formativa. A insuficiência do arcabouço das políticas públicas,

somada à fragmentação das ações e ao subfinanciamento das iniciativas voltadas à promoção da saúde, impõe limites concretos à atuação dos profissionais e fragiliza as estratégias de cuidado. Soma-se a isso a penetração da racionalidade neoliberal nos espaços de formação e de saúde, que desloca a responsabilidade coletiva para a esfera individual, promovendo um modelo de cuidado centrado na performance e na responsabilização do sujeito. Nesse cenário, o nutricionista é constantemente tensionado entre um cuidado que educa e emancipa, e um cuidado que cobra e normaliza.

A Educação Alimentar e Nutricional se apresenta como um eixo formativo estratégico, capaz de articular o ensino, o serviço e a comunidade em práticas que ultrapassam a transmissão de informações nutricionais. Quando orientada pela Educação Popular, a EAN coloca em evidência e se ocupa das desigualdades sociais e raciais que atravessam a alimentação, fortalece a coparticipação dos sujeitos no cuidado e potencializa a construção de vínculos no território.

Conclui-se, portanto, que práticas formativas como as desenvolvidas no INSC potencializam a construção de uma ética do cuidado mais alinhada aos princípios do SUS e aos valores da saúde coletiva. Ao apresentar, analisar e discutir a experiência do INSC sob a ótica da EAN desejamos reforçar que nossa aposta é na formação de nutricionistas que sejam capazes de sustentar um cuidado sensível, comprometido com os direitos humanos e com a luta contra as desigualdades sociais, assumindo a complexidade da obesidade como um fenômeno multifacetado e estruturado por determinantes sociais. É nesse cruzamento entre o técnico, o político e o afetivo que se desenha uma prática nutricional mais potente, transformadora e necessária.

## REFERÊNCIAS

AMPARO-SANTOS, L. Avanços e desdobramentos do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para políticas públicas no âmbito da universidade e para os aspectos culturais da alimentação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 6, p. 595-600, 2013.

BOOG, M. C. F. **Aconselhamento nutricional**: um diálogo entre saberes. Campinas: Papel Social, 2013a.

BOOG, M. C. F. O aconselhamento nutricional como prática educativa. In: SAUL, A. M.; BOOG, M. C. F. (orgs.). **Educação em saúde**: teoria e prática. São Paulo: Cortez, 2013b. p. 139-157.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Departamento de Estruturação e Integração dos Sistemas. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)**. Portaria GM/MS nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a política no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS**: resultados do Laboratório de Inovação no Manejo da Obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 39**: Atenção à Saúde na APS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos**. Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Conitec, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Abordagem Individual para o Manejo da Obesidade no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais, 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 2, de 15 de agosto de 2025**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, DF, 18 ago. 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gordofobia e Estigma do Peso - Reconstruindo Narrativas e Práticas de Cuidado em Saúde** / Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2025b.

CAMPOS, V. L.; HADDAD, J. P. A. A atuação do nutricionista na Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, e320106, 2022.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (orgs.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CARDOSO, C. G. L. V. *et al.* Desafios da formação pedagógica em nutrição. **Ciencia, docencia y tecnologia**, n. 53, p. 33-49, dez. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COSTA, R. R. S.; SCHOTTZ, V.; LISBÔA, C. M. P. Educação Alimentar e Nutricional na formação de nutricionistas: espaço de reflexão crítica sobre as desigualdades raciais. **DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, e77417, 2024.

DEMÉTRIO, F.; SCAGLIUSI, F. B. Comendo nas encruzilhadas: contribuições interseccionais para a Nutrição Clínica Ampliada e Implicada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 4, e230050, jan. 2023.

DESLANDES, S. F. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FRANCO, A. C.; BOOG, M. C. F. Relação teoria-prática no ensino de educação nutricional. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 6, p. 643-655, 2007.

FREITAS, M. C. S.; MINAYO, M. C. S.; FONTES, G. A. V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 31-38, jan. 2011.

LISBOA, C. M. P.; COSTA, R. R. S.; FONSECA, A. B. C. As potencialidades da educação popular na construção curricular da formação em nutrição. **Revista de Educação Popular**, v. 19, n. 1, p. 3-23, jan./abr. 2020.

LOUZADA, M. L. C.; CRUZ, G. L.; SILVA, K. A. A. N.; GRASSI, A. G. F.; ANDRADE, G. C.; RAUBER, F.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 12, 2023.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E.; CECCIM, R. B. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. Niterói: UFF, 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#indexados>. Acesso em: 14 maio 2024.

MONTEIRO, C. A. *et al.* A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00053218, 2018.

MOROSINI, V. M.; FONSECA, A. F. Configuração do trabalho dos agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (orgs.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 369-406, 2018.

REGIS, J. G.; BERNARD, A.; BOFF, E. T. O. O hiato entre teoria e prática da educação alimentar e nutricional. In: Seminário de iniciação científica, 29., 2021, Ijuí. **Anais [...]**. Ijuí: Unijuí, 2021.

RODRIGUES, L.; MIRANDA, N. G.; CABRINI, D. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). **Cadernos de Saúde Pública**, [online], v. 39, n. 7, e00240322, 2023.

SANTOS, T. C. F.; MEDEIROS, M. L.; LIMA, E. C. Educação alimentar e nutricional no contexto do SUS: desafios para a formação do nutricionista. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 34, e200156, 2021.

SEIXAS, C. M.; CASEMIRO, J. P.; COUTINHO, C. O.; CONDE, T. N.; BRANDÃO, A. L. Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre as novas abordagens comportamentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, e300411, 2020.

SEIXAS, C. M.; CASEMIRO, J. P.; MALDONADO, L. A.; MENEZES, M. F. G.; FELDENHEIMER, A. C.; MARTUCCI, R. B.. Uma década do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as políticas públicas: princípios, práticas e desafios. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, e86043, 2024.

SWINBURN, B. A.; KRAAK, V. I.; ALLENDER, S.; et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.



## CAPÍTULO 11

# PARADOXOS DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: NA CONTRAMÃO DA INTEGRALIDADE

Cristiane Marques Seixas  
Ana Laura Brandão  
Juliana Pereira Casemiro  
Elma Lúcia de Freitas Monteiro  
Erika Cardoso dos Reis

### INTRODUÇÃO

Uma mulher com cerca de 40 anos, trabalhadora de um salão de beleza, avisa que está na hora de comer o iogurte que trouxe para o lanche, mas que estava mesmo com vontade de comer coxinha. Ela diz: “Não importa a hora ou o local: se estou na rua e vejo uma coxinha, eu como, mesmo que não esteja com fome”. Ela relata que está perdendo peso porque foi orientada em um grupo da Unidade Básica de Saúde (UBS) que procurou para se cadastrar e receber o Ozempic: “Eu e o médico que me atendeu achávamos que seria fácil porque eu tinha certeza de que eu estava pré-diabética, mas não estava. Aí agora tenho que ir nesse grupo para continuar tentando”. Ela completa seu raciocínio



relatando parte da experiência no grupo e as orientações para preferir frutas e diminuir consumo de industrializados: “Eu falei no grupo que eu sinto fome. Ontem mesmo, à noite, estava com fome e só comi laranja. Comi só três porque estava cansada demais para descascar outra. E tá bom, né? Em outros tempos tomaria um guaraná natural e comeria um pacote inteiro de biscoito [marca]. As pessoas dizem que não têm fome, que quase não comem e não sabem por que engordaram. Como chegaram então naquele peso todo? Falo mesmo.”

Este relato foi ouvido por uma das autoras no início de 2025. Observa-se, por um lado, que na fala são desvalorizadas, por exemplo, as estratégias coletivas e as orientações nutricionais e por outro, passam despercebidas questões sobre a influência do ambiente alimentar e do marketing, do estigma e da complexidade das causas do ganho de peso<sup>17</sup>. Todos estes temas, que impregnam o senso comum sobre a atenção à saúde, foram tratados ao longo do livro em uma perspectiva crítica. Contudo, cabe destacar do relato o paradoxal valor da estratégia medicamentosa diante de um contexto de uma usuária que teve acesso ao cuidado, mas questiona-se: em que medida a integralidade está expressa em seu itinerário terapêutico?

Desde que, nas eleições de 2024/2025 para a prefeitura do Rio de Janeiro, a distribuição de medicamentos análogos do GLP-1 para o tratamento da obesidade tornou-se promessa de campanha, relatos como estes tornaram-se possíveis. No âmbito nacional, este debate teve novos desdobramentos a partir de uma consulta pública (Conitec/SECTICS n.º 47/2025) e da publicação de um Relatório de Recomendações sobre o tema (Brasil, 2025). Como pode a prescrição de um medicamento ainda tão controverso (Indiani *et al.*, 2025) ser incorporada às dinâmicas cotidianas de serviços públicos de saúde sem que isto gere um debate público extenso e que considere as demais iniciativas já em curso?

Reconhecida como uma questão de saúde pública, a obesidade passou a ocupar lugar de destaque nas agendas internacionais nas últimas três décadas, em virtude de seu caráter epidêmico e da abrangência global (Polan,

---

<sup>17</sup> Este tema foi tratado no presente livro no capítulo intitulado “Eles acabam ingerindo as coisas que são mais baratas”: a relação entre acesso à alimentação e o cuidado às pessoas com obesidade”.

2014). Diante da necessidade premente de atuação para conter o crescimento da obesidade e seu impacto social, a organização de prioridades públicas tem sido bastante paradoxal.

A medicalização da obesidade e a delimitação de uma resposta restrita para uma condição de saúde reconhecidamente complexa estão presentes no discurso do senso comum, dos profissionais de saúde e da gestão pública (Seixas *et al.*, 2025). Assim como no relato apresentado, tais questões atuam na apresentação e construção de demandas que afetam de múltiplas formas o cotidiano e a política de atenção à saúde. Sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017), ela é também a primeira a ser impactada por tal demanda.

O que nos chama a atenção é, por um lado, a compreensão da obesidade como uma questão de saúde pública e um dos maiores desafios deste século e por outro, a implementação de iniciativas diversas, custosas, pouco eficazes e, muitas vezes, contraditórias. Além disso, a não implementação de outras propostas amplamente discutidas, definidas em diretrizes, comparativamente de baixo custo e comprovadamente eficazes.

Neste capítulo, pretendemos apresentar e discutir os paradoxos envolvidos no cuidado às pessoas com obesidade, tendo em vista os desafios que se apresentam no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, tanto para profissionais de saúde quanto para gestores. Visamos com isso não somente sustentar uma visão crítica do tratamento às pessoas com obesidade, mas, sobretudo, apresentar pontos que orientem nossa agenda de pesquisas futuras.

## **O CONTEXTO DO (DES)CUIDO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA APS**

Não é novidade o caráter complexo da obesidade, não somente pelos aspectos subjetivos e socioculturais envolvidos, mas até mesmo pelos

mecanismos fisiopatológicos, hormonais e genéticos que determinam quando e como o acúmulo de gordura se torna uma doença a ser combatida (Ahmed; Mohamed, 2025). Tal complexidade pode ser encarada por diversos ângulos, como podemos observar em dois documentos recentes que lançam novos olhares sobre como tradicionalmente pensamos a obesidade.

O relatório da *Lancet Diabetes & Endocrinology Commission* (2025), por exemplo, afirma que o índice de massa corporal (IMC) não deve ser usado isoladamente para diagnosticar obesidade, recomendando a inclusão de medidas de gordura corporal e distribuição de peso para uma avaliação mais precisa. Já o *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report* (Swinburn *et al.*, 2019) associa obesidade a uma sindemia, ou seja, um fenômeno que mostra o entrelaçamento sinérgico entre as epidemias de obesidade, desnutrição e as mudanças climáticas.

Do ponto de vista das ciências humanas e sociais, já tratamos em outros textos da paradoxal relação entre o aumento da prevalência de obesidade, o modo de gestão neoliberal da alimentação e as dificuldades em encontrar melhor manejo do sobrepeso e da obesidade que reflitam práticas mais cuidadosas e cuidantes, sobretudo na APS (Casemiro *et al.*, 2019; Casemiro *et al.*, 2021; Seixas *et al.*, 2020; Seixas; Kraemer, 2015). Hoje, mais do que nunca, sabemos o quanto estamos distantes de encontrar uma solução para esse impasse, haja vista que nenhum país no mundo conseguiu, até o presente momento, reverter a tendência de aumento de casos de obesidade (NCD-RisC, 2024).

Entendemos como práticas cuidadosas e cuidantes aquelas que colocam o indivíduo no centro dos processos, sem perder de vista aquele que cuida, o contexto em que as pessoas estão inseridas e sua sustentabilidade no médio e longo prazo. Nessa perspectiva, essas práticas cuidadosas e cuidantes vão ao encontro da integralidade do cuidado como um dos princípios do SUS. Por outro lado, podemos interrogar a assistência ofertada às pessoas com obesidade comumente adotadas na APS têm se configurado como práticas em que um certo “descuido” é o protagonista.

Nesse sentido, ao olhar para as ações voltadas às pessoas com obesidade no SUS, é preciso desvelar uma série de elementos que fazem com que pareçam práticas de cuidado, mas que não são. Em uma mirada panorâmica, podemos elencar alguns elementos, entre eles, os mais comuns são: a individualização das responsabilidades, a adoção de regras para perda de peso generalizadas e o estigma de peso entre profissionais de saúde. A associação desses elementos resulta em práticas que desconsideram os contextos em que os indivíduos vivem e estão atreladas a não compreensão da obesidade como condição crônica e progressiva (Puhl, 2023).

Ao observarmos mais de perto, outro elemento que também merece destaque diz respeito à identificação dos casos de obesidade. Uma comparação entre os dados de prevalência da obesidade, identificados pelas pesquisas nacionais (IBGE, 2021), as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e os dados sobre cuidado evidenciam, na verdade, a invisibilidade que a obesidade adquire para os profissionais da APS. Isso porque a prevalência da obesidade identificada pelas pesquisas é de 9 a 10 vezes maior do que os registros de atendimentos na APS que têm a obesidade como uma condição avaliada.

Por outro lado, os dados de registros de atendimento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) na APS mostram que o registro dessas patologias está mais alinhado à prevalência observada. Ou seja, esse cruzamento de dados evidencia a subnotificação de casos de obesidade e que esta raramente é tratada como uma condição crônica prioritária, sendo negligenciada em favor de suas comorbidades (Silva *et al.*, 2019).

Vale destacar que a obesidade não é um indicador específico de repasse de recursos financeiros, como é o caso do atendimento a pessoas com HAS e DM2 que são condições frequentemente relacionadas ao excesso de peso (Cordeiro *et al.*, 2016). Isso coloca mais uma camada no que já identificamos como descuido no cuidado às pessoas com obesidade, pois aponta para uma forma de financiamento que ignora a complexidade do problema, segmentando-o a partir das comorbidades.

Um estudo publicado em 2023 avaliou o papel indutor de um incentivo financeiro federal destinado à atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo este o primeiro recurso voltado especificamente para esse fim no país. O estudo identificou aumento no número de atendimentos individuais relacionados à obesidade na APS, concluindo que os incentivos financeiros federais, direcionados ao fortalecimento do cuidado às pessoas com obesidade, configuram-se como importantes mecanismos de indução de ações em nível local (Oliveira *et al.*, 2023).

Para ter uma dimensão do impacto da invisibilidade da obesidade no financiamento da APS, em 2018, no Brasil, os gastos totais do SUS com HAS, DM2 e obesidade somaram R\$3,45 bilhões, sendo 11% desse valor destinado especificamente ao cuidado da obesidade. Quando considerada isoladamente como fator de risco para HAS e DM2, a obesidade gera despesas atribuíveis que chegam a R\$1,42 bilhão (Nilson *et al.*, 2020).

Outro aspecto que se destaca num olhar mais apurado da problemática em tela é a avaliação nutricional. Ela é uma parte essencial do cuidado às pessoas com obesidade, e, frequentemente, não é realizada na APS de forma sistemática ou, ainda, quando realizada, é subutilizada (Silva *et al.*, 2022). Identificam-se barreiras estruturais, como falta de recursos, inadequação de equipamentos, treinamento inadequado dos profissionais, falta de integração multiprofissional e priorização de atendimentos curativos (Souza *et al.*, 2025).

Apurando um pouco mais o olhar, observa-se que a principal conduta dos profissionais de saúde em relação às pessoas com obesidade é a alta (Brasil, 2025), indo na contramão da necessidade de acompanhamento contínuo para as doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que são condições que persistem ao longo da vida (Mendes, 2012).

Isso talvez seja consequência de uma dificuldade em alcançar resultados significativos relacionados geralmente à perda de peso, que pode ser atribuída a fatores tais como falta de treinamento dos profissionais ou o tempo

insuficiente que os profissionais têm para o cuidado (Tucker *et al.*, 2021). No caso da obesidade, a falta de um acompanhamento adequado contribui para o surgimento e agravamento de comorbidades positivamente associadas, como crises hipertensivas, angina, alterações na glicemia e aumento do risco cardiovascular (Malfatti; Assunção, 2011).

Cabe refletir que a alta não está relacionada a orientações oficiais ou protocolos. Na realidade, possivelmente, mais uma vez os motivos estão em perspectivas morais/subjetivas, uma vez que o cuidado continuado traz muitas vezes frustrações para os profissionais de saúde que se sentem desmotivados por não ter perspectiva de cura no longo prazo. Decorre daí outra dimensão da invisibilidade que nos deparamos neste livro quando tratamos das entrevistas realizadas com Agentes Comunitários de Saúde<sup>18</sup>, pois esses profissionais e outros também sofrem com o excesso de peso. O sofrimento no trabalho tem muitas caras e pode se dar a ver no corpo e na prática profissional.

Nesse sentido, a organização de uma Linha de Cuidado (LC) referente às doenças crônicas se mostra importante. A linha de cuidado visa o estabelecimento de um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o indivíduo com excesso de peso e obesidade no SUS. Isso permite que os profissionais de saúde tenham uma direção para se orientar no compartilhamento do cuidado e no encaminhamento a outros profissionais e serviços que compõem as RAS. É importante mencionar que a linha de cuidado não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita para o seu tratamento (Brasil, 2014).

Contudo, a LC pode não expressar o itinerário terapêutico, dado que este pode ser compreendido como a descrição dos percursos formais e informais realizados por indivíduos ou coletivos na busca de cuidado e

---

18 Este tema foi tratado no presente livro no capítulo intitulado “Nós, que estamos gordinhos”: a obesidade sob o olhar do Agente Comunitário de Saúde”.

resolução de aflições. Ele articula dimensões sociais, culturais e institucionais. Compreender os itinerários terapêuticos de pessoas com obesidade pode servir como importante subsídio para a organização do trabalho. Além disso, ajuda na gestão dos serviços de saúde e na construção de práticas cuidadoras e cuidantes que sejam contextualizadas à realidade concreta das pessoas (Gerhardt *et al.*, 2016, Pinheiro, 2016).

Ainda que o itinerário terapêutico como conceito-ferramenta de pesquisa possibilite a localização de falhas e potencialidades das redes formais e informais de cuidado (Souza; Zambenedetti, 2018), ele também evidencia o quanto usuários são tomados por uma lógica neoliberal que exige uma autorresponsabilização no processo de busca de terapêutica para um adoecimento.

Para aquele que se propõe a identificar os paradoxos no cuidado às pessoas com obesidade na APS, é preciso ir além de um olhar apurado. É preciso usar outras lentes que nos permitam ver as tramas em que o cuidado pode se enlaçar ou se desenrolar. Medidas que incentivam as pessoas a alterar, por conta própria, hábitos alimentares e de atividade física costumam ser mais facilmente implementadas pelos governos em detrimento de linhas de cuidado coordenadas e articuladas nos três níveis de atenção. Muitas vezes, isso ocorre sem considerar que tais medidas precisam estar baseadas em políticas públicas que permitam a sua implementação e manutenção ao longo da vida, para que não retornem como culpabilização individual ou responsabilidade daquele que deveria agir como empreendedor de si.

Em tempo: a lógica neoliberal que permeia a invisibilidade da obesidade também é verificada no financiamento da APS. Ela considera o desempenho das equipes e a oferta efetiva de ações e serviços como critérios fundamentais para a definição do valor mensal a ser repassado aos municípios. Diante de dados de acompanhamento da obesidade na APS inferiores à elevada prevalência nacional dessa condição, a obesidade acaba por se tornar invisível desde a perspectiva da atenção no trabalho desenvolvidos pelos profissionais das equipes de saúde da família.

Ainda, é invisível para a gestão, dificultando a alocação de recursos e a formulação de políticas direcionadas ao fortalecimento do cuidado. Assim, pensar em outras maneiras de realizar os registros pode contribuir também para garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, facilitando a comunicação e tomada de decisão entre a equipe e sistematização do atendimento (Martins, 2018).

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTAS ABERTAS: PROPOSTAS INVESTIGATIVAS PARA MELHORIA DO CUIDADO?**

Para que a APS possa realmente assumir seu papel no processo de cuidado das pessoas com obesidade, podemos e devemos vislumbrar alguns caminhos. Primeiramente, é preciso dar um destaque importante para o fortalecimento da longitudinalidade do cuidado, garantindo um acompanhamento contínuo dos sujeitos com consultas regulares e monitoramento do progresso, sem que isso represente falha, fracasso ou insucesso.

Entre os atributos fundamentais da APS, Starfield (2002) destaca a longitudinalidade como um dos mais relevantes, sendo considerada uma de suas características centrais. Esse atributo diz respeito à continuidade do cuidado ao longo do tempo, promovido por um profissional generalista ou por uma equipe da APS, que acompanha o indivíduo em diferentes episódios de adoecimento e em ações preventivas. Essa constância no cuidado favorece o desenvolvimento de uma relação terapêutica sustentada na responsabilidade do profissional e na confiança do paciente.

A presença da longitudinalidade tende a resultar em diagnósticos mais precisos, tratamentos mais adequados e na redução de encaminhamentos desnecessários para níveis de maior complexidade (Cunha; Giovanella, 2011). Sua implementação depende da estabilidade institucional e da organização

dos serviços, em que o tempo dedicado a cuidar seja fator a ser observado e colocado como prioridade.

Reforça-se ainda o uso de abordagens inclusivas, em detrimento das abordagens normativas e estigmatizantes. Ou seja, oferecer cuidado centrado na pessoa, considerando suas necessidades e preferências individuais e uma avaliação que considere além do peso corporal. Avaliar o indivíduo na integralidade significa considerar aspectos tanto clínicos como morbidades associadas, mas também limitações funcionais e questões de saúde mental que afetam as pessoas de diferentes formas, de acordo com seu modo de vida e sobretudo a vivência particular com seu próprio corpo (Tylka *et al.*, 2014). O desenvolvimento dessas abordagens é condicionado à oferta de educação permanente em saúde, não somente com o objetivo de capacitar os profissionais, mas também de considerá-los em sua dimensão pessoal e política que, para cuidar, precisa também ser cuidado.

Nessa mesma direção, cabe mencionar que a relação entre os profissionais de saúde e a pessoa com obesidade muitas vezes ainda é marcada pelo estigma associado ao peso, que frequentemente resulta em atitudes discriminatórias. Pessoas com obesidade são frequentemente tratadas com menor respeito, devido à crença de que não seguirão as recomendações do tratamento, seja por desmotivação ou preguiça. Essa percepção impacta diretamente a qualidade do atendimento, resultando em menor tempo dedicado ao cuidado e em um ambiente pouco acolhedor e carregado de julgamentos, comprometendo o cuidado centrado na pessoa (Villela; Azevedo, 2021)<sup>19</sup>.

Para reverter um quadro delicado como esse, é preciso questionar não somente o contexto cultural em que estamos inseridos, mas promover práticas que rompam com esse preconceito assim como valorizar o diálogo que coloque em pauta preconceitos de toda ordem, seja de peso, raça, cor, credo, classe social entre tantos outros que proliferam em nossa sociedade tão pouco afeita a se interrogar sobre suas certezas.

---

<sup>19</sup> Este tema foi tratado no presente livro no capítulo intitulado “Corpos marcados, direitos negados: estigma do peso e iniquidades em saúde”.

Destaca-se a importância do fortalecimento por parte dos profissionais, das tecnologias leves no cuidado aos sujeitos, como práticas que priorizam a interação humana, acolhimento e escuta ativa. A construção de vínculo entre profissionais de saúde e usuários que respeitem a subjetividade e o reconhecimento do outro é um dos desafios que se colocam nesta área. Para construir um cuidado que considera o contexto social e a participação ativa dos envolvidos (Merhy, 2005; Araújo *et al.*, 2019) é preciso lembrar que usuários são pessoas, que a doença que habita um corpo também é sentida na alma<sup>20</sup>. Dessa forma, promover a autonomia dos sujeitos deve ser observado como um componente essencial, permitindo que os usuários participem ativamente de seu processo de cuidado. A APS é vista como um espaço de fortalecimento do autocuidado e da corresponsabilização, oferecendo cuidado continuado e adaptado às necessidades individuais e comunitárias.

Ainda dentro do escopo da atuação da APS está a perspectiva da coordenação do cuidado, ou seja, a garantia de acesso a outros níveis de atenção quando necessário (Starfield, 2002). No caso dos sujeitos com sobrepeso e obesidade estamos nos referindo, por exemplo, ao acesso a procedimentos de média complexidade como o atendimento ambulatorial em nutrição e de alta complexidade, como a cirurgia bariátrica, assim como cirurgias plásticas reparadoras pós-bariátrica (Brasil 2013a; Brasil, 2013b; Brasil 2023a; Brasil, 2022).

Isso reflete a necessária integração da APS com a RAS no estabelecimento de fluxos assistenciais, incluindo o acesso a tratamentos especializados e suplementação farmacêutica quando indicada, visando a garantia do cuidado integral, do acesso equitativo e da qualidade do cuidado. Estudos reafirmam a necessidade de educação permanente em saúde para melhorar a gestão de casos e a integração intersetorial (Brasil, 2014; Andrade; Cesse; Figueiró, 2023).

O que temos a desconcluir é que o descuido com a obesidade na APS tem levado à agudização dos casos, transformando a obesidade em uma

---

20 Este tema foi tratado no presente livro no capítulo intitulado “O cuidado, a saúde e o corpo: a obesidade nos sentires dos usuários da Atenção Primária à Saúde”.

questão de saúde crônica que pode resultar na necessidade de intervenções mais complexas no futuro (Tucker *et al.*, 2021). A ausência de intervenções precoces, como educação em saúde e acompanhamento contínuo, resulta em maior demanda por cuidados especializados, mas, sobretudo, a um longo caminho de sofrimento que ultrapassa em muito as comorbidades associadas à obesidade. Como nos disse o poeta: “o essencial é invisível aos olhos”, mas é preciso olhar para aprender a ver.

## REFERÊNCIAS

AHMED, S. K.; MOHAMED, R. A. Obesity: prevalence, causes, consequences, management, preventive strategies and future research directions. **Metabolism Open**, v. 27, p. 100375, 2025.

ALBERGA, A. S. *et al.* Weight bias and health care utilization: a scoping review. **Primary Health Care Research & Development**, v. 20, e116, 2019.

ANDRADE, R. S.; CESSE, E. A. P.; FIGUEIRÓ, A. C. Cirurgia bariátrica: complexidades e caminhos para a atenção da obesidade no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 641-657, jul./set. 2023.

ARAÚJO, F. M.; GONZÁLEZ, A. D.; SILVA, L. C.; GARANHANI, M. L. Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 249-260, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, 20 mar. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, 20 mar. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da**

**Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS. **Relatório de recomendação:** Medicamento Semaglutida para o tratamento de pacientes com obesidade grau II e III, sem diabetes, com idade a partir de 45 anos e com doença cardiovascular estabelecida. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação para Atenção Básica. **Dados de Saúde/Produção.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2025. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 set. 2025.

CASEMIRO, J. P.; BRANDÃO, A. L.; SILVA, C. V. C. O cuidado como política pública no enfrentamento à obesidade: avanços e desafios. In: RODRIGUES, P.; CARDOSO, E.; PALMA, J. (orgs.). **Obesidade: saúde e sociedade.** Curitiba: CRV, p.109-128, 2019.

CASEMIRO, J. P.; SILVA, C. V. C.; SEIXAS, C. M. Nas trilhas do cuidado à obesidade: quais os caminhos e os sujeitos que orientam percursos? In: SILVA, A. C. F.; BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P. (orgs.). **Alimentação e Nutrição na Atenção Básica:** reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado. Rio de Janeiro: EdUERJ, p.125-148, 2021.

CORDEIRO, L. M. *et al.* O cuidado à saúde de pessoas com excesso de peso na atenção primária: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 10, n. 57, p. 111-120, 2016.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

FERREIRA, A. A.; BARROS, D. C.; BAGNI, U. V. Avaliação nutricional na atenção básica: reflexões sobre práticas e saberes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. (Coleção Fazer Saúde)

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: GERHARDT, T. E. *et al.* (orgs.). **Itinerários terapêuticos:** integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ–ABRASCO, 2016. p. 27-98.

INDIANI, L.; ARRUDA, R. F.; AIRES, J. H. C.; ANDRADE, M. L.; MARINHO, M. F. L. Análogos de GLP-1 no controle de peso: desafios éticos e considerações práticas na prescrição. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, v. 23, n. 5, p. 1-25, 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério da Economia. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019: Ciclos de Vida: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

LANCET DIABETES & ENDOCRINOLOGY COMMISSION. Beyond BMI: reframing obesity diagnosis and care. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, London, v. 13, n. 2, p. 81-150, 2025.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1383-1388, 2011.

MARTINS, A. P. B. É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. **Revista de Administração de Empresas (RAE)**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 337-341, maio/jun. 2018.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, v. 403, n. 10431, p. 1027-1050, 2024.

NOGUEIRA, R. M. *et al.* Barreiras no manejo da obesidade na atenção primária à saúde: percepções de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 113, 2020.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. C. S.; BRITO, D. A.; OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2020. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, p. 201, 2020.

OLIVEIRA, T. F. V. de *et al.* Fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com obesidade no contexto da pandemia de COVID-19: o caso do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3673-3685, 2023.

PINHEIRO, R. *et al.* O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E. *et al.* (orgs.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ–ABRASCO, 2016. p. 13-26.

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

PUHL, R. M. Weight stigma and barriers to effective obesity care. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 52, n. 2, p. 417-428, 2023.

SEIXAS, C. M.; KRAEMER, F. B. Paradoxos no tratamento da obesidade. In: **Alimentação e consumo de tecnologias**. Curitiba: CRV, p. 33-50, 2015. v. 4. (Série Sabor Metrópole).

SEIXAS, C. M. *et al.* Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre as novas abordagens comportamentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e300411, 2020.

SEIXAS, C. M. *et al.* Ozempic para todos? Distopia farmacológica, desigualdade de acesso e a eterna promessa de cura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, e350241, 2025.

SILVA, M. A. B. *et al.* A abordagem da obesidade na atenção primária: desafios e perspectivas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2923-2932, 2019.

SILVA, R. P. C. *et al.* Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: tendência temporal da

cobertura e estado nutricional de adultos registrados, 2008-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, e2021605, 2022.

SWINBURN, B. A. *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

SOUZA, R.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. Atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, e9435, jan./mar. 2025.

SOUZA, F. F. de; ZAMBENEDETTI, G. Percursos de cuidado: pistas sobre itinerários terapêuticos em saúde mental. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 105-122, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TYLKA, T. L. *et al.* The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. **Journal of obesity**, v. 2014, n. 1, p. 983495, 2014.

TUCKER, S.; BRAMANTE, C.; CONROY, M. *et al.* The most undertreated chronic disease: addressing obesity in primary care settings. **Current Obesity Reports**, v. 10, p. 396-408, 2021.

VILLELA, M. C. E.; AZEVEDO, E. de. Controle de si e cuidado de si: uma reflexão sobre a ciência da nutrição. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, p. e47183, 2021.

# **AS ORGANIZADORAS**

## **Juliana Pereira Casemiro**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com especialização e mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), além de doutorado em Educação em Ciência e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ). Professora associada do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (INU/UERJ). E-mail: julianacasemiro@gmail.com

## **Carolina de Oliveira Coutinho**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com especialização em Nutrição e Saúde pela Universidade Federal de Lavras (UFLA), além de mestrado e doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora substituta do Instituto de Nutrição da UERJ. E-mail: carolocoutinho@hotmail.com

## **Cristiane Marques Seixas**

Psicanalista, graduada em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com especialização em Psicanálise e laço social pela UFF, mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora associada do Instituto de Nutrição da UERJ. Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da UERJ e do Programa de Pós-graduação em

Psicanálise da UERJ. Coordenadora do Núcleo de Assistência e Pesquisa em Transtornos Alimentares (NAPTA/UERJ). E-mail: cris.marques.seixas@gmail.com

### **Ana Laura Brandão**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com Residência em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Pesquisadora da ENSP/Fiocruz. E-mail: alaurabrandao@gmail.com

## **AS AUTORAS**

### **Amanda Lima Macedo de Almeida**

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário IBMR, com especialização em Saúde Mental pelo Instituto Philippe Pinel e mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Experiência na área da Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Desinstitucionalização e cuidado aos usuários de álcool e/ou outras drogas, atuando como psicóloga em diferentes serviços da RAPS no município do Rio de Janeiro. E-mail: amanda\_alma@yahoo.com.br

### **Ana Carolina Feldenheimer da Silva**

Professora associada ao Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da UERJ. Nutricionista, mestre e doutora pela Faculdade

de Saúde Pública da USP. Especialista em Gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Fiocruz). E-mail: anacarolf125@gmail.com

### **Bárbara Galvão Knust**

Nutricionista graduada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), discente no Curso de Especialização em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), coordenadora do GT Juventudes da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede Penssan), pesquisadora bolsista pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC/Fiocruz) e Secretária Executiva da Campanha Comida é Patrimônio do Fórum Brasileiro de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (FBSSAN). Email: barbaraknustnutricao@gmail.com

### **Bianca Cristine Gama da Silva**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: biancac.gamasilva@gmail.com

### **Denise Cavalcante de Barros**

Nutricionista, pesquisadora em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. E-mail: denise.cavalcante@fiocruz.br

### **Elma Lúcia de Freitas Monteiro**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Especialista em Saúde Coletiva pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). Mestre e doutora em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Nutricionista da Prefeitura de Uberlândia (MG). E-mail: nutrielma@gmail.com

**Erika Cardoso dos Reis**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista, mestre e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Professora e pesquisadora da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto (ENUT/UFOP). E-mail: erika.reis@ufop.edu.br

**Gabriella Labatutt**

Graduanda em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Presidente da Liga Acadêmica de Educação em Saúde, do IBRAG (Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes); Gestão das Ligas Acadêmicas de Obesidade, Saúde da Mulher, Endocrinologia e Metabologia, e Cuidados Paliativos nos eixos de ensino e pesquisa; Integrante de grupo de estudos sobre Medicalização da vida; Monitora da disciplina de “Introdução à Alimentação e Nutrição”; Participante do projeto de extensão Evidência Nutri, que busca desmistificar Nutrição e saúde nas plataformas sociais. E-mail: labatuttgabi@gmail.com

**Gabrielle Gomes dos Reis**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com Especialização em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). E-mail: gabriellegreis@gmail.com

**Karla Meneses**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), mestre e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Pesquisadora da ENSP/Fiocruz. E-mail: karlamrpcosta@gmail.com

**Leticia de Almeida Sant'anna**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com especialização em Nutrição Clínica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre e doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Assessora Técnica na Área de Saúde Mental dos contratos de cogestão entre o Viva Rio e SMS/RJ. E-mail: leticia\_nutricionista@hormail.com.br

**Luísa Coimbra da Silva**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado de Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: E-mail: luisa.coimbra10@gmail.com

**Mayara Cristhinne Cezário Porphirio**

Graduada em Medicina pela Universidade do Grande Rio, possui especialização em Psiquiatria pelo Instituto Municipal Philippe Pinel e mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da UERJ. Psiquiatra do Núcleo de Assistência e Pesquisa em Transtornos Alimentares (NAPTA/UERJ). E-mail: mcezario@live.com

**Mayara Magalhães Felipe**

Graduanda em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: mayaramagalhaes.uerj@gmail.com

**Raiane Silva da Penha**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela UFRJ. Atuou como nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, Mestre em Segurança Alimentar e Nutricional pelo Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

(PPGSAN/UNIRIO). Atua como nutricionista da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Niterói. E-mail: raianesilpenha@hotmail.com

### **Thais Nascimento Conde**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense (UFF), possui mestrado e doutorado em Alimentação, Nutrição em Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e com especialização em Nutrição aplicada à Gastronomia pela NutriNew. Atua em prática clínica autônoma, voltada para o cuidado nutricional de indivíduos com transtornos alimentares e obesidade. E-mail: thaisnconde@gmail.com

### **Thais Michele de Medeiros Rigquete**

Graduada em nutrição pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), especialista em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UNIFASE/Petrópolis, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e professora assistente das disciplinas Saúde e Sociedade I, II e III da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP/UNIFASE). Email: thais.rigquete@prof.unifase-rj.edu.br

### **Vitória França Rodrigues**

Graduanda em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: cadapratoconta@gmail.com

## **Publicações Editora Rede UNIDA**

### **Série:**

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes  
Ética em pesquisa  
Participação Social e Políticas Públicas  
Pensamento Negro Descolonial  
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde  
Educação Popular & Saúde  
Saúde Mental Coletiva  
Atenção Básica e Educação na Saúde  
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde  
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde  
Saúde & Amazônia  
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional  
Vivências em Educação na Saúde  
Clássicos da Saúde Coletiva  
Cadernos da Saúde Coletiva  
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade  
Conhecimento em movimento  
Arte Popular, Cultura e Poesia  
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico  
Branco Vivo  
Saúde em imagens  
Outros

### **Periódicos:**

Revista Saúde em Redes  
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



ISBN 978-65-5462-236-3

