

**Do diagnóstico ao tratamento: estigmas, desafios e reflexões
sobre a obesidade**

***From diagnosis to treatment: stigmas, challenges and
reflections on obesity***

***Del diagnóstico al tratamiento: estigmas, desafíos y
reflexiones sobre la obesidade***

Felipe Carlos de Macêdo Oliveira¹

¹Doutorando em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Nutrição pela UFRN. Graduando em Farmácia pela UFRN. Pós-Graduado em Saúde Pública e em Saúde Mental pela UFRN. Graduação em Nutrição pela UFRN. Nutricionista. **E-mail:** felipecarlosnutri@gmail.com,
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9715-1267>

Resumo: As questões que envolvem a obesidade são multifatoriais. A orientação mais comum quanto a ela é o incentivo à perda de peso. Todavia, o resumo desta doença somente aos seus aspectos biológicos não tem sido eficaz. O objetivo deste trabalho foi trazer à tona uma reflexão acerca dos empecilhos que travam o cuidado à saúde de pessoas com obesidade. Trata-se de uma revisão narrativa e reflexiva sobre proposições que fogem unicamente do ponto de vista biológico. Foi construída uma discussão acerca de estigmas que travam a garantia à saúde de pessoas gordas. Percebe-se que o uso da ferramenta IMC não é eficaz individualmente, sendo indicada a nova classificação de perda de peso percentual, referente ao histórico de maior peso. Além disso, são indicados o desencorajamento de dietas restritivas, as orientações quanto ao comportamento alimentar, o acolhimento sem estigmas de profissionais de saúde e a garantia do acesso à saúde integral e humanizada.

Palavras-chave: gordofobia; dietas restritivas; comportamento alimentar; IMC; perda de peso.

Abstract: The issues involving obesity are multifactorial. The most common orientation about it is to encourage weight loss. However, the summary of this disease only to its biological aspects has not been effective. The objective of this work was to bring up a reflection about the obstacles that hinder the health care of people with obesity. This is a narrative and reflective review of propositions that do not relate solely to the biological point of view of obesity. A discussion was built about the stigmas that hinder the guarantee of health for fat people. It is noticed that the use of the BMI tool is not effective individually, being indicated the new percentage weight loss classification, referring to the history of greater weight. In addition, the recommendation is to discourage restrictive diets, provide guidance on eating behaviors, offer stigma-free support from healthcare professionals and ensure access to integral and humanized health.

Keywords: fatphobia; restrictive diets; feeding behavior; BMI; weight loss.

Resumen: Los problemas relacionados con la obesidad son multifactoriales. La orientación más común en esta enfermedad es fomentar la pérdida de peso. Sin embargo, el resumen de esta enfermedad solo a sus aspectos biológicos no ha sido efectivo. El objetivo de este trabajo fue plantear una reflexión sobre los obstáculos que dificultan el cuidado de la salud de las personas con obesidad. Esta es una revisión narrativa y reflexiva de proposiciones que no se relacionan únicamente con el punto de vista biológico de esta enfermedad. Se construyó una discusión sobre los estigmas que dificultan la garantía de salud de las personas obesas. Se nota que el uso de la herramienta IMC no es efectivo individualmente, siendo indicada la nueva clasificación de pérdida de peso porcentual referida al antecedente de mayor peso. Además, se recomienda desalentar las dietas restrictivas, ofrecer orientación sobre el comportamiento alimentario, brindar apoyo sin estigmas por parte de los profesionales de la salud y garantizar el acceso a una atención integral y humanizada.

Palabras clave: gordofobia; dietas restrictivas; comportamiento alimentario; IMC; perdida de peso.

1 INTRODUÇÃO

Considerada uma questão de saúde pública, a incidência de sobrepeso e obesidade cresce mundialmente, e tornou-se uma epidemia de grandes proporções há alguns anos. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, mais de 60% da população brasileira acima de 18 anos, atendida pelos serviços públicos de saúde, tem sobrepeso e/ou obesidade.

Sabe-se que o acúmulo de peso e gordura é multifatorial, englobando questões metabólicas, genéticas, ambientais, sociais, comportamentais e culturais. Conseqüentemente, a assistência à saúde desta população deve levar em consideração abordagens multidisciplinares, não se limitando apenas ao binômio ‘dieta – exercício físico’.

Até os dias atuais, o diagnóstico da obesidade é realizado pelo parâmetro de Índice de massa corporal (IMC), obtido a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m^2) dos indivíduos. Por meio deste parâmetro, são considerados indivíduos com sobrepeso aqueles com IMC igual ou superior a $25 \text{ kg}/m^2$, e com obesidade aqueles com IMC igual ou superior a $30 \text{ kg}/m^2$.

Em contrapartida, especialistas da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) estão propondo uma nova classificação para diagnóstico – e conseqüente tratamento – da obesidade. Nesta proposição, é desincentivado como referência o uso do cálculo do IMC e incentivada a perda percentual do peso corporal, geralmente de 5% a 15%, a partir do histórico de maior peso dos indivíduos.

Somado a isso, alguns estudos têm avaliado, nos últimos anos, o efeito da dieta restritiva sobre a composição corporal, o metabolismo e o ‘efeito sanfona’. Um estudo anterior analisou um grupo de 100 pessoas com obesidade, que foram submetidas ao tratamento convencional (dieta e exercício físico, isoladamente) e concluiu-se que estes protocolos não eram efetivos ou inofensivos a estes indivíduos.

No que tange às questões dietéticas, entende-se que todos os profissionais de saúde – incluindo nutricionistas – devem atentar-se às questões mais abrangentes relacionadas à nutrição, como o comportamento alimentar, as possibilidades de transtornos alimentares e o grau de processamento

dos alimentos – ou seja, fazer dos alimentos menos processados a base da alimentação. As referidas questões sobressaem as prescrições restritas às calorias e aos macronutrientes – carboidratos, proteínas e lipídios.

A prevalência de dietas repetidas para perda de peso e o ‘efeito sanfona’ é alta na população em geral, mas é ainda maior na população com obesidade e sobrepeso. No entanto, restrições calóricas severas, baseadas em prescrição dietética, têm apresentado insucesso no que tange ao tratamento a longo prazo. Isto é visto pelo crescimento alarmante e contínuo das taxas de sobrepeso e obesidade, gerando danos à saúde física, emocional e psicológica destes indivíduos.

Além disso, existem outros fatores, além do biológico e da perda de peso, que devem receber atenção quando se pensa em saúde – em seu conceito ampliado – da população com obesidade. O estigma da população geral e dos profissionais de saúde quanto à obesidade é um exemplo disso. A representação negativa da obesidade origina-se a partir da crença de um corpo lido como padrão. Um estudo realizado com estadunidenses mostrou um preconceito contra a corporeidade do outro em 66% dos entrevistados.

Os profissionais de saúde são citados como uma das mais recorrentes fontes de preconceito. São reportados comentários inapropriados e desrespeitosos, além do sentimento de incompreensão. Nutricionistas estão entre os profissionais citados e, mesmo sendo especializados no tratamento da obesidade, podem reproduzir altos índices de preconceito, o que é preocupante, considerando-se que eles estão nos diversos níveis de atenção à saúde.

Assim, os estereótipos prevalentemente negativos, além de tornarem esta população vulnerável socialmente, ainda podem influenciar equivocadamente desde o diagnóstico até o tratamento da obesidade. Tornam-se urgentes a incorporação de discussões que vão além do ponto de vista biológico da obesidade. Portanto, este trabalho buscou trazer à tona uma reflexão acerca dos empecilhos que travam a assistência e o cuidado à saúde de pessoas com obesidade.

2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo revisão narrativa e reflexiva, que incluiu artigos escolhidos não aleatoriamente sobre proposições que fogem unicamente do ponto de vista biológico no diagnóstico e tratamento da obesidade. Além disso, foi construída uma discussão acerca de estigmas e preconceitos que travam a garantia à saúde de pessoas gordas.

As buscas de artigos e outras referências foram realizadas nas seguintes bases de dados: *PubMed*; *ScienceDirect*; *Scopus*; *Web of Science*; BVS e EMBASE, além da plataforma Google Acadêmico, esta última usada para a leitura cinzenta de aprofundamento da temática sobre estigmas, protocolos, tratamentos, ferramentas e manejos utilizados na obesidade. Controle, datas e estratos sociais e/ou etários não foram utilizados.

Os DeCS utilizados como chave de busca foram: obesidade; dietas restritivas; perda de peso; IMC; diagnóstico de obesidade; tratamento de obesidade; estratégias e manejo da obesidade; comportamento alimentar; imagem corporal; transtornos alimentares; estigma da obesidade; gordofobia e pressão estética, em versões da língua inglesa e portuguesa.

Este estudo baseou-se na coleta e leitura de 12 artigos e 2 livros. Os principais critérios de inclusão foram trabalhos que estudassem a obesidade em sua pluralidade. Foram excluídos trabalhos que focassem apenas na dietoterapia de pessoas com obesidade. A partir da leitura do resumo e da metodologia dos trabalhos encontrados, a extensa maioria foi excluída. Os trabalhos incluídos foram lidos integralmente.

3 LIMITAÇÕES NO DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a obesidade é classificada como “excesso de gordura corporal com prejuízos à saúde”. O conceito de acúmulo de gordura em excesso parece simples, mas a definição de obesidade não é direta. “O que é excesso?” e “A partir de qual nível a gordura torna-se prejudicial?” são questionamentos que surgem anteriormente ao diagnóstico.

Todavia, o IMC é, ainda, a ferramenta mais comum e aceita para diagnosticar sobrepeso e/ou obesidade, mesmo existindo várias ressalvas e

grande variabilidade de risco interindividual que não respondem, de forma definitiva, a estes questionamentos. Embora útil para dados epidemiológicos, o IMC apresenta falhas em determinar os riscos em nível individual, dentro de um ambiente clínico. As diferenças na composição corporal e distribuição da gordura são alguns dos fatores que reduzem a precisão diagnóstica do IMC na avaliação de riscos à saúde em níveis individuais (Obara; Vivolo; Alvarenga, 2018; Garcia; Romani; Lira, 2007; Wanderley; Ferreira, 2010).

O IMC, também conhecido como Índice de Quételet, devido ao seu criador Adolphe Quételet, utilizado na avaliação do estado nutricional há mais de 200 anos, é obtido a partir da divisão da massa corporal em quilogramas, pela estatura, em metro, elevada ao quadrado (kg/m^2). Em seus estudos, Quételet observou que após o término do crescimento, ou seja, na vida adulta, o peso de indivíduos de tamanho normal era proporcional ao quadrado da estatura (Cervi; Franceschini; Priore, 2005).

No entanto, há décadas, discute-se a utilização deste índice como um indicador fidedigno do estado nutricional de adultos e também de idosos. Além de outras coisas, três limitações para o uso do IMC são mais aceitas: a não correlação com a estatura, que, apesar de baixa, ainda é significativa (até 20%); a não correlação com a massa livre de gordura, principalmente nos homens; e a influência da proporcionalidade corporal (relação tamanho das pernas/tronco). Estas limitações influenciam negativamente o uso do IMC como indicador de gordura corporal em nível individual (Monteiro; Conde, 2009).

Três estudos publicados em 1986, 1987, 1988, há quase 40 anos, já indicavam o desuso do IMC em indivíduos com obesidade, devido ao fato deste índice não expressar a distribuição de Massa Gorda e Massa Livre de Gordura (popularmente conhecida como Massa Muscular). Mesmo com essas limitações, é enfatizado o não abandono do IMC em estudos epidemiológicos, devido, principalmente, à ausência de outro indicador que seja tão simples, conveniente e barato (Monteiro; Conde, 2009).

Além dessas limitações, que se aplicam à população em geral, somam-se as mudanças que ocorrem na composição corporal com o envelhecimento, tornando ainda mais difícil o uso do IMC para avaliação do estado

nutricional de idosos (> 60 anos). Este problema é agravado pela heterogeneidade que acompanha o envelhecimento e pela presença de doenças idade-dependentes. Além disso, essas dificuldades podem ser exacerbadas quando a gordura corporal é um potencial fator de confusão para risco de doenças (Garcia; Romani; Lira, 2007).

4 PROPOSIÇÃO DE NOVA CLASSIFICAÇÃO PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE SEGUNDO A ABESO E SBEM

Embora altamente estigmatizada e percebida por muitos como uma “escolha de estilo de vida” facilmente tratável por mudanças de comportamento, a obesidade está associada a taxas consideravelmente altas de falha no tratamento progressivo e duradouro ao longo da vida. Estas falhas dizem respeito, principalmente, ao fato de que as tentativas de perder peso são geralmente contrabalançadas por uma tendência de reganho deste peso, conhecidas popularmente como ‘efeito sanfona’, após intervenções e tentativas sucessivas de emagrecimento (Bray *et al.*, 2018).

Neste sentido, especialistas em obesidade, síndrome metabólica e outras alterações metabólicas do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC/USP) criaram um consenso intitulado “Proposta de classificação da obesidade com base no histórico de peso: um documento oficial da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo (SBEM) e da Sociedade Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO)” (Halpern *et al.*, 2022), o qual não desencoraja a perda de peso como ferramenta de tratamento da obesidade, mas especifica que esta perda deve basear-se em uma perda progressiva, viável, real e alcançável.

Segundo esta proposição, surgem os termos “obesidade reduzida”, o qual entende que um pequeno percentual de perda já traz benefícios, por si só, ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, e “obesidade controlada”, o qual entende que uma perda de peso um pouco mais acentuada já é suficiente para garantir saúde àquelas pessoas, mesmo elas não chegando ao valor de IMC “normal”.

A seguir, no Quadro 1, são apresentados casos hipotéticos de pessoas com sobrepeso e obesidade e suas respectivas necessidades de perda de

peso, comparando a antiga proposição (a partir do IMC) e a nova proposição (a partir da perda percentual em relação ao maior peso apresentado na vida).

Quadro 1 - Casos hipotéticos de pacientes com sobrepeso e obesidade diante da necessidade de perda de peso segundo classificação antiga e nova

Caso hipotético	Peso (kg)	Estatura (m)	IMC (kg/m ²)	Necessidade de perda de peso segundo a classificação antiga (IMC)	Necessidade de perda de peso segundo a classificação nova (% de perda de peso)
Sobrepeso (IMC: 25 – 29,9)	80	1,7	27,68	> 8,1 kg	4,0 – 12,0 kg
Obesidade grau I (IMC: 30 – 34,9) ¹	95	1,7	32,87	> 23,1 kg	4,75 – 14,25 kg
Obesidade grau II (IMC: 35 – 39,9) ¹	110	1,7	38,06	> 38,1 kg	5,5 – 16,5 kg
Obesidade grau III (IMC > 40) ²	120	1,7	41,52	> 48,1 kg	12 – 18 kg

Legenda: ¹% de perda de peso: > 5% = obesidade reduzida; > 10% = obesidade controlada. ²% de perda de peso: > 10% = obesidade reduzida; > 15% = obesidade controlada.

Fonte: elaborado pelo autor.

Percebe-se, a partir do Quadro 1, um superávit de necessidade de perda de peso, principalmente em relação à obesidade grau III. Nos casos hipotéticos, os de obesidade necessitariam, segundo a classificação antiga, uma perda de 8 kg a mais; 21 kg a mais; 30 kg a mais, respectivos aos graus I, II e III, quando comparados à nova classificação. Entende-se, então, que a perda de peso segundo esta nova proposição é muito mais viável e reprodutível. É importante salientar e reafirmar que esta proposição foi elaborada muito recentemente (2022), por médicos e cientistas da SBEM e ABESO, órgãos com expertises e anos de estudo na temática sobre a obesidade. Tal proposição entende que é possível existir saúde e vida regular em pessoas com ‘obesidade reduzida’ e ‘obesidade controlada’, mesmo que estas não cheguem à classificação antiga de peso eutrófico (peso “adequado” ou “normal”). Estes termos, inclusive, desencorajam o uso das classificações ‘obesidade grau I, II e III’, na tentativa de diminuir os estigmas associados a esta doença.

5 ESTIGMAS E REFLEXÕES SOBRE CORPO E PESO

Nota-se que, em geral, os fatores mais estudados da obesidade são os biológicos, relacionados ao estilo de vida, principalmente ao eixo ‘dieta – exercício físico’. Tais investigações concentram-se em relacionar uma maior ingestão calórica na dieta e/ou a redução da prática da atividade física, com a incorporação do sedentarismo. Porém, entendendo a saúde em seu conceito integral, sabe-se que reduzir as investigações somente ao aspecto biológico da doença limita o entendimento e o alcance explicativo dessa problemática (Wanderley; Ferreira, 2010).

Constata-se, no entanto, a falta de eficácia, principalmente a longo prazo, de tratamentos que têm como base – por si só – dieta e exercício físico. Em paralelo ao aumento de pessoas com sobrepeso e obesidade, há o surgimento de novos tipos de dietas – coloquialmente conhecidas por ‘dietas da moda’ – e cada vez mais pessoas aderindo à prática constante de redução da ingestão calórica (Montani; Schutz; Dulloo, 2015). Esta contradição pode ser o indício de que dietas restritivas não se sustentam e, pelo contrário, podem ser um agravante quando o foco está apenas na perda de peso.

É comum na população geral – principalmente em mulheres –, mesmo que não haja a necessidade, a adesão às dietas restritivas. Trata-se de um comportamento imposto por padrões conduzidos por várias vertentes, desde a mídia – por meio das redes sociais – até questões pessoais mais específicas, como a imagem corporal deturpada, pressão estética e gordofobia. Estes determinantes sociais podem influenciar os hábitos alimentares das pessoas, gerando frustrações e dando início a um ciclo de restrição (seguido de emagrecimento rápido, na maioria das vezes), culpa e transtornos alimentares (Sainsbury *et al.*, 2018).

Infelizmente, a nutrição vem concentrando-se em modelar o corpo ou auxiliar a beleza, tornando-se refém da ‘ditadura do corpo magro’, fugindo da saúde e adequando-se à estética (Deram, 2018). Estar magro e manter-se magro gera aceitação social, a qual é uma posição bastante requisitada. No entanto, a restrição prolongada pode levar ao desenvolvimento de problemas físicos e psicológicos. Além disso, este contexto não promove mudança de comportamento, não torna as pessoas mais saudáveis

e aumenta a chance de posterior reganho de peso – o qual gera frustração e tendência à volta de novas restrições, geralmente mais severas. Embora as informações acerca da nutrição e da alimentação mostrem-se cada vez mais acessíveis, persiste-se a visão restrita e dicotômica do que é “saudável ou não”, do que é “bom ou ruim”, do que “pode ou não” e que, para ser saudável, é necessário estar em dieta e em restrição (Alvarenga *et al.*, 2019).

6 FOCO NA PERDA DE PESO COMO ÚNICO TRATAMENTO DA OBESIDADE: UMA BOA ESTRATÉGIA?

Embora apresentem-se como bem-sucedidas na perda de peso inicial, as dietas restritivas, no geral, não são estratégias viáveis na manutenção do peso a longo prazo. Isto é devido a mecanismos compensatórios que explicam o fato do corpo se opor ao peso perdido, envolvendo alterações no metabolismo energético e de nutrientes, adaptações neuroendócrinas e alterações na fisiologia do intestino, resultando em reganho de peso (Blomain *et al.*, 2013).

Ao longo dos anos, dietas e efeito sanfona têm implicado no aumento do risco para transtornos alimentares e outras desordens psicológicas – como ansiedade e depressão –, no aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) – como obesidade – e na mortalidade em geral (Montani, 2015). Além disso, a restrição alimentar desregula o controle da fome e da saciedade, levando à perda de percepção do indivíduo quanto aos sinais de fome, apetite e saciedade (Alvarenga *et al.*, 2019). Estes sinais internos controlam cognitivamente a ingestão alimentar, os quais são desassistidos na convivência com dietas. Sua desregulação pode gerar compulsões alimentares no ato de comer.

Acredita-se que a desregulação no comportamento alimentar e o sedentarismo que atuam nos genes de susceptibilidade sejam o principal fator da incidência e prevalência de obesidade. Há uma grande chance de que a obesidade surja como resultante de fatores poligênicos complexos e um ambiente obesogênico, como o encorajamento no consumo de alimentos ultraprocessados e a redução no consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados (Abeso, 2016). Portanto, é preciso refletir que as

estratégias atuais de controle à obesidade – principalmente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas (dietas) – são ineficazes a longo prazo (Alvarenga *et al.*, 2019).

Entende-se que o foco desta temática deve estar centrado em problemáticas referentes ao comportamento alimentar – comer sem culpa, respeitando os sinais de fome e saciedade –, à prática de atividade física regular – evitando o sedentarismo –, ao cuidado integral à saúde de pessoas gordas – evitando estigmas e preconceitos –, ao acesso e incentivo ao consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e ao desuso do IMC e da perda de peso irreal – assim como propõe a nova classificação da ABESO e SBEM.

Para o enfrentamento desse cenário, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), é emergente a necessidade de ampliação de ações intersetoriais que repercutam positivamente sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição. Nesse contexto, o governo e suas repartições públicas têm papel na promoção da alimentação adequada e saudável, compromisso expresso na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e na Política Nacional de Promoção da Saúde.

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, independentemente do peso ou do acometimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) – a exemplo da obesidade –, deve-se indicar para a população alimentos *in natura* ou minimamente processados e limitar o consumo de alimentos processados. Além disso, deve-se evitar o consumo de alimentos ultraprocessados. A seguir, no Quadro 2, alguns exemplos de alimentos são apresentados para a melhor visualização do grau de processamento.

Quadro 2 - Exemplos de alimentos nos diferentes graus de processamento

Grau de processamento	Exemplos		
Alimentos <i>in natura</i> ¹	Espiga de milho	Frutas	Carnes
Alimentos minimamente processados ²	Milho debulhado	Frutas descascadas e/ou sem sementes	Carnes fatiadas

Grau de processamento	Exemplos		
Alimentos processados ³	Milho enlatado	Frutas em calda (em conserva)	Carnes temperadas (prontas para consumo)
Alimentos ultraprocessados ⁴	Salgadinho de milho	Suco de fruta industrializado em pó	Hambúrgueres e nuggets

Legenda: ¹alimentos que não sofrem nenhuma intervenção do humano;

²alimentos que sofrem pouco processamento, como corte e descasque;

³alimentos que são enlatados e adicionados de sal e/ou açúcar e/ou gorduras;

⁴alimentos que perdem totalmente suas características iniciais, geralmente adicionados de conservantes, aromatizantes e corantes.

Fonte: elaborado pelo autor.

Atentar-se ao grau de processamento e à qualidade da alimentação de uma forma geral é uma estratégia muito mais viável. Pode-se, assim, orientar melhor quanto ao consumo qualitativo e garantir uma possível ingestão adequada em quantidade e qualidade.

Além destas orientações, o Guia Alimentar também sugere outras orientações alimentares e nutricionais cruciais para a promoção da alimentação saudável – em nível individual ou populacional, dentro de esferas públicas e privadas:

- **Utilizar óleo, sal e açúcar com moderação:** ao preparar ou temperar refeições, utilizar pequenas quantidades de óleos, gorduras, sal e açúcar. Se o uso for moderado, esses ingredientes culinários contribuem para deixar a alimentação mais saborosa, sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.
- **Comer com regularidade e atenção:** procurar fazer as refeições em horários semelhantes todos os dias, evitando “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Comer devagar, mastigar bem e desfrutar a refeição, sem distrações, como, por exemplo, o celular. Procurar comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e, sempre que possível, comer em companhia, com familiares, amigos, colegas de trabalho ou escola.
- **Comprar alimentos em feiras ou hortas comunitárias:** procurar fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e de produtores

e outros locais que comercializam variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Preferir legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquirir alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

- **Cozinhar:** procurar sempre desenvolver habilidades culinárias e, se possível, em conjunto com outras pessoas. Começar a cozinhar o básico, até aprender habilidades mais sofisticadas.

- **Planejar as compras e o preparo das refeições:** planejar as compras de alimentos, organizar a despensa doméstica e definir com antecedência o cardápio da semana. Reavaliar, se possível, o tempo usado e quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

- **Evite *fast food* e comidas prontas para consumo:** na correria do dia a dia, procurar locais que sirvam refeições feitas na hora, a preço justo e de qualidade. Restaurantes de comida caseira são boas opções.

- **Ser crítico com a publicidade de alimentos:** lembrar-se de que, na maioria das vezes, a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Procurar ser crítico quanto aos alimentos milagrosos, alimentos com funções extraordinárias ou *diet e light*.

Entende-se, por fim, que a alimentação é muito mais do que um conjunto de calorias e nutrientes. É importante avaliar os determinantes que afetam a alimentação, como, por exemplo, os proximais – idade, sexo e fatores hereditários – e distais – condições de vida, desemprego, acesso à educação e a outros direitos básicos. Para uma alimentação saudável, é preciso consonância de atitudes efetivas individuais e gerais – como as governamentais, já que a sociedade depende, intrinsecamente, de ações democráticas e justas (Alvarenga *et al.*, 2019).

A promoção da alimentação adequada e saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) deve fundamentar-se nas dimensões de incentivo, apoio e proteção da saúde, bem como combinar iniciativas focadas em políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde numa perspectiva ampliada e humanizada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento das DCNTs no Brasil e no mundo é uma questão urgente, a exemplo da obesidade. Todavia, isto deve ser feito com respeito, profissionalismo, seriedade e, acima de tudo, humanidade. O combate deve ser contra a obesidade, não contra as pessoas gordas. Além disso, é preciso atualização e conscientização, por parte de profissionais, órgãos e comunidade, sobre as condutas adequadas na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de obesidade.

Um exemplo de atualização é a Nova Classificação de Obesidade, segundo o histórico de peso, proposta por pesquisadores da ABESO e da SBEM. Esta proposição é um marco histórico no desenvolvimento de novas condutas que fogem ao IMC e não se prendem somente à perda de peso. Somado a isso, é preciso atentar-se também às orientações alimentares e nutricionais corretas da população, evitando o encorajamento de dietas da moda e restrições desnecessárias.

Ademais, incentiva-se o uso e conhecimento do Guia Alimentar para a População Brasileira, ferramenta indispensável para a orientação adequada de uma alimentação saudável, independentemente de haver ou não a presença de DCNTs ou outras doenças específicas.

No Brasil, a ampliação da acessibilidade e qualidade à saúde nos últimos anos configura-se como uma oportunidade para estimular e apoiar a inclusão das práticas de promoção à saúde em todos os lugares, incluindo as consultas individuais – sejam públicas ou privadas.

Portanto, é delegado ao Estado a criação e o fortalecimento de políticas públicas em alimentação e nutrição, a exemplo dos planos desenvolvidos no âmbito do SUS, como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNPS), o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Assim, por conseguinte, o Estado tem a possibilidade de assegurar o “acesso regular e permanente a alimentos em quantidade e qualidade, sem a interferência de outros direitos básicos”, descrita na Constituição Federal, no intuito de combater a obesidade e assegurar a saúde de pessoas gordas.

REFERÊNCIAS

ABESO. *Diretrizes brasileiras de obesidade*. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. *Nutrição Comportamental*. 2. ed. Barueri: Manole, 2019.

BLOMAIN, E. S.; DIRHAN, D. A.; VALENTINO, M. A.; KIM, G. W.; WALDMAN, Scott A. Mechanisms of weight regain x weight loss. *ISRN Obesity*, [s. l.], apr. 16, 2013.

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

BRAY, G. A. *et al.* A ciência do controle da obesidade: uma declaração científica da sociedade endócrina. *Endocrine Review*, v. 39, n. 2, p. 79-132, apr. 2018.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 6, p. 765-75, dez. 2005.

DERAM, S. *O peso das dietas*. Rio de Janeiro: Sextante, 2018.

GARCIA, A. N. M.; ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 4, 2007.

HAPER, B. *et al.* Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the SBEM and ABESO. *Arc Endocrinol Metabol*, 2022.

MONTANI, J. P.; SCHUTZ, Y.; DULLOO, A. G. Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: who is really at risk? *Obesity Reviews*, [s. l.], v. 16, p. 7-18, 2015.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, [s. l.], v. 43, n. 3, 2009.

OBARA, A.; VIVOLO, S. R. G. F.; ALVARENGA, M. S. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.

SAINSBURY, K.; EVANS, E. H.; PEDERSEN, S.; MARQUES, M. M.; TEIXEIRA, P. J.; LÄHTEENMÄKI, L.; STUBBS, R. J.; HEITMANN, B. L.; SNIEHOTTA, F. F. Attribution of weight regain to emotional reasons amongst European adults with overweight and obesity who regained weight following a weight loss attempt. *Eating and Weight Disorders*, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 351-61, 2018.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010.