UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

LUCAS VIEIRA FRANCISCO

Abordagem terapêutica na obesidade por profissionais de
saúde na atenção básica

*Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível
tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto
na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)*

Ribeirão Preto
2017

LUCAS VIEIRA FRANCISCO

Abordagem terapêutica na obesidade por profissionais de
saúde na atenção básica

Dissertação apresentada ao programa de
pós graduação em investigação
biomédica da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
mestre em ciências médicas

Área de concentração: Clínica Médica

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Wanda
Diez-Garcia

Ribeirão Preto
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Francisco, Lucas Vieira

Abordagem terapêutica na obesidade por profissionais de saúde na atenção básica. Ribeirão Preto, 2017.

135 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Clínica Médica.

Orientador: Rosa Wanda Diez-Garcia.

1. Obesidade. 2. Pessoal de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Assistência à Saúde.

Nome: Lucas Vieira Francisco

Título: Abordagem terapêutica na obesidade por profissionais de saúde na atenção básica

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências Médicas

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Lucia e Marco:**

Pelo amor e apoio que sempre recebi;

Pela dedicação em me ajudar a alcançar meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Dra. Rosa Wanda Diez-Garcia**, que sempre foi tão paciente e acolhedora com este jovem que se mostrava muitas vezes impaciente e orgulhoso. Por acreditar no meu trabalho e me instigar sempre a buscar o meu melhor.

Aos colegas do **Laboratório de Práticas e Comportamento Alimentares (PrátiCA)** pelas conversas, acadêmicas ou não, que proporcionavam grandes momentos de reflexão, curiosidades, risadas e emoção.

Camila e Carina, por me aguentarem desde antes de ingressarmos no mestrado, durante disciplinas, tardes na casa 5, análises e discussões de dados, momentos de felicidade e angústia.

Aos **professores e mestres** que passaram em nossa vida acadêmica e contribuíram das mais diversas formas.

Ao **Warlen** pelo carinho, pelo respeito, pela constante e reafirmada escolha. Pelo amor e pela generosidade. Por me ensinar sobre o amor, apesar das nossas diferenças. Por me acalmar.

Aos meus **amigos** que muitas vezes compartilharam um lar, um almoço, uma cerveja ou uma caminhada que tinha o poder de relaxar, divertir e pensar.

A todos os **participantes da pesquisa** que foram tão solícitos e prestativos, sempre me recebendo de modo tão acolhedor.

À **CAPES e CNPQ** pelo apoio financeiro.

*Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver do Universo...
Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer,
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura...*

*Nas cidades a vida é mais pequena
Que aqui na minha casa no cimo deste outeiro.
Na cidade as grandes casas fecham a vista à chave,
Escondem o horizonte, empurram o nosso olhar para longe de todo o céu,
Tornam-nos pequenos porque nos tiram o que os nossos olhos nos podem
dar,
E tornam-nos pobres porque a nossa única riqueza é ver.*

*"O Guardador de Rebanhos". In **Poemas de Alberto Caeiro**. Fernando Pessoa.
(Nota explicativa e notas de João Gaspar Simões e Luiz de Montalvor.) Lisboa: Ática, 1946
(10ª ed. 1993). - 32.9*

RESUMO

Francisco, L. V. (2016). Abordagem terapêutica na obesidade por profissionais de saúde na Atenção Básica. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Os aspectos técnicos do cuidado à saúde são executados compartilhando valores culturalmente construídos. A terapêutica da obesidade transpassa aspectos da esfera da saúde e sofre influencia do modo como a sociedade percebe a obesidade e o sujeito com obesidade. O profissional de saúde opera a terapêutica dentro destes limites da cultura na qual esta inserido. O objetivo deste estudo é compreender como a obesidade é abordada e a perspectiva científica e reinterpretada pela cultura. Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas e observações de campo em unidades básicas de saúde de duas cidades brasileiras: uma de interior e outra em uma capital no litoral. Foram entrevistados 17 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS)) além de observação de campo em ambas as unidades. A análise de dados foi conduzida pela análise temática segundo Braun e Clarke, 2006. Após a primeira etapa de análise, o pesquisador principal retornou à cada localidade para questionar e abordar o pontos que surgiram durante a primeira fase das análises. Os temas obtidos foram: A obesidade não é reconhecida como doença; Tratamento da obesidade, ferramentas e contextos; Obesidade no âmbito individual. Na observação do cuidado por parte de profissionais de saúde e em seus discursos, a obesidade passa a ser parte do repertório do atendimento como fator de risco e comorbidade que emerge associada a outros agravos. Paralelamente, o convívio com o excesso de peso não é sentido como problema de saúde pelas pessoas que acessam o serviço. A complexidade da obesidade é incorporada no discurso dos profissionais de saúde assim como a impotência, a falta de ferramentas e de recursos para trata-la se manifestam na abordagem terapêutica que tem a obesidade, como condição limitante no tratamento de doenças crônicas.

Palavras-chave: Obesidade, Pessoal de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Assistência à Saúde

ABSTRACT

Francisco, L. V. (2016). Obesity therapeutic approach for health professionals in Primary Care. Dissertation (Master's Degree), Faculty of Medicine at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Health care is executed into shared culturally constructed values. Obesity therapy transcends aspects of the health sphere and is influenced by how society perceives obesity and the subject with obesity. The health professional operates the therapy within these limits of the culture in which it is inserted. The purpose of this study is understand how obesity is approached and the scientific perspective is reinterpreted by culture. This is a qualitative study with interviews and field observations in basic health units of two Brazilian cities: one in small town and another in a capital on the coast. We interviewed 17 health professionals (doctors, nurses and community health workers (CHW)) as well as observation of the routines in both units. Data analysis was conducted by thematic analysis of Braun and Clarke, 2006. After the first stage of analysis, the main investigator returned to each location to question and address the points that emerged during the first phase of the analyzes. The subjects were: The obesity is not recognized like disease; Treatment of obesity, tools and contexts; Obesity at the individual level. In the observation of professional practice and discourse, obesity is a risk factor and comorbidity that emerges as a health problem when associated with diseases. At the same time, living with excess weight is not felt as a health problem for people who access the service. A complexity of obesity is embodied in the discourse of health professionals as well as an impotence, a lack of tools and resources to treat themselves manifest in the therapeutic approach that has an obesity as a condition limited in the treatment of chronic diseases.

Keywords: Obesity, Personal Health, Primary Health Care, Health Care

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1- Profissionais participantes do estudo	51
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ilustrações que refletem a imagem do obeso do longo do tempo.....	24
Figura 2 – Adaptação do modelo de tríade de Twaddle.....	28
Figura 3 - Fluxograma de atenção à saúde de pessoas com sobrepeso e obesidade.....	36
Figura 4- Fluxograma do processo de múltiplas análise dos dados.....	48

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção básica de saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
PSF	Programa de Saúde da Família

Sumário

PREÂMBULO.....	14
Apresentação.....	14
O objeto de estudo.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	16
1. Ciência e Cultura.....	18
1.1 Ciência.....	18
1.2 Cultura.....	21
2. Obesidade na Ciência e na Cultura	22
3. Doença e abordagem terapêutica.....	26
4. Obesidade na sociedade contemporânea.....	30
5. Abordagem terapêutica da obesidade.....	32
5.1 Atenção Básica de Saúde.....	32
5.2 A obesidade na Atenção básica à saúde.....	34
6. Modelos de cuidado à saúde.....	37
2. JUSTIFICATIVA.....	39
3. QUESTÕES DE PESQUISA.....	40
3. OBJETIVO.....	40
4. MÉTODO.....	41
4.1 Método etnográfico.....	41
4.1.1 Observação.....	43
4.1.2 Entrevista.....	44
4.1.3. Registro.....	45
4.2 Análise dos dados.....	46
4.3 Trabalho de Campo.....	49
4.3.1 Cidade Interior.....	49
4.3.2 Cidade Litoral.....	52
4.4 Inserção no campo.....	54
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.1 A obesidade não é reconhecida como doença.....	58
5.2 Tratamento da obesidade, ferramentas e contextos.....	67
5.3 Obesidade no âmbito individual.....	83

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
6.1 Limitações do estudo.....	90
6.2 Recomendações para a prática.....	90
7. REFERENCIAS.....	91
8. APÊNDICES.....	104
8.1 APÊNDICE A- Parecer do comitê de ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto -HCRP/USP.....	104
8.2 APÊNDICE B- Termo de consentimento.....	109
8.3 APÊNDICE C- Roteiro de entrevista.....	110
8.4 APÊNDICE D- Artigo Demetra (Aprovado: 02/07/2015)	111
8.5 APÊNDICE E- Artigo a ser submetido.....	112

PREÂMBULO

Apresentação

Penso que este trabalho além da questão da abordagem terapêutica da obesidade, diz respeito a minha trajetória como pesquisador, nutricionista e indivíduo. Ao longo desses anos, pude perceber algumas das decisões que tiveram um papel fundamental na construção desta dissertação. Desse modo, julgo necessário esclarecer meu papel nesta construção.

A cultura sempre me intrigou. Gosto da ideia de imaginar que somos seres humanos de uma mesma espécie, mas ao mesmo tempo tão diferentes. Se um extraterrestre pousasse na terra, com certeza pensaria que existem muitas espécies de seres humanos. Somos muito diferentes e sempre pensei na cultura como a responsável por isso.

Inicialmente pensava a cultura como algo para ser percebido ao viajar para outro país. Ao sair do Brasil, o “choque cultural” é impressionante, perceber a cultura no outro na comida, na fala, no modo de se vestir e em todos os pequenos acontecimentos do dia-a-dia. Sempre amei viajar, perceber, observar e viver a cultura do outro.

De um jeito muito impar, cheguei neste tema de mestrado depois de inúmeras tentativas e processos frustrados. Agora vejo o quão amo e me intriga ainda mais a cultura.

Entretanto agora percebo que a cultura não é algo que cruza fronteiras internacionais, fronteiras de estados, cidades, bairros e, inclusive, da minha própria casa. Cada vez mais percebo as diferentes culturas presentes no meu próprio cotidiano. Nunca tive que ter um olhar tão crítico e aguçado como o que tive que desenvolver nestes anos de pesquisador.

Cheguei neste tema de pesquisa levado muito mais pela cultura do que pela obesidade. Agora percebo como este assunto da obesidade foi muito pertinente para me construir como indivíduo. Ao longo destes anos pude desconstruir e construir inúmeras vezes meus conceitos sobre o obeso, a obesidade, a comida e o corpo. Com esse processo percebi inúmeras construções que nem sabia que possuía e como eram negativas para o minha atuação.

Algumas reflexões sobre o processo de terapêutica, julgamentos morais e processos empáticos talvez levariam anos para serem feitas, mas nestes intensos

anos de mestrado foram facilitadas por inúmeros professores e mestres que pude ter contato.

Assim, hoje percebo como a cultura e a obesidade além de um tema para esta dissertação, foram temas que impactaram diretamente na minha formação como pessoa e profissional.

O objeto de estudo

Antes de iniciar os temas centrais desta dissertação de mestrado, é necessário esclarecer alguns termos utilizados para evitar vieses no decorrer do texto, tendo em vista que termos trazem, muitas vezes, implicações e posicionamentos políticos e/ou acadêmicos. Essas questões de denominação ultrapassam a questão puramente semântica, uma vez que cada denominação induz e proporciona uma nova maneira de compreender os fenômenos e construir a realidade (SOAR FILHO, 1998)

Um destes conceitos é a própria palavra obesidade. Considerações sobre esse termo serão apresentadas no decorrer do texto, mas, de antemão, é necessário justificar a sua escolha. Existem diferentes modos de denominar esta condição, entre elas obesidade, gordo, grande, por exemplo, mas cada uma destas denominações possui sentidos agregados e carregam diferentes valores na sociedade. A palavra obesidade é uma denominação recente na história. Entretanto, nos dias atuais a palavra obesidade é carregada de inúmeros signos e sentidos além da sua significação biológica. Em certos casos a palavra “obesidade” esta ligada à questões patológicas, construindo caricaturas que podem operar como estigmas ou como justificativas para tratamentos. As palavras “gordo” ou “grande” seriam mais adequadas visto que não apresentam a ideia biopatológica e de doença que a palavra obesidade possui, entretanto no cotidiano estas palavras apresentam uma carga negativa muito forte. Na literatura internacional alguns autores se referem ao sujeito com obesidade como *fat people* ou *big people* na intenção de isentar o sentido de doença desta condição (RUGGS et al., 2010). Entretanto, estas denominações não esta isenta de neutralidade social, todas carregam certos sentidos latentes, portanto utilizaremos nesta dissertação a palavra obesidade para evitar termos que podem ser constrangedores apesar de suas limitações.

Outro termo que pode gerar discordâncias é o termo cliente, paciente e/ou usuário para denominar o sujeito que utiliza o serviço de saúde. Cada termo é proveniente de uma área de estudo e tem significados e perspectivas distintas.

O termo paciente começou a ser utilizado no século XIV e é definido como alguém que possui ou mostra paciência e/ou está em tratamento médico. Para alguns, este termo traz uma ideia de passividade e de uma posição hierárquica inferior visto que sua origem semântica, refere-se à palavra *sufredor*, derivada do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer. Entretanto, este é o termo mais usado universalmente no contexto de atenção à saúde (SOAR FILHO, 1998; DEBER *et al.*, 2005; SAITO *et al.*, 2013).

Já o termo cliente provem da economia liberal de mercado e marca o “exercício liberal” e/ou privado da atenção à saúde, implicando à pessoa que utiliza o serviço de saúde, o caráter de consumidor, e à saúde, a característica de um bem de consumo e não de direito social. As definições de paciente e cliente se aproximam uma da outra, mas diferem no fato de que o cliente (no sentido daquele que *busca* a ajuda) pode não ser propriamente o paciente (no sentido de quem *necessita* de tratamento), podendo ser o seu responsável, como nos casos de consultas pediátricas e geriátricas por exemplo (SOAR FILHO, 1998; DEBER *et al.*, 2005; SAITO *et al.*, 2013).

O usuário é cada um daqueles indivíduos que usam ou desfrutam de algum item coletivo, ligado a um serviço público ou particular. Assim, pode-se compreender o termo usuário como mais amplo, capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal, que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado (SOAR FILHO, 1998; SAITO *et al.*, 2013).

Optamos por utilizar a palavra paciente e usuário neste estudo por serem palavras mais frequentes utilizadas no cotidiano das equipes de saúde e na literatura deste tema especificamente.

INTRODUÇÃO

A Ciência é baseada em um conjunto de observações sistematizadas e experimentos que visam obter evidências e provas que colocam o conhecimento no campo da neutralidade. Entretanto, no dia-a-dia os fatos científicos são interpretados através do contexto cultural no qual esta inserido. Desta forma, um

mesmo fato científico pode ser interpretado e aplicado de diferentes modos em diferentes partes do mundo, sendo uma prática cotidiana essa ressignificação do conhecimento científico na prática terapêutica.

Segundo Luz, 2004, a ciência moderna não apenas explica a realidade mas também modela-a. Neste sentido, toda disciplina científica moderna possui efeitos de ordenação de natureza política, social e cultural. Um cientista ao criar uma hipótese, testa-la, discuti-la e divulga-la, por exemplo, está imprimindo também sua racionalidade social e cultural naquelas ações. Um posicionamento imprime uma racionalidade e uma perspectiva sobre a terapêutica, ainda que nem sempre isso pareça explícito e consciente. A racionalidade é um núcleo denso de organização de pensamento que orienta as práticas de modo interativo: tanto o modo de entender os problemas interferem na terapêutica como essa prática realimenta a forma de classificar os nossos males. Desse modo, apesar da razão científica estabelecer verdades, também estão expressos valores e julgamentos morais presentes na própria sociedade.

Estas interpretações sociais e culturais também permeiam as ciências da saúde. Crenças e valores sobre saúde e doença são respostas socialmente organizadas como reflexo da interação entre diversos grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e corpos específicos de conhecimentos. Criam-se assim, interpretações para o que é ou não doença em cada contexto histórico e social (KLEINMAN, 1981).

Conhecer, explicar e compreender o fenômeno da saúde e da doença tem incentivado a produção de conhecimento em área de intersecção comum entre as ciências da vida e as ciências humanas, criando um diálogo conceitual entre Ciência e Cultura. Nesta dissertação não foi nossa pretensão nos aprofundarmos nesta discussão do diálogo conceitual entre estas Ciência e Cultura e nem estudá-lo como resultado de um binômio. Sinalizamos como um contexto para a discussão presente neste estudo o diálogo entre estas duas esferas de conhecimento na terapêutica da obesidade e não como peça central de estudo.

A obesidade e sua terapêutica são temas que expõem com veemência esse diálogo entre Ciência e Cultura. Na prática várias perspectivas de cunho científico e cultural se articulam no cotidiano do profissional de saúde na atenção básica. A ciência considera a obesidade uma doença crônica, uma

comorbidade multifatorial que envolve aspectos ambientais, genéticos, emocionais e estilo de vida (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica- ABESO, 2009; BRASIL, 2014). Entretanto, são agregadas à obesidade características socioculturais e morais que podem, ou não, estar associadas a componentes biológicos. Ao considerar a obesidade resultante de alta ingestão energética, representa-se a questão com uma relação de causalidade que implica uma responsabilização pessoal da qual decorrem elementos de ordem moral, como por exemplo, atribuir ao sujeito com obesidade a falta de força de vontade para controlar-se, ou a preguiça de exercitar-se (PUHL; BROWNELL, 2001; PUHL; HEUER, 2009). A valorização da corpulência nas classes sociais mais pobres; as variações de ideal de corpo nas várias culturas são exemplos dessa influência (VIGARELLO E PENCHEL, 2012).

Percebemos assim que no cotidiano, o discurso científico é permeado por conceitos culturais da sociedade. Essa interlocução entre Ciência e Cultura é mediada também por profissionais e estão presentes nas ações e atividades de saúde.

O convívio desses campos se apresenta no seus discursos, na lida com o pacientes e, em se tratando de obesidade e sua terapêutica, é possível que valores sociais estejam presentes e influenciem a conduta no tratamento (FOSTER *et al*, 2003; JAY *et al*. 2009; TEIXEIRA; PAIS-RIBEIRO; MAIA, 2012).

O profissional na sua prática expressa subjetividade e suas construções culturais. Portanto, o saber científico na vivência do profissional de saúde, não é neutro pois, com este saber convive a experiência e bagagem pessoal (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JUNIOR, 2006).

1 Ciência e Cultura

1.1 Ciência

Segundo Silva (2008, p. 13) é possível conceituar a ciência pelo método consensual de atributos e processos essenciais: *“A ciência é um método objetivo, lógico e sistemático de análise dos fenômenos, criado para permitir a acumulação de conhecimento fidedigno.”*

A ciência é um processo lógico de investigação com o objetivo de solucionar problemas e buscar respostas a questões referentes a processos e fenômenos naturais. O método científico busca criar um corpo de conhecimento livre de crenças, percepções, valores, atitudes e emoções pessoais, com isso, utiliza-se de verificação empírica por procedimento abertos à inspeção pública baseando-se em evidências obtidas por observação objetiva.

O conhecimento científico é um sistema de conhecimentos metódicos sobre a natureza. Distingue-se das outras formas de conhecimento por requerer a verificação empírica objetiva de toda explicação referente a fenômenos, que permite uma compreensão de sua natureza e de suas causas, livres de influências, desejos e preconceitos do observador. O cientista busca o conhecimento das relações existentes entre os fenômenos e se apoia no raciocínio lógico para deduzir novos conhecimentos a partir de leis ou conceitos gerais (SILVA, 2007).

O dicionário Huiass (2001, p. 72) também define ciência como um padrão de conhecimento criado e usado pelo homem de forma sistematizada, racional e baseada em provas concretas:

1. Conhecimento atento e aprofundado de alguma coisa; 2. Processo racional usado pelo homem para se relacionar com a natureza e assim obter resultados que lhe sejam úteis; 3. Corpo de conhecimentos sistematizados que, adquiridos via observação, identificação, pesquisa e explicação de determinadas categorias de fenômenos e fatos, são formulados metódica e racionalmente; [...]
- 8.2 *fil.* Cada um dos inúmeros ramos particulares e específicos do conhecimento, caracterizados por sua natureza empírica, lógica e sistemática, baseada em provas, princípios, argumentações ou demonstrações que garantam ou legitimem a sua validade.

Estes conceitos contemporâneos de ciência são resultados de diversas correntes de pensamento ao longo dos anos. Dentre as principais correntes filosóficas que influenciaram na construção da ciência até meados do século XXI, destaca-se o positivismo. Idealizado por Auguste Comte, no início do século XIX, esta corrente de pensamento é baseado na crença do poder dominante e absoluto da razão humana em conhecer a verdadeira realidade e em traduzi-la em leis do homem, da natureza e do próprio universo. O positivismo acredita que pode-se obter um conhecimento absoluto e inquestionável baseando-se em

observações em grande número, testes repetidos e leis universais. Estas concepções fundamentam a ciência contemporânea, principalmente no entendimento de uma ciência linear e cumulativa (RAMOS; NEVES; CORAZZA-NUNES, 2011).

O paradigma da ciência moderna se consolidou no século XVI e XVIII e é caracterizado pela rígida racionalidade e determinismo científico, apoiado principalmente no método experimental. Portanto, este paradigma é calcado em um pensamento lógico, supõe uma correspondência necessária entre causa e efeito e que pode ser submetido a um teste e experimentação. Caracterizando um tendência em eliminar qualquer forma subjetiva e relativa de explicação do mundo (SANTOS, 1988; SILVA, 2016).

O Paradigma da Ciência Moderna, calcado principalmente no positivismo, vem perdendo espaço pela suas verdades inquestionáveis e reducionistas que não são mais capazes de explicar uma grande gama de fenômenos. O filósofo e físico Thomas Kuhn, na segunda metade do século XX, aponta uma crise do Paradigma da Ciência Moderna questionando esta visão da ciência. Esta crise, abre caminho para o surgimento de um novo padrão de fazer ciência, o Paradigma da Ciência Contemporânea, contrário à visão positivista, se baseia na incertezas e nas imprevisibilidades; confrontando linearidade e complexidade; causalidade linear com multicausalidades (SILVA, 2016)

Edgard Morin, é um filósofo francês e um dos principais pensadores contemporâneos no campo de estudos da complexidade, ele discute a necessidade de repensar a racionalidade e apresenta uma alternativa à concepção de "paradigma" de Thomas Kuhn. Morin afirma que mesmo diante dos problemas complexos que as sociedades contemporâneas possui, o modo reducionista, parcelado e mecanicista ainda impera no mundo. Estes pensamentos que imperam destroem a complexidade dos fenômenos em fragmentos distintos e acabam por unidimensionalizar o que é multidimensional (MORIN, 2003).

O filósofo britânico, Stephen Toulmin propõe uma nova teoria da compreensão humana, ou seja, uma nova explicação das capacidades, processos e atividades através dos quais o homem compreende a natureza. Esta nova teoria leva em conta os processos sócio-históricos através dos quais se desenvolveram

os conceitos e os fatores que levaram à mudança conceitual. Este autor sugere que os pensamentos individuais pressupõe a existência de uma linguagem e de um marco de conceitos compartilhados, portanto o indivíduo herda no contexto social os conceitos que utilizará para construir seus próprios pensamentos. Desse modo, em um determinado meio ou contexto, os sujeitos compartilham de pressupostos e operam dentro de um sistema conceitual comum (MOREIRA; MASSONI, 2005).

Portanto a ciência é a “força produtiva” não apenas na base econômica, mas também na estrutura da reprodução das relações de poder e na ideologia, mediante um processo contínuo de constituição dos próprios sujeitos (LUZ, 2004). Assim, a ciência e seus componentes serão um produto humano, com a escolha dos fundamentos, métodos, procedimentos, técnicas, temas, problemas, hipóteses e testes utilizados. Consequentemente, na produção científica, assim como em qualquer outra esfera da vida humana, os homens, as instituições, os contextos históricos e culturais exercem influência e poder sobre o modo como a ciência é produzida e utilizada.

1.2 Cultura

A cultura é um sistema simbólico, no qual os símbolos e significados são partilhados pelos membros desse sistema cultural, entre eles e não dentro deles, sendo criados e partilhados pelos próprios membros dessa cultura. Este autor define a cultura como *“estruturas de significado socialmente estabelecidos, nos termos dos quais as pessoas fazem certas coisas como sinais de conspiração e se aliam ou percebem os insultos e respondem a eles”* (GEERTZ, 1989, p. 23), sendo, portanto, fluxos de comportamento, ou ações sociais, o meio pelo qual as formas culturais se articulam. Assim também argumenta que *“o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise”*, ou seja, a cultura é um código de símbolos partilhados e criados pelos seus próprios membros (GEERTZ, 1989, p. 15).

A cultura permeia todos os aspectos da vida humana, inclusive a saúde, a doença e tratamento. É importante considerar a semiologia popular e as concepções culturais nas causas e consequências de cada doença pela influência

dessas crenças nas práticas e atitudes frente a cada doença e terapêutica, aspecto este, muitas vezes negligenciado na adoção de políticas e atendimentos em saúde. A importância no processo de construção simbólica de uma doença é exemplificado no estudo de Agyepong (1992) que, ao investigar as percepções e práticas relacionadas a malária (através de estudo descritivo envolvendo observação participante, grupos focais e entrevistas), concluiu que a comunidade estudada percebia a malária como uma doença relacionada ao ambiente e causada pela exposição excessiva ao sol, que perturbava o equilíbrio sanguíneo do doente. Desse modo, ao desconectar o mosquito vetor da teoria e da prática da malária, eliminava-se quase toda possível prevenção e manejo terapêutico. Como muitas vezes os membros da comunidade acreditavam que a cura por medicamentos era provisória e ineficaz, o tratamento medicamentoso possuía baixa adesão e, quando usado, era feito em dosagens subterapêuticas (AGYEPPONG, 1992).

Outro exemplo é o estudo de Nyamwaya (1987) que evidenciava diferentes concepções de doença e saúde entre as comunidades indígenas quenianas. Eles acreditam que as causas das doenças, num primeiro plano, são produzidas por fatores físico-químicos e psicológicos e, num segundo plano, são mantidas e agravadas pelas relações sociais e espirituais. Com a introdução da medicina ocidental nessa cultura, a comunidade passou a dividir as doenças nas quais se aplicam ou não o tratamento tradicional ou a terapêutica ocidental, mostrando que, mesmo em culturas tradicionais, a relação com a saúde é fluida e passível de mudança, adequada a cada contexto histórico (NYAMWAYA, 1987).

Entretanto, é preciso ampliar os estudos que exploram os valores subjetivos culturalmente construídos influenciando profissionais de saúde, seu impacto na abordagem terapêutica da obesidade (PUHL; BROWNELL, 2001; PUHL; HEUER, 2009). Nesta dissertação utilizaremos a terapêutica da obesidade como fio condutor de discussão, tendo este diálogo entre ciência e cultura como um contexto. Neste estudo a terapêutica da obesidade é a ponte entre essas duas dimensões: o modo como se cuida do outro no contexto dos profissionais de atenção primária é o que aproxima essas duas dimensões de saberes.

2 Obesidade na Cultura e Ciência

A palavra “obeso” vem do latim “obedere” que é a junção das raízes “-ob” (o que abrange tudo) e “-edere” (comer), sendo assim “alguém que come em excesso”, representa uma transgressão normativa (BARTOLOMÉ E GUZMÁN, 2014). A obesidade não é uma simples desordem, representa um grupo heterogêneo de múltiplas causas, determinada pela interação entre fatores sociais, ambientais, genéticos e psicossociais que atuam na sua gênese (PINHEIRO *et al.*, 2004). Cercada de conceitos ideológicos e históricos a obesidade, enquanto entidade doença, reflete o modo como a vemos atualmente (VIGARELLO, 2012).

Cresce cada vez a necessidade de entender a obesidade no cotidiano da sociedade e como isso influencia no cuidado à saúde e na sua terapêutica. A obesidade transpassa a esfera da saúde e se torna uma condição social no cotidiano da sociedade moderna (PUHL; BROWNELL, 2001; PUHL; HEUER, 2009). Poulain (2013) aponta que a obesidade é um objeto interessante de estudo sociológico porque nela se vincula aspectos relacionados aos riscos para a saúde, constantemente apresentados no discurso científico, e em relação aos significados sociais da obesidade, como uma espécie de anomalia. A obesidade é um fenômeno que engloba as relações entre ciência, sociedade e cultura. O autor também adverte que o risco da luta contra a obesidade pode se tornar uma luta contra o sujeito com obesidade e o discurso médico, legitimar a busca pela magreza como um padrão de beleza idealizado (POULAIN, 2013).

A história que envolve a figura do obeso é cercada de reviravoltas sócio-históricas. Com o desenvolvimento das sociedades ocidentais, as características almejadas e negadas em cada época histórica foram moldadas por ideologias e interesses específicos. A história da obesidade e do obeso está ligada a essas mudanças de padrões que envolvem a avaliação de formas corporais e a sua utilização no trabalho (VIGARELLO, 2012).

Por exemplo, no século XVIII, se criou uma tradução social da gordura, principalmente do abdômen, como sinônimo do homem paramentado, financista, mercador e burguês. O excesso de peso se torna associado ao *status* social e aos prestígios relativos ao sedentarismo de gabinete, de banco e de negócios. Na figura 1 vemos algumas imagens de significado do corpo ao longo história.

Figura 1 – Ilustrações que refletem a imagem do obeso do longo do tempo. a) monarca; b) monge acético; c) charge do personagem burguês.

Fonte: a) Antoine-François Callet, Retrato de Luís XVI, 1779, Chateaux de Versailles et Trianon, Versailles; b) Jusepe de Ribera, 1637, Hermitage, São Petersburgo; c) The Subsidised Mineowner - Poor Beggar!, Trade Union Unity Magazine, 1925.

O corpo é o principal elo de ligação e meio de expressão do sujeito com o mundo, é o efeito de uma construção social e cultural. O corpo é socialmente construído e nele se materializa a relação do sujeito com a sociedade, tornando-se o local onde acontecem os conflitos simbólicos que refletem questões contemporâneas. As convenções sociais revelam a relação do indivíduo com o seu meio social por meio de “ritos, etiquetas, características gestuais, formas de percepção, de expressão de sentimentos, distinção de classe, códigos culturais e sociais, (...) relação com o sofrimento, com a dor etc”. Desse modo, no corpo acontecem diálogos e disputas simbólicas, culturais, políticas, étnica, históricas, religiosas e econômicas (FERREIRA, 2008, p. 72).

O corpo é uma construção simbólica. No ocidente também existe a noção de corpo individual e próprio que repousa na concepção particular de posse (“meu corpo”) (BRETON, 2011). Desse modo o corpo pode ser a grande matriz na qual o individuo constrói sua identidade.

Essa construção social do corpo obeso sofre constantes reformulações que afetam a lida com a obesidade (COGAN *et al.*, 1996; JOHNSON *et al.*, 2008). A idealização da imagem corporal veiculada pela mídia, vem sendo apontada como

uma das principais responsáveis pelos distúrbios de autoimagem e internalização de um ideal de magreza por toda sociedade, inclusive por parte de terapeutas (SOUTO E FERRO-BUCHER, 2006; SYPECK *et al.*, 2006).

O corpo magro em mulheres das classes média e alta pode representar um instrumento de ascensão e promoção social enquanto que nas classes populares esta associada à fraqueza e à incapacidade para o trabalho. Mesmo dentro de uma mesma classe popular, já existem diferenças nessas representações de acordo com as gerações, sendo que gerações mais jovens valorizam o corpo magro como importante para inserção no mercado de trabalho (SANTOS, 2008).

Em estudo *cross-cultural*, pode-se notar como a cultura permeia a percepção da obesidade e a percepção social do corpo obeso. Homens negros, quando comparados com homens brancos tendem a achar um corpo acima do peso mais atraente, mostrando que a obesidade é admirada e considerada um atrativo sexual em algumas culturas (TRELOAR *et al.*, 1999). Ugandenses admiram muito mais mulheres obesas que britânicos. Quenianas percebem o corpo feminino mais negativamente que britânicas e percebem o corpo com peso aumentado mais positivamente do que as britânicas (FURNHAM; ALIBHAI, 1983).

A cultura pode moldar percepções, como é o caso do estudo realizado por Tovée e colaboradores, que compara a percepção da atratividade de zulus africanos com zulus e caucasianos vivendo no Reino Unido e demonstra a preferências que se mostram flexíveis e adaptáveis, moldadas pelos novos ambientes em que são inseridos, tornando assim, as preferências dos migrantes similar ou idêntica à da população local (TOVÉE *et al.*, 2006).

Diferença na própria percepção corporal foi observada entre mexicanos que vivem no México e aqueles que vivem nos Estados Unidos, mostrando que apenas 50% dos primeiros reconheciam estar acima do peso, enquanto que, dos mexicanos residentes nos Estados Unidos, 70,4% admitiram o excesso de peso. Esse resultado nos mostra a influência do local de residência e do contexto cultural na auto-percepção (GUENDELMAN *et al.*, 2011).

3 Doença e abordagem terapêutica

O conceito de saúde e doença são historicamente definidos, influenciado pelo contexto, sendo resultado de mudanças estruturais, papéis sociais, significados e crenças familiares, inovações tecnológicas e médicas além de transformações sociopolíticas e modos de institucionalização da saúde/doença, assim como variáveis ideológicas que refletem diretamente nesses conceitos (KLEINMAN, 1981).

Eisenberg, em 1977 separou o conceito de doença (*disease*) e enfermidade (*illness*), sendo a primeira definição referente a uma anormalidade da estrutura ou função dos órgãos e sistemas do corpo, enquanto a enfermidade seria a experiência de mudanças depreciativas no status pessoal e função social. Desse modo, a primeira definição é conceituada pela medicina e a segunda experienciada pelo próprio paciente.

Allan Young ao publicar *The Anthropologies of Illness and Sickness* em 1982 analisa a trajetória da antropologia médica e os diferentes conceitos de doença. Young define *disease* como uma patologia orgânica; *illness* o modo pelo qual a doença é trazida à consciência individual e *sickness* representa os significados da doença reconhecidos socialmente, ou seja, o modo pelo qual sinais biológicos e/ou comportamentais são traduzidos em sintomas. Cada cultura traduz de uma forma diferente os sinais em resultados socialmente significantes, sendo *sickness* é o processo de socialização da *disease* e *illness*.

Twaddle, 1994 (apud HOFMANN, 2002) aplica estas definições e as operacionaliza distinguindo os três conceitos. Desse modo, Twaddle define 1) doença (*disease*) como um fenômeno orgânico independente da experiência subjetiva e das convenções sociais, podendo ser medido objetivamente, 2) enfermidade (*illness*) como um estado de sensações subjetivas, percepções do funcionamento e/ou competência corporal, sendo apenas observado diretamente pelo sujeito e 3) *Sickness* como a identidade social, conjunto de direitos e deveres definido pelos outros com referência a atividade social daquele indivíduo doente, sendo um “evento localizado na sociedade” (HOFMANN, 2002).

Esses conceitos de Twaddle mostrados na Figura 5, mostram que uma doença leva a uma enfermidade e que resulta numa identidade social de doente, adquirindo assim as três definições (área 1 da figura), como por exemplo, no

caso da tuberculose, falência renal e câncer. Nestas condições a pessoa se sente doente (*illness*), o profissional da saúde é capaz de detectar a doença (*disease*) e a sociedade atribui o *status* social de doente (*sickness*), reconhecida, por exemplo, pela licença do trabalho. Entretanto, algumas condições desviam dessa tripla denominação e podem possuir apenas um aspecto (áreas 5, 6 e 7) ou dois aspectos (áreas 2, 3 e 4) dessa tríade. A cárie dentária, enjoos e resfriado são condições reconhecidas pelos profissionais como negativas para o corpo e experienciada pelos sujeitos mas, normalmente, não são classificadas como *sickness* (área 3). Melancolia, ansiedade e aborrecimento são condições percebidas negativamente pelo sujeito mas não são reconhecidas como *disease* ou *sickness* (área 6)

No caso das condições assintomáticas (obesidade, hiperglicemia, hipertensão arterial, intolerância à glicose), elas são usualmente caracterizadas como doenças por requererem uma atenção médica e existir enquanto uma alteração biológica, mas não são experienciadas individualmente e nem classificadas socialmente como doenças (área 5), acarretando dificuldades no manejo terapêutico pela disparidade nas visões médicas, do paciente e da sociedade.

Figura 2 – Adaptação do modelo de tríade de Twaddle

Fonte: Adaptada de HOFMANN, 2002

Em cada contexto histórico-cultural existem diferentes instituições, padrões de atividade institucional e comportamentos individuais relacionados a saúde/doença e o próprio cuidado a saúde. Com isso, cada paciente e profissional difere no modo como pensa, experiencia e responde à doença e ao tratamento.

Apesar das diferenças, ao analisarmos esses conceitos, encontraremos também aspectos similares (universais) a respeito de como a doença é construída e experiência socialmente e de como o tratamento é selecionado e organizado. Isso ocorre porque o processo de saúde/doença é um aspecto fundamental do mundo social, presente em qualquer sociedade em qualquer período histórico (KLEINMAN, 1981).

Desse modo podemos definir o cuidado a saúde e a própria medicina como um sistema cultural, um sistema simbólico ancorado em arranjos particulares de instituições sociais e padrões de interação interpessoal, assim como a linguagem, a religião e as estruturas de parentesco. Kleinman define o sistema de cuidado com a saúde (*health care system*) como a totalidade das respostas à doença, experiências e manejos individuais, somados às instituições sociais. Como qualquer sistema cultural, o sistema de cuidado à saúde possui componentes da própria sociedade como crenças em causas, legitimidade e papéis sociais, relações de poder, contextos de interação e instituições. A maneira pessoal de usar e acionar esses componentes do sistema, também é única em cada contexto, o modo como a doença é percebida, rotulada, explicada e tratada também é particular as peculiaridades sociais (KLEINMAN, 1981).

O sistema de cuidado à saúde é organizado conforme o mundo social, as crenças e comportamentos, pela interação de diversas variáveis como instituições sociais (hospitais, clínicas, associações), regras sociais (papel do doente, papel do curador), relações interpessoais (relação médico-paciente, família-paciente), locais de interação (ambiente doméstico, clínicas) e constantes políticas e econômicas.

Pacientes e profissionais pertencendo a esse sistema e imersos em configurações culturais e sociais não podem ser vistos e entendidos como fragmentos independentes de seu contexto histórico-cultural. Do mesmo modo, Geertz, 1989, define um sistema cultural como sendo, ao mesmo tempo, produto e produtor do próprio sistema, o sistema de cuidado com a saúde também deve

ser visto dessa maneira, mesmo ao estudar um sistema particular, deve-se perceber o sistema na sua origem, estrutura, função e significância.

Kleinman (1981) define que em cada setor do sistema de cuidado à saúde existem modelos explanatórios definidos por pacientes, profissionais e familiares, em cada situação particular de doença, contemplando etiologia, conjunto de sintomas, pato-fisiologia, curso da doença (gravidade e tipo de doença) e tratamento. Esses modelos são ancorados em conhecimentos e valores específicos de cada setor social, sendo produtos históricos e sócio-políticos na cultura local. Dessa forma, diferentes modelos podem construir diferentes realidades clínicas do mesmo episódio, afetando a comunicação, expectativa e cuidado entre os diferentes integrantes do sistema, levando muitas vezes a uma ineficácia do tratamento (KLEINMAN, 1981). Numa mesma cultura local todos estão sujeitos a mesma discriminação do corpo grande, ao mesmo tempo que seguem *ethos* diferentes a depender da trajetória histórica de seu grupo social de mais proximidade.

Outra definição que compõem esse cenário é a definição de assistência (COMELLES, 1977), definida como o conjunto dos aspectos ideológicos (representações, valores e atitudes próprias daquele setor social) e práticos (comportamentos, ações, decisões e técnicas terapêuticas) relativo à saúde e à doença, ou seja, técnicas e rituais aplicados, somados aos processos complexos de movimentação social, ancorados em sistemas normativos de ordem ética, moral ou religiosa. Tendo em conta que esses processos de assistência acontecem sobre o indivíduo, é necessário que haja uma condição de assistência, ou seja, o indivíduo deve ser incluído num grupo passível de assistência. Essa inclusão não depende necessariamente de questões biológicas ou psíquicas, mas de um conjunto de regras, necessariamente arbitrárias, criando um convênio social produzido em contextos históricos definidos que dita quem é ou não doente.

Portanto, no ato terapêutico ocorre o encontro entre o saber leigo e o saber científico; a ciência e a cultura; os fatos e os julgamentos morais. E o profissional da saúde integra todas essas diferentes facetas em um único sujeito e experimenta essas perspectivas na prática terapêutica.

4 Obesidade como doença contemporânea

Na sociedade contemporânea cada vez mais as doenças crônicas não transmissíveis ganham espaço como um grupo de doenças vistas como um desafio para a saúde pública. Dentre elas, a obesidade ganha espaço pelo seu importante crescimento nos últimos 30 anos (BRASIL, 2006). A Organização Mundial de Saúde define a obesidade como

um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000, p. 7).

No âmbito epidemiológico ela se torna um fator de risco e uma “epidemia global”, (MITCHELL *et al.*, 2011) conforme se observa no título do relatório da Organização Mundial de Saúde: *Obesity: preventing and managing the global epidemic* (Obesidade: prevenindo e administrando a epidemia global)(WHO, 2000). A obesidade envolve uma complexa relação entre corpo, saúde e sociedade, com diferentes inserções sociais e concepções.

Dentre as inúmeras ferramentas existentes para avaliar o excesso de peso de um indivíduo, a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) é a mais recomendada na prática clínica e na avaliação em nível populacional. Este método é preconizado pelos Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2008) e pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000) sendo o cálculo do IMC o peso (em quilogramas) dividido pela altura ao quadrado (em metros). Deste cálculo, o indivíduo adulto pode ser classificado em baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrófico ($IMC \geq 18,5$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC \geq 25$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$) ou obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). A organização mundial de saúde classifica o excesso de peso em adultos, segundo o IMC, em sobrepeso ($IMC 25,00- 29,99 \text{ kg/m}^2$), obesidade grau I ($IMC 30,00- 34,99 \text{ kg/m}^2$), obesidade grau II ($IMC 35,00- 39,99 \text{ kg/m}^2$) e obesidade grau III ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$). Segundo esta classificação, os riscos de comorbidades aumentam para moderados, graves e muito graves conforme cresce o grau de excesso de peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Muitos estudos se utilizam dessa classificação mas classificam um $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ com o termo

“obesidade mórbida” (RAND; MACGREGOR, 1990; GALLAGHER, 1997; STURM, 2007), termo difundido como uma obesidade grave ou extrema.

Numa revisão sistemática (NG et al., 2014) que avaliou 1769 artigos, pode-se concluir que entre 1980 e 2013 a proporção de excesso de peso em adultos aumentou de 18,9% para 36,9% em homens e 29,8% para 38% em mulheres, passando de 857 milhões de indivíduos para 2,1 bilhões em 2013. Em alguns países estudados a prevalência de obesidade ultrapassa 50%. É estimado que em 2010, o sobrepeso e a obesidade foram a causa de 3,4 milhões de mortes e 4% de anos de expectativa vida perdidos (LIM *et al.*, 2012).

O Brasil presenciou uma transição epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas, aumento das doenças crônicas, queda da desnutrição e aumento do excesso de peso em todas as idades e classes de renda, alterando o próprio quadro de saúde-doença do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010; BRASIL, 2014a).

A urbanização e mudanças no modelo econômico resultaram em alterações no padrão de comportamento alimentar e na diminuição da atividade física, levando assim o país a um estágio intermediário de transição nutricional, com distribuição desigual entre as regiões, prevalência de obesidade se intensificando, principalmente em famílias de baixa renda. Por exemplo, os níveis de obesidade nas regiões Sul e Nordeste que se apresentam desiguais e com grande variabilidade (PINHEIRO *et al.*, 2004). Na Pesquisa de Orçamento Familiar (2008-2009) essa tendência é clara quando se compara o período de 1975-1985, 1989, 2002-2003 e 2008-2009 na qual vemos a diminuição da prevalência do déficit de peso (de 8 para 1,8% no sexo masculino) e o aumento do sobrepeso (18,5 para 50,1 no sexo masculino) e obesidade (de 2,8 para 12,4% no sexo masculino) (IBGE, 2010).

Segundo o Sistema de Vigilância de fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico, a prevalência de excesso de peso foi de 43%, 42,7%, 44,2% e 46,6% para cada ano do período de 2006 a 2009, respectivamente. Para a obesidade, as prevalências foram de 11,4%, 12,7%, 13,2% e 13,8%, no mesmo período de estudo, chegando em até 22,6% em uma das capitais estudadas (BRASIL, 2014b).

Ao analisar as metas do terceiro ano de vigência do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis brasileiro no período de 2010-2013, conclui-se que a maioria das metas estabelecidas foram alcançadas (redução na mortalidade prematura; redução do consumo do tabaco e no consumo abusivo do álcool; aumento no consumo de frutas e legumes, níveis de atividade física e cobertura de mamografia). Entretanto no caso da obesidade, nota-se que é a única meta não alcançada, neste período, no qual ocorreu um aumento de 15,9% (MALTA; SILVA JR, 2014).

5 Abordagem terapêutica da obesidade

5. 1 Atenção básica de saúde

De acordo com a definição da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 19), a atenção básica é caracterizada por

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Atualmente, a principal estratégia de implementação e organização da atenção primária é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo é focado na unidade familiar e na inserção na comunidade, sendo definido como

estratégia de expansão, familiar qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p. 54).

Desse modo, podemos ver como a construção desse sistema de saúde, desde a sua definição, engloba as ações de promoção e proteção à saúde em seus diversos âmbitos e a ESF é uma ferramenta para auxiliar e consolidar esses objetivos estabelecidos.

A atenção básica de saúde tem como principal característica o fato de estar inserida próxima à comunidade, possuindo um maior poder de compreensão da dinâmica social local e enfrentamento de doenças por todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado à saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, etc) (BRASIL, 2012).

Nesse serviço existem profissionais com um perfil diferenciado dos outros níveis de atenção, como o agente comunitário de saúde (ACS) e o médico de família. O ACS atua como elo entre equipe e comunidade, funcionando como mediador entre o saber médico e o saber popular, mas muitas vezes ainda possui demandas paradoxais sem uma identidade profissional bem definida (OLIVEIRA NUNES *et al.*, 2002; MARTINES; CHAVES, 2007). A figura do médico de família, diferente dos médicos que atuam em níveis maiores de atenção e complexidade, é um profissional mais próximo da comunidade, imerso naquele contexto social e capaz de entender seus problemas e limitações. Espera-se que seja uma figura conhecida da comunidade, participando de atividades locais e usando linguagem cotidiana nas consultas e, inclusive, tratando de mais de uma geração da mesma família (HELMAN, 200). E por se tratar de uma equipe multidisciplinar, assim como em qualquer outro nível de atenção, existem conflitos de legitimação entre as diversas categorias profissionais atuando como plano de fundo na atenção à saúde (FARIAS; VAITSMAN, 2002).

Como define Harris (1980 apud HELMAN 2000, p. 104): “Todos os diagnósticos têm um componente social, havendo ou não problemas sociais, sendo que, na prática generalista é fácil perceber a relação entre a doença do paciente e as circunstâncias sócias, pois as circunstâncias estão visíveis”. Desse modo, se torna importante levar em consideração aspectos da formação do programa e da equipe na tentativa de abarcar as inúmeras facetas que compõem esse serviço de atenção à saúde e compreender como isso interfere na terapêutica da obesidade.

5.2 A obesidade na Atenção básica à saúde

A Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica publicado pelo Ministério da Saúde brasileiro descreve a obesidade como uma condição dual de doença e fator de risco:

Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no País (BRASIL, 2014, p. 15).

Portanto, desde a sua definição, a obesidade é uma doença e um fator de risco para outras doenças, permeando tanto o grupo dos “fatores de risco” (como sedentarismo, fumo, etc...) como o de “doenças” (diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, etc..).

Com relação a obesidade e as doenças crônicas na atenção básica, o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica define que

a atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas têm demandado ao SUS a organização de oferta continuada de cuidados para promoção da saúde e prevenção de complicações, bem como para o atendimento oportuno e resolutivo em episódios agudos. (...) No escopo dessa Rede, algumas doenças crônicas estão sendo priorizadas para organização de linhas de cuidado, como as doenças cardiovasculares e a obesidade. (...) Cabe ressaltar que o apoio diagnóstico e o terapêutico, bem como o apoio matricial interdisciplinar, são necessários para potencializar a resolubilidade da atenção básica no cuidado aos indivíduos com sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2015, p. 34).

Ao redor do mundo, outros países também preconizam a Atenção Básica de Saúde (ABS) como instrumento para o tratamento da obesidade. Por exemplo, o *National Service Frameworks for diabetes and coronary heart disease*, do departamento de saúde britânico, avalia o serviço de atenção básica à saúde como a principal ferramenta para desenvolver e avaliar estratégias para o tratamento de pacientes com obesidade (DOH, 2001).

Os principais determinantes do excesso de peso são o aumento do consumo alimentar e diminuição do gasto energético, seguindo uma abordagem científica fundamenta nos preceitos da medicina convencional. Segundo os documentos nacionais de atenção básica, o tratamento da obesidade se apoia numa mudança de comportamento com foco na promoção da alimentação saudável e atividade física, tratamento dietoterápico e, em alguns casos, tratamento medicamentoso e cirúrgico (BRASIL, 2014). Segundo o Caderno de Atenção Básica, para uma pessoa que apresente obesidade

deve-se propor uma redução moderada na ingestão de energia como estratégia para redução da massa corporal, associada a exercícios físicos e às mudanças nos hábitos cotidianos.(...) E a responsabilidade do profissional de saúde com relação às mudanças nos hábitos de vida não deve se traduzir em um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo, pois o que está em jogo não se restringe apenas à mudança do consumo de alimentos, de atividade física, mas tem influência sobre "toda a constelação de significados ligados ao comer, ao corpo, ao viver (BRASIL, 2006, p. 35).

Desse modo, os próprios manuais trazem como uma obrigação dos profissionais de saúde ver o paciente de forma integral nas questões sociais, psicológicas, genéticas clínicas e alimentares implicadas no sobrepeso e na obesidade.

TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO Identificação e acolhimento dos indivíduos com sobrepeso e obesidade					
ATENÇÃO BÁSICA				ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL	ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR
APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO, REGULAÇÃO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO IMC PARA ADULTOS					
NORMAL IMC $\leq 25 \text{ kg/m}^2$	SOBREPESO IMC entre 25 e 29,9 kg/m^2	SOBREPESO COM COMORBIDADES^a IMC entre 25 e 29,9 kg/m^2	OBESIDADE IMC entre 30 e 40 kg/m^2 com ou sem comorbidades ^a	OBESIDADE IMC entre 30 e 40 kg/m^2 com comorbidades ^a OU sem sucesso em tratamento anterior na AB	OBESIDADE IMC entre 35 e 40 kg/m^2 com comorbidades ^a OU IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ com ou sem comorbidade ^a E/ OU sem sucesso em tratamentos anteriores por um período de tempo determinado na atenção especializada ambulatorial
AÇÕES E CUIDADOS A SEREM OFERTADOS AOS USUÁRIOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL					
AÇÕES DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL E ATIVIDADE FÍSICA					
				Prescrição dietética, terapia comportamental e farmacoterapia	Procedimentos cirúrgicos, prescrição dietética, terapia comportamental, farmacoterapia
	Plano de ação para voltar ao IMC normal, prescrição dietética ^b	Plano de ação para voltar ao IMC normal, prescrição dietética ^b	Prescrição dietética ^b , Terapia comportamental, Farmacoterapia	Acompanhamento pré e pós cirúrgico nos casos indicados ^c	Acompanhamento pré e pós cirúrgico

Fonte: DAB/SAS/MS.

^a Comorbidades: hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e/ou outras doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pelo sobrepeso e obesidade.

^b Quando necessário, após avaliação junto à equipe multiprofissional de apoio matricial da AB (como o NASF).

^c Pela equipe multiprofissional de Atenção Especializada.

Figura 4 - Fluxograma de atenção à saúde de pessoas com sobrepeso e obesidade

Fonte: Brasil, 2015, p. 35.

Na Figura 4, está o fluxograma de atenção à saúde de pessoas com sobrepeso e obesidade, esta proposta de organização do cuidado se baseia na estratificação de risco a partir do IMC e das comorbidades associadas (BRASIL, 2015). Podemos observar que as ações de vigilância alimentar e nutricional permeiam todos os indivíduos (eutróficos e com excesso de peso), bem como as ações de promoção a alimentação adequada, atividade física e o apoio

diagnóstico e terapêutico. Portanto, todo indivíduo deve ser constantemente avaliado e monitorado, sempre sendo alvo de ações de promoção alimentar e de atividade física.

Segundo o *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children*, intervenções dietéticas e de estilo de vida com o objetivo de diminuir o consumo energético e aumentar o gasto energético através de dieta balanceada e exercícios são fundamentais para programas de perda de peso. São recomendadas dietas hipocalóricas e atividade física regular como primeira opção de tratamento para perda de peso. Os profissionais da atenção primária são encorajados a desenvolver programas para perda e manutenção do peso em populações com excesso de peso. Segundo esta mesma diretriz, os profissionais de saúde devem criar uma atmosfera sem julgamentos e considerar as barreiras que os pacientes possuem em relação a perda de peso (CMAJ, 2007).

Apesar das diretrizes preconizarem o cuidado ao paciente com obesidade na ABS, estudos mostram quem a obesidade é subestimada e sub-reconhecida no serviço da ABS. Pacientes com comorbidades associadas e com maior IMC são priorizados em práticas de aconselhamento para perda de peso (LAWS; 2004; BOOTH *et al.*; 2014). Portanto, se faz cada vez mais necessário compreender quais aspectos influenciam a abordagem terapêutica por parte dos profissionais de saúde.

6 Modelos de atenção à saúde

Dentre as diversas formas de cuidado e de saber médico, inúmeros modelos foram desenvolvidos ao longo dos anos para lidar com o processo de adoecimento. Vemos na literatura uma trajetória terapêutica de modos variados de se cuidar das pessoas com o decorrer dos anos. As características de determinados tempos e momentos influenciam o processo de construção dos diversos modos de cuidado na medicina.

O modelo biomédico clássico é um modelo do século XIX de muita influência no modo como construímos a percepção moderna de doença. Este modelo compreende os fenômenos de saúde e doença tendo como base as ciências da vida, principalmente a biologia. Neste modelo a doença é definida

como um desajuste ou um mecanismo defeituoso resultante de fatores morfo-fisiológicos. Desse modo, as doenças são causadas pela ação de um ou mais agentes patológicos e, este é o causador da doença. Ao longo dos anos, esse modelo biomédico foi sendo assimilado pelo senso comum, tendo como foco principal a doença infecciosa causada por um microrganismo (ALVES, 1993; GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JUNIOR, 2006).

O modelo biomédico, portanto, adota uma lógica unicausal e linear, procurando sempre identificar uma causa para explicar o fenômeno. Este modelo unicausal toma como base o mecanicismo, ou seja, todos os fenômenos que se manifestam nos seres vivos são mecanicamente determinados e, em última análise, essencialmente de natureza físico-química. Portanto, não se leva em consideração os significados sociais atribuídos ao comportamento do enfermo, o que impossibilita a criação de respostas inconclusivas para problemas que possuem componentes psicológicos ou subjetivos. E apesar de frequentemente encontrarmos na prática discursiva da medicina referências às abordagens psicossociais, ainda existe uma primazia do campo biológico sobre os demais (BARROS, 2002).

Na década de 50 e 70, nasce uma nova perspectiva de saúde com o conceito de saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de doença”, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. O modelo da história natural da doença é desenvolvido abarcando a descrição da progressão ininterrupta de uma doença em um indivíduo desde o momento da exposição aos agentes causais até a recuperação ou a morte. O conceito de saúde ganha uma estrutura explicativa pelo esquema da tríade ecológica (agente, hospedeiro e meio ambiente) e, portanto, o restabelecimento da normalidade está ligado à visão positiva de saúde, que é valorizada pela noção de prevenção sobre as doenças. Entretanto, apesar deste modelo privilegiar o entendimento da saúde como um processo multicausal, ainda é forte a influência do modelo biomédico ao se valorizar de modo secundário os determinantes sociais ao se apoiar fortemente na causalidade das patologias (patogênese) e denominar como “natural” um processo que não é tão somente natural (OLIVEIRA, 2010).

O modelo de determinação social da doença, nasce na década de 1960 como uma crítica ao modo insuficiente pelo qual a epidemiologia tradicional

aborda a saúde. A epidemiologia tradicional vê os transtornos biológicos e/ou psíquicos em um dado conjunto de indivíduos sem considerar o que pertence estritamente ao âmbito biológico e o que pertence ao âmbito social. Com o modelo sanitista brasileiro e a constituição do campo do conhecimento da Saúde Coletiva, ganha espaço este modelo que se interessa em sistematizar e estudar os variados processos que resultam nas condições de vida e saúde em uma dada coletividade (OLIVEIRA, 2010).

O saber médico contemporâneo, sofre influencia de todos estes modelos, entretanto, ainda se sobressai o referencial da doença e da lesão, ou seja, o objetivo da clínica médica ainda é identificar a doença e sua causa. Criando-se uma relação de co-dependência, na qual, uma necessita da outra para existir e basta remover a causa para que haja a cura da doença. As doenças são vistas como entidades com “vida própria” e não como construções criadas e categorizadas pelo próprio homem (ALVES, 1993; GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JUNIOR, 2006).

Portanto, nem o próprio saber médico é neutro e objetivo como tenta ser na teoria, pois dentro deste saber, existe a experiência pessoal do profissional de saúde, sua bagagem pessoal e a própria história deste modelo de cuidado (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JUNIOR, 2006). O profissional na sua prática clínica expressa sua subjetividade ao, por exemplo, tomar uma decisão ou orientar um paciente. Cria-se uma ambiguidade entre o que os profissionais sabem e ao que realmente sentem ao fazer, evidenciando uma tensão dentro da própria prática de cuidado à saúde. Por exemplo, na formação do profissional de saúde existe uma tensão entre as exigências de saberes e práticas guiadas por protocolos e, de outro lado, a experiência do indivíduo e a dimensão do vivido. O processo apesar de ser tido como científico e objetivo, possui em seu interior o aspecto humano do profissional de saúde (BONET, 1999).

JUSTIFICATIVA

A magnitude da obesidade é um grande desafio para os serviços de saúde e instituições de saúde pública brasileiras e mundiais. A abordagem terapêutica da obesidade tem sido associada às dificuldades e limitações de seu

tratamento, bem como permeada de valores e construções sociais. Portanto se faz necessário compreender como aspectos culturais influenciam o manejo da obesidade por parte de profissionais de saúde.

É importante entender a relação da equipe de saúde com o paciente, caracterizando e entendendo crenças e atitudes que influenciam no tratamento. A cultura tem um papel fundamental nesse processo e as equipes de saúde não estão isentas das influências disseminadas socialmente, apesar da sua formação acadêmica. Desse modo, existe uma demanda por estudos qualitativos que possam entender como esse processo é construído e mantido pela equipe de saúde e como permeia o processo terapêutico. Aliado à abordagem socioantropológica que pode contribuir na compreensão do cenário e ambiente no qual acontece a terapia com mais elementos simbólicos e sinais relevantes.

QUESTÕES DE PESQUISA

Na busca de compreender as influências culturais e científicas na composição na abordagem terapêutica da obesidade, algumas questões foram criadas para nortear o estudo:

Como se dá a influencia da cultura na abordagem terapêutica da obesidade?

Como os profissionais de saúde constroem sua visão e se situam em seus pontos de vista sobre a obesidade e o paciente obeso no seu cotidiano? Como a cultura influencia neste processo?

OBJETIVO

Compreender como a perspectiva científica e a cultural se integram e se expressam na abordagem terapêutica na atenção primária em unidade básica de saúde

Objetivos específicos:

- Descrever valores e práticas de profissionais de saúde na abordagem da obesidade;
- Identificar aspectos científicos e culturais na abordagem terapêutica da atenção básica a saúde;

MÉTODO

A partir da definição do objeto de estudo desta pesquisa e os objetivos propostos - *conhecer a influência dos aspectos culturais na construção de valores e práticas de profissionais de saúde na abordagem terapêutica da obesidade* - consideramos que a abordagem qualitativa e o método etnográfico, apropriados para alcançar esse objetivo. O método qualitativo é o que se propõe ao “estudo da história, das relações das representações, das crenças das percepções, das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam”, além de permitir o desvelamento de processos sociais (MINAYO, 2008, p. 47).

Portanto, este é um estudo qualitativo com profissionais que compõem equipes de saúde e atendem pacientes com obesidade em unidades básicas de saúde. Foram escolhidas duas cidades da região sudeste, uma de médio porte situada no interior do estado e outra de grande porte situada no litoral. A escolha dos locais de estudo se deu principalmente por proporcionar recursos e material de pesquisa para entendermos como a cultura influencia na construção da obesidade e, conseqüentemente, na sua terapêutica.

Método etnográfico

Neste estudo buscamos uma inspiração nos trabalhos etnográficos como meio de compreender como as facetas culturais e científicas interagem e se expressam no cotidiano de uma equipe de saúde em uma unidade de saúde ao tratar a obesidade

A etnografia se mostra uma ferramenta metodológica qualitativa eficaz para abordar de forma holística e comparativa a natureza complexa de diversos fenômenos, dado que prioriza os instrumentos analíticos que favorecem a observação, descrição e análise da vida cotidiana dos membros de uma sociedade. A etnografia busca compreender a oralidade do indivíduo e como é

construída, ou seja, como organizam seus conhecimentos e suas experiências através da linguagem, algumas vezes evidenciando uma diferença marcante entre o relato e as práticas reais (GRACIA ARNAIZ, 2010).

Alguns pressupostos de Malinovski (MALINOVSKI, 1976) nos guiaram no sentido que ele define como objetivo do etnógrafo a compreensão do ponto de vista do nativo, a sua relação com a vida e a percepção da sua visão de mundo, indo além da simples apresentação de dados. Entretanto, atualmente a etnografia se foca na exploração mais modesta e centrada, numa temática ou dimensão específica do problema estudado, visto a impossibilidade de grandes imersões no campo e a necessidade de maturação dos dados e do processo analítico, tornando assim essa questão da permanência no campo uma definição muito particular do pesquisador que deve levar em consideração a intensidade e as ferramentas “fora” do campo que também estão à disposição para elucidar o fenômeno em questão (BOMFIM TRAD, 2012). Trad (BOMFIM TRAD, 2012, p. 631) define o trabalho do etnógrafo como aquele que

observa e paralelamente interpreta. Seleciona do contexto o que há de significativo em relação à elaboração teórica que está realizando. Cria hipóteses, realiza multiplicidade de análises, reinterpreta, formula novas hipóteses. Não se trata de entender o indivíduo enquanto indivíduo, mas sim os processos que fabricam o social, seu mundo social em torno desse processo.

O método etnográfico está inserido dentro da antropologia interpretativa proposta por Geertz, no qual a cultura é peça central (GEERTZ, 1989). Portanto, para pensarmos o “fazer etnográfico”, devemos levar em consideração os conceitos hermenêuticos dessa vertente. As principais contribuições da hermenêutica podem ser resumidos pela: 1) incorporação da história como historicidade do objeto e do pesquisador, mostrando como se dá o contexto de pesquisa e 2) reconhecimento da intersubjetividade ao assumir a relação dialógica entre pesquisador e pesquisado, renunciando a pretensão de superioridade. O “encontro etnográfico”, pela sua relação dialógica, estabelece uma relação de igualdade entre os indivíduos de universos culturais distintos sem se anularem, admitindo que possuem campos semânticos distintos mas posições de simetria (COSTA, 2002).

Na sociedade contemporânea, contextos múltiplos e distintos convivem num mesmo local, criando assim, demandas por uma metodologia que possa abarcar essa sociedade tão ampla e ao mesmo de forma rápida e aplicada. A etnografia focada é uma adaptação da etnografia clássica amplamente usada em campos específicos de pesquisa que são social e culturalmente diferentes, lidando com um problema distinto em um contexto específico e/ou um grupo de uma sub-cultura. Esse tipo de estratégia é caracterizada pela relativa curta duração no campo, alta intensidade de coleta e foco em um aspecto específico do campo. (KNOBLAUCH, 2005; WALL, 2015) Na área da saúde essa adaptação vem sendo usada como uma forma de abordar fenômenos específicos de um paciente ou profissional em uma cultura ou sub-cultura. Desse modo, ao estudar uma crença, prática ou processo de cuidado à saúde específico realizado por pacientes ou profissionais, cria-se uma forma de pesquisa focada (HIGGINBOTTOM; PILLAY; BOADU, 2013).

Segundo Guber, (GUBER, 2001) a etnografia é composta por diversas ferramentas, dentre elas a observação, a entrevista e o registro. A seguir, serão discutidos alguns aspectos teóricos e conceituais dos métodos utilizados neste trabalho (observação, entrevista e registro) guiado pelas análises e reflexões de Guber:

Observação

Dentre as modalidades de observação de campo, neste estudo utilizaremos uma modalidade denominada observação participante. Tradicionalmente, seu objetivo tem sido detectar as situações que geram e expressam os universos culturais e sociais em sua complexa articulação e variedade. A aplicação dessa técnica para a obtenção de informação pressupõe a presença (percepção e experiência direta) do investigador frente aos atos que fazem da vida cotidiana da população garantia por si só da confiabilidade dos dados coletados e aprendendo os significados que estão por trás dessas atividades.

A observação participante consiste principalmente em duas atividades: 1) observar sistemática e controladamente tudo que acontece a volta do investigador e 2) participar de uma ou várias atividades da população. A

observação consiste em alocar o investigador fora da sociedade de tal forma que possa realizar sua descrição com um registro detalhado do que vê e escuta. Já a participação põe ênfase na experiência vivida pelo investigador em relação ao seu objetivo de integrar-se a sociedade estudada. Esse paradoxo que contrapõe ambas as atividades confrontam duas formas de acesso à informação, uma externa e uma interna.

A observação que se propõe em obter informações significativas, requer algum grau, nem que seja mínimo, de participação. Assim requer que o investigador desempenhe algum papel e, portanto, afeta o comportamento dos informantes, que por sua vez, influenciam na sua própria conduta. Apesar dessa limitação, a observação participante é um meio ideal para realizar descobertas e examinar criticamente os conceitos teóricos ao compará-los com realidades concretas, colocando em comunicação as distintas formas de reflexividade (PATTON, 1990; GUBER, 2001). Portanto, no presente estudo as observações de campo tiveram como objetivo descrever o objeto de estudo como ele realmente acontece, ou seja, como as atividades acontecem naquela unidade, quem interage com quem e os significados daqueles participantes nas perspectivas deles (PATTON, 1990).

Entrevista

Os sentidos da vida social se expressam particularmente através do discurso que emerge da vida diária cotidiana de maneira informal, sob a forma de comentários, anedotas, formas de tratamento e conversas.

A entrevista é uma estratégia para fazer com que alguém fale sobre o que sabe, pensa e crê. É uma situação na qual uma pessoa (entrevistador, investigador) obtém informação sobre algo interrogado a outra pessoa (entrevistado, informante), podendo referir-se a sua biografia, sentido de seus atos, sentimentos, emoções, opiniões, normas, valores ou condutas ideais. Nesse caso, nos utilizaremos de uma modalidade de entrevista chamada entrevista antropológica ou etnográfica, entrevista informal ou não diretiva na qual os disparadores para as questões são as próprias situações em campo que foram construídas ao longo de toda a coleta (GUBER, 2001). Na entrevista podemos acessar a trajetória histórica do sujeito, o caminho dele pra cuidar do outro, e

isso complementa a observação que não proporciona uma memória dos acontecimentos estudados.

A entrevista é uma situação na qual se encontram reflexividades distintas e se produz uma nova reflexividade, se torna assim, uma relação social através da qual se obtém as informações e verbalizações de interesse. A estrutura do encontro é em função dos papéis de entrevistador e entrevistado, os papéis que cada um ocupa normalmente na vida se passa como um substrato ou plano de fundo. O entrevistado não ingressa na entrevista deixando de lado suas normas que o guiam diariamente, por isso, podem existir divergências de normas entre as partes e o entrevistador impor as suas normas e expectativas. Supostamente, as formas abertas de entrevistas permitem captar a perspectiva dos atores com menor interferência do investigador.

A reflexividade no trabalho de campo, particularmente na entrevista, pode contribuir para diferenciar os contextos e detectar a presença dos marcos interpretativos do investigador e dos informantes, ou seja, é dizer como cada um interpreta a relação e como a verbaliza. Assim, é necessário ir construindo uma ponte entre ambos os universos e identificar quais perguntas o informante, implicitamente, esta respondendo, desse modo, é possível identificar as temáticas do universo do pesquisador para que possa investiga-las.

A entrevista fala do mundo externo e, portanto as respostas dos informantes cobram sentido por seu correspondente no mundo real. Nessa perspectiva, esta técnica pode ter como limitação a interferência de distorções da subjetividade, incompreensões e desentendimentos entre investigador e entrevistado.

Ao colocar suas perguntas, o investigador estabelece um marco interpretativo das respostas, isto é, o contexto no qual a verbalização dos informantes terá sentido para a investigação e o universo cognitivo do investigador. Esse contexto se expressa através da seleção temática e léxica das perguntas, se tornando imprescindível para o pesquisador reconhecer seus próprios marcos interpretativos sobre o objeto de estudo.

A entrevista geralmente ocorre em locais familiares para o informante pois apenas a partir de situações cotidianas e reais é possível descobrir o sentido de suas práticas e verbalizações.

Tal como se sucede com a observação participante, a entrevista etnográfica requer um alto grau de flexibilidade que se torna uma estratégia para descobrir perguntas idôneas e identificar os contextos em virtude das respostas que cobram sentido. Neste trabalho foram utilizadas entrevistas informais que são um tipo de entrevista na qual as questões emergem de um contexto imediato e são perguntadas no curso natural das coisas, não tendo um roteiro pré-definido, resultado das observações de campo. Esses dados foram coletados no diário de campo, no qual o pesquisador realizou suas anotações para transcrever posteriormente e utilizar como material de análise (PATTON, 1990).

Registro

O registro, ou diário de campo, tem como objetivo primário armazenar e preservar informações, mas também se torna uma forma de visualizar o processo pelo qual o pesquisador vai abrindo sua visão do objeto, entendendo o campo de pesquisa e a si mesmo, além de servir para visualizar o processo de produção do conhecimento em si, resultado da relação do campo e a teoria do investigador.

O registro se torna a materialização da própria perspectiva de conhecimento da realidade determinada do pesquisador e não a realidade em si. Se torna um depósito de informações do diálogo que o investigador realiza para conhecer seus informantes e seu objeto de estudo. Neste estudo os registros tiveram como objetivo, entender mais a fundo o objeto de estudo e comparar possíveis diferenças entre o discurso e a realidade dos profissionais de saúde.

Análise dos dados

No método etnográfico existe um movimento de interpretação e reinterpretação dos dados, ou seja, a coleta e a análise ocorrem concomitantemente durante toda a pesquisa. Possibilitando que o pesquisador volte ao campo para que complemente os dados ou esclareça algum ponto relevante que surgiu durante a análise, num movimento crescente de complexidade de informações (GEERTZ, 1989).

Dentre as várias formas de análise de dados qualitativos, a análise

temática é um dos métodos fundamentais. Braun e Clarke (2006), o definem como um método para identificar, analisar e reportar padrões dos dados que, além de descrever e organizar, interpreta os vários aspectos do assunto estudado.

Essas mesmas autoras descrevem o processo de análise em seis etapas: a primeira constitui a *imersão e familiarização* com todos os aspectos dos dados, na qual o pesquisador transcreve os dados de entrevistas, anotações e diários de campos em pastas separadas cronologicamente e por locais de coleta. Ao mesmo tempo em que realiza repetidas e detalhadas leituras do material para captar as principais ideias, significados, padrões, ou seja, de uma leitura de um “modo ativo”. Para assegurar uma melhor imersão e validade dos dados, o mesmo pesquisador que coletou as entrevistas e fez as anotações de campo deve ser o responsável por transcrever os dados, alguns autores inclusive argumentam que esse processo é uma “fase chave para a análise de dados com uma metodologia qualitativa interpretativa” (Bird, 2005, apud BRAUN E CLARKE, 2006, p. 17)

A segunda etapa consiste na *geração inicial de códigos*, identificando os aspectos que parecem ser relevantes para o analista, sendo definido como o “segmento mais básico dos dados brutos que podem ser acessados com um significado acerca do fenômeno estudado” (BRAUN E CLARK, 2006, p. 18).

A terceira etapa consiste na *procura por temas*, feito através da triagem e agrupamento de códigos em temas que, diferentemente dos códigos, são mais amplas e é o local onde a análise interpretativa dos dados ocorre, valorizando não apenas as semelhanças, mas também as diferenças entre os códigos. Nessa fase também se mostra útil a representação gráfica e visual através de um mapa de temas, tornando mais fácil a visualização dos diferentes aspectos dos dados.

Já a quarta etapa envolve um *refinamento dos temas* estabelecidos e a validade individual de cada tema, vendo se existem temas que não tem suporte de dados ou se podem ser combinados por exemplo. Esse movimento tem o propósito de criar uma representação acurada através da articulação com a abordagem teórica e analítica escolhida pelo pesquisador.

A quinta etapa tem como objetivo *capturar a “essência do tema”*, definindo qual aspecto real de cada tema e criando nomes e definições claras para cada um. E a última etapa consiste em produzir um relatório final sobre a

análise feita e os passos do pesquisador para chegar nesse produto final, assim como citações do texto para validar a análise, a questão de pesquisa e a relação com tema de estudo, num processo circular para integrar os aspectos empíricos e teóricos do fenômeno.

Com o objetivo de propor maior validade, rigor e credibilidade aos dados da pesquisa em questão, além da análise inicial do pesquisador principal, foi utilizada uma múltipla análise dos dados (MAYS E POPE, 1995; 2000) .

Além das análises iniciais, foi realizada uma nova análise por outros três pesquisadores. A análise dos dados brutos foi realizada por pesquisadores com formação em pesquisa qualitativa, na qual cada pesquisador recebeu o objetivo do trabalho, as questões de pesquisa, o referencial teórico e os dados brutos coletados para realizar a análise e propor um mapa temático. As análises realizadas, foram apresentadas e discutidas, em uma reunião mediada por um orientador, apontando as divergências e convergências entre as análises, levantando possíveis temas, mapas temáticos e pontos a serem discutidos (figura 6).

Figura 4- Fluxograma do processo de múltipla análise dos dados

Fonte: Elaborada por Palazzo, C.; Meirelles C.; Francisco, LV.

Ao final do processo, coube ao pesquisador elaborar um mapa único

compilando as três análises e os pontos apresentados na reunião.

Após este processo, o pesquisador principal realizou uma nova etapa de análise com o intuito de aumentar a complexidade das informações analisadas e levanta novos aspectos do processo de análise.

De acordo com a metodologia descrita, inicialmente foram construídos 20 códigos iniciais. Estes códigos gerados pelo pesquisador principal foram agrupados em temas durante a fase inicial de análise. Após a releitura do material e discussão com os outros pesquisadores foram elaborados três temas principais. No capítulo de resultados serão apresentados os temas resultantes das análises realizadas.

Trabalho de Campo

Esse capítulo tem como objetivo apresentar o contexto de estudo, sendo fundamental para sustentar e explicar os dados aqui discutidos. Focaremos principalmente na formação de cada equipe de saúde, no itinerário terapêutico e o contexto de cada local, pois acreditamos que esses aspectos refletem diretamente nos dados coletados. Aqui também será abordado a inserção do pesquisador no campo e possíveis repercussões no trabalho de campo.

Foram realizadas observações de campo aliadas com conversas informais, contando com a participação de profissionais de nível superior e de nível médio, conforme a constituição de cada equipe em cada localidade. Participaram da pesquisa médicos, enfermeiros e agentes de saúde, já que essas categorias profissionais lidam diretamente com a terapêutica da obesidade no seu dia-a-dia e estão presentes em todas as equipes de saúde da família. O número exato de entrevistas realizadas foi definido quando o pesquisador principal considerou que havia material suficiente para as análises e para responder as questões pretendidas pelo estudo, sendo suficiente para compor um quadro explicativo do objeto de estudo (BARCELLOS FONTANELLA; RICAS; TURATO., 2008).

A escolha das cidades, e consequentemente das unidades, se deu por conveniência e facilidade de acesso em ambas as cidades. Os dados foram coletados em duas localidades para proporcionar uma visão mais ampla do

fenômeno estudado, sendo possível observar aspectos e facetas únicas da terapêutica em cada localidade.

Cidade Interior

A cidade do interior possui aproximadamente 60000 habitantes e um IDH médio de 0,825 (IBGE, 2011) sendo o agronegócio a principal fonte econômica do município. O local de estudo foi uma Unidade Básica de Saúde na periferia da cidade. Segundo a administração da unidade, a área atendida pela unidade abrange aproximadamente quatro bairros e uma população classe D e E majoritariamente (até 4 salários mínimos familiar) que tem como principal atividade econômica o trabalho rural e em indústrias sucroalcooleiras e o comércio local.

Desse modo, a unidade tem um funcionamento e um ritmo particular. A unidade localiza-se em local afastado do centro da cidade e ao olhar o horizonte é possível ver o bairro e a zona rural convivendo num mesmo cenário. A maioria dos profissionais inicia o serviço no período da manhã, assim, a unidade é muito agitada nesse período. Por volta das 7h/7h30 já existem pessoas aguardando serem atendidas ou para pegar senha para agendar um atendimento, as equipes já estão fazendo pré-consulta ou grupos de atendimento e se organizando para o dia de serviço. A maioria das ações da unidade acontecem no período da manhã e dura 2 a 3 horas.

Após às 10h maioria dos médicos já finalizou o atendimento e a unidade começa a se esvaziar. Por volta do meio dia a unidade esta deserta, quase todos os funcionários almoçam em casa e apenas um fica na recepção para eventuais informações. Esse esvaziamento também ocorre no bairro, no horário do almoço poucas pessoas estão na rua e é possível ver, inclusive, pessoas descansando sob árvores nas praças após o almoço. No período da tarde todos retornam mas sem o ritmo frenético da manhã, as horas da tarde se arrastam e são muito pacatas, apenas uma médica atende nesse período e a maioria dos funcionários reserva a tarde para questões burocráticas.

Essa unidade possui 2 equipes básicas de saúde que dividem uma mesma estrutura física: a primeira equipe é composta por um médico, uma

enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um dentista e um auxiliar de consultório dentário e cinco agentes comunitários de saúde (ACS); a segunda é composta por um médico generalista, um médico de família, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um dentista e um auxiliar de consultório dentário e cinco ACS.

O pesquisador principal acompanhou as principais atividades de médicos, enfermeiras e ACS durante aproximadamente quatro meses com visitas uma vez por semana de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Inicialmente foram realizadas observações de campo nas consultas médicas e de enfermagem; pré-consultas; visitas domiciliares; nas “rondas” dos ACS, ou seja, o momento do dia no qual são entregues encaminhamentos e realizadas as visitas domiciliares; reuniões de equipe; reuniões de grupo de Hipertensão/Diabetes. Foi priorizado as atividades de médicos, enfermeiras e ACS pelo maior contato com a população que essas categorias possuem, e assim, poderem fornecer uma melhor caracterização do fenômeno estudado.

Durante esse período o pesquisador pôde compreender melhor a rotina de cada equipe, o funcionamento da unidade e quem poderiam ser os melhores informantes, ou seja, quais profissionais se sentiam mais confortáveis em falar sobre o assunto e possuíam uma maior sintonia com o pesquisador.

Durante as observações de campo o pesquisador realizava uma entrevista informal conforme o assunto era pertinente, por exemplo, após uma consulta com um paciente com obesidade, o pesquisador questionava: “esse tipo de paciente é comum aqui?”, “você acha difícil tratar?” ou “porque você acha que as vezes o tratamento não funciona?”. Assim, foi possível abordar certos aspectos do fenômeno de uma forma mais descontraída e informal, acessando uma visão mais prática e menos rígida da realidade. As observações e percepções do pesquisador eram anotadas em um diário de campo que posteriormente foi transcrito para análise.

Desta forma, não foram todos os profissionais que realizaram a entrevista. Na tabela 1 encontra-se descrito os profissionais entrevistados. Nessa segunda etapa, foi realizado uma entrevista formal (APÊNDICE A) com nove profissionais de ambas as equipes do interior. Essa entrevista abordava aspectos da trajetória profissional, definição e tratamento da obesidade, assim como, temas que surgiram durante as observações de campo.

Dos 17 profissionais entrevistados, apenas um era do sexo masculino. Esta seleção não aconteceu de forma intencional, apenas seguiu o padrão das unidades estudadas.

A entrevista foi construída ao longo da pesquisa pois certos aspectos necessitavam de uma melhor abordagem, por exemplo, foi adicionado uma questão para “definir a obesidade” no início, visto que, ao longo das observações de campo, foi percebido que cada profissional possuía uma definição pessoal para a obesidade.

Tabela 1- Profissionais participantes do estudo

Local	Equipe	Cargo	Sexo	Idade
Cidade interior	Equipe 1	Médica 1	FEM	50
		Médica 2	FEM	52
		Enfermeira 1	FEM	35
		Agente Comunitário de Saúde 1	FEM	34
		Agente Comunitário de Saúde 2	FEM	34
		Agente Comunitário de Saúde 3	FEM	55
	Equipe 2	Médico 3	MAS	49
		Enfermeira 2	FEM	26
		Agente Comunitário de Saúde 4	FEM	27
Cidade litoral	Equipe 3	Médica 4	FEM	29
		Enfermeira 3	FEM	27
		Agente Comunitário de Saúde 5	FEM	36
		Agente Comunitário de Saúde 6	FEM	29
	Equipe 4	Enfermeira 4	FEM	28
		Agente Comunitário de Saúde 7	FEM	42

		Agente Comunitário de Saúde 8	FEM	29
		Agente Comunitário de Saúde 9	FEM	34

Cidade Litoral

A cidade do litoral é de grande porte e possui aproximadamente 6500000 habitantes e um IDH médio de 0,799 (IBGE, 2011) sendo a prestação de serviços o maior responsável pelo PIB municipal com grande ênfase no setor turístico. A unidade estudada está localizada num bairro central da cidade. Segundo a administração da unidade, a área atendida pela unidade contempla cerca de três bairros com uma grande prevalência de idosos e classes B e C, contudo existem nichos de comunidades de alta vulnerabilidade social nesse bairro. A região possui pontos turísticos e a praia como grandes atrativos, o bairro também é conhecido com um local de passagem com inúmeros comércios, restaurantes e shoppings centers. Portanto os moradores da região possuem atividades econômicas diversificadas, desde aposentados, executivos, profissionais liberais mas também porteiros, seguranças e trabalhadores domésticos que moram e/ou trabalham no bairro.

A unidade possui um ritmo frenético. Durante todo o dia possui uma grande rotatividade em todas as salas de espera. A correria do bairro se confunde com a rotina da unidade. Logo cedo já é possível ver um grupo de idosos fazendo atividade física no pátio, ACS saindo apressados para suas visitas domiciliares e pacientes preenchendo todas as salas de espera.

Ao observarmos o ritmo da unidade, percebemos que essa pulsação da unidade se mantém durante todo o dia, por serem muitas equipes e funcionários, sempre algum profissional está atendendo ou fazendo alguma atividade. Como médicos e enfermeiros iniciam a jornada de trabalho às 11h, mesmo durante o horário de almoço existem pacientes sendo atendidos e a unidade não para. Após as 18h, a unidade continua funcionando para atender os pacientes que não conseguem comparecer durante o horário comercial, portanto é por volta das 19h30 que a unidade se esvazia e se acalma.

A unidade possui três equipes de saúde da família e uma equipe tradicional, funcionando como um centro de saúde misto, ou seja, comporta

estratégias tradicionais de saúde e de saúde da família numa mesma unidade. As equipes de estratégia de saúde da família tem como foco, principalmente, os moradores da região e a equipe tradicional foca nos trabalhadores e outras demandas, como Ginecologia e Obstetrícia. Cada equipe de saúde da família é composta por um médico de família, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis ACS, mas também recebem suporte de uma equipe de saúde bucal e do NASF (núcleo de apoio a saúde da família) que conta com uma fonoaudióloga, um fisioterapeuta, um psicólogo, um psiquiatra e um educador físico.

Das três equipes do local, acompanhamos duas de maneira mais intensa. O pesquisador participou de consultas médicas e de enfermagem, reuniões de equipe, visitas domiciliares médicas, de enfermagem e dos ACS durante três semanas nos três períodos de funcionamento da unidade (manhã, tarde e noite) o que proporcionou uma maior compreensão do funcionamento da unidade e das equipes.

Nesse local de estudo foi utilizado o mesmo protocolo de pesquisa da cidade do interior: um primeiro momento de observações de campo e imersão no local, seguido de uma entrevista com os informantes chaves. Nesse local foram entrevistados oito profissionais (médicos, enfermeiros e ACS), apresentado na tabela 1.

Ambas as unidades possuem o apoio de centros universitários locais e funcionam como campo de ensino e extensão universitária. Portanto, nas duas unidades existem ações de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia ou terapia ocupacional desenvolvidas pelos alunos e universidades.

Após a coleta inicial em cada local, os dados foram transcritos na íntegra pelo pesquisador. Os dados foram analisados pelo pesquisador principal e outros dois pesquisadores em separado. Cada pesquisador tinha acesso ao itinerário de pesquisa, objetivos do estudo, referencial teórico e dados brutos coletados. Ao fim da análise individual, os pesquisadores se reuniram para expor as análises e chegarem a uma análise única para o grupo. Dessa análise surgiram teorias e possíveis explicações para o fenômeno e outras questões, assim, foi possível elaborar um maior rigor na codificação e análise dos dados, já que cada pesquisador possui uma visão única do fenômeno e dos dados.

Após a primeira análise, o pesquisador principal retornou à cada localidade para questionar e abordar os pontos que surgiram durante as análises iniciais. A volta ao campo durou cerca de duas semanas em cada local.

Inserção no campo

O pesquisador se apresentou como nutricionista e pesquisador com o objetivo de compreender o funcionamento e a rotina de cada equipe e como a obesidade é inserida nesse contexto.

Como o pesquisador é mais novo do que a média de idade da equipe, alinhava com a figura de um estudante e de um sujeito novo em busca de conhecimento, esse ponto facilitou a coleta de dados, pois os profissionais gostavam de mostrar e explicar os diferentes aspectos da unidade e do serviço. Essa fácil inserção no campo também se deu pelo costume de receberem estudantes e estagiários nas unidades, assim, não foi difícil para os profissionais se acostumarem com um novo integrante na equipe.

Entretanto, quando o pesquisador usava jaleco, ele acabava ganhando um novo papel social, passava a ser visto como um profissional de saúde de ensino superior. Essa diferença também pode ser percebida pelo próprio discurso dos sujeitos, por exemplo, numa mesma conversa foi usada a palavra “mocinho” e em seguida, após saberem a formação do pesquisador, ocorreu a mudança para “doutor”. Portanto ao longo do estudo, inconscientemente, foram assumidos diversos papéis sociais pelo pesquisador, bem como os defeitos, estereótipos e qualidades ligadas àquele papel, e consequentemente, diversos discursos foram moldados para a mesma pergunta, dependendo do momento e do contexto, por exemplo, ao perguntar “O que é a obesidade para você?”, a resposta era diferente no momento formal de entrevista e nos momentos informais (entre uma visita domiciliar ou entre uma consulta, por exemplo) ou até mesmo, se o pesquisador estava ou não de jaleco no momento. Nos momentos formais ou quando de jaleco, as repostas eram mais acadêmica-científicas, contudo, nos momentos informais, a resposta era mais fluida e mais próxima da real crença daquele sujeito.

Outro ponto que pode ter influenciado na coleta de dados é o fato do pesquisador ser eutrófico e formado em nutrição. Talvez esses pontos criem um

receio inicial quando são feitas perguntas sobre obesidade, visto que, muitas vezes o nutricionista é tido como um juiz e responsável por fiscalizar a todo momento o que cada pessoa come de “certo” e “errado”, podendo criar um desconforto nos sujeitos da pesquisa. Ao longo da pesquisa surgiram comentários como: “você que é magro não entende...”, “to precisando de uma dieta, não to?” ou “não olha o que eu to comendo tá?”, mostrando que o papel que o pesquisador assume é uma importante faceta do estudo, não podendo ser negado e nem visto como uma limitação, apenas um aspecto relevante ao analisar o material coletado.

O pesquisador também participou de alguns momentos informais em ambas as unidades como os horários de almoço e de lanche da tarde, o tempo entre consultas e as pausas entre cada atividade. Esses momentos informais não eram vistos como fontes de dados, entretanto essas ocasiões serviram para compreender a rotina e o contexto de cada local.

“...e tem mais, esse (cozinha) é o melhor lugar da unidade, aqui todo mundo se junta. Mesmo quem não tem psicólogo, aqui a gente ajuda e resolve os problemas. Aqui relaxa, todo mundo desabafa. E tem mais uma coisa, aqui para mim não tem essa história de PSF (Programa de Saúde da Família) diferente, para mim é uma coisa só, não tem separação...” (agente comunitária de saúde 4)

Nesses momentos os sujeitos se despiam do seu papel social de profissional de saúde e possuíam um discurso comum, sendo possível compreender como as trocas simbólicas e de valores ocorriam dentro de cada equipe e de cada unidade. Por exemplo, na hora do almoço e de lanches, principalmente se reuniam ACS, auxiliares e técnicos, poucas vezes médicos e enfermeiras estavam presentes. O principal local onde toda equipe se reunia eram as próprias reuniões de equipe, momento o qual eram discutidos casos e estratégias da equipe, portanto não existia um momento informal entre toda equipe. A troca simbólica sempre ocorria em dois grupos distintos (ACS/auxiliares/técnicos e médicos/enfermeiros), sendo que muitas vezes esse primeiro grupo era composto por sujeitos daquela própria comunidade, trazendo no seu discurso os saberes e realidades daquela comunidade na qual está

inserido como morador e profissional. O ACS tem um papel interessante neste contexto, pois o fato do ACS residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, com o objetivo de criar um elo de via dupla: trazendo à equipe demandas que a comunidade possui e também levando à comunidade orientações da equipe. Assim o ACS é um cidadão que emerge das comunidades que se integra às equipes de saúde, sem trazer bagagem técnica específicas da área da saúde, portanto é um profissional interessante para compreendermos como se integra a visão da equipe e da comunidade (OLIVEIRA NUNES *et al.*, 2002; MARTINES; CHAVES, 2007)

Ao longo do estudo também foi percebido uma melhor empatia com os pesquisados e uma maior liberdade com o pesquisador, por isso, certas perguntas foram realizadas apenas nos últimos períodos de estudo. Também foi possível notar que a preocupação com respostas “prontas”, “certas” e “científicas” foi diminuindo ao longo do estudo, ao fim, apareciam mais respostas autênticas e menos “aquilo que era esperado de ser respondido”.

“What is strange to us today will be familiar tomorrow”.

– O que é estranho para nós hoje será familiar amanhã.

**Prefeito de Chicago Richard J. Daley ao inaugurar escultura de
Pablo Picasso em 1967**

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como o objetivo deste trabalho é compreender como a obesidade na perspectiva científica, reinterpretada pela cultura se apresenta na abordagem terapêutica da obesidade, os temas apresentados mostram implicações da cultura na construção da obesidade. Para analisar como as construções culturais moldam a abordagem da obesidade foram organizadas as seguintes categorias:

- i. **A obesidade não é reconhecida como doença:** este tema aborda a obesidade como uma condição que não se encaixa nos moldes da história natural da doença e não se enquadra na atenção à saúde
- ii. **Tratamento da obesidade, ferramentas e contextos:** este tema se dedica a descrever aspectos do próprio cuidado à saúde na ABS que repercutem na abordagem terapêutica da obesidade.
- iii. **Obesidade no âmbito individual:** neste tema exploramos a causalidade atribuída à obesidade no âmbito individual esbarrando em aspectos morais e sociais.

A obesidade não é reconhecida como doença

Neste estudo a obesidade se mostrava como uma condição que não se encaixava nos moldes da história natural da doença e se tornava um problema social, fora da esfera da atenção à saúde. A história natural da doença refere-se a uma descrição da progressão de uma doença em um indivíduo desde a exposição aos agentes causais até a recuperação ou a morte. A história natural da doença concebe a doença como um arranjo sistemático das três classes de fatores gerais: o agente, o hospedeiro e o ambiente. A vertente patológica da análise da história natural da doença limita-se ao que se passa no organismo vivo. Esta análise do processo saúde-doença, muito aceita desde o início do Século XX, considera como fator único de surgimento de doenças um agente etiológico- vírus, bactérias, protozoários (ALVES, 1993; ADAM; HERZLICH; PELEGRIN, 2001). A obesidade no cotidiano das unidades de saúde não se encaixa nesta concepção de doença por não ter um agente etiológico ou sintomas claros no paciente. Nem a equipe de saúde e nem o portador do excesso de peso se reconhecem como enfermos.

No trecho abaixo durante uma entrevista com uma ACS, ela responde o que é a obesidade para ela:

A gente acha que é só o gordinho né? Mas não é. Obesidade, visivelmente a gente vê aquela pessoa que já tá bem [gorda] mas a gente sabe que não né? Tem que verificar o IMC. Eu to acima do meu peso, apesar das pessoas não falarem que eu to obesa, mas tem isso né. Acho que é de quando você tá acima do peso recomendado (agente comunitária de saúde 1).

Pelos critérios de diagnóstico da obesidade, um Índice de Massa Corporal maior que 30kg/m² caracteriza um paciente como obeso (WHO, 2000; BRASIL, 2014). Entretanto, neste estudo encontramos que a percepção da condição física de uma pessoa do que é ou não doente pode ser muito diferente das definições estabelecidas pela classificação do IMC. No cotidiano, os profissionais veem a obesidade como um peso acima do recomendado e não como uma doença ou um alvo terapêutico. Alguns profissionais retratavam a obesidade como um “peso acima do recomendado” e não era vista como um problema de saúde passível de cuidado e assistência pela equipe.

O exemplo acima reflete ambiguidades do julgamento científico e social no qual o corpo aumentado não é visto como doença. No caso do ACS, pela natureza de seu posto que demanda um sujeito proveniente da comunidade na qual irá atuar, este profissional incorpora com mais intimidade esse conflito no reconhecimento da obesidade. Nesta fala também percebemos que os rótulos de *disease*, *illness* e *sickness* são fluidos e dinâmicos no discurso. Ao relatar *A gente acha que é só o gordinho né? Mas não é. Obesidade, visivelmente a gente vê aquela pessoa que já tá bem [gorda] mas a gente sabe que não né? Tem que verificar o IMC*, percebemos que a obesidade só é vista como doença (*disease*) nos casos de obesidade grau II ou III, ou seja, os “gordinhos” ou “bem gordos” aqueles que a obesidade causa estranheza ao olhar. No caso da obesidade grau leve, a obesidade não ganha o rótulo social de doença (*sickness*). A sociedade, e consequentemente, os profissionais não percebem essa condição como doença, exemplificada no trecho: *Eu to acima do meu peso, apesar das pessoas não falarem que eu to obesa.*

Neste estudo, quando a obesidade estava associada a outras queixas, como dores articulares, falta de ar ou exames bioquímicos alterados, o paciente passava a ser visto como um sujeito doente. Nesse caso a obesidade não era a doença central deste sujeito, ela era encarada como uma comorbidade associada que podia agravar o quadro de saúde. Por exemplo, um paciente que possui obesidade e diabetes Mellitus tipo 2 era definido pelos profissionais de saúde como: “um diabético que precisa perder peso para tratar e controlar a diabetes”. O estudo de Kirk ajuda a esclarecer este ponto ao mostrar que alguns profissionais julgam ser mais fácil tratar a obesidade quando ela está associada a alguma outra condição crônica por confiarem mais em prescrever um tratamento específico do que tratar a obesidade, se questionando algumas vezes a noção de obesidade como uma doença (KIRK *et al.*, 2014).

No presente estudo, ao aplicarmos o modelo de Twaddle (HOFMANN, 2002), percebemos que a obesidade no cotidiano não é vista pelos profissionais de saúde como uma doença (*disease*) apesar de seus mecanismos fisiopatológicos. No cotidiano nem os pacientes e nem a sociedade encaram a obesidade como uma doença: o paciente não vê a obesidade como uma limitação funcional do seu próprio corpo (*illness*) e nem a sociedade designa a identidade social de doente para o paciente obeso (*sickness*). A obesidade se encaixa neste esquema apenas no plano teórico, no cotidiano ela escapa de todas as três dimensões propostas. Os profissionais de saúde, por estarem imersos neste contexto social, também agregam esta construção que permeia a obesidade.

Outro ponto que modifica a construção social da obesidade como uma doença social é a etiologia. Dentre as causas estabelecidas da obesidade se destaca um balanço calórico positivo, sendo muitas vezes assimilado pelo senso comum como pouca atividade física e alta ingestão calórica (WHO, 2000; BRASIL, 2006). A obesidade pode estar relacionada com padrões alimentares que favorecem o acúmulo de gordura corporal, porém a alimentação transpassa a vivência de ‘saúde’ e se associa a valores culturais e sociais (ROZIN *et al.*, 1999; ROZIN, 2005). A alimentação no cotidiano está ligada a diversas questões sociais como lazer, diversão, comemorações e socialização. Assim, as questões alimentares não se encaixam apenas na área da “saúde” e acabavam não sendo

discutidas no ato terapêutico. A alimentação tem um valor cultural mais iminente do que um valor terapêutico ou como causa de doenças.

O paciente e a sociedade apenas indicavam a obesidade como doença nos casos de obesidade grau II e III ou quando associada a outras doenças, todavia, mesmo nestes casos, se sobressaía a ideia da obesidade como “fator de risco” ou “comorbidade”, diminuindo a atenção ao seu tratamento. Quando há sintomas e diagnósticos de enfermidades que demandam tratamento, a consulta se voltava para esses problemas e a obesidade aparece como um contexto, pano de fundo e não um problema a ser resolvido na unidade de saúde.

Em uma consulta que acompanhamos, o paciente com excesso de peso e diversas patologias associadas (hipertensão, dislipidemia e uremia), o profissional perguntou sobre o uso de remédios e consumo de alimentos específicos. Ao longo da consulta foi aferida a pressão e revistos os exames biomédicos, mas em nenhum momento o peso foi mensurado. Esse exemplo pode ser usado para elucidar que quando há sintomas e diagnósticos de enfermidades que demandam tratamento a consulta se volta para esses problemas e a obesidade se estabelece como contexto e não como um alvo terapêutico. Esta passagem observada no campo também nos mostra que o profissional também assimila no seu ato terapêutico em certos momentos a obesidade como não doença, como ausência de *disease*, característica presente na sociedade.

Assim, podemos perceber como alguns componentes culturais e sociais são atrelados ao conhecimento científico no cotidiano, por exemplo, qualificando uma mesma condição de doença em um momento e, em outro, não. Isto evidencia o componente cultural e social que o corpo ganha no cotidiano. Apesar de ser possível o diagnóstico, um corpo grande, culturalmente não é tido como algo ruim ou doente, por exemplo, em certos grupos é inclusive almejado e/ou desejado, como sinônimo de fartura ou prosperidade (VIGARELLO, 2012). Durante uma entrevista uma médica comenta sobre a visão das mães sobre o peso dos filhos atendidos na unidade:

Ninguém me reclama de menino gordo, raros, raros, às vezes eu pego um IMC muito alto, obesidade mesmo instalada, você não acha que o seu menino tá gordo?, ah, um pouquinho, mas ele come tão bem... (...) e, pelo contrário, eu tenho

reclamação todo dia de criança eutrófica, perfeita, peso e altura perfeita e a mãe infeliz, infeliz, infeliz, eu queria que ele fosse mais gordo, eu queria que ele fosse gordo... (médica de família 1).

Portanto, podemos notar que na percepção do corpo estão somados além das definições científicas do que é saudável e desejado, outros componentes que compõem a matriz da estrutura simbólica do corpo. Por exemplo, o profissional ou o paciente ao perceber um corpo, também carrega os aspectos culturais próprios do que considera belo e feio, ou saudável e doente (BRETON, 2011).

Neste trecho ao relatar *Ninguém me reclama de menino gordo (...) ah, um pouquinho, mas ele come tão bem (...) eu tenho reclamação todo dia de criança eutrófica, perfeita, peso e altura perfeita e a mãe infeliz, infeliz, infeliz, eu queria que ele fosse mais gordo, eu queria que ele fosse gordo*, percebemos que neste caso não existe o rótulo social de doente (*sickness*) na obesidade, a mãe não vê o filho como doente e prefere um filho com o corpo mais robusto como sinal de saúde. Neste caso, a fala da médica transmite um rótulo e uma ideia de doença (*disease*) sobre a obesidade, mas que vai de encontro ao conceito do paciente. Evidenciando o quão difícil é o tratamento da obesidade no dia-a-dia, ao não ser percebida e sentida do mesmo modo em diferentes contextos.

Denominamos a obesidade como uma doença social neste tema pela sua ambiguidade ao ser classificada cientificamente como doença mas não ser encarada no cotidiano como doença pelos profissionais de saúde. Esta condição de não-doença que a obesidade possui se mostra também no discurso dos pacientes, ao buscar o serviço as principais queixas dos pacientes eram relacionadas com a perda de força de trabalho (por exemplo dor articular ou dor nas costas).

No ato terapêutico existe um acordo entre médico e cliente sobre a definição do que é normal e anormal segundo as normas individuais dos próprios clientes aliados às ideias dominantes do meio social que determina o que é doença (CANGUILHEM, 2007). A obesidade na visão do paciente não é anormal porque no meio que ele vive aquela condição é presente e não é definida como doença. Os sujeitos se familiarizam com este peso corporal aumentado. Apesar de terapeutas e pacientes apresentarem representações partilhadas de

um mesmo sistema médico, os significados empregados nem sempre são iguais. Assim, uma mesma perturbação no corpo não tem o mesmo significado para paciente e terapeuta, criando demandas únicas em cada grupo (LUZ, 1998).

Os conceitos de saúde e normalidade se confundem com o conceito de frequência. Muitas vezes o que se encontra em maior quantidade na população se define como o normal, ou seja, a normalidade refere-se a função estatisticamente representativa: a média da população. Desse modo, os valores desviantes desta função normais indica sub-normalidade ou patologia, independente de qualquer vinculação com as capacidade ou o sofrimento do sujeito (CAPONI, 2003). Canguilhem (2007) critica estes conceitos e aponta que o meio e o ser vivo não podem ser considerados em separado, assim não são as medidas estatísticas que indicam o momento que se inicia uma doença, mas a dificuldade que o organismo encontra naquele meio imposto (CANGUILHEM, 2007). Dagonet (1996 apud CAPONI, 2003, p. 118) exemplifica este conceito:

não é possível ater-se à dose de açúcar para afirmar um diagnóstico [de diabetes]. Devemos renunciar a uma teoria puramente quantitativa de doença. Escutemos o doente, porque a verdadeira diabetes implica um “conjunto” que ultrapassa a pura e simples glicemia. Não somente diz respeito ao pâncreas, mas também afeta a circulação. A doença se irradia como se o organismo todo estivesse afetado, como se ele estivesse limitado em suas iniciativas. Estar doente é, então, perder a liberdade, é viver na restrição e na dependência.

Percebemos que a doença pode se tornar uma realidade diferente para profissionais de saúde, doente e sociedade entorno do doente. A cultura influenciará, portanto, o que cada grupo terá como arcabouço para perceber estas diferentes realidades de doença.

Com a introdução das novas tecnologias na medicina, os valores fornecidos por aparelhos e exames trazem ares das ciências exatas para a medicina. Com a medicina tecnológica é possível ter uma “doença” onde nada se notou previamente, por exemplo, removendo uma vesícula antes que o paciente sentisse qualquer incomodo ou o diagnóstico de uma hipertensão arterial sem nenhum sintoma físico (SIQUEIRA, 2009a; b). No caso da obesidade, o diagnóstico é baseado no cálculo do IMC e desse modo, um indivíduo com um $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ é classificado como um portador de obesidade. Esses valores são baseados em estudos epidemiológicos que relacionam o índice de massa

corporal com o risco aumentado doenças (KOPELMAN, 2000; WHO, 2000; OGDEN *et al.*, 2007). Entretanto, na sociedade, aumentar o peso e chegar a 30kg/m² não confere, necessariamente, o rótulo de doente para aquela pessoa. Esta exatidão de diagnóstico promovido pelas medidas preconizadas não vai ao encontro do conceito de doença para a população.

O conceito de normal, além da noção estatística, também nos remete a um conceito valorativo do que é considerado desejado em um determinado contexto social e histórico. Este conceito vincula uma ideia de “deveria ser assim” (CAPONI, 2003; CANGUILHEM, 2007). No caso da obesidade estes dois conceitos se mostram claros nos achados do presente estudo, a obesidade aparece no discurso da equipe como um fator de risco que acarreta uma anormalidade fisiopatológica que merece ser combatida e, ao mesmo tempo, uma busca por um corpo magro desejado por todos.

Muitos pacientes buscavam o serviço de saúde apenas quando existia uma doença associada à obesidade ou produzia algum incômodo ou dor. No estudo de Luz (1998), ao questionar os pacientes sobre a situação em que buscaram atendimento médico, eles tendem a afirmar que o fazem “em último caso” ou “quando não suportam mais”, ou seja, aparentemente existe uma fuga da instituição médica que pode representar uma fuga do próprio estado de doença. Ao se aproximar da instituição médica, aproxima-se também da representação de estar doente (LUZ, 1998). No presente estudo os achados apresentados foram similares, o paciente apenas procurava o serviço de saúde quando sentia alguma dor ou incomodo resultante do excesso de peso. Entretanto, ao buscar o serviço, ele pretendia resolver a dor e o incomodo agudo, o peso nunca era a prioridade do paciente, mesmo quando a equipe tentava orientar a perda de peso, o paciente mostrava interesse apenas em resoluções para a dor. Este achado vai ao encontro da ideia de que, na visão dos profissionais de saúde, o paciente com excesso de peso não se coloca na condição de doente e apenas quando existe outra condição associada (dor, incomodo, por exemplo) ele se via como doente e procurava o serviço de saúde.

Há um distanciamento entre o corpo medido e o corpo percebido: de um lado os parâmetros científicos avaliam e classificam o estado nutricional reconhecem o excesso de peso, de outro, o corpo aumentado é uma condição de

normalidade na perspectiva social e cultural. O aumento do volume corporal está plenamente estabelecido no nosso cotidiano. Hernandez (2012) ao analisar a distancia entre a visão médica e a visão cotidiana do corpo no Chile, nos mostra que enquanto 57,9% da população maior de 20 anos se considerava com peso normal, as medidas antropométricas mostravam que apenas 34,2% da população seriam classificados como eutróficos. Esta percepção do próprio corpo é influenciada principalmente pelo gênero e escolaridade, mostrando que talvez as pressões sociais e culturais atuem de formas diferentes em grupos distintos da população, o que seria “normal” em um grupo pode ser visto como anormal em outro (HERNÁNDEZ, 2012).

Os profissionais de saúde, por estarem imersos nesse contexto, acabam assimilando a invisibilidade que a obesidade possui no cotidiano, apesar de saberem racionalmente que deveriam tratá-la. Nos trechos abaixo uma ACS e uma médica de família comentam sobre o modo como a sociedade vê a obesidade:

Muita criança com obesidade. E visivelmente para nós, normal. Entendeu? (...) Então os obesos para nós eram aqueles que você batia o olho, tá gordinho, esse é obeso! E na verdade não é (agente comunitária de saúde 2).

A visão cultural que nós temos de que é bonito a gordura até certo ponto, ela tem peso ainda e na criança isso tem um peso ainda maior, ninguém me reclama de menino gordo, raros, raros, às vezes eu pego um IMC muito alto, obesidade mesmo instalada, você não acha que o seu menino tá gordo?, ah, um pouquinho, mas ele come tão bem..., felicidade, a expressão da mãe é de felicidade. Eu acho que isso é cultural e, pelo contrário, eu tenho reclamação todo dia de criança eutrófica, perfeita, peso e altura perfeita e a mãe infeliz, infeliz, infeliz, eu queria que ele fosse mais gordo!, eu queria que ele fosse gordo!, então eu penso que o peso da cultura que nos trazemos, ainda que hoje está vulgarizando essa questão de saúde, de peso, de atividade física, hoje que isso tá caindo no meio comum (médica de família 1).

Os trechos acima nos mostram as ambiguidades que permeiam a obesidade no cotidiano. Existem os conceitos acadêmicos sobre causas e diagnóstico permeando o discurso quando os profissionais afirmam por

exemplo: *às vezes eu pego um IMC muito alto, obesidade mesmo instalada*. Mas também existe a valorização cultural do aumento do volume corporal percebido como algo normal tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais. Por exemplo quando a mãe relata que queria que o filho fosse mais gordo ou quando a ACS diz: *visivelmente para nós, normal*.

Geertz (1989) ao definir sistema cultural como ao mesmo tempo produto e produtor do próprio sistema nos mostra esta fluidez e dinamicidade de um sistema cultural, portanto estas definições sobre doenças também serão fluidas e dinâmicas, assim como o sistema na qual está inserida (GEERTZ, 1989). Por exemplo a cultura influencia e permeia a ciência e, conseqüentemente, o ato terapêutico ao definir o que é ou não doença, o que é ou não cuidado à saúde, o que é ou não responsabilidade da equipe, do paciente e/ou da comunidade.

Um fator importante que molda esta construção social e cultural da obesidade e do seu ato terapêutico é a própria construção do corpo. O corpo é construído social e historicamente como o local no qual o indivíduo expressa sua identidade, por isso, o corpo representa quem aquele indivíduo é, o que ele faz ou até mesmo se é ou não saudável (BRETON; DOS SANTOS CREDER LOPES, 2011). Por isso, em cada grupo ou subcultura o corpo tem ideais e implicações diferentes. Por exemplo, em certos grupos o corpo grande é visto como sinal de sucesso e fartura, tornando-se desejado e, em outros grupos, o corpo magro é que ganha o status de desejado e saudável (VIGARELLO; PENCHEL, 2012).

O corpo é uma construção simbólica, é o efeito de uma construção social e cultural. No ocidente, o corpo passa a ter uma noção de indivíduo próprio e percebido como um de seus atributos (BRETON; DOS SANTOS CREDER LOPES, 2011). Na modernidade cada um constrói sua visão pessoal do corpo, agenciando-a como um quebra-cabeça, sem preocupar-se com a heterogeneidade dos empréstimos, hora busca referências biomédicas, hora da moda, hora do círculo social etc. Desse modo, cada pessoa, paciente, profissional tem um tecido de retalhos de referências diversos sobre seu próprio corpo e do outro.

As medidas de atenção à saúde são construídas em torno da construção social e cultural de quem é ou não doente e merece tratamento. A invisibilidade que a obesidade ganhou no cotidiano pode ser vista na sua subnotificação e baixo registro em prontuário. No estudo de Bleich e colaboradores (2011), ao analisar

a atitude de 2458 médicos frente a um paciente com obesidade, apenas 29% dos pacientes recebeu o diagnóstico de obesidade e apenas 17,6% dos casos propostos receberam orientação para perda de peso. Para todos os sexos, raças, idades e regiões analisadas a taxa de pacientes que recebeu o diagnóstico de obesidade foi menor que a real prevalência. A frequência nas orientações variou dependendo da existência ou não do diagnóstico de obesidade, por exemplo, dos que tinham o diagnóstico, 39% receberam orientação para perda de peso, dos que não possuíam, apenas 9% receberam orientação (BLEICH; PICKETT-BLAKELY; COOPER, 2011).

Comelles, cita que ao se perceber como doente cria-se uma condição de assistência. Esta condição é fundamental para que a terapêutica ocorra. O paciente para se enquadrar nesta categoria precisa se ver como doente ou alguém que demanda cuidado, pontos que estão relacionados a um conjunto de aspectos ideológicos e práticos relativos ao que ele considera ou não saúde e doença. Para esta definição, utiliza-se regras criadas socialmente e não apenas questões puramente biológicas e psíquicas (COMELLES, 1977). Cria-se assim um “diagnóstico cultural” vivido por toda sociedade que percebe a obesidade como uma condição normal, apesar do “diagnóstico científico” classificar um IMC como obesidade, o diagnóstico cultural pode atenuar ou mudar esta visão/diagnóstico.

Em 1981, Kleinman já define que em cada situação particular de doença existem modelos explanatórios definidos por pacientes, profissionais e familiares. Esses modelos contemplam etiologia, conjunto de sintomas, fisiopatologia, curso da doença (gravidade e tipo de doença) e tratamento, sendo ancorados em conhecimentos e valores específicos de cada setor social, constituídos de produtos históricos e sócio-políticos (KLEINMAN, 1981). Nos resultados apresentados, percebemos que hora o discurso científico se sobressai e hora o discurso social ganha forma, evidenciando que cada sujeito, mesmo sendo um profissional de saúde com formação e capacitação nesta área da saúde, dialoga com um modelo de doença construído socialmente e compartilhado com toda população.

Inicialmente o questionário da pesquisa colocava aos profissionais a seguinte questão “existe muita obesidade aqui na sua área de cobertura?”, mas a resposta sempre era “não” ou “apenas um ou dois, Graças a Deus”, apesar de

inúmeros casos de obesidade nas respectivas áreas. Desse modo, foi incluída a questão “o que é a obesidade para você?” o que visava ampliar a ideia e permitir uma resposta ampla por parte dos entrevistados, muitas vezes a resposta foi referente apenas aos obesos grau II e III da área. Para os profissionais é difícil imaginar a obesidade como doença independente, aspecto percebido durante a própria entrevista. Nas respostas, a obesidade vinha sempre aliada à hipertensão e diabetes, mostrando que, sozinha, a obesidade não era percebida como uma doença e o paciente com essa condição também não ganhava o papel social de doente.

Como evidenciado nos relatos acima e segundo o modelo multidimensional de Twaddle, a obesidade só foi composta das três dimensões de doença quando o paciente apresentava uma obesidade associada a valores significativos de peso, por exemplo, IMC maior que 40kg/m^2 , valores considerados “mórbidos” de obesidade e/ou aliados à problemas de mobilidade e locomoção além de outras doenças associadas. Neste caso, talvez seja o conjunto de doenças associadas e a perda de funcionalidade do corpo, condições manifestadas em casos mais graves de obesidade, quem adentram o campo da doença.

Portanto na perspectiva do cuidado à saúde das UBS, a obesidade aparece como um contexto ou pano de fundo para outras condições de saúde. Nem a equipe de saúde e nem o portador do excesso de peso se reconhecem como enfermos, visto o distanciamento que a obesidade possui dos moldes e conceitos de doença.

Tratamento da obesidade, ferramentas e contextos

Neste estudo percebemos que a terapêutica da obesidade na ABS possui contextos e cenários que a tornam complexa e de difícil manejo. As ferramentas atuais existentes no serviço não são suficientes para tratar uma doença como a obesidade. Este tema se dedica a descrever primeiramente aspectos do próprio cuidado à saúde na ABS que repercutem na abordagem terapêutica da obesidade. E em seguida, apresentaremos algumas limitações dos recursos terapêuticos envolvidos no tratamento da obesidade.

Por ser considerada uma doença crônica, é no modelo de atenção básica que a abordagem terapêutica da obesidade esta implantada e aspectos do próprio cuidado à saúde na ABS repercutem na abordagem terapêutica da obesidade. Os sistemas de saúde, as organizações de saúde, suas formas de interação, o trabalho e sua valorização social se diferenciam ao longo da história e em cada localidade. Durante o século XX, o Hospital e seu quadro médico foram o centro da organização do sistema de saúde no ocidente. Este modelo biomédico ainda possui raízes no saber médico contemporâneo. Apesar de ser um modelo antigo, continua tendo suas repercussões na atenção à saúde pela valorização do profissional capaz de identificar a causa de uma doença e tratá-la (COELHO, 2008). Apesar da existência de condições crônicas dentro da atenção à saúde, o modelo assistencial voltado às condições agudas ainda é o que rege a assistência.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foge das formas tradicionais de planejar e executar ações em saúde, criando novos processos de trabalho e focos terapêuticos. Na ESF destaca-se o enfoque familiar e integral centrando-se na equipe de saúde, em contraposição ao modelo biomédico que foca na intervenção apenas médica (VAN STRALEN et al., 2008). Segundo Andrade (2006), este modelo é operacionalizado segundo estratégias e ações preventivas, promocionais e de recuperação, focando na unidade familiar e de acordo com um contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico do local (ANDRADE et al., 2006). Este serviço funciona como porta de entrada no sistema de saúde atendendo todas as necessidades e problemas de saúde do usuário, não direcionado apenas para a enfermidade. Ao tratar doenças crônicas e realizar prevenção, estas abordagens não demandam diagnósticos complexos, intervenções cirúrgicas ou tecnologias avançadas. Com isso o médico da equipe de saúde da família não é socialmente valorizado entre seus pares no qual a valorização é medida pelo uso de tecnologias sofisticadas (VAN STRALEN et al., 2008).

No trecho abaixo, extraído de uma entrevista com uma médica de família é possível notar a valorização do modelo biomédico clássico em detrimento de ações abrangentes e preventivas, que muitas vezes não são compreendidas em sua totalidade:

Você passa um tempo se sentindo meio que incompetente, principalmente porque, via de regra mesmo no nosso meio, esse tipo de ação que eu gosto não é muito valorizada. Você se sente meio que banido da turma (...) Porque o pessoal não entende também o papel do médico de saúde da família, não entende ainda hoje... E a maioria das pessoas não entende isso, então hoje ainda o médico de família é um que, visto assim como um que faz tudo mas não sabe nada direito, ainda tem essa visão (médica de família 1).

Podemos notar como este modelo ainda tem repercussões no cotidiano de profissionais de saúde, inclusive gerando um sentimento de desvalorização e desmotivação para com os profissionais que, imersos na atenção básica, adotam uma perspectiva mais integral de cuidado à saúde.

O atendimento provido pela ESF é um atendimento incorporado de práticas preventivas, curativas e educativas próximas do cotidiano, sendo capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, não é um atendimento simplificado, apesar de ser associado a uma assistência de baixo custo, pois parece simples e quase sem equipamentos. Na prática, esse tipo de atendimento demanda uma complexidade particular de organizar a atenção à saúde, incluindo uma rede única de dispositivos para o atendimento, produção do cuidado e da cura (FRANCO; MERHY, 2003; ROSA; LABATE, 2005). A própria denominação de básica ou primária, cria um imaginário remetendo à uma atenção de menor complexidade, que requer tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica mais simplificada, desvalorizando assim o trabalho e o profissional da área, em especial a categoria médica (CAMPOS et al., 2008).

Este desconhecimento, ocorre tanto dentro da classe médica mas também entre os profissionais da área da saúde e a própria população que muitas vezes está acostumada com outro tipo de cuidado à saúde. Os relatos abaixo colocam em evidência a questão sobre a dissonância entre o ofertado e o exigido pela população.

É, e o que eles são educados é, eles são educados a vir ao médico porque na verdade o que eles enxergam é muito mais o remédio que eu dou e assim um pouquinho a orientação que eu faço (...) aqui o nosso PSF ainda não tem um olhar preventivo maior porque a demanda do serviço público geralmente é para pronto atendimento então ela [a gestão] quer que o médico atenda muito, quando tem

fisioterapeuta ele atende muito... E a população é educada para isso ,eu vim buscar um remédio para isso!, então quando você não da o remédio eles se frustram (médica de família 1).

Neste outro trecho extraído da mesma entrevista, a médica de família relata:

Então a gente tem um preconceito em relação a isso, porque o que é função do médico de família mesmo que é a educação em saúde, que é um trabalho em equipe, organização sistemática da assistência para uma população, a maioria, mesmo as gestões, ainda não enxergaram isso (médica de família 1).

Na fala acima fica clara a desvalorização da educação em saúde pelos diversos setores da sociedade: profissionais de saúde, população e a gestão do serviço. O próprio sistema de saúde sofre uma ambiguidade em seu interior: ao mesmo tempo que preconiza um serviço preventivo e de educação em saúde, ainda existe uma valorização da atenção curativa e intervencionista.

Outro ponto deste modelo, evidenciado nas falas acima, é a transição entre o modelo isolado, tanto em seu saber quanto na sua atuação, para um trabalho em equipe que amplia as vertentes do conhecimento e da vinculação social. Cabe a equipe alterar uma visão do processo de trabalho em saúde para uma estrutura multiprofissional de atenção (ROSA; LABATE, 2005).

Ao ser questionada sobre a atender em um serviço terciário e iniciar o atendimento em uma unidade básica de saúde, a médica de família relata:

Então isso também dá um baque porque você precisa de trabalhar com um senso de satisfação íntima porque se for uma satisfação pautada unicamente em resultados, reconhecimento, visão da gestão você assim, desanima, você desanima (médica de família 1).

A própria médica reconhece que a desvalorização do serviço da atenção básica causa repercussões no cotidiano de trabalho destes profissionais pela falta de reconhecimento e pouca resolutividade que o serviço possui. A análise da resolutividade depende de quem e do que é avaliado no serviço, envolvendo aspectos de demanda, satisfação, acessibilidade, formação de recursos humanos, adesão ao tratamento, entre outros. No estudo de Rosa e colaboradores (2011)

com o objetivo de analisar a visão dos usuários sobre a resolutividade da assistência em uma Unidade de Saúde da Família demonstrou-se que sempre ou na maioria das vezes o serviço resolvia 61,3% dos problemas dos usuários. Entretanto os dados qualitativos mostram que a resolutividade está relacionada com a obtenção de atendimento especializado. O usuário, baseado em experiências próprias ou de familiares e amigos, somado às expectativas em torno das práticas de saúde, colocam o procedimento e a figura do especialista como uma forma ideal de cuidado à saúde (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011). Logo a visão do usuário sobre resolutividade está calcada no enfoque biologicista e especializado que o próprio serviço e profissionais oferecem.

Comelles (1985), ao estudar a cronicidade e o cuidado aos pacientes crônicos, diz que o sistema sanitário implantado nos países ocidentais, nos últimos 200 anos, era inicialmente um dispositivo para tratar processos de doença com curta duração com exceção de algumas doenças psiquiátricas, a lepra e a tuberculose. As doenças que ultrapassam esse limite de tempo (semanas ou poucos meses) deixam de ser enquadradas neste modelo de gestão intervencionista e terapêutica intensiva, aproximando-se de um modelo empregado tradicionalmente na gestão de categorias sociais que normalmente são carregadas de um estigma social, como órfãos, criminosos, idosos e pobres. Desse modo, os termos “agudo” e “crônico” são de difícil aplicação, envolvendo não apenas critérios temporais de duração de doença, mas também critérios clínicos de apresentação. Por exemplo, essa evolução lenta e silenciosa dos sintomas é uma situação essencialmente subjetiva quando comparadas aos transtornos fulminantes que exigem uma mobilização em massa e medidas terapêuticas imediatas. Dentro da medicina moderna, muitas vezes orientada fortemente para a cura, o caráter crônico de algumas doenças e até mesmo a morte são percebidos como transtornos que evidenciam a ineficácia e até um fracasso profissional, tornando mais difícil a terapêutica dessas condições (COMELLES, 1985).

Na doença aguda, o transtorno se instala com o caráter de provisório, no qual se supõe uma evolução breve que justifica uma transformação na vida pessoal e social do paciente as quais são toleradas por sua excepcionalidade. Entretanto quando essa situação ultrapassa os limites do provisório, os

integrantes da vida social do paciente têm que se reestruturar para lidar com aquele novo modo de vida, levando inclusive, a atribuição de culpa e responsabilidade por aquela condição, reforçando a ideia de que o próprio paciente tem a obrigação de se superar e colaborar com os outros agentes sociais envolvidos, como a equipe de saúde e a família (COMELLES, 1977).

No trecho abaixo, uma ACS comenta sobre o perfil do paciente obeso, evidenciando esta questão:

Acho que falta é força de vontade. A pessoa se entrega. Ele não tem interesse nenhum em mudar a vida. Ai ele fica assim (agente comunitária de saúde 1).

Desse modo, podemos notar como o tratamento da obesidade também esbarra em questões históricas do cuidado em saúde. O tratamento da obesidade está inserido neste complexo cenário do tratamento de doenças crônicas, tratamento este, muitas vezes tido como difícil, trabalhoso e de pouca eficácia (BRASIL, 2014b; MALTA E SILVA JR, 2014). No estudo de Kirk e colaboradores, ao entrevistar pacientes com obesidade, profissionais de saúde e gestores de saúde concluíram que o sistema de saúde não consegue dar o devido suporte para os pacientes com obesidade, identificando tensões entre os sujeitos envolvidos na terapêutica que se sentem frustrados e atados por não terem a eficácia esperada na terapêutica da obesidade (KIRK *et al.*, 2014).

A produção de cuidado na saúde é um processo que envolve diversos componentes (recursos humanos, financeiros, contextos histórico-culturais etc.) entretanto, sobre o cuidado também são atrelados os significados construídos pelos próprios usuários no exercício cotidiano de buscar assistência. O usuário quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta com um arcabouço simbólico de ofertas, demandas, desejos, expectativas e satisfação de suas necessidades. Portanto o paciente utiliza destas construções simbólicas para buscar um serviço e perceber se este pode ou não ajuda-lo (FRANCO; MERHY, 2005).

Esta demanda por um cuidado ou um serviço do paciente se baseia no histórico que ele possui com o serviço e todo modelo de atenção vigente que ele já teve contato. Assim as demandas por tecnologias, procedimentos e medicamentos que permeiam o modelo biomédico possuem reflexos no sistema,

mas também na visão dos pacientes sobre o que seria um cuidado a saúde ideal. Estas dissonâncias entre o cuidado ideal ocorrem inclusive dentro da própria equipe. Uma ACS comenta sobre os procedimentos terapêuticos adotados pela equipe:

Assim, como o médico, você faz um exame e da um remédio, e depois sei lá... A minha cabeça é totalmente diferente do médico, se eu fosse médica eu não dava remédio para ninguém (risos). E tem as pessoas que pensam assim, 'vou tomar o remédio porque não quero parar de comer aquela coisa', tem isso também (agente comunitária 4)

No tratamento da obesidade este é um ponto que gera discordância entre equipe e paciente e até mesmo dentro da própria equipe. Diferente de outras doenças, não existem medicamentos como principal tratamento recomenda-se a mudança de hábitos (alimentação e atividade física) (WHO, 2000; BRASIL, 2014). As orientações da equipe muitas vezes não condizem com as expectativas do paciente, que espera uma solução rápida e eficaz, uma “pílula mágica”. A própria equipe percebe esse papel que o remédio possui na terapêutica, nos trechos abaixo da médica da família, já mostrados acima, evidencia esta questão:

A população é educada para isso ,eu vim buscar um remédio para isso!, então quando você não da o remédio eles se frustram (médica de família 1).

Eles são educados a vir ao médico porque na verdade o que eles enxergam é muito mais o remédio que eu dou e, assim, um pouquinho a orientação que eu faço (médica de família 1).

A valorização de procedimentos e intervenções/medicamentos complexos permeia as construções dos próprios pacientes como uma forma ideal de cuidado. Muitas vezes as ideologias médicas são reproduzidas através do ato de tomar um remédio. O remédio concretiza as expectativas de recuperação da saúde e o retorno da condição “normal” daquele paciente. O remédio possui um papel extratécnico, ou seja, seu papel, em algumas situações, extrapola sua ação farmacológica. O remédio possui um valor simbólico que o tornaria capaz de sanar sinais e sintomas da doença. Este valor simbólico, mesmo que respaldado

por pressupostos técnico-científicos, cria um aspecto supersticioso ou quase mágico em torno do remédio (BARROS, 2002). Segundo Lefèvre (1983), o medicamento é capaz de concretizar um conceito abstrato que é a retomada ao estado de saúde. Com o decorrer do tempo e a intensificação da indústria farmacêutica, esse simbolismo entorno do remédio se intensifica cada vez mais (LEFÈVRE, 1983).

Inclusive a severidade e a natureza de uma doença é usualmente avaliada nos termos do que pode ser usado para curar ou gerenciá-la: por exemplo, a inclusão ou retirada de um medicamento funciona como um marco na gravidade da doença. (NICTER; VUCKOVIC, 1994; BARROS, 2002). No trecho abaixo, durante uma consulta, referindo-se a um exame do passado, o paciente responde com o seguinte comentário para médica 2:

Paciente: *Queria que a senhora passasse um remédio para a gripe, porque to com uma gripe... Pode ser injeção também porque eu gosto mesmo é de injeção.*

Médica: *O que o senhor está sentindo?*

Paciente: *De noite o peito fica chiando...*

Médica: *E o senhor fuma?*

Paciente: *Fumo*

Médica: (faz exame físico) *...Vou deixar aqui um xarope, porque injeção aqui a gente não tem.*

Paciente: *Eu gosto mesmo é de injeção. Ela que é a boa.*

Médica: *Mas tem que parar de fumar.*

Paciente: (risos de constrangimento) *Mas to esperando aquela consulta que você me encaminhou. Fiz o exame já, mas estou esperando ela para abrir.*

Este relato nos remete ao modelo clássico sentido na fala da médica. Com a valorização de procedimentos e intervenções/medicamentos complexos, quem não aplica esse modelo pode sentir uma desvalia por parte de quem busca cuidado. Os profissionais tentam alterar esse tipo de cuidado e realizar orientações não-medicamentosas, mas os pacientes possuem construções próprias que demandam o modelo no qual eles já possuem experiências prévias: o modelo biomédico de cuidado.

As mudanças de hábitos como orientação e tratamento não entram no esquema clássico de como seria tratar uma doença, ou seja, com um remédio ou

procedimento. Desse modo, quando o profissional orienta apenas mudanças alimentares e/ou exercício físico, existe um afastamento nessa simbolização do remédio como forma de tratamento, a qual muitas vezes não condiz com a expectativa do paciente. Este desencontro entre expectativas e representações do paciente e da equipe sobre o tratamento tem efeitos profundos na relação terapeuta/paciente, inclusive desestimulando o uso de modelos tradicionais e incentivando as buscas por novos modelos terapêuticos (LUZ, 1998).

Percebemos que estes diferentes contextos e aspectos que compõem a Atenção Básica de Saúde funcionam como cenário e plano de fundo para o tratamento da obesidade.

Recursos terapêuticos

Os recursos terapêuticos para a obesidade são insuficientes e não estão apenas dentro dos limites das unidades de saúde. Os recursos terapêuticos para a obesidade estão fora das unidades de saúde. Envolvem estilo de vida, ambiente, disponibilidade acesso a alimentação saudável, engajamento em atividade física, entre outros que não estão no escopo de ações de unidades de saúde.

O tratamento da obesidade envolve diferentes aspectos, dentre eles a própria noção de doença e doente que afeta a abordagem terapêutica em si. No trecho abaixo, extraído de uma entrevista com uma médica de família, ela comenta sobre o dilema presente em tratar a obesidade:

Às vezes a gente pega até algumas pessoas com sobrepeso e as vezes têm a circunferência abdominal aumentada e você fala, olha, você precisa perder 5kg!, doutora, eu vou ficar muito magra, eu não quero perder esse peso, não, mas você precisa fazer massa magra! e vamos explicar que ela não vai ficar um esqueleto, pele e osso só, existe um processo para isso, mas de fato, a visão cultural que nos temos de que é bonito a gordura até certo ponto, ela tem peso ainda (médica de família 1).

Este trecho nos mostra o quão complexo é o tratamento da obesidade e como a cultura possui implicações na noção de doença e doente e, conseqüentemente, afeta a própria abordagem terapêutica.

No livro de Susan Sontag, *A doença como metáfora*, a autora analisa as construções e metáforas sobre o câncer e a tuberculose. Por exemplo, o câncer é tido como traiçoeiro, uma doença da classe média ligada à fartura e aos excessos enquanto a tuberculose é uma doença dos românticos e dos apaixonados resultado de melancolia e tristeza (SONTAG, 2007). Estas metáforas são colhidas da própria mitologia popular e nos mostram como cada condição possui influências culturais, sociais e históricas. E estas condições, por mais que sejam condições biológicas tidas como racionais, não estão imunes à estas interpretações culturais. Portanto ser doente está atrelado a diversos julgamentos morais porque a própria doença é definida em termos sociais. A doença não se reduz a estatísticas, a doença é considerada indesejável e declarar-se doente ou saudável equivale a um julgamento de valor (ADAM; HERZLICH; PELEGRIN, 2001). Apesar do conhecimento fisiopatológico da obesidade, as representações comuns da norma no meio social prevalecem e a obesidade se torna corriqueira no contexto do atendimento clínico das unidades de saúde.

O corpo humano visto pela medicina é agrupado em sistemas isolados por cada uma das disciplinas. Cada vez mais se abandona a figura do doente e encontra-se a doença presente em um órgão do corpo. O órgão doente transforma-se no foco da atenção médica. Até mesmo no âmbito terminológico, existe uma dificuldade em descrever o todo, a não ser por meio das partes, retomando o reducionismo e a espacialização deste modelo (BARROS, 2002). Entretanto a obesidade ultrapassa os limites das disciplinas para ser compreendida, inclusive ultrapassa os limites da saúde (CARVALHO, 2002).

Durante uma entrevista, ao ser questionada sobre a obesidade, a médica de família relata a falta da visão mais integral sobre o paciente:

Eu ainda acho que há muito simplismo, as questões pertinentes a área de saúde mental são de um peso enorme e elas são ignoradas pelo sistema porque eu pego um obeso mórbido e mando ele pro ambulatório de saúde mental e o psicólogo me devolve e pergunta o porquê que eu mandei e eu falo, porque ele é um obeso mórbido, ah, a gente não trata isso daqui não (médica de família 1).

Este trecho também mostra que o sistema de saúde, ainda parcialmente imerso numa medicina curativa e especializada, não consegue tratar a obesidade

de forma satisfatória. O paciente muitas vezes é encarado de forma segmentada pelo sistema e os profissionais. Por exemplo, apesar de a obesidade ser definida com componentes psicológicos e estudos mostrando a relação entre obesidade e desordens psicológicas (SIMON et al., 2006), na prática, a obesidade é encarada como uma doença de responsabilidade apenas do nutricionista e do médico.

No cotidiano a visão da abordagem multiprofissional e de forma integral do paciente não ocorre de forma plena. No exemplo acima, o paciente com obesidade ao ser enviado para um tratamento psicológico, demonstra que a obesidade é uma doença complexa e que exige um tratamento complexo, mas o serviço não engloba essas diferentes facetas da obesidade. Esta fala também mostra uma rejeição desse paciente que ninguém quer tratá-lo, muitas vezes sendo encaminhado entre diferentes especialidades (médico, nutricionista, psicólogo etc.), mas com pouca efetividade e sem o resultado esperado.

Apesar da sua terapêutica fragmentada na visão da saúde, a obesidade, diferentemente da maioria das doenças, não repercute apenas em uma condição biológica, mas perpassa o sistema de saúde e reflete na vida social e psicológica do paciente. Múltiplos estudos mostram as evidências que sugerem a discriminação de excesso de peso no trabalho, desde a contratação, até salários, promoções e benefícios, como por exemplo, os cargos de vendas e que exijam o contato cara-a-cara. Esta discriminação também reflete no ambiente educacional afetando autoestima, eficácia intelectual e até aspectos intangíveis, como por exemplo, ingresso na faculdade e empregos (PUHL; BROWNELL, 2001).

Apesar de muitos estudos apontarem para a frustração com o corpo, principiante em mulheres, e a venda pela mídia de um padrão de beleza inalcançável como um amplo fenômeno (CASTRO, 2003; CABEDA, 2004; DOS SANTOS; DIEZ GARCIA; LIOTINO DOS SANTOS, 2015). Nos serviços de atenção básica estudados sempre a perda de peso era uma condição para a melhora de alguma outra doença ou condição e não apareceram pacientes buscando apenas perder peso para satisfazer uma questão estética. Isso pode ter ocorrido pelo imaginário social de que um atendimento médico é o local apenas para tratar doenças e não para questões estéticas ou fúteis. Ao dissociar a terapêutica da obesidade do âmbito e das demandas de saúde, o tratamento para perda de peso não se torna prioridade. Por exemplo, no estudo de Wadden e colaboradores, ao

analisar 259 mulheres obesas, encontraram que 15,8% das pacientes referiram que o médico discute em toda consulta o controle de peso, entretanto, outros 39% relataram que esta discussão era de vez em quando e 27,8% relataram nunca (WADDEN et al., 2000). Mostrando que o ato terapêutico, não é moldado apenas pelas diretrizes estabelecidas como escopo de cuidado, mas pelo conjunto de valores que o médico e o paciente julgam ser importante como alvo de tratamento naquele momento.

A dinâmica de símbolos e de relações interpessoais inerentes à medicina, algumas vezes gera tensões e desgastes na própria relação entre equipe de saúde e paciente. Esse desgaste se mostra intenso na terapêutica de doenças crônicas e da obesidade pelo grande distanciamento entre a expectativa de tratamento do paciente e o ofertado pela equipe. Na fala abaixo de uma médica de família este desgaste nas relações interpessoais é evidente:

Existe um contexto no trato com o obeso que é assim, enervante, enervante para o profissional, têm uns que dá vontade de você largar mão, você fala, isso daqui não tem jeito não, larga mão, mas eu acho que a pessoa tem direito a que você não desista dela e você também, como profissional, tem o dever de não desistir do outro, entender o quão é importante esse processo. Então isso existe, tem uns que você olha e fala, ai lá vem fulano, senhor!, na hora que você pega o prontuário: ai Jesus, me acode, Meu Deus, mas acho que existe dentro da postura, do trabalho do dia a dia, mas claro que os níveis de investimento são diferentes, você não deixa de falar, mas você sabe que ele não tá te ouvindo, você vê pelo olhar dele, ele não te agride porque ele precisa da receita, ele não te trata mal porque ele também tá irritado e ele não quer. Então a gente vai desenvolvendo a sensibilidade, ao longo do tempo, de perceber onde você deve atuar mais ou menos, Você não tá caminhando. Vamos caminhar. Porquê?, às vezes a gente até palpita, não dá para ir a pé para o serviço? Não dá pra voltar a pé do serviço?, eu sinto isso como uma forma da pessoa ver que você não tá desistindo dela, mas não é um trato fácil. Não é um trato fácil porque toca o humano em nós mais do que o profissional, a mim me ensina muito (médica de família 1).

Esta fala evidencia um conflito interno que o profissional de saúde está submetido ao tratar a obesidade. Ao referir “ai Jesus, me acode, Meu Deus” ou “isso daqui não tem jeito não, larga mão” mostra as dificuldades e desmotivações

ao lidar com esse paciente, mas ao mesmo tempo ela tenta persistir no tratamento pelo seu papel como profissional de saúde de tratar alguém e assisti-lo como profissional de saúde. No estudo de Block e colaboradores (2003), dos médicos estudados apenas 30% reportavam sucesso no tratamento da obesidade, 44% se sentiam qualificados em tratar e 31% acreditava que o tratamento era fútil. Neste mesmo estudo, 92% dos participantes acreditava que tratar a obesidade era importante (BLOCK; DESALVO; FISHER, 2003).

Na revisão sistemática de Teixeira e colaboradores (2012) sobre as crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade, 74% a 96,4% dos médicos afirmaram que tratar a obesidade não é fácil e se sentiam limitados na sua ação terapêutica, desenvolvendo um sentimento de frustração (66%) devido à percepção de incapacidade dos pacientes em perder peso. Nesta mesma revisão, os autores apontam que esta sensação de frustração é acentuada pela falta de reconhecimento e satisfação profissional ao tratar este grupo de pacientes (TEIXEIRA; PAIS-RIBEIRO; PINHO DA COSTA MAIA, 2012). Isto nos mostra que mesmo sabendo da importância em tratar a obesidade, existe um conflito em querer tratar mas lidar com altas taxas de fracasso na terapêutica.

Cada vez mais a obesidade é associada a palavras como “complexidade”. Os trechos abaixo surgiram de contextos e situações diferentes, motivados por perguntas diferentes mas que mostram como a palavra complexidade é usada de formas distintas ao longo do discurso dos profissionais:

Porque a gente faz o curativo em baixa e média complexidade, alta complexidade você encaminha (...) Mas quando se fala da obesidade o que me vem (a cabeça) é a complexidade porque, assim, existe o contexto socioeconômico, existe o contexto cultural, mas assim, o contexto de saúde mental, na minha opinião, é de largo, o mais grave. Então a palavra para mim hoje é complexidade em termos de obesidade.

(...) Você tá acostumado com um ambiente de alta resolutividade e no começo você leva um impacto (...), por exemplo, ter uma cobertura vacinal adequada numa área de 7000 indivíduos porque isso, no ponto de vista de ações em saúde, isso tem uma resolutividade enorme, talvez melhor do que uma alta complexidade porque a fatia da população que você lida é pequena, mas no começo é muito difícil. Você se sente meio que banido da turma (médica de família 1).

Neste estudo surgiram duas formas distintas de usar a palavra complexidade: como complexidade de procedimentos e complexidade do problema. O sistema de saúde é organizado em graus de complexidade (baixa, média e alta), mas paradoxalmente a obesidade é considerada uma enfermidade complexa porque é de difícil manejo e têm múltiplos elementos compondo-a, o próprio profissional de saúde usa esse argumento. A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo. Entretanto no serviço de saúde a atenção às doenças crônicas são definidas como baixa complexidade pela seu baixo custo e baixa tecnologia envolvida, mas no cotidiano elas são complexas pelas suas causas e repercussões, prevalecendo o conceito tradicional de baixa complexidade o que, indiretamente, acopla nessas doenças o caráter de fácil tratamento.

Outro ponto do processo terapêutico é que, este, não inclui apenas o paciente e o terapeuta, mas uma rede de pessoas que estão envolvidas nos diferentes níveis de tomada de decisão referente ao tratamento (família, vizinhos, colegas de trabalho, mídia...). No caso da obesidade essa rede ainda é maior porque a alimentação está envolvida nessa terapêutica e todo mundo sabe algo sobre alimentação, diferentemente do tratamento medicamentoso. Desse modo, no processo terapêutico da obesidade, toda e qualquer pessoa possui uma opinião sobre alimentação e dieta. O fato de a alimentação permear a vida social do paciente (festas, confraternizações, lazer...) faz com que a terapêutica da obesidade esteja inserida em uma esfera maior que a saúde. Diferentemente de outras doenças, o tratamento da obesidade envolve mudanças na vida cotidiana do paciente, modificando inclusive sua alimentação cotidiana. Na alimentação e na atividade de se alimentar estão contidos aspectos culturais daquela sociedade na qual está inserida, como por exemplo, tipos de alimentos consumidos, modos de produção, rituais envolvidos na alimentação etc. Desse modo, a alimentação ultrapassa o sentido de nutrição, alimentar-se envolve todos os aspectos culturais em torno dos alimentos enquanto a nutrição é a ciência que busca compreender os nutrientes necessários para o bom funcionamento do corpo (ZUIN; ZUIN, 2009). A cultura se mostra presente na terapêutica, porque o ato de

se alimentar é impregnado de cultura, e ao mexer na alimentação do paciente, o profissional esbarra em toda a rede cultural que constituída em torno da comida.

Neste estudo, dentro da consulta, a população muitas vezes esperava uma receita médica com um remédio específico para a queixa ou um procedimento de diagnóstico, não era esperado uma orientação alimentar. Todavia, quando a obesidade se tornava “séria”, ou seja, estava associada com diabetes e/ou hipertensão, dislipidemia, dores articulares, a alimentação mudava do contexto social e passava para a área da saúde, sendo esperado uma prescrição de “alimentos proibidos e liberados”.

Ao ser questionada sobre o tratamento da obesidade e das doenças crônicas, uma enfermeira comenta sobre a ineficácia na orientação de modificações alimentares:

Na verdade a hipertensão e a diabetes vem de mãozinha dada com eles [pacientes com obesidade]. Muito excesso de peso, pessoas que não aderem, não acreditam, que, olha só, se mudar a alimentação vai melhorar, você acha que senhora de 70 anos, comeu a vida inteira, e vai agora com 70 anos mudar? Não vai. E é sempre assim, ah, tá muito difícil andar, tá muito difícil... dor nas pernas, dor na coluna..., mas tá imensamente gorda, imenso, imenso, imenso. E todos os problemas dela são agravados pelo excesso de peso, se não causados pelo excesso e peso. E quer que a gente resolva. E quando a gente fala para melhorar a alimentação e atividade física, a gente não presta. Tá mandando ela fazer isso, eu tenho que dar um remédio e não isso (enfermeira 1).

Em decorrência da naturalização e da invisibilidade da obesidade no cotidiano, o registro e a inclusão nos indicadores de saúde não acontecem. O sobrepeso e a obesidade não possuem registros sistemáticos e as próprias metas de saúde não incluem a obesidade. Segundo Piancastelli (2015), os indicadores de saúde tem um papel em orientar processos de implementação, consolidação e reformulação de práticas de saúde, acompanhando informações prioritárias (PIANCASTELLI, 2015).

Os indicadores para adultos observados nas unidades estudadas contemplavam apenas doenças que apresentam uma história natural da doença bem definida (tuberculose e hanseníase, por exemplo) ou comorbidade (Diabetes Melittus, hipertensão, amputações). Nestes casos, os indicadores lidam

apenas com a doença instalada e com suas repercussões para o sujeito doente. Os indicadores acabam também moldando as atividades e projetos das equipes, já que são vistos como metas e números a serem alcançados e a obesidade, fora dos indicadores, não motiva e nem cria cobrança para abordar o tema no dia-a-dia da equipe. Quando questionada sobre isso, uma enfermeira comentou: *“e nem daria para ter o excesso de peso como indicador, tem muito aqui, íamos gastar todo tempo fazendo só isso”*.

Em outro momento, durante uma reunião entre equipes de saúde do PSF (Programa de Saúde da Família) e da secretaria de saúde, aproximadamente 3 horas, apareceram apenas cinco vezes a palavra “obesidade” ou “sobrepeso”, sendo três vezes relacionada com o Programa de saúde na Escola e duas durante a fala do educador físico da unidade. Percebe-se que a obesidade se tornava presente no cotidiano da equipe quando estava imersa em ações de cuidado social (por exemplo avaliação nutricional em escolas) ou quando estava aliada à comorbidades e obstáculos para a vida do paciente. Esta preocupação com o estado nutricional infantil provavelmente decorre de uma história nacional de desnutrição na infância que ocasionava graves problemas de ordem social e econômica e possibilitou a instalação de sistema de vigilância alimentar e nutricional (COUTINHO et al., 2009).

No trecho abaixo da fala de uma médica de família, ao comentar sobre a incidência de excesso de peso na sua área de atendimento, nos mostra que a obesidade, apesar de ser tão abordada cientificamente como uma epidemia, no cotidiano, ela não é mensurada:

Mas assim, são poucos com sobrepeso, o predomínio é obesidade, nessa clientela de diabético e hipertenso e não é a população em geral, então já é uma amostra meio viciada, mas assim, a minoria é sobrepeso para essa população, é a minoria. Eu pegava um atendimento de 10 pacientes... eutrófico então, eu conto numa mão, duas para não ser exagerada, desses 600, eutrófico não tem quase ninguém. Mas a minoria, com certeza menos de 10% é sobrepeso e assim, 80% é obesidade, não tenho os números (médica de família 1).

Portanto, por esses diversos fatores abordados acima, percebemos que a terapêutica da obesidade esbarra em contextos próprios do serviço de saúde, visto que as unidades de saúde não conseguem abarcar uma doença tão singular

como a obesidade. Desse modo os próprios profissionais de saúde, imersos neste cenário, não possuem as ferramentas para tratar a obesidade de modo efetiva.

Obesidade no âmbito individual

A causalidade atribuída à obesidade não aparece no âmbito biológico, ela esbarra em aspectos morais e sociais mas, sobretudo, é tida como de responsabilidade do próprio sujeito. Por estar relacionada com o aumento da ingestão alimentar, a obesidade aparece como uma responsabilidade do sujeito, desse modo, atributos morais e sociais e outros são reconhecidos no perfil do sujeito com excesso de peso.

Neste estudo a identidade do paciente obeso ganhava muita importância durante o tratamento dessa doença. O paciente com obesidade era muitas vezes rotulado com uma identidade obesa, ou seja, era atrelado a ele diversas características da obesidade predominando sobre a própria identidade pessoal. Uma ACS comenta sobre como foi tratada dentro do serviço e caracterizada por ser obesa:

É, eu me isolava muito mesmo. Ou as vezes é... caracterizava... O paciente falava: é uma baixinha gordinha que vem aqui, uma gordinha (agente comunitária de saúde 2).

Muitas vezes neste estudo, o próprio paciente e os profissionais julgavam a obesidade como uma responsabilidade pessoal que não exigia uma orientação profissional para ser resolvida. Existia um consenso informal entre os profissionais que bastava apenas “força de vontade e vergonha na cara” do paciente para perder peso. Junto com o rótulo de obeso é atrelado também julgamentos morais, tido como irresponsável e com pouca força de vontade que repercutem nos mais diversos aspectos da vida do sujeito (PUHL; BROWNELL, 2001; PUHL; HEUER, 2009).

Esta concepção única do corpo como responsabilidade pessoal reflete na vida com o paciente obeso e sua terapêutica. O estudo de Gomes (2006) se propõe a analisar as possibilidades de interpretação da sociedade contemporânea através da obesidade. Este estudo aponta que ao redor da obesidade, cria-se uma noção de risco que merece ser combatida e lutada por

toda sociedade. Nos argumentos de “luta contra a obesidade” misturam-se aspectos científicos e morais. No discurso, estes argumentos técnicos e morais se articulam com maior ou menor intensidade dependendo do contexto nos quais estão inseridos. Ele aponta que o discurso moral da saúde é permeado por apelos científicos e estéticos que se somam a uma responsabilização individual presente na sociedade contemporânea (GOMES, 2006).

No trecho abaixo de uma entrevista com uma enfermeira, a força de vontade do paciente aparece como a única barreira para o tratamento da obesidade:

O paciente tem que dar resultado pro profissional, se ele não der, como que a gente vai tratar? Então depende muito do paciente. Se o paciente tiver força de vontade ele segue em frente, se ele não tiver...(enfermeira 3).

Nesta situação, a obesidade é vista como uma condição passível de mudança a qualquer momento pelo paciente, baseando-se na crença de que basta ele querer mudar. O paciente obeso muitas vezes é tido como o único responsável pela sua condição de saúde, nos profissionais estudados predomina uma crença de que existem as oportunidades (alimentação saudável e opções de exercício) disponíveis e as devidas orientações, mas o paciente é que não quer emagrecer. Na opinião dos profissionais estudados predomina uma ideia de que a informação não é uma limitação para perda de peso e que a falta de força de vontade do paciente é o grande empecilho para o sucesso do tratamento.

Outros atributos também são vinculados ao paciente obeso, como por exemplo, ser resistentes à intervenção. O trecho abaixo, extraído de uma entrevista com uma médica, ilustra essa diferença de atributos percebida entre perfis de pacientes:

Parece que ensina a dieta e não faz... o bichinho é teimoso, meio difícil. Eu vejo paciente jovem aqui com o colesterol lá em cima, pressão alta e não faz direitinho. Agora, já tive um monte de paciente com tendinite que eu orientei alguma coisa, alongar, por gelo que eles fizeram e melhoraram... (médica 2).

No estudo de Bocquier e colaboradores ao analisarem os conhecimentos, atitudes e práticas de clínicos gerais sobre obesos e sobrepesos na França encontraram que os principais problemas relatados no tratamento eram a falta

de motivação (60%), falta de suporte familiar (57%) e falta de tempo (53%) (BOCQUIER *et al.*, 2005). Breton (2011) aponta que a concepção de posse que permeia a noção de corpo individual na sociedade contemporânea ocidental cria a ideia de que cada um seria “dono” de seu corpo e responsável por seu próprio corpo (BRETON, 2011). Crandall (1994) discute que estas atitudes de responsabilização pessoal derivam de uma ideologia de culpa, permeada da visão ética puritana de que o mundo é justo e que as pessoas tem o que merecem. O mesmo autor também aponta que ideologias políticas de que pessoas tem sucesso por sua própria força de vontade, também permeiam essa responsabilização pessoal do paciente com obesidade (CRANDALL, 1994). Desse modo, vemos como os contextos sociais e culturais na qual a obesidade esta inserida acaba moldando a visão que temos do paciente, e consequentemente, do tratamento.

Neste trabalho, percebemos uma homogeneização das características desse paciente. Socialmente é criado um rótulo moral no qual inúmeras características negativas são atreladas previamente ao tratamento, desse modo, antes mesmo desse paciente iniciar o tratamento ele já tido como preguiçoso, desleixado e refratário ao tratamento. Nos trechos abaixo, estão as repostas de duas ACS sobre os limitantes do tratamento para a obesidade:

Acho que falta é força de vontade. A pessoa se entrega. Ele não tem interesse nenhum em mudar a vida. Ai ele fica assim. Para ele o que mais importa é a medicação, deu o remédio para ele, tranquilo. Não preciso fazer mais nada (agente comunitária de saúde 5).

Às vezes da um desanimo, um certo desanimo porque por mais que você fale, por mais que você oriente, agenda consulta, organiza a medicação, leva o encaminhamento para acompanhar, quando ele não adere o tratamento, você fala: Meu Deus..., você pensa até bobeira, Ai, porque que não morre? Tá fazendo o que aqui? (agente comunitária de saúde 2).

Eu falei para ela, você não precisava fazer essa cirurgia, se você tivesse vergonha na tua cara, você emagrecia sem cirurgia, porque se em 2 meses ela emagreceu 17kg..., é sacrificante é, mas até entender que o corpo dela também precisa de sacrifício (agente comunitária de saúde 2).

O papel do paciente no tratamento era o ponto mais evidente como limitação. No senso comum, basta reduzir calorias e realizar atividade física para tratar a obesidade, sendo algo aparentemente fácil de ser feito. Entretanto, na prática clínica, a obesidade é de difícil manejo e demanda modificações em todo contexto do paciente e em questões sociais além do âmbito pessoal do paciente para garantir modificações a longo prazo (MCTIGUE et al., 2003; MANN et al., 2007). Estas crenças e valores que permeiam o discurso popular, também esbarram nas construções dos próprios profissionais de saúde, podendo influenciar inclusive a lida com o paciente com obesidade e seu tratamento. Uma enfermeira, em uma conversa informal, comenta sobre a dificuldade e a antipatia em tratar a obesidade:

Eu prefiro ir lá no pronto atendimento e costurar pessoal lá do que ficar aqui tratando de gordo que tem dor no joelho e não resolve (enfermeira 5).

Flint (2014) ao coletar dados em uma conferência da *Association for the study for obesity*, em 2014, nos mostra que mesmo pesquisadores e aqueles que estudam a obesidade não estão imunes aos estereótipos da obesidade presentes na população em geral (FLINT; REALE, 2014). O estudo de Schwartz et al. (2003), também concluiu que mesmo entre profissionais e pesquisadores especializados em tratar a obesidade, encontra-se níveis consideráveis de preconceito contra pessoas com obesidade.

De acordo com os achados do estudo, os julgamentos morais e o rótulo atrelado à obesidade permeiam, inclusive, a própria palavra. Ao designar alguém como “obeso” é atrelado a esse sujeito as características moralmente construídas deste grupo (preguiçoso, desleixado e refratário ao tratamento), inclusive sendo uma palavra negativa e até pejorativa pelos olhos do paciente. Esta palavra remete, inclusive, à visão biológica e patológica da obesidade, transformando este sujeito em um sujeito doente. Porém outras designações informais como “cheinha” e “gordinha”, apesar de designarem a mesma condição corporal, são atreladas a características positivas e até almejadas, em certos grupos, como por exemplo alegre, engraçado e sexualmente atrativo. Em uma conversa com uma ACS, ela comenta sobre uma paciente: *“Mas ela tá feliz? Ela era até uma gordinha*

bonitinha, porque tem umas obesas...” Essas duas condições (obeso e gordinho) não são sinônimos para certas pessoas e grupos sociais. Durante uma entrevista questionamos a incidência de obesidade para uma ACS e a resposta foi que não existiam muitos casos na área, mas em outro momento ela relatou: *“gordinha? Vix, isso aqui tá cheio de gordinho. Até a gente é gordinha né? (risos)”*. Podemos perceber como cada palavra possui construções únicas em cada grupo social e é agregada de diversas características socialmente construídas, até mesmo no discurso dos próprios profissionais de saúde.

A própria equipe também sofre com esses rótulos. Por serem profissionais de saúde, as exigências morais são até maiores que da população em geral. Foi relatado pelos profissionais deste estudo que era esperado que eles fossem magros, possuísem uma boa saúde e bons hábitos, sendo um padrão de referência na questão de saúde, tanto no conhecimento como na vida pessoal. Portanto, as orientações e recomendações feitas pelos profissionais de saúde na questão da obesidade exigem uma “prova prática de eficácia”, ou seja, o próprio profissional necessita ser magro para mostrar que as orientações são eficazes.

Nos trechos abaixo, uma ACS comenta sobre o que já sofreu dentro da própria equipe por ser obesa:

[Ouvi] do próprio enfermeiro falar assim, ou você faz uma dieta e emagrece, porque na minha equipe eu não quero obeso. Então eu já sofri muito (agente comunitária de saúde 1).

Olha, eu já sofri muito com isso [risos de constrangimento], eu já tive muito isso. Para mim é como se fosse uma pessoa viciada em droga, então é um vício de comer. Então obesidade é considerado uma doença, porque a pessoa sofre tanto quanto uma bebida alcoólica, uma droga porque ela é também discriminada, como eu já fui muito também (agente comunitária de saúde 1).

ACS: *É, eu já sofri muito com isso também. Na época do Agita, que pedia para você fazer exercício, mas como se você é assim? Então eu sofria também... Mas...*

Pesquisador: *Porque você tinha que pedir para fazer dieta, se exercitar...?*

ACS: *...dieta, se exercitar bem, tal, mas como você quer que eu me exercite se você é assim?*

Pesquisador: *Mas eles falavam assim na cara?*

ACS: *Falava, tinha umas pessoas bem cruel. Fala sim* (agente comunitária de saúde 1).

Em um estudo brasileiro com abordagem qualitativa analisando narrativas de nutricionistas mulheres com obesidade e sua relação com o trabalho concluiu que esses sujeitos vivem experiências de estigma e sofrimento no trabalho e em outras relações sociais. Elas são excluídas do trabalho porque a obesidade não é compatível com a atuação prescritora e normatizadora da figura do nutricionista (ARAUJO et al, 2015). Este achado vai ao encontro dos nossos dados ao evidenciar a carga de exigência na qual o profissional de saúde está imerso, sendo que muitas vezes os profissionais estão obesos e orientam os pacientes a perderem peso. Alguns autores apontam que este sofrimento gerado pelo preconceito é um fenômeno social, podendo contribuir para o ganho ou retenção de peso individual (BREWIS, 2014). Poulain (2013) aponta que o fenômeno da estigmatização possui impacto inclusive sobre as trajetórias sociais intra e intergeracionais (POULAIN, 2013).

Desse modo percebemos que as construções que moldam a obesidade esbarram em aspectos morais e sociais. A causalidade da obesidade é tida como uma responsabilidade do sujeito, assim como o seu tratamento. Os profissionais de saúde por estarem imersos neste contexto social, assimilam estes atributos reconhecidos no perfil do sujeito com excesso de peso e, em alguns momentos, o expressam no discurso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os atos e ações do ser humano são, de alguma forma, influenciados pela cultura. No caso da obesidade se fundem características científicas e culturais, principalmente a cultura do que é visto e aceito socialmente como doença e a cultura do corpo e suas representações. A significação da doença faz parte da própria realidade, mas também a modela. Apesar de a ciência ser caracterizada como um ramo do saber regido por seu princípio empírico e lógico, com base em provas concretas que legitimam sua validade. O pertencimento a uma cultura fornece ao indivíduo os limites dentro dos quais se operam interpretações relativas aos fenômenos corporais e, em particular, a doença e

seus sintomas. (ADAM; HERZLICH; PELEGRIN, 2001). A produção do cuidado na saúde não está imune dos aspectos culturais presentes na sociedade.

Neste estudo percebemos que ora o discurso científico se sobressai e ora o discurso social ganha forma, evidenciando que cada sujeito, mesmo sendo um profissional de saúde com formação e capacitação na área da saúde, dialoga com um modelo de doença construído socialmente e compartilhado com toda população.

A obesidade não se encaixa na unidade básica de saúde e no modelo de atenção à saúde, ela escapa do *modus operandi* existente. Ela não é reconhecida como uma doença no cotidiano porque de fato ela não é uma doença nos moldes da história natural da doença, ou seja, não apresenta uma relação clara entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, um agente etiológico e sintomas sentidos pelo paciente.

Portanto é o modelo de atenção à saúde que falha em reconhecer e tratar a obesidade. A obesidade não é vivida como doença, ela é vivida como uma condição e um plano de fundo para outras doenças. Os profissionais de saúde e pacientes, imersos neste modelo, reproduzem esta concepção. Desse modo não existem ferramentas terapêuticas eficientes, o tratamento não é efetivo, a obesidade não é reconhecida e nem experienciada como doença. Estudos mostram a necessidade de repensar a abordagem da obesidade na ABS e que esforços são necessários além dos limites da ABS para limitar os ciclos viciosos metabólicos, físicos, psicológicos e ambientais que permeiam a obesidade (SWINBURN; EGGER; 2004; SWINBURN, 2016).

Desse modo nos questionamos: Como tratar um problema social na unidade de saúde? Será que é apenas o sistema de saúde que tem que tratá-lo? A obesidade sendo um transtorno social deve ser tratada na sociedade e não cabe apenas na unidade de saúde. A obesidade é um problema que deve ser tratado como um problema social e de forma intersetorial.

Limitações do estudo

O tempo de coleta neste estudo pode ter sido insuficiente para acessar outras perspectivas do fenômeno estudado além das aqui apresentadas. Isto se torna complexo pelas inúmeras facetas que compõem este objeto de estudo, o

que torna impossível esgotá-lo em apenas um projeto. Um maior tempo de investigação no campo também possibilita para o próprio pesquisador amadurecer no processo de pesquisa, coleta e análise dos dados. Sabe-se que a experiência do pesquisador é um aspecto importante na pesquisa qualitativa, influenciando desde a coleta até as análises dos dados. Entretanto, dado as limitações logísticas, de tempo e financeiras envolvidas no processo de pesquisa não foi possível aumentar ainda mais o tempo de coleta de dados.

Com mais tempo de coleta, talvez possíveis diferenças entre as cidades estudadas poderiam surgir. O objetivo deste trabalho não teve como pretensão levantar diferenças entre a abordagem nas duas cidades estudadas, visto que para isso um maior tempo de coleta e experiência do pesquisador seria necessário. Desse modo, nos limitamos a compreender como este fenômeno ocorre sem nos preocuparmos nas peculiaridades de cada local.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C.; PELEGRIN, L. Sociologia da doença e da medicina. **Sociologia da doença e da medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001.

AGYEPONG, I. A. MALARIA - ETHNOMEDICAL PERCEPTIONS AND PRACTICE IN AN ADANGBE FARMING COMMUNITY AND IMPLICATIONS FOR CONTROL. **Social Science & Medicine**, Oxford; v. 35, n. 2, p. 131-137, 1992.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 8, 1993.

ANDRADE, L. O. M. D. et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho, YM, organizadores (Eds.). **Saúde em debate**: Hucitec; Fiocruz, Rio de Janeiro, v.170, p.783-836, 2006.

ARAUJO, K. L. et al. Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 6, p. 569-579, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**
ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3.ed. - Itapevi, 2009.

BARCELLOS FONTANELLA, B. J.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. **Cadernos De Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BARTOLOMÉ, M. D.; GUZMÁN, J. L. La estigmatización social de la obesidad. **Cuadernos de bioética**, Murcia, v. 25, n. 84, p. 273-284, 2014.

BLEICH, S. N.; PICKETT-BLAKELY, O.; COOPER, L. A. Physician practice patterns of obesity diagnosis and weight-related counseling. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 82, n. 1, p. 123-129, 2011.

BLOCK, J. P.; DESALVO, K. B.; FISHER, W. P. Are physicians equipped to address the obesity epidemic? Knowledge and attitudes of internal medicine residents. **Preventive Medicine**, New York, v. 36, n. 6, p. 669-675, 2003.

BOCQUIER, A. et al. Overweight and obesity: Knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 13, n. 4, p. 787-795, 2005.

BOMFIM TRAD, L. A. Field work, narrative and knowledge production in contemporary ethnographic research: a contribution to the field of health. **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 627-633, 2012.

BONET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 123-150, 1999.

BOOTH, H. P. et al. Effectiveness of behavioural weight loss interventions delivered in a primary care setting: a systematic review and meta-analysis. **Family Practice**, v. 31, n. 6, p. 643-653, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2013 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, London, v. 3, pp. 77-101, 2006

BRETON, D. L. E. **ANTROPOLOGIA DO CORPO E MODERNIDADE**. São Paulo: Editora VOZES, 2011.

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

CABEDA, S. T. A ilusão do corpo perfeito: o discurso médico na mídia. In: STREY, M. N.; CABEDA, S. T. L.; PREHN, D. R. **Gênero e cultura: questões contemporâneas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 149-172, 2004.

CANADA. **Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children (CMAJ)**. Canada, v. 176, n. 8, 2007.

CAMPOS, G. W. D. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho, YM, organizadores (Eds.). **Saúde em debate**: Hucitec; Fiocruz, Rio de Janeiro, p.132-153, 2008

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. São Paulo: Forense Universitária, 2007.

CAPONI, S. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO A. **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, p. 115-136, 2003.

CARVALHO, M. C. **Reconstruindo o conceito de obesidade**. 2002. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CASTRO, A. L. **Culto ao corpo e sociedade**: mídia, estilos de vida e cultura de consumo. São Paulo: Annablume, 2003.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, p. 96-131, 2008

COGAN, J. C. et al. A comparison study of United States and African students on perceptions of obesity and thinness. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, Bellingham, v. 27, n. 1, p. 98-113, 1996.

COMELLES, J. M. El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales. **Jano**, Barcelona, v. 19, n. 660-H, p. 18-29, 1985.

COUTINHO, J. G. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 688-699, 2009.

COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10.3, p. 372-382, 2002.

CRANDALL, C. S. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. **Journal Personality and Social Psychology**, Washington, v. 66, n. 5, p. 882-894, 1994.

DEBER, R. B. et al. Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called?. **Health Expectations**, Malden, v. 8, n. 4, p. 345-351, 2005.

DEPARTMENT OF HEALTH. **National Service Framework for Diabetes: Standards**. UK Department of Health, HMSO, London, 2001.

EISENBERG, L. Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Culture, medicine and psychiatry**, Boston, v 1.1, p. 9-23, 1977.

FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, 2002.

FERREIRA, F. R. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n.26, p.471-83, 2008.

FLINT, S. W.; REALE, S. Obesity stigmatisation from obesity researchers. **The Lancet**, v. 384, n. 9958, p. 1925-1926, 2014.

FOSTER G. D.; WADDEN T. A.; MAKRIS A. P.; DAVIDSON D.; SANDERSON R. S.; ALLISON D. B.; et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. **Obesity Research**, v. 11, n.10, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; DE MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, Abrasco, p. 181-193, 2005.

FURNHAM, A.; ALIBHAI, N. Cross-cultural differences in the perception of female body shapes. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 13, n. 4, p. 829-837, 1983.

GALLAGHER, S. M. Morbid obesity: a chronic disease with an impact on wounds and related problems... based on information presented during the 1997

Symposium on Advanced Wound Care & Medical Research Forum on Wound Repair, April 12-16, 1997 in New Orleans, LA. **Ostomy Wound Management**, Pennsylvania, v. 43, n. 5, p. 18, 1997.

GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOMES, I. M. Obesidade como metáfora contemporânea: uma “cruzada saudável” em nome do consumo e do risco. **Movimento (ESEF/UFRGS)**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 45-71, 2006.

GRACIA ARNAIZ, M. Obesity as disease and as social problem. **Gaceta Medica de Mexico**, Mexico, v. 146, n. 6, p. 389-396, 2010.

GUBER, R. **La etnografía: método, campo y reflexividad**. Buenos Aires: Editorial Norma, 2001.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JUNIOR, K. D. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

GUENDELMAN, S. et al. Weight perceptions among overweight and obese women: a US-Mexico binational perspective. **Obesity**, Silver Spring, v. 19, n. 12, p. 2440-2443, 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Portol Alegre: Editora Artmed, 2009.

HERNÁNDEZ, C. G. Cuerpo medido y cuerpo percibido: reflexiones sobre la corpulencia a partir de encuestas de salud poblacionales en Chile. **Alimentación, Salud y Cultura: Encuentros Interdisciplinarios**, Barcelona, Editorial Publicacions URV, v. 7, p. 301, 2012.

HIGGINBOTTOM, G.; PILLAY, J. J.; BOADU, N. Y. Guidance on performing focused ethnographies with an emphasis on healthcare research. **The Qualitative Report**, Davie, v. 18, n. 9, p. 1-6, 2013.

HOFMANN, B. On the triad disease, illness and sickness. **Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 27, n. 6, p. 651-673, 2002.

HOUAISS, A. D. E. H. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características da população e dos domicílios**: base estatística de informações do censo demográfico 2010: resultados do universo por setor censitário. Rio de Janeiro, 2011.

JAY M. et al. Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and speciality: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 106, 2009.

JOHNSON, F. et al. Changing perceptions of weight in Great Britain: comparison of two population surveys. **British Medical Journal**, London, v. 337, n. 7664, p. 270, 2008.

KIRK, S. F. L. et al. Blame, shame, and lack of support: a multilevel study on obesity management. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 24, n. 6, p. 790-800, 2014.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. California: University of California Press, 1981.

KNOBLAUCH, H. Focused ethnography. **Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research**, Berlin, v. 6, n. 3, 2005.

KOPELMAN, P. G. Obesity as a medical problem. **Nature**, London, v. 404, n. 6778, p. 635-643, 2000.

LAWS, R. A. The British Dietetic Association Ltd. **Human Nutrition Dietetics**, v.17, p. 183- 190, 2004.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 500-503, 1983.

LIM, S. S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2224-2260, 2012.

LUZ, M. T. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina. **Estudos em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social : razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro, 2004

MALINOVSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. D. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 389-395, 2014.

MANN, T. et al. Medicare's search for effective obesity treatments - diets are not the answer. **American Psychologist**, Washington, v. 62, n. 3, p. 220-233, 2007.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MAYS, N.; POPE, C. Rigour and qualitative research. **British Medical Journal**, London, v. 311, n. 6997, p. 109-112, 1995.

MAYS, N.; POPE, C. Qualitative research in health care - assessing quality in qualitative research. **British Medical Journal**, London, v. 320, n. 7226, p. 50-52, 2000.

MCTIGUE, K. M. et al. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 139, n. 11, p. 933-949, 2003.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MITCHELL, N. S. et al. Obesity: overview of an epidemic. **Psychiatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 34, n. 4, p. 717, 2011.

MOREIRA, M. A.; MASSONI, N. T.; **Epistemologias do Século XX**, EPU, São Paulo, 2005.

MORIN, E. A necessidade de um pensamento complexo. In: Mendes, C. (org.); Larreta, E (ed.). **Representação e complexidade**. Rio de Janeiro: Garamond, p. 69-77, 2003.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. **Social Science & Medicine**, Oxford,, v. 39, n. 11, p. 1509-1525, 1994.

NYAMWAYA, D. A case-study of the interaction between indigenous and western medicine among the pokot of Kenya. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 25, n. 12, p. 1277-1287, 1987.

OGDEN, C. L. et al. The epidemiology of obesity. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 132, n. 6, p. 2087-2102, 2007.

OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010.

OLIVEIRA NUNES, M. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1990.

PIANCASTELLI, C. H. **Estratégia Saúde da Família diante da qualificação do acesso e cuidado**: desvelando cenários e revelando encontros e desencontros. Tese (Doutorado) – Faculdade Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

PINHEIRO, A. R. D. O.; FREITAS, S. F. T. D.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.

POULAIN, J. P. **Sociologia da obesidade**. São Paulo: Editora SENAC, 2013.

PUHL, R.; BROWNELL, K. D. Bias, discrimination, and obesity. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 9, n. 12, p. 788-805, 2001.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The stigma of obesity: a review and update. **Obesity (Silver Spring)**, Silver Spring, v. 17, n. 5, p. 941-964, 2009.

RAMOS, F. P.; NEVES, M. C. D.; CORAZZA-NUNES, M. J. A ciência moderna e as concepções contemporâneas em discursos de professores-pesquisadores: entre rupturas e a continuidade. **REEC: Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, Vigo, v. 10, n. 1, p. 84-108, 2011.

RAND, C. S.; MACGREGOR, A. M. Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. **South Medical Journal**, Birmingham, v. 83, n. 12, p. 1390-1395, 1990.

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H.; LIMA, M. A. D. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011.

ROZIN, P. The meaning of food in our lives: a cross-cultural perspective on eating and well-being. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, Hamilton, v. 37, n. S107- S112, p. S107-S112, 2005.

ROZIN, P. et al. Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. **Appetite**, London, v. 33, n. 2, p. 163-180, 1999.

RUGGS, E. N. et al. Assessment of Weight Stigma. **Obesity Facts**, v. 3, p. 60-69, 2010.

SAITO, D. Y. T. et al. Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. **Texto & contexto em enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, 2013.

SANTOS, B. D. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988.

SANTOS, L. A. D. S. **O corpo, o comer e a comida**: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador. Salvador: EdUFBA, 2008.

SANTOS, M. A.; DIEZ GARCIA, R. W.; LIOTINO DOS SANTOS, M. A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. **Demetra: Food, Nutrition & Health/Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 761-774, 2015.

SCHWARTZ, M. B. et al. Weight bias among health professionals specializing in obesity. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 11, n. 9, p. 1033-1039, 2003.

SILVA, J. G. C. **Planejamento de experimentos**, versão preliminar. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Instituto de Física e Matemática, 2008.

SILVA, T. F. O paradigma científico: entre construções e rupturas. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringa, v. 16, n. 180, p. 122-134, 2016.

SIMON, G. E. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 63, n. 7, p. 824-830, 2006.

SIQUEIRA, J. E. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. **Revista Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, 2009a.

SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. **Revista Bioética**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 55-67, 2009b.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica do Brasil**, São Paulo, v. 44, n.1 p. 35-42, 1998.

SONTAG, S. **Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J. S. N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 6, p. 693-704, 2006.

STURM, R. Increases in morbid obesity in the USA: 2000-2005. **Public Health**, London, v. 121, n. 7, p. 492-496, 2007.

SYPECK, M. F. et al. Cultural representations of thinness in women, redux: Playboy magazine's depiction of beauty from 1979 to 1999. **Body Image**, Amsterdam, v. 3, n. 3, p. 229-235, 2006.

SWINBURN, B. Rethinking primary care systems for obesity. **Lancet**, v. 388, 2016

SWINBURN, B.; EGGER, G. The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes. **British Medical Journal**, v. 329, n. 7468, 2004

TEIXEIRA, F. V.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; PINHO DA COSTA MAIA, A. R. Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 254-262, 2012.

TOVÉE, M. J. et al. Changing perceptions of attractiveness as observers are exposed to a different culture. **Evolution and Human Behavior**, New York, v. 27, n. 6, p. 443-456, 2006.

TRELOAR, C. et al. The cross cultural context of obesity: an INCLIN multicentre collaborative study. **Health & Place**, Oxford, v. 5, n. 4, p. 279-286, 1999.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem Saúde da Família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. s1, p. S148- S158, 2008.

VIGARELLO, G.; PENCHEL, M. **As metamorfoses do gordo**: história da obesidade no Ocidente; da Idade Média ao século XX. Petrópolis: Vozes, 2012.

WADDEN, T. A. et al. Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. **Archives of Family Medicine**, Berlin, v. 9, n. 9, p. 854-860, 2000.

WALL, S. S. Focused ethnography: a methodological adaptation for social research in emerging contexts. **Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research**, Berlin, v. 16, n. 1, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Genebra: World Health Organization, 2000.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. **Annual Review of Anthropologie**, n. 11, p. 257-285, 1982.

ZUIN, L. F. S.; ZUIN, P. B. Alimentação é cultura: aspectos históricos e culturais que envolvem a alimentação e o ato de se alimentar: [revisão]. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 225-241, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Parecer do comitê de ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – HCRP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA OBESIDADE: ESTUDO CROSS CULTURAL

Pesquisador: Lucas Vieira Francisco

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 3

CAAE: 42495415.8.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.242.772

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo cross-cultural com uma abordagem etnográfica, com profissionais de saúde (profissionais que compõem equipes de saúde) que atendem pacientes com obesidade em unidades básicas de saúde do Brasil e Espanha.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Comparar a influência cultural nos valores e práticas da abordagem terapêutica associada à obesidade de profissionais de saúde

Objetivo Secundário: - Conhecer valores e práticas de profissionais de saúde na abordagem da obesidade em diferentes contextos culturais; - Analisar similaridades e diferenças culturais na abordagem terapêutica da obesidade - Conhecer vieses do discurso terapêutico considerando diferentes contextos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Dentre os riscos que os participantes possuem está o possível desconforto gerado pelos questionamentos sobre a obesidade e seu tratamento e a presença do pesquisador no seu ambiente de trabalho usual, entretanto o pesquisador se compromete a minimizar estes riscos ao

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

conduzir o grupo e a pesquisa. E também existe o risco de algum usuário do serviço se sentir desconfortável com a presença do pesquisador no local, assim, também o pesquisador se compromete a minimizar esses riscos e se ausentar caso seja requerido pelo usuário.

Benefícios: Como os profissionais de saúde são influenciados pela cultura, comparando valores e percepções associadas à obesidade e cotejando as diferenças entre as populações, podemos melhorar a abordagem no tratamento da obesidade e de doenças associadas e para aprimorar estratégias de tratamento, capacitando profissionais de saúde sobre essas influências, assim, esse é o momento também de reflexão para estes profissionais, podendo pensar e refletir sobre assuntos corriqueiros do seu dia-a-dia, que normalmente não tem tempo para isso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo com uma abordagem etnográfica, com profissionais que compõem equipes de saúde e atendem pacientes com obesidade em unidades básicas de saúde. Serão estudadas equipes de duas localidades: uma brasileira de uma cidade no interior de São Paulo e outra espanhola. (Batatais) por ser uma cidade de pequeno porte que possibilita um contato maior com a comunidade, porém ainda pertencente ao mesmo Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) que Ribeirão Preto; e de equipes espanholas, de uma cidade (Barcelona) considerada importante centro científico na área da saúde. A escolha do país estrangeiro se deu pelas semelhanças parciais do sistema de saúde e facilidade de acesso. Ambos os países têm como marco legal os princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da gratuidade e da participação social. Todavia há diferenças importantes: o gasto em saúde per capita na Espanha é quase cinco vezes maior do que no Brasil, o número de consultas habitante/ano é mais que o dobro; a maioria dos médicos de família tem especialização. Os recursos destinados à saúde também são expressivamente maiores, segundo o Observatório de Políticas de Saúde en Iberoamérica (2011). Também foi escolhido o local de estudo por conveniência pois temos contatos com pesquisadores naquele local que facilitarão o acesso aos serviços de saúde. Serão realizadas observações de campo aliadas com conversas informais, contando

com a participação de profissionais de nível superior e de nível médio, conforme a constituição de cada equipe em cada localidade, como médicos, enfermeiros e agentes de saúde, tendo como 10 entrevistas em cada local de coleta o número estimado inicial para análise. Entretanto o número exato de entrevistas realizadas serão definidos quando houver material suficiente para as análises e o pesquisador considerar que há material para responder as questões pretendidas pelo estudo

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO		CEP: 14.048-900
Bairro: MONTE ALEGRE		
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO	
Telefone: (16)3602-2228	Fax: (16)3633-1144	E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 1.242.772

(FONTANELLA, 2008). As observações de campo tem como objetivo descrever o objeto de estudo como ele realmente acontece, ou

seja, como as atividades acontecem naquele local, quem interage com quem e os significados daqueles participantes na perspectivas deles (PATTON, 1990), sendo assim, nesse estudo, o pesquisador acompanhará as principais atividades de cada membro da equipe quando for conveniente, tomando nota das atitudes e ações em diário de campo, nada

será gravado. Esse tipo de entrevista tem como característica que as questões emergem de um contexto imediato e são perguntadas no curso natural das coisas, não tendo um roteiro pré-definido, resultado das observações de campo. Esses dados serão coletados em um diário de campo, onde o pesquisador realizará suas anotações para transcrever posteriormente e utilizar como material a ser analisado (PATTON, 1990). Esses diários de campo também tem como objetivo de entender mais a fundo o objeto de estudo e comparar possíveis diferenças entre o discurso e a realidade dos profissionais de saúde. Também serão colhidos dados sobre o perfil de saúde local, as políticas e protocolos vigentes e dados sócio demográficos. A definição amostral será pelas informações ímpares e recorrentes que seja suficiente para compor um quadro explicativo do objeto de estudo desse projeto (ANDRÉ, 1983). Também será fornecido um Termo De Consentimento Livre E Esclarecido Para Pacientes que possivelmente estejam envolvidos nas atividades de coleta de dado, como por exemplo uma visita domiciliar de um agente de saúde, uma avaliação da enfermagem ou um consulta médica, e caso o paciente se sinta desconfortável, o pesquisador não participará dessa atividade com o membro da equipe de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador acatou a recomendação de seleção da área temática especial.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa versão 2 de 27/05/2015, assim como os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido versão 2 de 27/05/2015, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 1.242.772

forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	final.pdf	04/03/2015 10:46:29		Aceito
Outros	Orçamento.pdf	04/03/2015 10:50:00		Aceito
Outros	lucas03.pdf	04/03/2015 10:51:55		Aceito
Outros	cronograma.docx	04/03/2015 10:53:51		Aceito
Folha de Rosto	lucas01.pdf	04/03/2015 10:49:09		Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_791211-2.pdf	04/03/2015 11:03:17		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_458758.pdf	04/03/2015 11:06:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/03/2015 13:14:25		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_458758.pdf	04/03/2015 13:14:40		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaColaboración.pdf	27/05/2015 19:01:28		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta de anuencia traduzida.docx	27/05/2015 19:07:20		Aceito
Outros	carta CEP ESP.docx	27/05/2015 19:11:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-revisado.pdf	27/05/2015 19:12:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Revisado.docx	27/05/2015 19:14:19		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_458758.pdf	27/05/2015 19:15:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE-revisado.docx	28/05/2015 09:30:42		Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 1.242.772

Justificativa de Ausência	TCLE-revisado.docx	28/05/2015 09:30:42		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_458758.pdf	28/05/2015 09:31:26		Aceito
Outros	carta CEP 05.08.docx	05/08/2015 09:12:57		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_458758.pdf	05/08/2015 09:13:34		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

RIBEIRAO PRETO, 24 de Setembro de 2015

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

APÊNDICE B- Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que pretende conhecer a dinâmica e o funcionamento de uma equipe de saúde que trabalha com atenção básica. Informamos que sua participação será por meio de observações do seu dia-a-dia e de entrevistas informais, ou seja, eventualmente por perguntas que podem surgir ao longo da observação, sem atrapalhar o seu trabalho e sem qualquer incômodo em seu ambiente de trabalho.

Como será sua participação:

- a) Observaremos a sua rotina e suas atividades em horário combinado contigo.
- b) Ao longo da coleta, podem surgir dúvidas, as quais, em um momento oportuno, gostaria de conversar mais para esclarecê-las.
- c) Será aplicado um questionário sócio-demográfico para coletar dados como idade, anos de formação, anos no serviço, entre outros.

Primeiro entraremos em contato com você para saber se aceita participar e, caso aceite, agendaremos uma data para acompanhar a sua rotina e a da equipe.

É importante você saber que:

1. sua participação é voluntária e não obrigatória;
2. pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo pessoal, basta avisar;
3. os grupos focais serão gravados com áudio ou vídeo (dependendo da disponibilidade de equipamentos), para que os dados possam ser analisados posteriormente, entretanto seus dados pessoais e todos os dados coletados são confidenciais (não haverá identificação de nomes) e serão usados apenas para a pesquisa;
4. tem a garantia de que receberá resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida durante a realização do estudo;
5. durante a coleta de dados, pode ser que se sinta desconfortável com os questionamentos do pesquisador, portanto, o mesmo se compromete a minimizar os possíveis transtornos e desconfortos que possam ser gerados durante a pesquisa;
6. dentre os benefícios em participar da pesquisa, vale ressaltar que é um momento também de reflexão para, podendo pensar e refletir sobre assuntos corriqueiros do seu dia-a-dia, que normalmente não tem tempo para isso, podendo aprimorar assim melhorar sua abordagem no tratamento da obesidade e de doenças associadas, aprimorando também as estratégias de tratamento;
7. não terá gastos com a sua participação no projeto;
8. qualquer problema que venha a ter deverá ligar para Lucas no telefone (14) 997357957 ou se precisar de esclarecimentos em relação a dúvidas éticas da pesquisa poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP no telefone (16) 3602-2228.
9. receberá uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e a outra via ficará arquivada com o pesquisador.

Eu, _____, entendo que a participação neste estudo não causará nenhum dano à minha saúde, que as informações obtidas neste trabalho são confidenciais, e que os resultados poderão ser publicados em revistas com sigilo da identidade dos participantes. Receberei a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa que serei submetida. Terei a liberdade de retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo. Declaro que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas, e que livremente manifesto a minha vontade em participar do presente projeto

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável pela Pesquisa
Nome: _____
RG: _____
Telefone: (____) _____

Assinatura da Participante
Nome: _____
RG: _____
Telefone: (____) _____

APÊNDICE C- Roteiro de entrevista

- Me conte sobre sua vida. Qual sua trajetória até aqui na Atenção Básica?
- Como é seu dia-a-dia aqui na unidade? Que tipos de problemas são mais frequentes?
- Você trata muitos casos de obesidade? Me fale sobre essas pessoas que vem procurar atendimento aqui.
- Como é o tratamento?
- O que vem a sua cabeça quando chega um paciente obeso com outras doenças (HAS /DM), aqui no posto, vindo da comunidade, baixa renda etc...? Como você se sente?
- Como é tratar a obesidade aqui no serviço/atenção básica?

Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos

Therapeutic approach of obesity: between concepts and prejudices

Lucas Vieira Francisco¹
Rosa Wanda Diez-Garcia¹

¹ Universidade de São Paulo, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Prática - Laboratório de Práticas e Comportamento Alimentar, Nutrição e Metabolismo. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Correspondência / Correspondence
Lucas Vieira Francisco
Av. dos Bandeirantes, 3900 - Campus
Universitário Monte Alegre
CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto-SP
E-mail: l.vieira.francisco@gmail.com

Resumo

A obesidade, historicamente, é carregada de significados, produto de uma construção histórica de valores e crenças aliados a contextos sociais e culturais que moldaram o conceito que temos hoje. Com o processo de medicalização, a obesidade passou a ser encarada como uma doença que precisa ser combatida e, com isso, certos julgamentos e críticas ao paciente com obesidade são disseminados, estabelecendo julgamentos que repercutem nos mais diversos aspectos da vida do indivíduo com excesso de peso. Por estarem imersas nesse contexto cultural, as equipes de saúde apresentam um padrão de comportamento similar ao da população geral. Vista como uma escolha individual, a obesidade se associa a preguiça, falta de força de vontade pessoal, entre outros atributos que contribuem para sua rejeição - forças históricas e dinâmicas que compõem a representação da obesidade. Entender os mecanismos e expressões do estigma da obesidade deve ser parte da formação de profissionais de saúde, estando atentos para evitar a recorrência do estigma, o que, devido às forças da pressão social, deve ser um exercício imposto no cotidiano profissional. Explorar as relações entre conceitos e preconceitos associados à obesidade é objetivo deste ensaio para subsidiar uma reflexão sobre a abordagem terapêutica da obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Estigma Social. Preconceito.

Abordagem terapêutica na obesidade por profissionais de saúde na atenção básica

Cresce cada vez a necessidade de entender a obesidade no cotidiano da sociedade e sua influencia nas ações clínicas e da condução da sua terapêutica. A obesidade transpassa a esfera da saúde e se torna uma condição social do cotidiano da sociedade moderna. O cuidado à saúde apesar da formação técnica, compartilham valores socialmente construídos. Ambiguidades emergem entre o conhecimento reivindicado como técnico-profissional e o que é sentido na relação terapêutica, da qual faz parte valores culturais. O objetivo deste estudo é compreender como a obesidade é abordada através da perspectiva científica e reinterpretada pela cultura. Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas e observações de campo em unidades básicas de saúde de duas localidades brasileiras distintas: uma em cidade pequena do interior e outra em uma capital no litoral. Foram entrevistados 19 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS)) além de observação das rotinas em ambas unidades. Os temas obtidos mostram as implicações diferente de como as construções culturais moldam a abordagem da obesidade: Obesidade como não-doença; Invisibilidade da obesidade; Identidade obesa; Contextos da ABS na terapêutica da obesidade. No cotidiano terapêutico a obesidade é encarada como uma comorbidade ou um fator de risco apesar da sua definição como doença pela comunidade científica. O profissional de saúde, durante o ato terapêutico, mostra seus conhecimentos científicos atrelados à aspectos culturais. A produção de cuidado na saúde não está imune das crenças culturais que permeiam a sociedade atrelando os significados construídos pelos próprios usuários e profissionais sobre o que consideram saúde, doença e tratamentos ideias para cada condição.

Palavras-chaves: Obesidade, Pessoal de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Assistência à Saúde

Introdução

O Brasil atualmente presencia uma transição epidemiológica, com uma diminuição das doenças infecciosas, aumento das doenças crônicas, queda da desnutrição e aumento do excesso de peso em todas as idades e classes de renda, alterando o próprio quadro de saúde-doença do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010; BRASIL, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como *um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas (...)* Entre suas causas, estão relacionados *fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos* (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2000). A classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) é a ferramenta mais recomendada na prática clínica e na avaliação em nível populacional da obesidade. A OMS classifica o excesso de peso em adultos, segundo o IMC, em sobrepeso (IMC 25,00- 29,99kg/m²), obesidade grau I (IMC 30,00- 34,99kg/m²), obesidade grau II (IMC 35,00- 39,99kg/m²) e obesidade grau III (IMC ≥ 40kg/m²) (WHO, 2000).

Segundo o Sistema de Vigilância de fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico, a prevalência de excesso de peso no Brasil foi de 43%, 42,7%, 44,2% e 46,6% para cada ano do período de 2006 a 2009, respectivamente. Para a obesidade, as prevalências foram de 11,4%, 12,7%, 13,2% e 13,8%, no mesmo período de estudo, chegando em até 22,6% em uma das capitais estudadas (BRASIL, 2014).

Ao analisar as metas do terceiro ano de vigência do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis brasileiro no período de 2010-2013, conclui-se que a maioria das metas estabelecidas foram alcançadas (redução na mortalidade prematura; redução do consumo do tabaco e no consumo abusivo do álcool; aumento no consumo de frutas e legumes, níveis de atividade física e cobertura de mamografia). Entretanto no caso da obesidade, nota-se que é a única meta não alcançada, neste período, ocorreu um aumento de 15,9% (MALTA; SILVA JR, 2014).

Cresce cada vez a necessidade de entender a obesidade no cotidiano da sociedade e as influências nas ações clínicas e da condução da sua terapêutica. O cuidado à saúde apesar da formação técnica, compartilha valores culturalmente construídos. Para Geertz, a cultura é um sistema simbólico, onde os símbolos e significados são partilhados pelos membros desse sistema cultural, entre eles e não dentro deles, sendo criados e partilhados pelos próprios membros dessa cultura. Define a cultura como “estruturas de significado socialmente

estabelecidos, nos termos dos quais as pessoas fazem certas coisas como sinais de conspiração e se aliam ou percebem os insultos e respondem a eles”, sendo, portanto, fluxos de comportamento, ou ações sociais, o meio pelo qual as formas culturais se articulam. Assim também argumenta que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise”, ou seja, a cultura é um código de símbolos partilhados e criados pelos seus próprios membros (GEERTZ, 1989).

A cultura permeia todos os aspectos da vida do homem, inclusive o que ele considera saúde, doença, e tratamentos. O conceito de saúde e doença são definidos ao longo dos anos como resultado de contextos históricos distintos, atrelando significados únicos em cada local. Essas dimensões são moldadas por um conjunto complexo de variáveis que se articulam e formam um contexto específico, sendo resultados de mudanças estruturais, papéis sociais, significados e crenças familiares, inovações tecnológicas e médicas além de transformações sociopolíticas que influenciam nos modos de institucionalização da saúde/doença assim como variáveis ideológicas que refletem diretamente nesses conceitos (KLEINMAN, 1981).

A doença, portanto, é um conceito multidimensional. Eisenberg, em 1977 já separou o conceito de doença (*disease*) e enfermidade (*illness*), sendo a primeira, uma anormalidade da estrutura ou função dos órgãos e sistemas do corpo, enquanto a enfermidade seria a experiência de mudanças depreciativas no status pessoal e função social, desse modo, a primeira é conceituada pela figura médica e a segunda experienciada pelo próprio paciente (EISENBERG, 1977).

Twaddle, 1994 (apud HOFMAN, 2002) adiciona a essas definições, um terceiro componente que é o fenômeno social da doença (*sickness*). Desse modo, Twaddle define 1) doença (*disease*) como um fenômeno orgânico independente da experiência subjetiva e das convenções sociais, podendo ser medido objetivamente, 2) enfermidade (*illness*) como um estado de sensações subjetivas, percepções do funcionamento e/ou competência corporal, sendo apenas observado diretamente pelo sujeito e 3) *Sickness* como a identidade social, conjunto de direitos e deveres definido pelos outros com referência a atividade social daquele indivíduo doente, sendo um “evento localizado na sociedade” (HOFMANN, 2002).

Se faz necessário compreender como aspectos culturais influenciam o manejo da obesidade por parte de profissionais de saúde. A cultura tem um papel fundamental nesse processo e as equipes de saúde não estão isentas das influências disseminadas socialmente, apesar da sua formação acadêmica. É importante entender a relação da equipe de saúde com o paciente, caracterizando e compreendendo crenças e atitudes que influenciam no tratamento. Desse modo, existe uma demanda por estudos qualitativos que possam entender como esse processo é construído e mantido pela equipe de saúde e como permeia o processo terapêutico. Podemos pensar nas seguintes questões: Como se dá a influência da cultura na abordagem terapêutica da obesidade? Como a interlocução entre cultura e ciência se expressa no ato terapêutico da obesidade? Como os profissionais de saúde percebem a obesidade e o paciente obeso no seu cotidiano? Como a cultura influencia neste processo?

Objetivo

Compreender como a obesidade é abordada através da perspectiva científica e reinterpretada pela cultura

Método

Este é um estudo qualitativo utilizando de entrevistas e observações de campo com profissionais que compõem equipes de saúde e atendem pacientes com obesidade em unidades básicas de saúde. Foram estudadas equipes de duas localidades brasileiras: uma cidade no interior e outra no litoral visando uma melhor compreensão deste fenômeno estudado.

Foram realizadas observações de campo aliadas com conversas informais, contando com a participação de profissionais de nível superior e de nível médio, conforme a constituição de cada equipe em cada localidade. Participaram desta pesquisa médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), visto que estas categorias profissionais lidam diretamente com o paciente com obesidade no seu dia-a-dia e estão presentes em todas as equipes de saúde da família.

A coleta de dados ocorreu em unidades básicas de saúde que aplicavam o Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta estratégia se encontra no nível

primário de atenção do Sistema Único de Saúde brasileiro e tem como objetivo desenvolver ações de promoção em saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças. As equipes da ESF tem como característica principal a proximidade e o vínculo com a comunidade em que atua e o trabalho em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2006).

As observações de campo tiveram como objetivo descrever o objeto de estudo como ele realmente acontece, ou seja, como as atividades acontecem naquele local, quem interage com quem e os significados daqueles participantes nas perspectivas deles (PATTON, 1990). Ao longo das observações foram realizadas entrevistas informais, esse tipo de entrevista tem como característica questões emergindo de um contexto imediato e perguntadas no curso natural das coisas resultado das observações de campo e não tendo um roteiro pré-definido. Por exemplo, após uma consulta com um paciente com obesidade, o pesquisador questionava: “esse tipo de paciente é comum aqui?”, “você acha difícil tratar?” ou “porque você acha que as vezes o tratamento não funciona?”.

Foi realizada uma entrevista com o objetivo de conhecer a visão dos profissionais sobre a obesidade e sua terapêutica. Esta entrevista continha questões como: Como é seu dia-a-dia aqui na unidade? Que tipos de problemas são mais frequentes? Você trata muitos casos de obesidade? Me fale sobre essas pessoas que vem procurar atendimento aqui. Como é o tratamento? Como é tratar a obesidade aqui no serviço/atenção básica?

Esses dados foram coletados em um diário de campo no qual o pesquisador realizou suas anotações para transcrever posteriormente e utilizar como material a ser analisado (PATTON, 1990). Esses diários de campo também tiveram como objetivo, entender mais a fundo o objeto de estudo e comparar possíveis diferenças entre o discurso e a realidade dos profissionais de saúde. O número exato de entrevistas realizadas foi definido quando o pesquisador principal considerou que havia material suficiente para as análises e para responder as questões pretendidas pelo estudo, sendo suficiente para compor um quadro explicativo do objeto de estudo (BARCELLOS FONTANELLA et al, 2008).

A análise de dados foi conduzida pela análise temática de Braun e Clarke (2006). Essas autoras a definem como um método para identificar, analisar e

reportar padrões dos dados que, além de descrever e organizar, interpreta os vários aspectos do assunto estudado. Essas mesmas autoras descrevem o processo de análise em seis etapas: 1) a imersão e familiarização com todos os aspectos dos dados, na qual o pesquisador transcreve os dados e os organiza. 2) geração inicial de códigos, definido como o “segmento mais básico dos dados brutos que podem ser acessados com um significado acerca do fenômeno estudado”. 3) procura por temas, feito através da triagem e agrupamento de códigos em temas que, diferentemente dos códigos, são mais amplos e é o local onde a análise interpretativa dos dados ocorre. 4) refinamento dos temas estabelecidos e a validade individual de cada tema. 5) capturar a “essência do tema”, definindo qual aspecto real de cada tema e criando nomes e definições claras para cada um. 6) produção de um relatório final. O software ATLAS.TI versão 7 auxiliou na organização dos materiais e códigos.

Com o objetivo de propor maior validade, rigor e credibilidade aos dados da pesquisa em questão foi utilizado a múltipla análise dos dados (MAYS; POPE, 1995; 2000). A análise dos dados brutos foi realizada por três diferentes pesquisadores com formação em pesquisa qualitativa. Cada pesquisador recebeu o objetivo do trabalho, as questões de pesquisa, o referencial teórico e os dados brutos coletados para realizar a análise e propor um mapa temático. As análises realizadas, foram apresentadas e discutidas, em uma reunião mediada por um orientador apontando as divergências e convergências entre as análises, levantando possíveis temas, mapas temáticos e pontos a serem discutidos. Ao final, coube ao pesquisador principal elaborar um mapa único compilando as três análises e os pontos apresentados na reunião. A figura 1 mostra o esquema seguido para este processo de triangulação de análise.

Contexto e *study setting*

A escolha dos locais de estudo se deu principalmente por proporcionar recursos e material de pesquisa para entendermos como a cultura influencia na construção da obesidade e, conseqüentemente, na sua terapêutica. Foram escolhidas duas cidades da região sudeste do Brasil, uma de médio porte situada no interior do estado e outra de grande porte situada no litoral.

O pesquisador principal acompanhou as principais atividades desses profissionais durante aproximadamente quatro meses com visitas uma vez por semana de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Todo processo de coleta ocorreu entre 2014 e 2015, aproximadamente dois meses em cada localidade.

Os profissionais chaves (*key informants*) foram convidados verbalmente a participar da pesquisa. Segundo Bernand e Ryan (2009), os *key informants* são pessoas capazes de falar facilmente e compreendem a informação exigida na pesquisa, desse modo, são estrategicamente escolhidos pelo seu conhecimento especializado. Não houve nenhuma recusa em participar do estudo e todos os participantes sabiam do objetivo do estudo. Participaram da pesquisa 17 profissionais, sendo 8 da cidade do litoral e 9 da cidade do interior. A maioria dos participantes era mulheres (94%), eutróficas (60%). Aproximadamente metade dos participantes (n=8) possuía nível superior e uma renda mensal maior que R\$3 000 (médicas e enfermeiras) e outra metade (n=9) possuía ensino médio e renda mensal menor que R\$3 000 (ACS). Esta seleção não aconteceu de forma intencional, apenas seguiu o padrão das unidades estudadas. Os dados descritivos dos participantes estão dispostos na Tabela 1.

Inicialmente foram elaborados 20 códigos iniciais, depois agrupados em 5 temas iniciais, agrupados nos 3 temas finais. Após a primeira etapa de análise, o pesquisador principal retornou à cada localidade para questionar e abordar o pontos que surgiram durante as análises iniciais. A volta ao campo durou cerca de duas semanas em cada local. Este procedimento de retorno ao campo, aliado à tripla codificação, visava aumentar a validade e o rigor dos dados coletados, possibilitando a abordagem de diferentes perspectivas do objeto de estudo (MAYS; POPE, 1995; 2000).

O projeto foi aprovado no comitê de ética de ambas as cidades participantes e todos os pesquisados assinaram um termo de consentimento livre esclarecido. Os participantes foram avisados que a participação era voluntária, que não precisavam responder as questões caso se sentissem desconfortáveis e que todas as informações seriam confidenciais.

Resultados e discussão

Como o objetivo deste trabalho é compreender como a obesidade é abordada através da perspectiva científica e reinterpretada pela cultura, os temas apresentados mostram as implicações que a cultura possui na construção da obesidade. Cada tema mostra um aspecto diferente de como as construções culturais moldam a abordagem da obesidade. Os temas são: Obesidade como doença social; Terapêutica e contextos; Obesidade no âmbito individual.

Obesidade como doença social

Neste estudo encontramos que a percepção pessoal do que é ou não doente pode ser muito diferente das definições estabelecidas pela classificação do IMC. A obesidade é uma condição que não se encaixa nos moldes da história natural da doença e se torna um problema social, fora da esfera da atenção à saúde. No cotidiano, os profissionais veem a obesidade como um peso acima do recomendado e não como uma doença ou um alvo terapêutico. Alguns profissionais retratavam a obesidade como um “peso acima do recomendado” e não era vista como um problema de saúde passível de cuidado e assistência pela equipe. Os profissionais de saúde por estarem imersos neste contexto cultural, no cotidiano assimilavam esta ideia difundida no meio social de que a obesidade é uma condição que não demanda cuidado da atenção a saúde.

O exemplo abaixo reflete a ambiguidades do julgamento científico e social no qual o corpo aumentado não é visto como doença. O trecho foi retirado de uma entrevista com uma ACS na qual ela responde o que é a obesidade para ela:

“A gente acha que é só o gordinho né? Mas não é. Obesidade, visivelmente a gente vê aquela pessoa que já tá bem... mas a gente sabe que não né? Tem que verificar o IMC. Eu to acima do meu peso, apesar das pessoas não falarem que eu to obesa, mas tem isso né? Acho que é de quando você tá acima do peso recomendado.”
(agente comunitária de saúde 1)

Neste estudo, quando a obesidade estava associada a outras queixas, como dores articulares, falta de ar ou exames bioquímicos alterados, o paciente passava a ser visto como um sujeito doente. Nesse caso a obesidade não era a doença central deste sujeito, ela era encarada como uma comorbidade associada que podia agravar o quadro de saúde. Quando há sintomas e diagnósticos de

enfermidades que demandam tratamento, a consulta se volta para esses problemas e a obesidade aparece como um contexto, pano de fundo e não um problema a ser resolvido na unidade de saúde. Por exemplo, um paciente que possui obesidade e diabetes Mellitus tipo 2 era definido pelos profissionais de saúde como: “um diabético que precisa perder peso para tratar e controlar a diabetes”. O estudo de Kirk ajuda a esclarecer este ponto ao mostrar que alguns profissionais julgam ser mais fácil tratar a obesidade quando ela está associada a alguma outra condição crônica por confiarem mais em prescrever um tratamento específico do que tratar a obesidade, se questionando algumas vezes a noção de obesidade como uma doença (KIRK *et al.*, 2014).

No presente estudo, ao aplicarmos o modelo de Twaddle (HOFMANN, 2002), percebemos que a obesidade no cotidiano não é vista pelos profissionais de saúde como uma doença (*disease*) apesar de seus mecanismos fisiopatológicos. No cotidiano nem os pacientes e nem a sociedade encaram a obesidade como uma doença: o paciente não vê a obesidade como uma limitação funcional do seu próprio corpo (*illness*) e nem a sociedade designa a identidade social de doente para o paciente obeso (*sickness*). A obesidade se encaixa neste esquema apenas no plano teórico, no cotidiano ela escapa de todas as três dimensões propostas. Os profissionais de saúde, por estarem imersos neste contexto social, também agregam esta construção que permeia a obesidade.

Outro ponto que modifica a construção social da obesidade como uma doença social é a etiologia. A obesidade muitas vezes está relacionada com o aumento da ingestão alimentar, porém esse assunto transpassa a vivência de ‘saúde’ e se associa a prazer da comida e da alimentação (ROZIN *et al.*, 1999; ROZIN, 2005). A alimentação no cotidiano está ligada a diversas questões sociais como lazer, diversão, comemorações e socialização, assim, as questões alimentares não se encaixam na área da “saúde” e acabavam não sendo discutidas no ato terapêutico.

Ao dissociar a terapêutica da obesidade do âmbito e das demandas de saúde, o tratamento para perda de peso não se torna prioridade. As medidas de atenção à saúde são construídas em torno da construção social e cultural de quem é ou não doente e merece tratamento, portanto, a própria percepção do diagnóstico da obesidade pode ser um fator limitante para o seu tratamento. O

reconhecimento de um condição como doença é um aspecto importante para o tratamento efetivo daquela mesma condição. No estudo de Bleich e colaboradores (2011), ao analisar a atitude de 2458 médicos frente a um paciente com obesidade, apenas 29% dos pacientes recebeu o diagnóstico de obesidade e apenas 17,6% dos casos propostos receberam orientação para perda de peso. Para todos os sexos, raças, idades e regiões analisadas a taxa de pacientes que recebeu o diagnóstico de obesidade foi menor que a real prevalência. A frequência nas orientações também variou dependendo da existência ou não do diagnóstico de obesidade, por exemplo, dos que não tinham o diagnóstico, apenas 9% receberam orientação.

Isto nos mostra que o ato terapêutico, não é moldado apenas pelas diretrizes estabelecidas como escopo de cuidado, mas pelo conjunto de valores que o médico e o paciente julgam ser importante como alvo de tratamento naquele momento. Geertz (1989) ao definir sistema cultural como ao mesmo tempo produto e produtor do próprio sistema nos mostra esta fluidez e dinamicidade de um sistema cultural, portanto estas definições sobre doenças também serão fluidas e dinâmicas, assim como o sistema na qual está inserida

Apesar de ser possível o diagnóstico, um corpo grande, culturalmente não é tido como algo ruim ou doente, por exemplo, em certos grupos é inclusive almejado e/ou desejado, como sinônimo de fartura ou prosperidade (VIGARELLO E PENCHEL, 2012). Durante uma entrevista uma médica comenta sobre a visão das mães sobre o peso dos filhos atendidos na unidade e evidencia o componente cultural e social que o corpo ganha no cotidiano:

“Ninguém me reclama de menino gordo, raros, raros, às vezes eu pego um IMC muito alto, obesidade mesmo instalada, “você não acha que o seu menino tá gordo?”, “ah, um pouquinho, mas ele come tão bem...” (...) e, pelo contrário, eu tenho reclamação todo dia de criança eutrófica, perfeita, peso e altura perfeita e a mãe infeliz, infeliz, infeliz, “eu queria que ele fosse mais gordo”, “eu queria que ele fosse gordo” (médica de família 1).

Portanto, podemos notar diversos componentes que compõem a matriz para construir a estrutura simbólica ao redor do corpo, como por exemplo o que é ou não belo e o que é ou não doente (BRETON; DOS SANTOS CREDER LOPES,

2011). Na perspectiva do cuidado à saúde das ABS, a obesidade aparece como um contexto ou pano de fundo para outras condições de saúde. Nem a equipe de saúde e nem o portador do excesso de peso se reconhecem como enfermos, visto o distanciamento que a obesidade possui dos moldes e conceitos de doença.

Tratamentos e contextos

Por ser considerada uma doença crônica, é no modelo de atenção básica que a abordagem terapêutica da obesidade esta implantada e aspectos do próprio cuidado à saúde na ABS repercutem na abordagem terapêutica da obesidade. O corpo humano visto pela medicina é agrupado em sistemas isolados por cada uma das disciplinas. Cada vez mais abandona-se a figura do doente e encontra-se a doença presente em um órgão do corpo. O órgão doente transforma-se no foco da atenção médica. Até mesmo no âmbito terminológico, existe uma dificuldade em descrever o todo, a não ser por meio das partes, retomando o reducionismo e a especialização deste modelo (BARROS, 2002). Entretanto a obesidade ultrapassa os limites das disciplinas para ser compreendida, inclusive ultrapassa os limites da saúde (CARVALHO, 2002).

No trecho abaixo, extraído de uma entrevista com uma médica de família, ela comenta sobre o dilema presente em tratar a obesidade:

Às vezes a gente pega até algumas pessoas com sobrepeso e as vezes têm a circunferência abdominal aumentada e você fala “olha, você precisa perder 5kg”, “doutora, eu vou ficar muito magra, eu não quero perder esse peso”, “não, mas você precisa fazer massa magra...” e vamos explicar que ela não vai ficar um esqueleto, pele e osso só, existe um processo para isso, mas de fato, a visão cultural que nos temos de que é bonito a gordura até certo ponto, ela tem peso ainda”. (médica de família 1)

O trecho acima nos mostra o quão complexo é o tratamento da obesidade. Este exemplo nos mostra como a cultura possui implicações na noção de doença e doente e, conseqüentemente, afeta a própria abordagem terapêutica

A doença, por mais que seja uma condição biológica tida como objetiva e racional, não está imune à estas interpretações culturais. No livro de Susan Sontag, *A doença como metáfora*, a autora analisa as construções e metáforas

sobre o câncer e a tuberculose. Por exemplo o câncer é tido como traiçoeiro, uma doença da classe média ligada à fartura e aos excessos enquanto a tuberculose é uma doença dos românticos e dos apaixonados resultado de melancolia e da tristeza (SONTAG, 2007). Estas metáforas são colhidas da própria mitologia popular e nos mostram como cada condição possui influências culturais, sociais e históricas. Portanto ser doente está atrelado a diversos julgamentos morais porque a própria doença é definida em termos sociais. Percebemos que a doença pode se tornar uma realidade diferente para profissionais de saúde, doente e sociedade entorno do doente. A cultura influenciará, portanto, o que cada grupo terá como arcabouço para perceber estas diferentes realidade de doença.

O conceito de normal, além da noção estatística, também nos remete a um conceito valorativo do que é considerado desejado em um determinado contexto social e histórico. Este conceito vincula uma ideia de “deveria ser assim” (CAPONI, 2003; CANGUILHEM et al., 2007). No caso da obesidade estes dois conceitos se mostram claros nos achados deste estudo, a obesidade aparece no discurso da equipe como um fator de risco que acarreta uma anormalidade fisiopatológica que merece ser combatida e, ao mesmo tempo, uma busca por um corpo magro desejado por todos.

A obesidade, diferentemente da maioria das doenças, repercute não apenas em uma condição biológica, mas perpassa o sistema de saúde e reflete na vida social e psicológica do paciente (PUHL; BROWNELL, 2001; PUHL; HEUER, 2009). Durante uma entrevista, ao ser questionada sobre a obesidade, a médica de família relata a falta da visão mais integral sobre o paciente:

Eu ainda acho que há muito simplismo, as questões pertinentes a área de saúde mental são de um peso enorme e elas são ignoradas pelo sistema porque eu pego um obeso mórbido e mando ele pro ambulatório de saúde mental e o psicólogo me devolve e pergunta o porquê que eu mandei e eu falo “ porque ele é um obeso mórbido”, “ah, a gente não trata isso daqui não”. (médica de família 1)

Este trecho também mostra que sistema de saúde, ainda parcialmente imerso em uma medicina curativa e especializada, não consegue tratar a obesidade de forma satisfatória. O paciente muitas vezes é encarado de forma segmentada pelo sistema e os profissionais. O paciente obeso é direcionado entre

profissionais e entre especialidades e o tratamento continua sendo ineficiente e com pouca resolutividade. O paciente se torna um fardo e um “peso” para o sistema de saúde, sendo que ninguém quer ter a responsabilidade por tratá-lo.

A própria relação entre equipe de saúde e paciente esta sujeita às dinâmicas culturais de símbolos e de relações interpessoais inerentes à medicina, algumas vezes gerando tensões e desgastes. Na fala abaixo de uma médica de família este desgaste nas relações interpessoais é evidente:

Existe um contexto no trato com o obeso que é assim, enervante, enervante para o profissional, tem uns que dá vontade de você largar mão, você fala “isso daqui não tem jeito não, larga mão”, mas eu acho que a pessoa tem direito a que você não desista dela e você também, como profissional, tem o dever de não desistir do outro, entender o quão é importante esse processo. Então isso existe, tem uns que você olha e fala “ai lá vem fulano, senhor!”, na hora que você pega o prontuário: “ai Jesus, me acode, Meu Deus”, mas acho que existe dentro da postura, do trabalho do dia a dia, mas claro que os níveis de investimento são diferentes, você não deixa de falar, mas você sabe que ele não tá te ouvindo, você vê pelo olhar dele, ele não te agride porque ele precisa da receita, ele não te trata mal porque ele também tá irritado e ele não quer. Então a gente vai desenvolvendo a sensibilidade, ao longo do tempo, de perceber onde você deve atuar mais ou menos (...) eu sinto isso como uma forma da pessoa ver que você não tá desistindo dela, mas não é um trato fácil. Não é um trato fácil porque toca o humano em nós mais do que o profissional, a mim me ensina muito. (médica de família 1)

Esta fala evidencia um conflito interno que o profissional de saúde está submetido ao tratar a obesidade. Ao referir “ai Jesus, me acode, Meu Deus” ou “isso daqui não tem jeito não, larga mão” mostra as dificuldades e desmotivações ao lidar com esse paciente, mas ao mesmo tempo ela tenta persistir no tratamento pelo seu papel como profissional de saúde de tratar alguém e assisti-lo como profissional de saúde. Ao referir “não é fácil porque toca o humano em nós mais do que o profissional” mostra quanto o ser social e cultural muitas vezes predomina sobre o ser científico dentro do profissional de saúde. Estes conflitos podem ser observado no estudo de Block e colaboradores (2003), no qual dos médicos estudados, apenas 30% reportavam sucesso no tratamento da obesidade, 44% se sentiam qualificados em tratar e 31% acreditava que o

tratamento era fútil. Neste mesmo estudo, 92% dos participantes acreditava que tratar a obesidade era importante, evidenciando sentimentos e crenças muitas vezes até conflitantes sobre o tratamento da obesidade.

Na revisão sistemática de Teixeira e colaboradores (2012) sobre as crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade, 74% a 96,4% dos médicos afirmaram que tratar a obesidade não é fácil e se sentiam limitados na sua ação terapêutica, desenvolvendo um sentimento de frustração (66%) devido à percepção de incapacidade dos pacientes em perder peso. Nesta mesma revisão, os autores apontam que esta sensação de frustração é acentuada pela falta de reconhecimento e satisfação profissional ao tratar este grupo de pacientes. Isto nos mostra que mesmo sabendo da importância em tratar a obesidade, existe um conflito em querer tratar mas lidar com altas taxas de fracasso na terapêutica.

No presente estudo, dentro da consulta, a população muitas vezes esperava uma receita médica com um remédio específico para a queixa ou um procedimento de diagnóstico, não era esperado uma orientação alimentar. Alguns autores afirmam que muitas vezes as ideologias médicas são reproduzidas através do ato de tomar um remédio. O remédio concretiza as expectativas de recuperação da saúde e o retorno da condição “normal” daquele paciente, materializando um conceito abstrato que é a retomada ao estado de saúde (LEFÈVRE, 1983; BARROS, 2002).

Entretanto, quando a obesidade se tornava “séria”, ou seja, estava associada com diabetes e/ou hipertensão, dislipidemia, dores articulares, a alimentação mudava do contexto social e passava para a área da saúde, sendo esperado uma prescrição de “alimentos proibidos e liberados”.

Ao ser questionada sobre o tratamento da obesidade e das doenças crônicas, uma enfermeira comenta sobre a ineficácia na orientação de modificações alimentares:

Na verdade a hipertensão e a diabetes vem de mãozinha dada com eles [pacientes com obesidade]. Muito excesso de peso, pessoas que não aderem, não acreditam, que “olha só, se mudar a alimentação vai melhorar”, você acha que senhora de 70 anos, comeu a vida inteira, e vai agora com 70 anos mudar? Não vai. E é sempre assim, “ah, tá muito difícil andar, tá muito difícil... dor nas pernas,

dor na coluna...”, mas tá imensamente gorda, imenso, imenso, imenso. E todos os problemas dela são agravados pelo excesso de peso, se não causados pelo excesso e peso. E quer que a gente resolva. E quando a gente fala para melhorar a alimentação e atividade física, a gente não presta. Tá mandando ela fazer isso, eu tenho que dar um remédio e não isso. (enfermeira 1)

Percebemos como no tratamento da obesidade se inserem diversos aspectos relacionados ao que consideramos doença, quem é o responsável por trata-la e qual tipo de orientação é esperada. Todos estes componentes estão presentes na sociedade mas também esbarram no discurso dos profissionais de saúde, como um reflexo da cultura na qual estão inseridos.

Obesidade no âmbito individual

A causalidade atribuída à obesidade não aparece no âmbito biológico, ela esbarra em aspectos morais e sociais mas, sobretudo, é tida como de responsabilidade do próprio sujeito. Por estar rela relacionada com o aumento da ingestão alimentar, a obesidade aparece como uma responsabilidade do sujeito, desse modo, atributos morais e sociais e outros são reconhecidos no perfil do sujeito com excesso de peso.

O paciente com obesidade era muitas vezes rotulado com uma identidade obesa, ou seja, era atrelado a ele diversas características da obesidade predominando sobre a própria identidade pessoal. Uma ACS comenta sobre como foi tratada dentro do serviço e caracterizada por ser obesa:

É, eu me isolava muito mesmo. Ou as vezes é... caracterizava... O paciente falava “é uma baixinha gordinha que vem aqui”, “uma gordinha”. (agente comunitária de saúde 1)

Muitas vezes neste estudo, o próprio paciente e os profissionais julgavam a obesidade como uma responsabilidade pessoal que não exigia uma orientação profissional para ser resolvida. Esta concepção única do corpo como responsabilidade pessoal reflete na lida com o paciente obeso e sua terapêutica. Existia um consenso informal entre os profissionais que basta apenas “força de vontade e vergonha na cara” do paciente para perder peso. No trecho abaixo, uma ACS comenta sobre o perfil do paciente obeso, evidenciando esta questão:

Acho que falta é força de vontade. A pessoa se entrega. Ele não tem interesse nenhum em mudar a vida. Ai ele fica assim. (agente comunitária de saúde 1)

No trecho abaixo de uma entrevista com uma enfermeira, a força de vontade do paciente aparece como a única barreira para o tratamento da obesidade:

O paciente tem que dar resultado pro profissional, se ele não der, como que a gente vai tratar? Então depende muito do paciente. Se o paciente tiver força de vontade ele segue em frente, se ele não tiver... (enfermeira 1)

Nesta situação, a obesidade é vista como uma condição passível de mudança a qualquer momento pelo paciente, baseando-se na crença de que basta ele querer mudar. O paciente obeso muitas vezes é tido como o único responsável pela sua condição de saúde e predomina a crença de que existem as oportunidade (alimentação saudável e opções de exercício) disponíveis e as devidas orientações, mas o paciente é que não quer emagrecer. Na opinião dos profissionais estudados predomina uma ideia de que a informação não é uma limitação para perda de peso e que a falta de força de vontade do paciente é o grande empecilho para o sucesso do tratamento. Neste trabalho, também percebemos uma homogeneização das características desse paciente. Socialmente é criado um rótulo moral no qual inúmeras características negativas são atreladas. Desse modo, antes mesmo desse paciente iniciar o tratamento ele já tido como preguiçoso, desleixado e refratário ao tratamento.

No estudo de Bocquier e colaboradores (2005) ao analisarem os conhecimentos, atitudes e práticas de clínicos gerais sobre obesos e sobrepesos na França encontraram os principais problemas no tratamento, foram a falta de motivação (60%), falta de suporte familiar (57%) e falta de tempo (53%). Breton aponta que a concepção de posse que permeia a noção de corpo individual na sociedade contemporânea ocidental cria a ideia de que cada um seria “dono” de seu corpo e responsável por seu próprio corpo (BRETON; DOS SANTOS CREDER LOPES, 2011). Crandall (1994) discute que estas atitudes de responsabilização pessoal derivam de uma ideologia de culpa, permeada da visão ética puritana de que o mundo é justo e que as pessoas tem o que merecem. O mesmo autor

também aponta que ideologias políticas de que pessoas tem sucesso por sua própria força de vontade, também permeiam essa responsabilização pessoal do paciente com obesidade.

A própria equipe estando embebida neste substrato cultural, não está imune aos seus valores e visões. Flint ao coletar dados em uma conferência da *Association for the study for obesity*, em 2014, nos mostra que mesmo pesquisadores e aqueles que estudam a obesidade não estão imunes aos estereótipos da obesidade presentes na população em geral (FLINT; REALE, 2014). O estudo de Schwartz e colaboradores, também concluiu que mesmo entre profissionais e pesquisadores especializados em tratar a obesidade, encontra-se níveis consideráveis de preconceito contra pessoas com obesidade (SCHWARTZ et al., 2003)

Desse modo percebemos que as construções que moldam a obesidade esbarram em aspectos morais e sociais. A causalidade da obesidade é tida como uma responsabilidade do sujeito, assim como o seu tratamento. Os profissionais de saúde por estarem imersos neste contexto social, assimilam estes atributos reconhecidos no perfil do sujeito com excesso de peso e, em alguns momentos, o expressam no discurso.

Considerações finais

Todos os atos e ações do ser humano são, de alguma forma, influenciados pela cultura. No caso da obesidade se fundem características científicas e culturais, principalmente a cultura do que é visto e aceito socialmente como doença e a cultura do corpo e suas representações. A significação da doença faz parte da própria realidade mas também a modela. O pertencimento a uma cultura fornece ao individuo os limites dentro dos quais operam-se essas interpretações relativas aos fenômenos corporais e, em particular, a doença e seus sintomas. (ADAM; HERZLICH; PELEGRIN, 2001). A produção do cuidado na saúde não esta imune dos aspectos culturais presentes na sociedade.

Neste estudo percebemos que hora o discurso científico se sobressai e hora o discurso social ganha forma, evidenciando que cada sujeito, mesmo sendo um profissional de saúde com formação e capacitação na área da saúde, dialoga

com um modelo de doença construído socialmente e compartilhado com toda população.

A obesidade não se encaixa na unidade básica de saúde e no modelo de atenção à saúde, ela escapa do *modus operandi* existente. Ela não é reconhecida como uma doença no cotidiano porque de fato ela não é uma doença no moldes da história natural da doença, ou seja, não apresenta uma relação clara entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, um agente etiológico e sintomas sentidos pelo paciente.

Portanto é o modelo de atenção à saúde que falha em reconhecer e tratar a obesidade. A obesidade não é vivida como doença, ela é vivida como uma condição e um plano de fundo para outras doenças. Os profissionais de saúde e pacientes, imersos neste modelo, reproduzem esta concepção. Desse modo não existem ferramentas terapêuticas eficientes, o tratamento não é efetivo, a obesidade não é reconhecida e nem experienciada como doença. Estudos mostram a necessidade de repensar a abordagem da obesidade na ABS e que esforços são necessários além dos limites da ABS para limitar os ciclos viciosos metabólicos, físicos, psicológicos e ambientais que permeiam a obesidade (SWINBURN; EGGER; 2004; SWINBURN, 2016).

Desse modo nos questionamos: Como tratar um problema social na unidade de saúde? Será que é apenas o sistema de saúde que tem que trata-lo? A obesidade sendo um transtorno social deve ser tratado na sociedade e não cabe apenas na unidade de saúde. A obesidade é um problema que deve ser tratado como um problema social e de forma intersetorial.

Limitações do estudo

Com mais tempo de coleta, talvez possíveis diferenças entre as cidades estudadas poderiam surgir. O objetivo deste trabalho não teve como pretensão levantar diferenças entre a abordagem nas duas cidades estudadas, visto que para isso um maior tempo de coleta e experiência do pesquisador seria necessário. Desse modo, nos limitamos a compreender como este fenômeno ocorre sem nos preocuparmos nas peculiaridades de cada local.

Outra possível limitação é a figura do pesquisador nutricionista como um externo que estaria ali para avaliar e julgar o processo de trabalho da equipe. Esta influencia do pesquisador sobre a rotina e as relações do local estudado são inerentes à pesquisa qualitativa, podendo ter sido um aspecto que gerou nuances diferentes sobre o fenômeno em questão.

Referências

ADAM, P.; HERZLICH, C.; PELEGRIN, L. Sociologia da doença e da medicina. **Sociologia da doença e da medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001.

BARCELLOS FONTANELLA, B. J.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. **Cadernos De Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. ISSN 1984-0470.

BERNARD, H. R.; RYAN, G. W. **Analyzing qualitative data: Systematic approaches**. SAGE publications, 2009.

BLEICH, S. N.; PICKETT-BLAKELY, O.; COOPER, L. A. Physician practice patterns of obesity diagnosis and weight-related counseling. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 82, n. 1, p. 123-129, Jan 2011. ISSN 0738-3991.

BLOCK, J. P.; DESALVO, K. B.; FISHER, W. P. Are physicians equipped to address the obesity epidemic? Knowledge and attitudes of internal medicine residents. **Preventive Medicine**, New York, v. 36, n. 6, p. 669-675, Jun 2003. ISSN 0091-7435.

BOCQUIER, A. et al. Overweight and obesity: Knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 13, n. 4, p. 787-795, Apr 2005. ISSN 1071-7323.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. ISBN 978-85-334- 2121-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2013 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014b

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRETON, D. L. E.; DOS SANTOS CREDER LOPES, F. **ANTROPOLOGIA DO CORPO E MODERNIDADE**. São Paulo: Editora VOZES, 2011. ISBN 9788532624499.

CANGUILHEM, G.; DE CARVALHO BARROCAS, M. T. R.; LEITE, L. O. F. B. **O normal e o patológico**. São Paulo: Forense Universitária, 2007. ISBN 9788521803935.

CAPONI, S. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO A. **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003. p. 115-136.

CARVALHO, M. C. **Reconstruindo o conceito de obesidade**. 2002. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2002.

COMELLES, J. M. El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales. **Jano**, Barcelona, v. 19, n. 660-H, p. 18-29, 1985.

CRANDALL, C. S. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. **Journal Personality and Social Psychology**, Washington, v. 66, n. 5, p. 882-894, May 1994.

EISENBERG, L. Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Culture, medicine and psychiatry**, Boston, v 1.1, p. 9-23, 1977

FLINT, S. W.; REALE, S. Obesity stigmatisation from obesity researchers. **The Lancet**, v. 384, n. 9958, p. 1925-1926, 2014.

GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

HOFMANN, B. On the triad disease, illness and sickness. **Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 27, n. 6, p. 651-673, Dec. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF**. Rio de Janeiro, 2010.

KIRK, S. F. L. et al. Blame, shame, and lack of support: a multilevel study on obesity management. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 24, n. 6, p. 790-800, June 2014.

KOPELMAN, P. G. Obesity as a medical problem. **Nature**, London, v. 404, n. 6778, p. 635-643, Apr. 2000.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 500-503, 1983.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. D. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 389-395, 2014.

MAYS, N.; POPE, C. Rigour and qualitative research. **British Medical Journal**, London, v. 311, n. 6997, p. 109-112, July 1995.

MAYS, N.; POPE, C. Qualitative research in health care - assessing quality in qualitative research. **British Medical Journal**, London, v. 320, n. 7226, p. 50-52, Jan. 2000.

OGDEN, C. L. et al. The epidemiology of obesity. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 132, n. 6, p. 2087-2102, May 2007.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1990.

PUHL, R.; BROWNELL, K. D. Bias, discrimination, and obesity. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 9, n. 12, p. 788-805, Dec. 2001.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The stigma of obesity: a review and update. **Obesity (Silver Spring)**, Silver Sping, v. 17, n. 5, p. 941-964, May 2009.

SCHWARTZ, M. B. et al. Weight bias among health professionals specializing in obesity. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 11, n. 9, p. 1033-1039, Sept. 2003.

SONTAG, S. **Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TEIXEIRA, F. V.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; PINHO DA COSTA MAIA, A. R. Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. **Revista da Associacao Medica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 254-262, Mar./Apr. 2012.

VIGARELLO, G.; PENCHEL, M. **As metamorfoses do gordo**: história da obesidade no Ocidente; da Idade Média ao século XX. Petrópolis: Vozes, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Genebra: World Health Organization, 2000.

Figura 1- Fluxograma do processo de triangulação de análise dos dados

Tabela 1- Profissionais participantes do estudo

Local	Equipe	Cargo	Sexo	Idade	Estado civil
Cidade interior	Equipe 1	Médica 1	FEM	50	Casada
		Médica 2	FEM	52	Casada
		Enfermeira 1	FEM	35	Casada
		Agente Comunitário de Saúde 1	FEM	34	Casada
		Agente Comunitário de Saúde 2	FEM	34	Casada
		Agente Comunitário de Saúde 3	FEM	55	Solteira
	Equipe 2	Médico 3	MAS	49	Casado
		Enfermeira 2	FEM	26	Solteira
		Agente Comunitário de Saúde 4	FEM	27	Solteira
Cidade litoral	Equipe 3	Médica 4	FEM	29	Solteira
		Enfermeira 3	FEM	27	Solteira
		Agente Comunitário de Saúde 5	FEM	36	Casada
		Agente Comunitário de Saúde 6	FEM	29	Casada
	Equipe 4	Enfermeira 4	FEM	28	Solteira
		Agente Comunitário de Saúde 7	FEM	42	Casada
		Agente Comunitário de Saúde 8	FEM	29	Solteira
		Agente Comunitário de Saúde 9	FEM	34	Solteira