

# Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário

*Therapeutic itinerary of patients with obesity treated in high-complexity services of a university hospital*

Soraia Younes<sup>1</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>2</sup>, Allan Cezar Faria Araújo<sup>3</sup>

**RESUMO** Este artigo relata pesquisa de natureza qualitativa que objetivou analisar o Itinerário Terapêutico (IT) de 21 pacientes cadastrados no Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Utilizou-se a entrevista em profundidade para a obtenção dos dados e, para sua organização e análise, adotou-se o referencial de Kleinman (1978), que defende a interferência dos subsistemas familiar, popular e profissional no IT percorrido pelas pessoas na busca de solução para problemas de saúde. No subsistema familiar, observou-se apoio da família e amigos na procura por tratamento clínico para a obesidade. Poucos pacientes aderiram a tratamentos alternativos, próprio do subsistema popular. A intervenção e orientação de profissionais da saúde, característica do subsistema profissional, mostrou-se decisiva na procura por tratamento especializado para a obesidade. O estudo do IT dos sujeitos da pesquisa revelou maior influência do núcleo familiar e profissional do que propriamente do núcleo popular. O referencial de Kleinman apresentou limites para a análise do IT de indivíduos obesos, não incluindo elementos importantes na abordagem do problema da obesidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Ambiente sociocultural. Atenção à saúde. Cirurgia bariátrica.

**ABSTRACT** *This paper reports a qualitative research that aimed to analyze the Therapeutic Itinerary (TI) of 21 patients enrolled in a High Complexity Assistance Service for Individuals with Obesity provided by the University Hospital of the West of Paraná. In-depth interview was (State) applied as a means of data collection and, for data organization and analysis, it was adopted Kleinman's (1978) referential, which advocates the interference of subsystems family, popular and professional in the TI path of those that seek to solve their health problems. In family subsystem, the support of family and friends in the search for obesity clinical treatment was observed. Few patients adhered to alternative treatments, characteristic of the popular subsystem itself. Intervention and orientation of health professionals, inherent of the professional subsystem, proved to be crucial in the search for obesity specialized treatment. The TI study of the research subjects revealed that the family and professional core influence is stronger than the popular one. Kleinman's referential is limited as for the TI analysis of obese individuals, because it does not comprise important elements towards the obesity problem approach.*

**KEYWORDS** *Sociocultural environment. Health care. Bariatric surgery.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.  
soraiayounes@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.  
frizon@terra.com.br

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.  
allanfaraujo@uol.com.br

## Introdução

Os percursos percorridos por indivíduos à procura de cuidados terapêuticos não coincidem, necessariamente, com os fluxos pré-determinados pela medicina moderna ou pelos serviços de saúde. As escolhas realizadas representam construções subjetivas, individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, concebidas sob a influência de contextos socioculturais, experiências pessoais e oferta de serviços de saúde (ALVES; SOUZA, 1999). Essas escolhas, por sua vez, definem ações que, sucessivamente, constituirão um determinado percurso. A literatura socioantropológica utiliza o Itinerário Terapêutico (IT) para definir esse percurso (CABRAL ET AL., 2011). Identificar o percurso traçado pelos pacientes ajuda a interpretar os processos pelos quais as pessoas, seja de modo individual ou coletivamente, elegem e aderem a uma forma específica de tratamento. Tal questão é fundamentada no indício de que as pessoas se deparam com diferentes formas de solucionar os seus problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Silva Júnior, Gonçalves e Demétrio (2013, p. 2),

a saúde é um processo social dinâmico relacionado com outros processos sociais, no qual cada indivíduo constrói e entende sua saúde e sua doença através da representação sociocultural em consonância com a realidade em que vive.

Assim, é essencial considerar o meio sociocultural em que cada pessoa está inserida, sua vivência diante da doença, o conceito de saúde, doença e cultura que cada indivíduo forma para si para melhor compreender suas demandas e necessidades. Os conceitos e os problemas dos indivíduos, por sua vez, irão influenciar a decisão acerca da escolha da alternativa de intervenção que melhor responda às suas necessidades. Nesse sentido, Silva Júnior, Gonçalves e Demétrio (2013, p. 2) afirmam que:

[...] a escolha do tratamento à sua doença dar-se-á a partir da compreensão e entendimento que cada pessoa terá do seu estado psicobiopsocial junto às diferentes representações socioculturais em saúde-doença-cuidado construídas em tangência ao universo que está inserido, a qual realizará percursos e processos terapêuticos visando uma melhor resposta à sua aflição.

Kleinman (1978) propôs um modelo teórico que contribui para a compreensão do processo de escolhas das pessoas para manter ou resolver problemas de saúde-doença. Esse autor defende que a maior parte dos sistemas e cuidados em saúde são constituídos por três subsistemas sociais onde a doença é vivenciada: o profissional, o popular e o familiar. O subsistema profissional é composto tanto pelo conhecimento científico, pelos profissionais da saúde médicos e não médicos como pela medicina tradicional chinesa, por exemplo. O subsistema popular é constituído por pessoas oficialmente não reconhecidas pela medicina moderna para o cuidado em saúde, como curandeiros, benzedeiros, dentre outros. E o subsistema familiar compreende conhecimento não especializado a partir da vivência, experiência e observação de um grupo formado pela família, amigos, vizinhos, dentre outros.

A obesidade, face à complexidade envolvida na sua etiologia, considerando seus determinantes sociais e a necessidade de compreendê-la também como um problema social, torna importante o conhecimento do percurso terapêutico de pessoas obesas que procuram diferentes alternativas de tratamento para sua condição de saúde.

Portanto, o estudo do IT em pacientes obesos pode ser utilizado com o intuito de auxiliar as equipes de saúde que acompanham essa população a compreender o contexto sociocultural em que esses indivíduos estão inseridos, bem como contribuir para as tomadas de decisões quanto às abordagens adotadas em diferentes linhas de cuidado.

Esta pesquisa objetivou analisar o IT de pacientes cadastrados no Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (SAACIO) do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), visando contribuir com o trabalho das equipes de saúde e com os gestores públicos na ampliação das abordagens adotadas no cuidado a pacientes com obesidade.

## Material e métodos

É uma pesquisa de natureza qualitativa, que se orientou no modelo teórico de Kleinman (1978) para a coleta e tratamento dos dados. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada, com 21 pacientes (28,0%) dos 75 cadastrados no SAACIO, que, além do atendimento individual, realiza reuniões mensais com grupos de pacientes por uma equipe multiprofissional. As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e maio de 2016, em local reservado, nas dependências do HUOP, em dias de reuniões dos três grupos em atividade. Os pacientes são oriundos de 21 municípios da macrorregião oeste do estado do Paraná.

Os critérios de inclusão foram: estar em tratamento clínico da obesidade ou em fase preparatória para a realização da cirurgia bariátrica; de ambos os sexos; ter idade mínima de 18 anos; concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ser de municípios distintos; e pertencer a diferentes grupos do SAACIO. Para os municípios com mais de um paciente no serviço, a escolha se deu por conveniência, i.e., estar presente no dia das reuniões dos grupos e ter disponibilidade de tempo para participar da entrevista, antes ou após as reuniões. O projeto seguiu as normas estabelecidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 1.180.202.

As sistematização, análise e interpretação

dos dados se apoiaram no marco teórico construído a partir da literatura crítica advinda das ciências humanas e da saúde coletiva; nos marcos legais que orientam a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; e nos subsistemas de cuidado propostos por Kleinman (1978). Os dados empíricos originaram oito núcleos temáticos, sendo sete associados aos subsistemas de Kleinman. O subsistema Familiar gerou os núcleos (i) auto percepção sobre a obesidade, (ii) a vida cotidiana de um obeso, e (iii) o obeso na sociedade ocidental moderna. O subsistema Popular gerou (iv) a busca por tratamentos alternativos. Já o subsistema Profissional, gerou (v) o subsistema profissional na construção do IT de pessoas com obesidade, (vi) o tratamento cirúrgico como desfecho do IT de pessoas com obesidade, (vii) o IT está construído: o que poderia ter sido diferente. O núcleo temático (viii) a abordagem mercantilista da obesidade não pertence a nenhum dos subsistemas.

## Resultados e discussão

Os resultados são apresentados em nove tópicos, sendo o primeiro de caracterização dos sujeitos da pesquisa e os demais compõem os oito núcleos temáticos indicados na metodologia.

### Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Dos 21 entrevistados, 71,43% são do sexo feminino; 66,66% possuem entre 30 e 49 anos de idade; 52,38% são casados; a média de filhos é de 2,57, variando de um a seis, e apenas um entrevistado respondeu não ter filhos; 80,95% moram com os filhos; 66,66% moram com marido ou esposa; e 33,34% dos entrevistados possuem ensino médio completo ou mais.

Em relação ao perfil socioeconômico, 19,05% possuem vínculo empregatício

estatutário e o mesmo percentual trabalha em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A opção 'outros', abrangendo do lar, beneficiário do Bolsa Família, pensão por morte do marido e auxílio doença, totalizou 38,1%; 28,57% dos entrevistados afirmaram trabalhar 40 horas semanais; 61,90% responderam receber entre um e três salários mínimos; e a média de dependentes por renda familiar foi de 3,42 pessoas, variando entre duas e sete pessoas. A forma de deslocamento até o HUOP utilizada por 19,05% é o carro próprio; 76,19% utilizam o transporte disponibilizado pela prefeitura do município de origem para deslocamento nos dias de reuniões de grupo.

### Autopercepção sobre a obesidade

Em diferentes momentos da vida a obesidade pode se constituir em problema, mas para alguns durante toda a existência.

*Na verdade, eu fui obesa desde criança, nunca fui magra, toda vida desde criancinha, desde pequena que eu me entendo, sempre eu fui obesa, nunca tive, assim, magreza, nunca fui magrinha, sempre obesa. (E09).*

Indicadores sobre o direito humano à alimentação adequada mostram avanços do Brasil na superação do baixo peso infantil, embora alertem para o alto percentual de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. Apenas 1,9% das crianças com menos de cinco anos apresentavam baixo peso em 2006, ao passo que 7,3% das crianças nessa faixa etária apresentavam excesso. Em 2009, 33,5% das crianças com idade entre cinco e nove anos apresentavam excesso de peso; na adolescência, esse percentual era de 20,5%. O estado nutricional nos primeiros anos de vida repercute na vida adulta. Em 2012, 50% da população adulta apresentava excesso de peso, dos quais 17,2%, com obesidade (BRASIL, 2015D).

A gestação parece ser um momento de ganho de peso de difícil solução para muitas mulheres.

*Eu sempre tive problema com excesso do peso, mas quando, em 1995, eu tive minha filha, não consegui mais voltar ao peso normal, que era sempre de 55 kg. E, desde então, fui sempre aumentando, fazendo dieta, tomando remédio e cada vez engordando mais. (E01).*

*Ai! Isso faz muitos anos, 25 anos atrás, desde quando eu engravidei, engravidei com 14 anos, tive meu filho com 15 anos, na gravidez eu engordei 38 kg. Desde então, nunca mais voltei aos 60 kg. (E18).*

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 revelou aumento da prevalência da obesidade entre mulheres após a primeira gravidez, de 1,7% para 9,3%. A manutenção do peso adquirido ao longo da gravidez no período pós-parto parece ser um fator decisivo no excesso de peso em mulheres (LACERDA; LEAL, 2004). Estudo qualitativo que investigou a percepção e experiências relativas à obesidade entre mulheres que frequentam a rede pública de saúde mostrou que a gravidez e o nascimento dos filhos são acontecimentos importantes no surgimento da obesidade (PINTO; BOSI, 2010).

### A vida cotidiana de um obeso

A obesidade dificulta a realização das atividades de vida diária, com consequências em diferentes dimensões da vida pessoal, afetiva e laboral, além das comorbidades associadas.

*Você quer fazer alguma coisa... até a própria higiene não consegue fazer direito, até para lavar os pés, cortar as unhas, você não consegue. [...] Pressão alta, diabetes... [...] Para caminhar também é complicado, porque você sente muita falta de ar, muita cansa. (E04).*

*Doem muito as minhas pernas, as minhas pernas incham demais; dor nas juntas, dor na coluna, porque trabalho como zeladora. Sinto bastante dificuldade. (E15).*

Pesquisa realizada com mulheres obesas a fim de avaliar o impacto da obesidade em relação à capacidade funcional revelou comprometimento da população estudada nos afazeres diários que compreendiam movimentos da região abdominal, como vestir roupas e amarrar calçados (60%); abaixar-se para pegar objetos do chão (53,3%); executar trabalhos domésticos, como uso de vassoura e rodos para higiene do ambiente físico (50,0%); deitar-se e levantar-se da cama (40%); bem como fazer a higiene pessoal, como banhar-se e enxugar-se (30,0%). A pesquisa também revelou que indivíduos do sexo feminino com obesidade tiveram a aptidão física reduzida quando comparadas com indivíduos com peso adequado e até mesmo com sobrepeso, favorecendo o surgimento de doenças cardiovasculares (ORSI ET AL., 2008).

A obesidade também pode se constituir em obstáculo às atividades laborais, ao desenvolvimento pessoal e à participação na vida social.

*Eu era uma pessoa sempre ativa, gostava muito do que eu fazia e amo até hoje! Se eu pudesse voltar a trabalhar, eu queria trabalhar para não ficar dependendo de ninguém, porque eu era capaz e, de repente, perdi a minha capacidade [...] A gordura me incomoda, me atrapalha... (E11).*

*O que mais me incomodou antigamente foi tentar trabalhar; você procura trabalho e a pessoa olha e vê que você é gorda e não te dá trabalho por causa disso. e então, foi uma época que eu fiquei muito triste. (E18).*

Estudo sobre a influência do Índice de Massa Corporal (IMC) no salário e na possibilidade de trabalho revelou, em homens obesos, uma associação de 2,2 pontos percentuais positivos, e entre as mulheres, de 4,3 pontos percentuais negativos para a mesma situação. Essa diferença entre homens e mulheres no mercado de trabalho pode ser explicada como reflexo do maior preconceito contra indivíduos obesos do sexo feminino (TEIXEIRA; DIAZ, 2011).

## O obeso na sociedade ocidental moderna

Valores socioculturais têm definido diferentes padrões de beleza ao longo da história. A sociedade ocidental moderna, estimulada por valores individualistas, pelo mercado publicitário da moda e pelos meios de comunicação, assumiu o biotipo ectomorfo, i.e., magro, alto e branco, como padrão de beleza, excluindo o diferente e gerando preconceito e sofrimento. Dos 21 entrevistados na presente pesquisa, treze (61,9%) relataram sofrimento face ao preconceito, provocando baixa autoestima e isolamento social.

*Eu não saio de casa, eu só saio pra ir trabalhar, vou de carro, tenho pavor que alguém me enxergue na rua, porque me acho o cúmulo do exagero do tamanho que estou; não tenho vida social nenhuma. Só saio de casa para trabalhar, embarco na garagem e desembarco na porta da escola, embarco de volta e desembarco na garagem; é só isso o que faço na rua. (E01).*

*Os outros olham... eu sinto que os outros me olham diferente. O magro vai comer no restaurante e pode repetir quantas vezes quiser. O gordo levantou, olha o tamanho daquele lá. [...] Eu vim mesmo por que quero me sentir bem, me sentir bonita; eu não me acho bonita, eu não me sinto, entendeu? Minha autoestima é lá em baixo, não tenho mais autoestima. Sinceramente, falei... cheguei até a pensar em não viver mais. (E02).*

Pessoas do sexo feminino com obesidade são mais propensas ao isolamento, muitas vezes procurando na esfera da ilusão prazeres que não experimentam na vida real. A autoimagem é de

inferioridade, descontentamento, baixa autoestima, inibição, ansiedade, angústia, agressividade, tristeza, depressão, distúrbios e distorções referentes ao reconhecimento das medidas corporais, anatômicas, tamanho e forma corporal. (SILVA; LANGE, 2010, P. 51).

Mais do que possíveis problemas de saúde, a insatisfação em relação ao corpo e o sofrimento psíquico se constituem em razão fundamental para a busca de tratamento da obesidade. “A insatisfação [...] com o corpo reside na percepção e no desejo de obter outro tamanho e forma corporal que esteja de acordo com as normas socioculturais, que impõem o estereótipo da magreza como atributo positivo”, especialmente entre indivíduos do sexo feminino, que apresentam exigências físicas de importância social e psicológica (SILVA; LANGE, 2010, P. 51).

Diferente de outros tipos de preconceitos, o que ocorre em relação à obesidade é pouco veiculado e discutido pela sociedade.

*[...] hoje fala um monte de racismo de preto, de gay, lésbica; isso você vê muito na televisão, mas nunca se vê falar de obeso em televisão, ninguém fica comentando sobre isso, mas a classe mais humilhada que tem é a obesa [...] hoje estou podendo sentar aqui na cadeira tranquilo. Mas quando estava bem obeso, chegava num restaurante para sentar, o garçom já vinha com duas cadeiras. [...] obeso sofre muito com isso; uns falam que a obesidade é preguiça, outros falam que é aquilo, mas é uma coisa que faz sofrer demais, o obeso sofre demais da conta, toda hora está sofrendo. Se vai comer num lugar, ‘olha lá o gordo que come tudo’. É desse jeito. (E13).*

Indivíduos obesos frequentemente são responsabilizados por seu excesso de peso, além de a obesidade ser adjetivada negativamente. Uma característica comumente evidenciada é a de que indivíduos com excesso de peso sofrem, além de fisicamente, psicologicamente (KUBOTA, 2014).

O preconceito em relação às pessoas obesas tem sido denunciado por cientistas sociais há décadas. As atitudes preconceituosas em relação à obesidade parecem estar atualmente no estágio em que o racismo foi há 50 anos atrás, quando era aberto, expressivo e amplamente difundido (CRANDALL, 1994).

*Eu acho que o preconceito deveria ser diferente, deveria ser muito diferente, porque esse negócio de preconceito machuca muito. Por ser obesa, já tenho a autoestima lá em baixo, quando sofro um preconceito, pior ainda. (E09).*

Iniciativas como o Projeto de Lei nº 1.130/2015 da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, que inibe qualquer tipo de discriminação aos obesos mórbidos (RIO DE JANEIRO, 2015), são importantes mas não suficientes para resolver o problema da sociedade moderna, que estabelece padrões normativos universais, desconsidera aspectos socioculturais e exclui o diferente.

### **A busca por tratamentos alternativos: o subsistema popular**

Na visão de Kleinman (1978), o subsistema popular é constituído por terapeutas não reconhecidos pela medicina científica, como curandeiros, benzedeiros, manipuladores de ervas, exercícios especiais, feitiçaria e cerimônias de cura de caráter místico ou religioso (ALVES; SOUZA, 1999; SILVA JÚNIOR; GONÇALVES; DEMÉTRIO, 2013). No caso da obesidade, tais práticas parecem ter pouca adesão. Nesta pesquisa, apenas quatro (19,04%) entrevistados responderam ter feito uso de tratamentos alternativos, interrompidos pela baixa eficácia apresentada.

*Homeopatia, eu fiz e não deu certo. (E19).*

*A parte de chás, tentei fazer. A Pastoral da Saúde, são aquelas ervas [...] fiz um pouco. Daí, logo desanimo, já começo a diminuir, começo a esquecer. É assim que acontece. É, não dei continuidade mesmo. (E20).*

Mesmo no caso das práticas integrativas, reconhecidas pelo Ministério da Saúde, as contribuições ainda são poucas na saúde pública brasileira (BRASIL, 2015B). O Laboratório de Manejo de Inovação da Obesidade nas

Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) revelou algumas experiências em práticas integrativas e complementares no tratamento da obesidade. Uma das experiências que mereceu destaque foi a do grupo Gatto na cidade de Salvador (BA), que ressaltou a complexidade do ser humano e de suas condições de vida, além da magnitude do afeto e do amor como geradores de saúde e cura, procurando comunicar-se com as pessoas por distintas formas terapêuticas (BRASIL, 2014A).

A relação entre práticas místicas, religiosas e saúde faz parte da cultura popular brasileira. Entretanto, no caso da obesidade, não foi opção para nenhum dos entrevistados.

*Não, isso não. Não procurei nada disso. (E03).*

*Não, porque na maioria das vezes eu nem acredito nesse negócio de pensamento; nesse negócio, não acredito. (E17).*

Os rituais e simpatias, quer no meio urbano ou rural, integram a cultura brasileira. Além de orarem, as benzedadeiras manuseiam plantas, recomendam chás e banhos, realizam massagens terapêuticas, amenizando, dessa forma, doenças físicas e males espirituais (MACIEL; GUARIM NETO, 2006).

### **O subsistema profissional na construção do IT de pessoas obesas**

O conhecimento científico e os profissionais da saúde médicos e não médicos reconhecidos não só pela ciência ocidental e por sociedades científicas como também pela medicina tradicional chinesa, compõem o subsistema profissional (ALVES; SOUZA, 1999).

Esse subsistema, além de revelar o papel dos profissionais na trajetória pela busca de tratamento para a obesidade, ajuda a compreender o IT dos usuários a partir do acesso e fluxo de atendimento nos serviços de saúde até chegar aos serviços especializados.

O indivíduo obeso que optar pelo tratamento cirúrgico da obesidade por meio

do SUS, segundo a Portaria nº 425 de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013B), deverá estar inserido na organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Essa Rede deve ter como linha prioritária de cuidado a organização da prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade, sendo redefinidas as diretrizes para tal fim. Como parte da rede, a Atenção Básica (AB) desempenha relevante papel na prevenção e atenção às doenças crônicas, entre elas a obesidade. Os cuidados em saúde, por meio das equipes de saúde da família, para com indivíduos que apresentam excesso de peso e obesidade deverão seguir critérios determinados pela classificação do IMC (BRASIL, 2014B).

Indivíduos que apresentam IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> ou casos mais complexos deverão ser encaminhados para os serviços de Atenção Especializada, seja esta ambulatorial ou hospitalar. A fim de garantir a oferta do atendimento especializado, a rede municipal ou regional de saúde deve ter a AB como a ordenadora da rede do cuidado. Uma vez que os indivíduos são encaminhados para a Atenção Especializada em obesidade, é fundamental que as equipes de saúde da família mantenham o vínculo com o paciente e com a equipe do serviço especializado, desempenhando, assim, sua função de coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014B).

As linhas de cuidado devem acordar entre os vários responsáveis dos pontos de atenção da RAS, determinando fluxos de referência e contra referência para amparar o usuário com sobrepeso e obesidade no SUS. Essas linhas determinam não só a organização dos serviços e as intervenções que devem ser instituídas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção como também nos sistemas de apoio (BRASIL, 2014C).

Embora, sob o escopo legal, o sistema de saúde brasileiro deva estruturar-se para atender a todos de forma igualitária em todo

o território nacional, o que se observa, ainda, é uma diversidade de procedimentos e a ausência de um padrão de atendimento para pessoas obesas. Nesta pesquisa, a intervenção de um profissional de saúde, seja na AB ou secundária, se mostrou importante na decisão dos entrevistados pela procura de serviço especializado para o tratamento da obesidade, em geral, visando ao tratamento cirúrgico.

*[...] aí a farmacêutica me falou: você não que entrar na fila? É fácil! Eu consigo para você. Eu falei: ah, se você conseguir... Ela conseguiu muito rápido. (E03).*

*O clínico geral do posto de saúde me encaminhou para a endócrino [...] Ela falou assim: vai lá, porque lá tem a especialidade que vai ver se a senhora tem necessidade da cirurgia [...] no meu pensamento ela falou: é necessária a cirurgia. Por isso que eu vim para cá. (E11).*

Mas também houve o reconhecimento do SAACIO como serviço especializado para tratamento da obesidade, não necessariamente o cirúrgico.

*Eu fui internada no HUOP para fazer a cirurgia de colecistectomia, o médico falou: não tem condições de operar, é muito perigoso! Vai ter um grupo de obesidade, quer entrar? A gente cancela a cirurgia, você faz o acompanhamento, e mais para frente fazemos a cirurgia. E eu entrei no grupo. (E12).*

*... fui me consultar na unidade de saúde e até perguntei para a médica por que eu estava ganhando peso. Ela falou que ia me encaminhar para fazer o acompanhamento em outro lugar. (E07).*

A iniciativa pessoal também foi acolhida pelo profissional da saúde, conforme informou (E02), que pediu para um médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua cidade que a encaminhasse para a realização de cirurgia bariátrica, e ele o fez.

Os entrevistados revelaram que a UBS é

uma importante forma de acesso ao serviço especializado para tratamento da obesidade, embora não seja a única. Apesar de o acesso ao serviço ser rápido em algumas situações, em geral, a espera é relativamente grande e segue fluxos distintos.

*A médica me orientou: vou lhe dar um papel para fazer o acompanhamento [...] daí, eu trouxe à Décima Regional [...] eles ligaram depois de um bom tempo, uns dois anos, para eu poder assistir à primeira palestra, ficou por ali mesmo [...] em 2013 fiz a primeira consulta com o doutor [fulano] daí, comecei a fazer acompanhamento aqui. (E07).*

*A endócrino do Consórcio Intermunicipal de Saúde falou assim: 'vai lá, porque tem a especialidade para ver se a senhora tem necessidade da cirurgia'. A endócrino me encaminhou para cá. Direto para o hospital sem passar por outro lugar. (E11).*

*Enquanto os outros estavam na fila de espera há muito tempo, eu consegui na mesma semana. Ela me encaminhou numa semana e na outra eu já estava aqui. (E03).*

Foi possível identificar pacientes encaminhados por meio da UBS (AB) para o Consórcio Intermunicipal de Saúde (atenção secundária), que, por sua vez, encaminhou para o SAACIO (atenção terciária) por meio da 10ª Regional de Saúde. Identificaram-se, também, encaminhamentos da atenção secundária para o SAACIO sem regulação da 10ª Regional de Saúde. Outro percurso identificado foi de pacientes que não foram necessariamente encaminhados para a atenção secundária, e que, por meio de encaminhamento da AB, procuraram a 10ª Regional de Saúde, que, por seu turno, os encaminhou para o SAACIO. Além disso, pacientes encaminhados para o HUOP para cirurgias eletivas e que, devido a importante excesso de peso, tiveram o procedimento cirúrgico contra indicado e foram reencaminhados para o SAACIO pela equipe de cirurgiões.

O estabelecimento de fluxos e processos

de atendimento para pessoas com obesidade tem sido objeto de regulação por parte do Ministério da Saúde, a exemplo da Portaria nº 424/2013 (BRASIL, 2013A), que definiu 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. Cita-se também a Portaria nº 425/2013, que estabeleceu o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (BRASIL, 2013B).

No entanto, a ausência da implantação da linha de cuidado ao indivíduo com obesidade, prevista na Portaria nº 424, dificulta o trabalho da equipe de AB e o acesso do usuário aos serviços especializados.

*É, eu penso assim que faltou informação. Lá no posto de saúde, eles não têm informação nenhuma para passar para a gente, que tem que ir atrás [...] fiquei esperando ser chamada, fiquei esperando, aí eu resolvi ir à Décima Regional sozinha procurar. Aí ficaram sabendo que eu estava interessada, perdida, não sabia mais aonde ir. (E20).*

A crença no tratamento cirúrgico como meio mais eficaz e definitivo para resolver o problema da obesidade é parte do senso comum de pessoas obesas e de muitos profissionais da saúde. Modificar esse pensamento não é tarefa fácil, requer uma abordagem interdisciplinar, trabalho em equipe multiprofissional e alternativas inovadoras dos serviços de saúde, visando à conscientização dos usuários de que se trata de um problema de saúde crônico que requer adesão e acompanhamento ao longo da vida.

*Eu gostaria que fosse mais rápido o processo até chegar à cirurgia, mas como o doutor [fulano] fala: tem toda uma preparação antes disso, que o objetivo da equipe não é fazer a cirurgia, é emagrecer a gente e, preferencialmente, se for sem cirurgia. (E01).*

O público feminino, muitas vezes, opta pelo tratamento cirúrgico da obesidade como resposta ao insucesso de tratamentos anteriores, principalmente de dietas para a redução de peso (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIN, 2013). Entretanto, devido ao caráter crônico da obesidade e sua tendência à reincidência após o emagrecimento, o sujeito deverá ser acompanhado por um longo período com profissionais de saúde. Ou seja, o êxito em longo prazo é consequência de vigilância permanente das adequações da atividade física e do consumo alimentar, exigindo o automonitoramento, além do apoio familiar e social (ABESO, 2009).

### **O tratamento cirúrgico como desfecho do IT de pacientes com obesidade**

A opção pelo tratamento cirúrgico como desfecho do IT é resultado de uma série de interferências dos subsistemas Familiar, Popular e Profissional, sendo o apoio da família e de amigos o atributo mais importante na opinião dos entrevistados, embora a decisão sempre seja pessoal.

*Quem mais me influenciou foi uma amiga, porque ela que falou para mim. Porque, no começo, a minha família tinha medo, tinha medo de eu fazer essa cirurgia. Na verdade, eles têm um pouco de medo ainda. Mas quando entrei no serviço para fazer as minhas consultas, os trouxe também para acompanhar. Então, eles estão mais tranquilos. (E15).*

A escolha, às vezes, é contra a corrente.

*Ninguém me aconselhou a nada. A minha família não quer que eu faça. [...] a minha filha também fala: mãe toma vergonha e faz uma dieta. [...] A cirurgia ninguém quer que eu faça, mas eu quero. (E01).*

O núcleo profissional, aqui representado pelo serviço de saúde em questão, se revelou

um importante suporte na redução do sofrimento e no enfrentamento da obesidade.

*Mas o que pesou foi encontrar a equipe que encontrei aqui; não é só o médico, o enfermeiro, o psicólogo, é mais, são os amigos, mais amigos do que profissionais, excelentes profissionais, que fazem a gente se sentir bem.* (E11).

O tratamento cirúrgico da obesidade não significa a sua cura, mas um momento no processo de enfrentamento do problema que requer mudanças importantes nos hábitos alimentares e de vida. O acompanhamento com equipe multidisciplinar é importante e deve ser de longo prazo (BRATS, 2008). O SAACIO possui como principal objetivo a promoção da saúde e cuidado clínico, sendo a cirurgia bariátrica apenas uma das alternativas no tratamento da obesidade (HUOP, 2014).

Um bom método de prevenção e tratamento da obesidade é trabalhar a educação nutricional realizada em serviços de saúde, programas, e em qualquer espaço possível de intervenção. É fundamental que seja idealizada desde seu planejamento e execução até a avaliação da sua efetividade; além disso, não deve ser aplicada de forma pontual, mas contínua (LOCARNO; NAVARRO, 2011).

### **O itinerário está construído: o que poderia ser diferente**

A reflexão sobre as escolhas que constituíram o IT dos entrevistados pode servir de motivação para mudanças no próprio sujeito, em outras pessoas com o mesmo problema e nas abordagens praticadas pelos serviços de saúde. Salienta-se que as escolhas pessoais são feitas a partir de condições objetivas, i.e., contexto familiar, sociocultural e oferta de serviços, e subjetivas, como as emocionais, afetivas, de auto percepção.

*De repente, eu poderia ter me empenhado mais, digo, em relação a mim né. Há dias em que você está bem, levanta, quer fazer tudo. No outro dia,*

*você já amanhece mais triste, mais com desânimo.* (E18).

A importância de cuidados precoces de saúde objetivando a prevenção de agravos também é percebida pelos entrevistados. “Na verdade, eu, se tivesse me cuidado anteriormente, não estaria assim” (E21). “Podia ter feito, ter tentado caminhar mais; eu era muito sedentária” (E20). A falta de acesso à informação sobre cuidados de saúde é um fator determinante no autocuidado e na prevenção de agravos a saúde. “Eu acho que ter tido essas informações que estou tendo agora, tivesse antes” (E02). O encontro inerente ao processo de trabalho entre o profissional de saúde e o paciente no intuito de estimular o autocuidado cria um vínculo permanente entre eles (FEUERWERKER, 2014). O acolhimento por parte do profissional de saúde, o vínculo profissional-paciente e a corresponsabilização propiciam o cuidado em saúde com o objetivo de obter saúde e cura (BRASIL, 2014A).

A AB, na condição de ordenadora das redes de atenção, deve garantir acesso aos diferentes níveis do sistema, responsabilizando-se pelo cuidado integral dos usuários. Nos IT estudados, percebe-se certa precariedade nessa responsabilização e mesmo no funcionamento da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

*A gente busca apoio, porque sozinho a gente não chega a lugar nenhum; aqui eu encontrei, a gente encontrou muito apoio que não teve no município da gente, que não tem, que faz falta.* (E11).

A Portaria nº 424 orienta 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, que tem como objetivo disponibilizar

ações e serviços de saúde de forma integrada e harmônica nos diferentes pontos de atenção, fortalecendo e qualificando a atenção por meio

da integralidade e longitudinalidade do cuidado, superando a lógica hegemônica e fragmentada em programas. (BRASIL, 2014A, P. 43-44).

A AB não deve apenas focar na Vigilância Alimentar e Nutricional, mas promover saúde por meio de estímulo à alimentação saudável, atividades físicas, entre outros. Também é importante que o acompanhamento clínico seja realizado por equipe interdisciplinar, com determinação de metas individualizadas para cada paciente (JAIME ET AL., 2011). Reforçando a necessidade de ações de promoção da saúde para a prevenção da obesidade.

### **A abordagem mercantilista da obesidade**

A lógica da obtenção de lucro é inerente ao modo de produção capitalista que, para se expandir, mercantiliza todas as dimensões da vida, transformando problemas sociais em oportunidades para negócios lucrativos, a exemplo de inúmeros problemas de saúde, dentre eles a obesidade.

As alternativas rápidas e milagrosas, como as dietas da moda para a resolução da obesidade, como promete a ‘indústria das dietas’, foi mencionada por alguns entrevistados. Importante ressaltar que tal opção de tratamento não se insere nos subsistemas de cuidados de saúde propostos por Kleinman (1978), sendo induzida pelas ciências da comunicação, economia e marketing das indústrias de alimentos e medicamentos.

*[...] naquela época, a gente não tinha acesso à nutricionista, então a gente fazia aquelas dietas loucas. Eu fiz muita dieta; eu dormia sem comer, porque se diz que emagrece, mas não adiantou para mim. Eu fiz a dieta da sopa, da lua, de um monte de coisa que nem me lembro mais. Chá, tanto tipo de chá que tomei. No momento, acho que fazia um pouco de efeito; de repente, parava. Só que eu vivi sempre tentando não chegar ao ponto que cheguei. (E19).*

*Olha, tudo o que falaram que é bom para emagrecer, eu estou fazendo, estou tomando, e nada dá resultado. Com a dieta do limão, você ia até o nove, e voltava do nove ao um. [...] Dieta da sopa... comer só ovo... (E03).*

Com o aumento da prevalência da obesidade, a indústria das dietas tem se tornado extremamente lucrativa, com promessas de resolução rápida para o excesso de peso corporal (PORTAL BRASIL, 2015). Existe um grande setor da economia dirigido para uma população que deseja emagrecer. Nos EUA, a indústria das dietas gira por ano cerca de 58 bilhões de dólares, ao passo que o governo americano gasta cerca de 68 milhões de dólares com saúde. No Brasil, não há dados de quanto esse mercado movimenta. Entretanto, as livrarias do País expõem em suas prateleiras inúmeros livros que prometem milagres, a exemplo da dieta do tipo sanguíneo e a dieta da lua (CARMELLO, 2016). Porém, uma vez que ocorre a interrupção dessas dietas, é comum que o indivíduo volte a apresentar ganho de peso corporal (PORTAL BRASIL, 2015).

As propagandas relacionadas à qualidade de vida e sua associação com a alimentação e peso corporal não são neutras. A indução ao consumo de novos tratamentos propostos pelas indústrias médica, farmacêutica e de alimentos e nutrição busca sua legitimação em achados científicos, constituindo-se em armadilhas ao consumidor (OLIVEIRA-COSTA ET AL., 2016).

Aproveitando o novo nicho de mercado de emagrecimento rápido a fim de almejar o padrão de estética imposto pela sociedade, a indústria de suplementos alimentares vem se expandido, pois é considerada por muitas pessoas como uma alternativa segura e de baixo custo quando comparada à cirurgia bariátrica, por exemplo. No entanto, esses produtos não representam solução eficaz no processo de emagrecimento, havendo contradições na literatura científica quanto à eficiência de seus efeitos termogênicos (COSTA ET AL., 2012).

## Considerações finais

O estudo do IT dos usuários do SAACIO revelou influência maior do núcleo familiar e profissional do que propriamente do núcleo popular no tratamento da obesidade. E, mais do que a autopercepção da obesidade, as consequências na vida pessoal e laboral, somadas às comorbidades associadas, ao preconceito sofrido e à baixa autoestima se mostraram decisivas para a busca do tratamento especializado para a obesidade.

O preconceito em relação à obesidade causa sofrimento psíquico, isolamento social e prejudica a vida laboral, especialmente das mulheres, revelando ser também um problema de gênero. Destaca-se a gestação como um momento importante de ganho de peso para as mulheres.

Em relação ao referencial de Kleinman, embora importante para estudos sobre IT, mostrou-se limitado na abordagem de IT de indivíduos obesos, especialmente no que se refere a visão mercantilista da obesidade, dado que ao responder a determinadas necessidades construídas socialmente favorece interesses econômicos não revelados.

Os dados empíricos revelaram a ausência

de uma abordagem multiprofissional e a frágil atuação da AB na responsabilização e no cuidado aos usuários com obesidade. Nesse sentido, a linha de cuidado ao indivíduo com obesidade pode ser uma estratégia importante a ser implementada. Sugere-se, por fim, maior articulação do SAACIO com o primeiro nível de atenção, especialmente na educação permanente das equipes e no apoio à promoção da saúde e prevenção precoce da obesidade.

## Colaboradores

Todos os autores participaram da concepção, análise e interpretação dos dados e da redação, revisão e aprovação final do artigo, sendo responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

## Agradecimentos

Nossos sinceros agradecimentos a toda a equipe multiprofissional que compõe o SAACIO do HUOP, por todo o apoio dispensado à realização deste trabalho. ■

## Referências

- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125-138. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010*. 3. ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <[http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes\\_brasileiras\\_obesidade\\_2009\\_2010\\_1.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2015.
- 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, 2014a. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10). Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas\\_desafios\\_cuidado\\_pessoas\\_obesidade.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 20 mar. 2013a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=20/03/2013>>. Acesso em: 15 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 20 mar. 2013b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/03/2013&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=96>>. Acesso em: 7 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_38.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_instrutivo\\_linha\\_cuidado\\_obesidade.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf)>. Acesso em: 1 jun. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2016.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. *Brasil supera baixo peso infantil, mas número de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade é preocupante*. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2 mar. 2015d. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/pdf/alimentacao-adequada-estudo-completo>>. Acesso em: 7 maio 2015.
- BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (BRATS). Cirurgia Bariátrica no Tratamento da Obesidade Mórbida. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília, DF, v. 5, n. 3, p. 01-11. set. 2008. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d6a8ba8046832c39881b9c99223cd76e/brats5.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 12 maio 2015.
- CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442,

nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2015.

CARMELLO, C. *Dieta: como ela age no seu mundo*. 2016. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/saude/dieta-como-ela-age-no-seu-mundo/>>. Acesso em: 21 maio 2017.

COSTA, N. M. *et al.* Suplementos alimentares para o emagrecimento: eficácia questionável. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo, v. 6, n. 31, p. 25-35, fev. 2012. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4841719.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

CRANDALL, C. S. Prejudice Against Fat People: Ideology and Self-Interest. *Journal of Personality And Social Psychology*, Washington, DC, v. 66, n. 5, p. 882-894, maio 1994. Disponível em: <<https://wesfiles.wesleyan.edu/courses/PSYC-309-clwilkins/week4/Crandall.1994.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica\\_e-saude\\_laure\\_camargo.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e-saude_laure_camargo.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2017.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANÁ (HUOP). *Protocolo do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade do Hospital Universitário do Oeste do Paraná*. Cascavel: Unioeste, 2014. (mimeografado).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *PNS 2013: Em dois anos, mais da metade dos nascimentos ocorreram por cesariana*. Notícias, 21 ago. 2015b. Disponível em: <<http://sala-deimprensa.ibge.gov.br/noticias.html?view=noticia&id=1&idnoticia=2965&busca=1&t=pns-2013-dois-anos-mais-metade-nascimentos-ocorreram-cesariana>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

JAIME, P. C. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no

Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n6/01v24n6.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2017.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 85-93, dez. 1978. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/222445445\\_Concepts\\_and\\_model\\_for\\_the\\_comparison\\_of\\_medical\\_systems\\_as\\_cultural\\_systems](https://www.researchgate.net/publication/222445445_Concepts_and_model_for_the_comparison_of_medical_systems_as_cultural_systems)>. Acesso em: 6 mar. 2017.

KUBOTA, L. C. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Discriminação Contra os Estudantes Obesos e os Muito Magros nas Escolas Brasileiras*. Rio de Janeiro: Ipea, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2643/1/TD\\_1928.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2643/1/TD_1928.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2017.

LACERDA, E. M. A.; LEAL, M. C. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 187-200, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n2/15.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

LOCARNO, A. F. S.; NAVARRO, A. C. Educação nutricional como estratégia de prevenção e tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 5, n. 28, p. 314-323, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/249/234>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

MACIEL, M. R. A.; GUARIM NETO, G. Um olhar sobre as benzedeiras de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, Belém, v. 1, n. 3, p. 61-77, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bgoeldi/v1n3/v1n3a03.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

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, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a04.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

OLIVEIRA-COSTA, M. S. *et al.* Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1957-1964, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1957.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

ORSI, J. V. A. *et al.* Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 54, n. 2, p.106-109, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n2/a10v54n2.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

PINTO, M. S.; BOSI, M. L. M. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 443-457, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

PORTAL BRASIL. *Dietas da moda podem ser prejudiciais à saúde*. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/dietas-da-moda-podem-ser-prejudiciais-a-saude>>. Acesso em: 21 maio 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Projeto de Lei nº 1130, de 2015*. Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder executivo suspender imediatamente convênios firmados entre a administração direta e indireta com entidades de direito privado, que tenham sido condenados em ação transitada em julgado, por discriminação contra a pessoa portadora de obesidade mórbida. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/18c1d>

d68f96be3e7832566ec0018d833/8db6880d14d0032183257efb005e5a03?OpenDocument&ExpandSection=-1>. Acesso em: 5 mar. 2017

SILVA, G. A.; LANGE, E. S. N. Imagem Corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 28, n. 60, p. 43-54, mar. 2010. Disponível em: <[www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=3509](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=3509)>. Acesso em: 1 fev. 2017.

SILVA JÚNIOR, N. D.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO, F. Escolha do Itinerário Terapêutico Diante dos Problemas de Saúde: considerações socioantropológicas. *Revista Eletrônica Discente História.com*, Cachoeira, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2013. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/seer/index.php/historiacom/article/view/4/4>>. Acesso em: 7 maio 2015.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 359-366, abr. 2010. Disponível em: <[http://www.planejamento.mg.gov.br/images/Obesidade\\_e\\_qualidade\\_de\\_vida\\_revisao\\_de\\_literatura.pdf](http://www.planejamento.mg.gov.br/images/Obesidade_e_qualidade_de_vida_revisao_de_literatura.pdf)>. Acesso em: 14 maio 2015.

TEIXEIRA, A. D.; DIAZ, M. D. M. Obesidade e o sucesso no mercado de trabalho utilizando a POF 2008-2009. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 188-209, 2011. Disponível em: <[www.revistas.usp.br/rgpp/article/download/97847/96647](http://www.revistas.usp.br/rgpp/article/download/97847/96647)>. Acesso em: 1 fev. 2017.

---

Recebido para publicação em junho de 2017  
Versão final em outubro de 2017  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve