

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

VANILLE VALÉRIO BARBOSA PESSOA CARDOSO

**SAINDO DA LINHA: A EXPERIÊNCIA *TEIKER* NA CAMINHADA DE
CURVAS DO CUIDADO PARA PESSOA COM OBESIDADE NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

João Pessoa
2023

VANILLE VALÉRIO BARBOSA PESSOA CARDOSO

**SAINDO DA LINHA: A EXPERIÊNCIA *TEIKER* NA CAMINHADA DE
CURVAS DO CUIDADO PARA PESSOA COM OBESIDADE NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em
Ciência da Nutrição do Centro de Ciência da Saúde,
Universidade Federal da Paraíba, como requisito para
obtenção do título de Doutor em Ciências da Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Co-Orientadora: Profa. Dra. Poliana de Araújo Palmeira

João Pessoa
2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C268s Cardoso, Vanille Valerio Barbosa Pessoa.

Saindo da linha : a experiência Teiker na caminhada de curvas do cuidado para pessoa com obesidade no âmbito da atenção primária à saúde / Vanille Valerio Barbosa Pessoa Cardoso. - João Pessoa, 2023.
185 f. : il.

Orientação: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

Coorientação: Poliana de Araújo Palmeira.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Nutrição. 2. Sobrepeso e obesidade. 3. Atenção primária à saúde. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Vianna, Rodrigo Pinheiro de Toledo. II. Palmeira, Poliana de Araújo. III. Título.

UFPB/BC

CDU 612.39(043)

VANILLE VALÉRIO BARBOSA PESSOA CARDOSO

**SAINDO DA LINHA: A EXPERIÊNCIA *TEIKER* NA CAMINHADA DE
CURVAS DO CUIDADO PARA PESSOA COM OBESIDADE NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese Aprovada em 29/03/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Orientador e Presidente da Banca examinadora – PPGCN/UFPB

Profa. Dra. Poliana de Araújo Palmeira
Coorientadora – PPGCN/UFPB

Profa. Dra. Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima
Examinadora interna titular – PPGCN/UFPB

Profa. Dra. Lígia Amparo da Silva Santos
Examinadora externa titular – PPGANS UFBA

Prof. Dr. Pedro José Santos Carneiro Cruz
Examinador externo titular – PPGSC/PPGE/UFPB

Profa. Dra. Maria da Conceição Rodrigues Gonçalves
Examinadora interna suplente – PPGCN/UFPB

Profa. Dra. Renata Alves Monteiro
Examinadora externa suplente – OPSAN/UnB

A todas as pessoas que na convivência com seus corpos gordos, precisam apenas serem cuidadas.

AGRADECIMENTOS

Este é um trabalho permeado de gratidão em linhas curvas e em subjetividades. O risco de ser um agradecimento longo é enorme, porém buscarei objetividade nas palavras...

À Deus (que redescobri e ressignifiquei ao longo dessa jornada) pelo dom da vida.

Ao meu marido, Walber Cardoso, por ser meu amigo e companheiro nos momentos de maior dificuldade, assim como em todos de alegria e conquista. Por me apoiar e colaborar em todas as fases de construção. Pela sensibilidade e disposição, pelo carinho e amor. Você faz parte dessa conquista, meu amor.

Aos meus pais, Vania Lucila e Francisco Sales. À minha mãe por tudo que fez ao longo de sua vida para que eu pudesse ser quem eu sou. Por todo apoio e dedicação durante meu percurso acadêmico, que embora seu problema de demência tenha tirado de mim suas lembranças nos últimos sete anos, as consequências do seu cuidado não foram e não serão esquecidas por mim. Ao meu pai, por todo investimento na minha educação e incentivo mesmo a distância. Por cada olhar de orgulho que lançou sobre mim. A vitória é de vocês também.

Ao meu orientador Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro pelo apoio e incentivo nos momentos certos. Pela contribuição no meu processo de formação e pela leveza com que enxerga a academia e a vida.

À minha querida co-orientadora Profa. Dra. Poliana Palmeira por ser e estar presente nos meus processos não apenas acadêmicos, como de vida, contribuindo e me fazendo refletir sobre tudo. Pela vivência compartilhada na construção e implementação do *Teiker*, inesquecível. Minha gratidão cheia de carinho a você.

À Profa. Dra. Ana Maria Cervato-Mancuso pela oportunidade de aprender junto e por se colocar acessível para colaborar com meu processo de aprendizagem, toda minha gratidão.

À minha honrosa banca examinadora por ter me concedido o privilégio de tê-los avaliando e contribuindo com a minha pesquisa. Cada um de vocês marca minha trajetória de alguma forma, por isto e por mais disto, sou grata.

Aos amigos e amigas que compreenderam meus estresses e ajudaram com palavras, gestos e atitudes, em especial ao amigo Juarez Calil e amiga Renata Monteiro pelos conselhos preciosos. Às irmãs Joelma Abrantes e Kamyła Félix pela presença e apoio. E à filha postiça Ana Beatriz Venâncio por tudo que ela é.

Aos meus professores da pós-graduação pelos conhecimentos compartilhados e colegas de doutorado pela agradável convivência.

À toda família *Teiker*, em especial a Carla, Danielle, Marcelo, Silvana, Raquel e Augusta, pelo processo de (trans) formação coletiva.

Aos integrantes do Núcleo PENSO/PET Nutrição, Jhulia, Andressa, Jaqueline, Guilherme, Letícia e Isadora pela contribuição na transcrição dos Festivais *Teiker*.

A todos os gestores e profissionais da saúde do Estado da Paraíba que se dispuseram a sair da linha e experimentar a Poesia do Cuidado proposta pelo *Teiker*.

A todos e todas que contribuíram com uma palavra, com um gesto, com um sorriso, uma dica. A essas pessoas que embora não mencionadas aqui nominalmente, fizeram e fazem diferença na minha vida, meu muito obrigada.

*“... a essência humana não se encontra tanto
na inteligência, na liberdade ou na
criatividade, mas basicamente no cuidado.”*

Leonardo Boff

RESUMO

O corpo pode ser entendido como um objeto privilegiado para a comunicação entre o biológico, o individual e o sociocultural, e também como o cordão umbilical com o social que pertence ao mundo do visível e sensível. Quando se escolhe dialogar sobre obesidade, decide-se também a narrativa que será utilizada para discorrer sobre o tema. Esta tese pretende conversar e produzir reflexões sobre uma obesidade que tem corpo, que existe para além de classificação de risco e que, portanto, demanda e anseia por cuidado. Expõem-se aqui o desafio de trabalhar em um universo cuja hegemonia é biomédica, compreendendo que o corpo social condiciona o modo como o corpo físico é percebido. Tem por objetivo analisar e refletir o cuidado oferecido às pessoas que convivem com obesidade no âmbito da atenção primária à saúde por meio da experiência *Teiker*. Faz-se uso da pesquisa participante, caracterizada pelo envolvimento e identificação do pesquisador com as pessoas investigadas e o percurso metodológico utiliza-se da narrativa autobiográfica, onde o autor e o espectador estão reunidos na mesma figura. Esta pesquisa teve origem nas inquietações em relação a obesidade durante uma vida inteira e foi viabilizado pelo Edital CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 lançado pelo Ministério da Saúde e chamado de “Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS”. Com o aprofundamento nos conteúdos e reflexões acerca da pessoa que convive com a obesidade, a proposta passou a ser chamada de “Projeto de Pesquisa, Extensão e Formação no Cuidado da pessoa com Obesidade no âmbito da Atenção Básica no Estado da Paraíba” ou simplesmente *Teiker*. O material obtido e vivenciado nessa pesquisa, diz respeito ao processo de construção da plataforma *Teiker* e aos encontros ocorridos nos Festivais *Teiker*. Ainda foi feito uso da autoetnografia que se configura como a problematização das resistências entre o “eu” (auto) e o coletivo (etno) no ato de escrever (grafia). Dentro da abordagem autoetnográfica pode ser acrescido o caráter performático, compreendendo que o ser humano é *homo-performers* (está sempre performando em suas práticas, crenças, identidades, na relação junto aos outros), percebendo a necessidade de superar um processo apenas informativo para um outro performático, que chama atenção para a ação e a transformação. A organização dos resultados desta tese não se configurou como algo simples de fazer. Os achados e impressões foram divididos em curvas: caracterização dos profissionais e gestores de saúde que passaram pelo processo de (trans) formação *Teiker*; artigo 1 produzido descrevendo a união da educação popular com a gamificação na construção de uma plataforma virtual de capacitação de gestores e profissionais da APS;

artigo 2 falando sobre abordagem não estigmatizante da obesidade na capacitação de profissionais de saúde; e artigo 3 produzido em primeira pessoa apresentando o *Teiker* como resultado que proporcionou a construção de “narrativas outras” sobre o cuidado da pessoa com obesidade, no qual a pesquisadora fez parte como personagem viva do processo. O cuidar se desenvolve entre pessoas através de uma experiência relacional que engloba responsabilidades e compromisso para o eu e o outro. A proposta aqui foi pensar estratégias de pluralismo no/do fazer científico.

Palavras-chave: Obesidade; Cuidado; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The body can be understood as a privileged object for communication between the biological, individual, and sociocultural, and also as the umbilical cord with the social that belongs to the world of the visible and sensible. When choosing to dialogue about obesity, one also decides the narrative that will be used to discuss the topic. This thesis intends to converse and produce reflections on an obesity that has a body, that exists beyond risk classification, and therefore demands and longs for care. The challenge of working in a universe whose hegemony is biomedical is exposed here, understanding that the social body conditions how the physical body is perceived. Its objective is to gather elements that promote reflection on the idea of care curves for people living with obesity in primary health care through the Teiker experience. Participatory research is used, characterized by the involvement and identification of the researcher with the people investigated, and the methodological path uses autobiographical narrative, where the author and the spectator are gathered in the same figure. This research originated from concerns about obesity throughout a lifetime and was made possible by the CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Notice No. 26/2018 launched by the Ministry of Health and called "Confrontation and Control of Obesity in the scope of SUS". With the deepening of the contents and reflections on the person who lives with obesity, the proposal became the "Research, Extension and Training Project in the Care of People with Obesity in the scope of Primary Care in the State of Paraíba" or simply Teiker. The material obtained and experienced in this research relates to the process of building the Teiker platform and the meetings that occurred at the Teiker Festivals. Autoethnography was also used, which is configured as the problematization of resistances between the "self" (auto) and the collective (ethno) in the act of writing (graphy). Within the autoethnographic approach, a performative character can be added, understanding that the human being is homo-performers (always performing in their practices, beliefs, identities, in relation to others), perceiving the need to overcome a merely informative process to another performative one, which draws attention to action and transformation. The organization of the results of this thesis was not configured as something simple to do. The findings and impressions were divided into curves: characterization of health professionals and managers who went through the Teiker (trans) formation process; article 1 produced describing the union of popular education with gamification in the construction of a virtual platform for training managers and professionals in PHC; article 2 discussing a non-stigmatizing approach to obesity in health professional training; and an article produced in the first person presenting Teiker as a result that provided the construction of other narratives about the care of people with obesity, in which the researcher was a living character in the process. Care develops between people through a relational experience that encompasses responsibilities and commitment to oneself and others. The proposal here was to think of decolonization and pluralism strategies in scientific practice.

Keywords: Obesity; Care; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema de compreensão da dupla carga de má-nutrição.....	55
Figura 2 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead	58
Figura 3 – Texto dramatizado sobre escolha alimentar	71
Figura 4 – Texto dramatizado sobre o Marco de Referência de EAN	72
Figura 5 – Estrutura Organizacional do Festival <i>Teiker</i>	76
Figura 6 – Nome do Projeto	83
Figura 7 – Forma de se referir aos indivíduos	84
Figura 8 – Entendimento sobre o processo.....	85
Figura 9 – Renomeando palavras científicas	86
Figura 10 – Número de gestores que participaram da (trans)formação <i>Teiker</i> , Paraíba, Brasil	87
Figura 11 – Número de profissionais de saúde que Participaram da (trans)formação <i>Teiker</i> , Paraíba, Brasil.....	89
Figura 12 – Mapa da Paraíba com destaque para os 39 municípios que tiveram gestor e/ou profissional de saúde concluindo a experiência de (trans) formação <i>Teiker</i>	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos participantes que concluíram a transformação <i>Teiker</i> , Paraíba, Brasil, 2021.....	90
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do Estado Nutricional de Adultos (20 a 60 anos) e risco de comorbidades, segundo IMC.....	29
Quadro 2 – Classificação de estado nutricional de acordo com IMC para idosos e conforme escore z para adultos jovens (18 a 20 anos incompletos).....	30
Quadro 3 – Parâmetros para risco cardiovascular, segundo perímetro da cintura	31
Quadro 4 – Distribuição dos Módulos na Plataforma	73
Quadro 5 – Fluxograma de criação da plataforma	74
Quadro 6 – Elementos fixos e móveis que compõem o festival <i>Teiker</i>	77

LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EAD	Educação à Distância
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
FAO	Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo
SES	Secretarias Estadual de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	Secretários Municipais de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
TDIC	Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	Universidade de Brasília
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 PERCURSO INICIAL	21
2 QUERERES	27
2.1 GERAL	27
2.2 ESPECÍFICOS	27
3 O CAMINHO TEM MUITAS CURVAS	28
3.1 O SOBREPESO E A OBESIDADE FORA DA LINHA: COMPLEXIDADES DO PERCURSO	28
3.1.1 O corpo na curva do estigma e do belo	35
3.1.2 Classificação da Obesidade para além do IMC	39
3.2 O CUIDADO TRAFEGA PELAS CURVAS	41
3.2.1 O olhar para a significância do cuidado	43
3.2.2 O cuidado na formação em saúde	46
3.2.3 O cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde ..	51
3.3 EDUCAÇÃO POPULAR E GAMIFICAÇÃO SE ENCONTRAM NA CURVA DO TEIKER	59
4 DESENHANDO AS CURVAS E CIRCUNFERÊNCIAS DO ESTUDO	66
4.1 ORIGEM DO PERCURSO	67
4.2 COMPREENDENDO O CAMINHO QUE LEVA AO TEIKER	68
4.2.1 Desenvolvimento da Plataforma Teiker	68
4.2.2 Festivais Teiker	75
4.2.3 Estratégias de engajamento e monitoramento	78
4.2.4 Reconhecimento do material vivenciado	80
5 REPERCUSSÕES DO CAMINHO PERCORRIDO	83
5.1 CURVA UM	83
5.1.1 Caracterização dos gestores e profissionais de saúde	86
5.2 CURVA DOIS	92
5.3 CURVA TRÊS	106
5.4 CURVA QUATRO	128
6 CONSIDERAÇÕES EM ABERTO	167
REFERÊNCIAS	169

APRESENTAÇÃO

“Diante da norma e contra ela, o cuidado de si”.
(Georges Canguilhem)

A minha relação com o fenômeno OBESIDADE se estabeleceu no dia que nasci. A frase da minha mãe que mais tenho marcada em minha memória é: - “*Vanille já nasceu gorda*”! O peso da obesidade nasceu comigo e foi ficando mais pesado a cada ano de minha infância. A convivência com os primos e outras crianças me traziam sempre apelidos e brincadeiras que não eram engraçadas para mim. Ao contrário, me causavam dor, tristeza e alteravam minha socialização com outras crianças. Desde muito cedo, fui preferindo me relacionar com adultos, pois estes, às vezes, eram mais discretos e comedidos em seus julgamentos.

Desta forma, a garota que já nasceu gorda e que tinha nome de comida (Vanille é baunilha em francês) desenvolveu uma relação extremamente conflituosa com a comida e muito problemática com seu corpo. E quando se vive este contexto desde a infância, não é possível imaginar os danos e traumas que vão se arraigando ao longo da adolescência e vida adulta.

Outra marca iniciada ainda na infância foi o conceito de beleza, pois vivenciei muitas vezes a situação de sair com meu irmão quando era bem pequeno e as pessoas sempre paravam para dizer o quanto ele era bonito e o elogio sempre se encerrava nele. E eu pensava que ninguém dizia que eu era bonita porque eu era gorda. E este sentimento era reforçado cada vez que minha mãe respondia ao elogio das pessoas dizendo: “*É verdade, Torquato já nasceu lindo*”! Como o assunto se encerrava antes de chegar em mim, compreendi desde cedo que beleza não era o meu forte, por isso, desde muito pequena eu direcionei meus esforços para tentar ser a mais inteligente, já que bonito era o meu irmão, não eu.

Aos nove anos (em 1990) minha mãe me levou para uma consulta com uma nutricionista, afinal os comentários sobre meu corpo começaram a ser muito recorrentes e a partir de então, os adultos já não eram tão cuidadosos ao falarem sobre minha aparência quando estavam na minha frente. “*Vania, como você deixa essa criança chegar nesse estado?*” foi uma pergunta que ouvi minha vizinha fazer a minha mãe nessa época e nunca mais consegui esquecer. Queria muito saber que estado era esse em que eu estava e não sabia.

Bem, mas a consulta com a nutricionista não ajudou muito no meu processo de tentar ser aceita pelas pessoas e me achar mais bonita, sim, porque até então, não lembro de nenhuma preocupação que tivesse as questões de saúde como algo preponderante, o problema

sempre foi outro. A experiência com a nutricionista não foi nada boa, a dieta era muito restritiva e quando eu acabava de comer perguntava a minha mãe onde estava o restante da comida, pois eu ainda estava com fome. Minha mãe tentava me distrair com outra coisa me mandando sair da mesa às pressas. Quatro dias foi o total de tempo que consegui seguir a tal dieta, depois disso, convoquei uma reunião familiar (eu, minha mãe e meu irmão de 5 anos) e comuniquei a decisão mais séria no auge dos meus nove anos: “*Não quero mais passar fome, quero ser gorda igual a minha tia Nena*”. Peguei meus trocados, que ganhava ensinando as tarefas de casa dos meus coleguinhas e fui até a sorveteria do bairro tomar *milk shakes*. Tomei três.

Acho que é importante fazer uma ressalva sobre o fato de trabalhar desde os nove anos de idade dando aula para outras crianças. Eu resolvi ganhar dinheiro ensinando tarefas e alfabetizando pessoas pelo simples fato de querer comer coisas diferentes que não tinha em minha casa. Vivenciei a Insegurança Alimentar e Nutricional na infância (só entendi isso quando já era professora de Nutrição) e o dinheiro que eu ganhava era para comprar doces e “coisas diferentes” (basicamente *ultra processados* que minha mãe jamais compraria).

Bom, a chegada da adolescência trouxe um emagrecimento repetindo sem esforço algum e a criança gorda que usava vestidos de babados passou a ser uma adolescente magra, portanto, bem mais aceita. Mas o medo da gordura convivia comigo todos os dias e aos treze anos desenvolvi anorexia e fazia três horas de aulas de ginástica na academia que ficava ao lado do Hospital Cândida Vargas da Cidade de João Pessoa-PB. Comia um abacaxi por dia e malhava até sentir que ia desmaiar. Nesta fase ninguém demonstrou preocupar-se com minha saúde, afinal eu estava ÓTIMA, bem dentro do padrão de beleza e normalidade. Uma professora de Ciências da oitava série (atual nono ano) percebeu que algo estava estranho e me ajudou a sair daquele lugar de angústia e medo profundo de voltar a ser a “*miss gás*” ou “*baleia assassina*” da infância. O nome da professora é Lindineide e olha o destino trazendo mais referências, ela trazia beleza até no nome (embora fosse fora do padrão estabelecido pela sociedade patriarcal). Ela, e depois outras professoras do ensino fundamental e médio, me ensinaram na prática, a importância de SER professora-educadora.

Passei a adolescência e início da juventude cabendo muito bem dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade, embora sempre achasse que estava gorda e que podia emagrecer um pouquinho, as pessoas não mais me importunavam por causa do meu corpo. Um pouco de trégua para a sobrevivente da obesidade infantil e anorexia adolescente. Não fazia mais dietas restritivas, mas vez por outra utilizava uns “*shakes milagrosos*” que me faziam caber no tamanho do vestido que eu julgava aceitável.

A fase de escolher qual curso eu gostaria de fazer chegou e passei a vida dizendo que queria ser médica, pediatra mais precisamente. Demorei muitos anos para descobrir que este, na verdade era o sonho do meu pai, e não meu. Hoje sei que sempre quis ser artista. Mas eu incorporei o sonho dele, afinal sempre sentia a necessidade de agradar as pessoas que eu considerava importantes para mim. Não passei no primeiro vestibular que fiz e ao tentar novamente no ano seguinte não tive coragem de arriscar o curso de medicina e em um impulso de desespero e medo, escolhi prestar vestibular para Nutrição, era o que restava. Afinal não passaria para medicina, tinha nojo da boca de outras pessoas e não conseguiria fazer odontologia, não fazia ideia do que era fisioterapia e se escolhesse educação física, meu pai me mataria.

Passei em primeiro lugar no curso de Nutrição e os pontos que fiz daria para ter entrado em Medicina. Acredita? Uma frustração que demorei muito tempo para resolver dentro de mim. Ingressei no curso de Nutrição da UFPB e ainda tentei prestar vestibular mais uma vez para o sonhado curso de Medicina, mas não deu certo. Cursei Nutrição completamente perdida e sem saber muito bem o que eu iria fazer quando concluísse o curso. Para pagar minhas despesas, além de ministrar aulas particulares para diversos alunos, também passei a trabalhar para algumas agências e fazer eventos como congressos e feiras. Não esqueço de algumas seleções que participei para trabalhar em alguns eventos em que o cliente que contratava a agência pedia para escolher as moças que trabalhariam colocando-as perfiladas, examinando seus corpos com os olhos e pedindo que virassem de costas, utilizando a frase “*dê uma voltinha*”, para ver se “servíamos” para o trabalho de divulgar sua marca ou receber pessoas em congressos. Me sentia um produto que precisava agradar ao consumidor. Trago marcas dessa época.

Tive muita dificuldade para me encontrar no curso de Nutrição. Parecia que nada fazia sentido e eu não fazia ideia como iria trabalhar como nutricionista. Logo eu? Nutricionista? E nesse mundo de incertezas de futuro, a Extensão Popular me salvou. Foi participando de um projeto de extensão coordenado pelo professor Eymard Vasconcelos que entendi que existiam muitas possibilidades e formas de ser profissional de saúde. Esta experiência extensionista chama-se “Educação Popular e Atenção à Saúde da Família” e existe (com modificações, é claro) até os dias que escrevo estas linhas. Quando participei do projeto, estudantes dos cursos de psicologia, comunicação social, relações públicas, nutrição, farmácia, medicina, direito, enfermagem e muitos outros se dividiam em grupos e faziam visitas domiciliares na Comunidade Maria de Nazaré, no entorno do bairro Grotão (periferia de João Pessoa). Este projeto modificou minha formação acadêmica, pois me aproximou da vida de pessoas reais,

da realidade social de famílias das classes populares e me fazia pensar o quanto a Ciência da Nutrição era maior do que eu tinha entendido sentada entre as quatro paredes da sala de aula universitária. Os diálogos cheios de amorosidade me auxiliaram na compreensão da dinâmica do processo de adoecimento e de cura, da dinâmica da VIDA. As pesquisas e estudos necessários para o acompanhamento das famílias proporcionaram um aprendizado desenvolvido por meio de um cuidado multiprofissional que comprovadamente se mostrava mais eficaz para a resolução dos problemas de saúde.

Quando escrevo que a Extensão Popular me salvou é fazendo uso do significado do verbo transitivo “salvar” que é descrito no dicionário como “libertar”, “resgatar” ... Fui apresentada a uma forma de entender o meu fazer em saúde que me fazia mais sentido do que quando tinha aula de histologia II, bromatologia ou higiene dos alimentos. E não cito esses componentes curriculares como dispensáveis à formação de uma nutricionista, mas como espaços de aprendizado que eu aproveitei muito pouco por não fazer relação alguma com a profissão que eu tinha escolhido. A Educação Popular me ensinou que antes de ser nutricionista, eu nunca poderia esquecer que sou cidadã e sou humana. Esse princípio básico segue comigo até hoje. Fui salva da ideia de uma profissão encapsulada em um jaleco branco que “dita” o que o outro deve comer, para a fruição de uma escolha de como enxergar a vida e os seres vivos que nos cercam.

Ao concluir o curso, trabalhei em uma Unidade Básica de Saúde e em consultório particular, e nesses dois espaços sempre ouvia dos usuários e pacientes a seguinte frase: “*Doutora, quero ficar com o corpo igual ao seu!*” Na época eu achava o máximo e via como elogio, embora me sentisse sempre cobrada por ter que ser exemplo para as pessoas. Eu compreendia que meu corpo era vitrine da minha profissão. Meu corpo era a prova que eu era boa nutricionista, afinal não dava para emagrecer pessoas sem conseguir emagrecer a si mesmo, não é?

Em 2010 passei a ser professora do curso de nutrição da Universidade Federal de Campina Grande em uma cidade do interior da Paraíba chamada Cuité. Em minhas aulas de avaliação nutricional além de contar histórias da época em que eu era nutricionista da atenção básica, sempre fazia referência ao fato de ter sido uma “criança obesa” e a importância de se ter um Índice de Massa Corporal (IMC) adequado segundo preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Estava tudo dentro do esperado até que passei a ter problemas de saúde não apenas física, mas sobretudo mental. Além de corticoides para doenças alérgicas, também passaram a fazer parte da minha rotina o uso de antidepressivos e a professora-nutricionista passou dos 58

Kg desejados pelos pacientes lá no início da carreira para 92 Kg. Como a altura continuou a mesma, a classificação do emblemático IMC passou a apontar para uma conhecida obesidade grau I que eu ensinava como diagnosticar em minhas aulas de avaliação nutricional.

O problema de saúde mental foi agravado pelo desespero de me olhar no espelho e pela angústia de encarar o olhar julgador de todas e todos. Afinal de contas, eu sou nutricionista. O caminho seria fácil, não é? Era só utilizar meus conhecimentos técnicos, fazer uma dieta para mim mesma, fazer exercício físico e pronto, estaria de volta a tal normalidade. Ah! Quem dera fosse assim. Eu estava de volta no lugar da garotinha que eu sabia nunca ter superado na infância. A gordinha, cheinha, fofinha, roliça... obesa.

Ingressei no doutorado e como a vida é cheia de surpresas, lá estava eu em um projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde que tinha a proposta de encontrar estratégias de enfrentamento a obesidade na atenção básica. Eu, classificada como obesa, agora estaria pesquisando sobre obesidade? Tratei logo de me colocar em um lugar que eu discutisse algo que eu gosto muito, que é formação, e que me tirasse desse enfrentamento que eu teria que fazer a mim mesma e que não me sentia preparada para isso.

A pandemia de covid-19 chegou, dias de muita dificuldade e medo. Um doutorado se iniciando, uma separação seguida de recomeço, uma mãe com demência grave para cuidar, medo de morrer ou perder alguém importante para este vírus desconhecido, mas um fato me deixava confortável: não podia sair de casa. Fazia tempo que cada vez que eu pensava que roupa usar para sair de casa, uma crise de ansiedade se instalava. E era horrível. Naquele momento, pelo menos não precisava me submeter ao olhar dos outros na rua. Em paralelo a isto tudo, os encontros virtuais para construir a tal plataforma digital do projeto do CNPq e Ministério da Saúde começaram. De forma individualizada passei a devorar leituras sobre a temática da obesidade e de maneira coletiva, ruminava o aprendizado.

A transformação que o grupo previa que ocorresse com gestores e profissionais da saúde, que eram os focos de atuação do projeto, foi ocorrendo em cada um de nós de maneira diferente. Em mim, o primeiro movimento, foi o encontro comigo mesma. O fato de estar trancada em casa, tendo possibilidade de ler muito e em contato com a Vanille real, me fez revisitar a criança que fui. Certa tarde peguei minhas fotos da infância e fiz uma linha do tempo com elas. Comecei das fotos do bebê que havia nascido com 4 kg até a criança de 12 anos que começou a emagrecer. E sabe o que vi? Uma criança saudável.

Eu olhava foto por foto e não encontrava aquela criança obesa que sempre falei que eu fui. Como eu não conseguia enxergar aquelas fotos como elas realmente eram? Por que eu

não percebi que eu não tinha obesidade na infância? O máximo que eu podia afirmar olhando atentamente aqueles registros fotográficos de uma vida inteira, é que eu era grande, eu era maior que a média das crianças que conviviam comigo. Nada mais que isso. Passei dois dias chorando e tentando perdoar aquela garotinha que foi tão massacrada e que carregou marcas de dor e sofrimento por uma vida inteira. A partir de então, o meu olhar passou a ser mais atento e cada dia que passava eu estava mais questionadora e instigada a colaborar com descobertas tão libertadoras quanto as que eu estava diariamente fazendo.

Enquanto eu continuava insistindo que minha tese deveria ser com professores dos cursos de nutrição da Paraíba e suas abordagens à questão da obesidade, eu seguia mergulhada na construção da plataforma *Teiker*, na elaboração do curso de (trans)formação de gestores e profissionais de saúde e no encantamento pela metodologia de cuidado a pessoa com obesidade que estávamos desenhando à várias mãos. Até que em um dia de muita inquietação em que fiz exatamente este resumo que tentei elaborar aqui, em uma conversa regada a macarrão e vinho tinto, minha amiga Renata Monteiro fez um comentário e uma pergunta que mudaram meu rumo. Ela disse: “*Vanille, seu olho brilha quando você fala sobre essa Teiker. Por que você não fala sobre isso na sua tese?*”

O questionamento caiu como bomba em meus pensamentos e ainda relutei contra ele por ter dificuldade de compreender que algo que fez parte da minha vida inteira, agora queria invadir meu doutorado. Após perturbar minha amiga Ana Cervato, tentar conseguir ajuda com amigos pesquisadores, passar uma hora com Marcelo Barros ao telefone e chorar sozinha no quarto, tive uma conversa acalentadora com meu orientador. “*É isso Vanille! Você já está desenvolvendo sua tese desde o início do projeto em 2019*”, disse Rodrigo. Mal sabia ele que esta tese vem sendo incubada desde sempre... aquela criança machucada pelo estigma da obesidade, aquela adolescente com transtorno alimentar, aquela jovem nutricionista-professora acima do peso conduziram esta pesquisadora-extensionista até aqui e agora.

Durante os quatro anos de afastamento da sala de aula e imersão em uma vivência nova de muito estudo, pesquisa e construção da tese, me permiti experienciar diversas possibilidades, que somadas, trouxeram-me até este espaço de tempo presente. Participei da Gestão do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) como Conselheira e Coordenadora da Comissão de Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Nutrição, ingressei na Diretoria da Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) para desenvolver ações de fortalecimento da Formação em Nutrição, iniciei e concluí uma especialização a distância em Obesidade oferecida pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que contribuiu muito para o amadurecimento das leituras sobre o tema e

ainda ingressei em um projeto de cooperação internacional que me levou até a Tanzânia e colaborou para que esse volume de tantas coisas assentasse dentro de mim.

Ao voltar da África parecia que uma injeção de ânimo havia sido colocada em mim e compreendi que o somatório de vivências, os erros de percurso, e a experimentação da Ciência da Nutrição em sua essência e complexidade fazem parte da gestação da minha tese. Um processo longo, sofrido e ao mesmo tempo prazeroso, cansativo e animador, solitário e ao mesmo tempo extremamente coletivo.

A (trans) formação aconteceu primeiro em mim. Saltei do *status* de nutricionista obesa para o entendimento de quem sou: uma mulher que convive com a obesidade e que vivencia as dores e delícias de viver com seu corpo gordo. Passei a me amar como sou e não mais esperar atingir um padrão de corpo que um dia tive e que as pessoas ao redor por muitas vezes me cobram. Compreendi que não é preciso esperar ficar magra para ser saudável, nem muito menos para ser bonita e feliz.

A tese que está disponível nas próximas páginas é fruto de um processo imbricado de vivência, de ciência, de experiência, de pesquisa e de vida. Construída sob um longo percurso de superação de prescrição de normas e descoberta de possibilidades de cuidado.

1 PERCURSO INICIAL

“Cansada de buscar um modelo, olhei para dentro – esse foi só o começo...” (Fran Bitten)

O corpo pode ser entendido como um objeto privilegiado para a comunicação entre o biológico, o individual e o sociocultural, e também como o cordão umbilical com o social que pertence ao mundo do visível e sensível (FERNANDES; BARBOSA, 2016).

A vida humana é revestida pelos poderes e saberes que caracterizam uma determinada época, acompanhando o desenvolvimento das diversas transformações ocorridas nas sociedades (FERNANDES; BARBOSA, 2016). Para Le Breton (2012), existir significa em primeiro lugar mover-se em determinado espaço e tempo, transformar o meio graças à soma de gestos eficazes, escolher e atribuir significado e valor aos inúmeros estímulos do meio graças às atividades perceptivas, comunicar aos outros a palavra, assim como um repertório de gestos e mímicas, um conjunto de rituais corporais implicando a adesão dos outros. Pela corporeidade, o ser humano faz do mundo a extensão de sua experiência. Emissor ou receptor, o corpo produz sentidos continuamente e assim insere os sujeitos, de forma ativa, no interior de dado espaço social e cultural.

Quando se escolhe dialogar sobre obesidade, decide-se também a narrativa que será utilizada para discorrer sobre o tema. Esta tese pretende conversar e produzir reflexões sobre uma obesidade que tem corpo, que existe para além de classificação de risco e que, portanto, demanda e anseia por cuidado. Expõem-se aqui o desafio de trabalhar em um universo cuja hegemonia é biomédica, compreendendo que o corpo social condiciona o modo como o corpo físico é percebido.

Ao ler qualquer produto científico que verse sobre a temática da obesidade, a primeira linha descritiva será o seu conceito clássico que diz que é uma doença e é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal em um nível que compromete a saúde dos indivíduos (WHO, 1998), acarretando prejuízos tais como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor (MONTEIRO; CONDE, 1999; PEREIRA; FRANCISCHI; LANCHÁ-JUNIOR, 2003). Além de se constituir enquanto fator de risco para enfermidades tais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes melitus tipo II e alguns tipos de câncer (MONTEIRO; CONDE, 1999; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; ANJOS, 2006). A OMS trata a obesidade como grave crise de enorme extensão ao passo que compara esta gravidade à negligência e ao estigma enfrentados pelas pessoas com obesidade (WHO, 2017).

Existe uma narrativa sobre a obesidade que está muito bem estabelecida que é a baseada em dados epidemiológicos. Em alguns achados, esta forma de discutir obesidade se esforça em mesclar questões biológicas atreladas a problemas sociais como são os dados, por exemplo, trazidos pelo Relatório do Banco Mundial que mostraram que o sobrepeso e a obesidade afetam mais de 2 bilhões de adultos no mundo e que 70% destes indivíduos vivem em países de baixa ou média renda (THE WORLD BANK, 2020). O mesmo relatório demonstra que desde 1975, a prevalência da obesidade no mundo quase triplicou, sendo a condição, a responsável por 4 milhões de perdas de vida por ano. Em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos, com 18 anos ou mais, estavam acima do peso. Desses, mais de 650 milhões tinham obesidade. Encontra-se na literatura que a preocupação com os riscos à saúde associadas ao aumento da obesidade tornaram-se quase universais, por esta razão os estados membros da OMS introduziram uma meta voluntária para interromper o aumento da obesidade até 2025 (WHO, 2017; WANG *et al.*, 2018; THE WORLD BANK, 2020).

No contexto brasileiro, utiliza-se sempre os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) que em 2021, mostraram que a prevalência da obesidade em adultos no Brasil aumentou de 11,8% em 2006 para 22,4%. A Vigitel de 2021 traz em seus achados que mais da metade da população brasileira, 57,2%, tem excesso de peso, percentual que em 2006 era de 42,6%. O inquérito também revelou que a prevalência de excesso de peso tende a aumentar com a idade e diminuir com a escolaridade (BRASIL, 2021).

É admitido que além de elevada, a prevalência da obesidade é crescente e são apontadas muitas razões que ancoram este crescimento, como a ideia de tratar-se de uma doença complexa, causada por fatores genéticos, neuroquímicos, ambientais e psicossociais (ABESO, 2021). Assim, neste contexto, a obesidade é compreendida como uma condição crônica multifatorial que engloba diferentes dimensões: biológica, social, cultural, comportamental, de saúde pública e política (TRAYHURN, 2005).

Embora já esteja bem descrito na literatura que a obesidade é este fenômeno complexo e multidimensional, a sua tradução em ações efetivas de acompanhamento continuam sendo um conjunto de obstáculos. Entre os desafios, o fato de o quão difícil é cercar as questões relativas à obesidade, considerando toda sua interseccionalidade e todas as camadas que precisam ser desveladas para tornar a abordagem ao tema mais eficaz.

Desta forma, já existe uma narrativa clássica, que está na maioria dos textos, que anuncia a obesidade como epidemia global baseando-se em dados epidemiológicos e esta tese que segue não pretende negar ou se contrapor a esta narrativa. A intenção aqui é pontuar que

existem outras possibilidades de dialogar sobre obesidade e que é urgente que as pessoas que convivem com a mesma possam ser colocadas no centro da atenção como protagonistas, de maneira que suas subjetividades tenham um lugar no que se costuma chamar de Ciência.

Não há intenção aqui de convencer se obesidade é uma doença ou não, pois a partir do momento que é trazida uma perspectiva ampliada do olhar para o cuidado da pessoa com obesidade, não é a doença que norteará o cuidado, e sim a pessoa. Há literatura apontando para o entendimento de que existem obesidadeS, no plural (SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020; SCAGLIUSI, 2021). Pontuando que a obesidade pode sim se configurar como doença para um indivíduo e não ser assim entendida para outro sujeito, e isso não significa que ambos não demandem por cuidado.

Considerando todo o contexto mencionado, a atenção à saúde das pessoas com obesidade é um grande desafio para as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Estudo realizado com profissionais de saúde brasileiros para explorar e descrever os desafios para o cuidado da pessoa com obesidade no Sistema único de Saúde (SUS) mostrou que as principais barreiras são a alta demanda por atendimento curativo e individual, a presença de comorbidades e a falta ou acesso insuficiente a materiais didáticos, qualificação profissional e falta de apoio (MENEZES *et al.*, 2020). Assim, apesar da sua magnitude, a obesidade parece ser invisível na rotina de trabalho de profissionais e gestores, muitas vezes não sendo reconhecida como problema de saúde pública e nem sendo considerada no âmbito da existência subjetiva de cada corpo gordo. As barreiras relacionadas à oferta de cuidado reforçam a necessidade de priorização e revisão do processo de trabalho e aspectos estruturais da APS e evidenciam a urgência de empoderamento das equipes de saúde.

Quando os gestores e profissionais de saúde da APS reconhecem que as pessoas que convivem com a obesidade em seus corpos existem e precisam de cuidado, acabam por esbarrar diante de inúmeras urgências do cotidiano das práticas, fazendo com que a temática, de fato, não seja uma prioridade. Geralmente, a pessoa com obesidade só é vista como passível de cuidado quando apresenta morbidades como hipertensão ou diabetes, por exemplo (SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020).

Ainda existe a situação em que gestores e equipes de saúde compreendem que é uma questão a ser tratada e buscam por soluções, porém estas estão sempre no campo das intervenções centradas na mudança de estilo de vida, sobretudo atividade física e dieta. Já está bem evidente que este tipo de ação não tem sido suficiente para lidar com o fenômeno da obesidade. Sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias

profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

Uma outra questão a ser pensada no âmbito do trabalho realizado no espaço da APS diz respeito a necessidade de ampliar a compreensão sobre a rede de determinação do fenômeno na condução de novas perspectivas de pensar e agir sobre a obesidade. Faz necessário pensar para além dos fatores mais “imediatos”, ou seja, aqueles que estão mais próximos ao sujeito como a atividade física e a dieta. Tais fatores se tornaram centrais nas políticas, ações e estratégias, mas mesmo conhecendo sua importância, vale a reflexão sobre o que esta opção tem acarretado (SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020).

Ainda na perspectiva de compreensão sobre a rede de determinação, destaca-se que no âmbito das ações em nível local é fundamental identificar como a obesidade se expressa nos diferentes grupos sociais, nas diferentes fases da vida, assim como em relação ao gênero e raça, e como se desenvolve entre os povos tradicionais. Embora esteja bem claro que a obesidade é possível estar presente em todos os corpos, é preciso compreender que ela não se expressa da mesma forma. As desigualdades sociais não se configuram apenas em números, elas se expressam política, social e culturalmente de modo diverso (SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020; BRASIL, 2020).

Pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, órgãos vinculados à saúde e a pesquisa de todas as partes do mundo tem constatado que as ações e estratégias de controle e “enfrentamento” da obesidade no mundo não têm surtido o efeito esperado, pois a prevalência da obesidade continua a aumentar em todos os países, atingindo todas as classes sociais, gênero e povos distintos. Em decorrência disso, busca-se revisitar o estatuto científico que sustenta a obesidade e acredita-se que é necessário produzir “novas narrativas”, novos modelos explicativos que sejam capazes de indicar outras direções mais condizentes que priorizem colocar o cuidado à pessoa no centro das nossas ações, e não apenas ao seu peso corporal (SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020).

O foco no peso corporal, sem desconsiderar sua relevância no diagnóstico da obesidade, tem produzido outros problemas como, por exemplo, a estigmatização do corpo gordo. Esta, por sua vez, tem também gerado problemas de saúde associados ao sofrimento físico e psíquico de muitas pessoas que convivem com a obesidade em seus corpos.

Ampliar o conhecimento sobre a obesidade, reconhecendo sua complexidade e seus impactos na saúde, na qualidade e na expectativa de vida é essencial para reduzir a estigmatização das pessoas e, conseqüentemente, oferecer o cuidado adequado. É preciso reorganizar o olhar e as ações para a superação de estratégias de enfrentamento e

culpabilização da pessoa gorda para o entendimento da necessidade de organizar ações de cuidado da pessoa com obesidade, e cuidar de todas as formas, não apenas oferecendo caminhos para o emagrecimento. Os indivíduos precisam muito mais que isso.

Ainda que exista uma literatura consistente tanto sobre cuidado quanto sobre obesidade, pensar na discussão “cuidado das pessoas com obesidade” é uma abordagem não apenas um pouco mais recente, quanto cheia de curvas. Ao longo dos últimos anos foram sendo construídas estratégias quase que canônicas de enfrentamento a uma patologia, a uma doença, que ao se ancorar em uma natureza bélica foi perdendo a “guerra” por deixar passar a origem humana do cuidado de pessoas.

Dialogar aqui sobre o cuidado das pessoas com obesidade no âmbito da Atenção Básica nasce de uma confluência entre a crise internacional sustentada por dados epidemiológicos que evidenciam a necessidade de “enfrentar” a obesidade, mesmo que as estratégias de “controle” tenham demonstrado baixa eficácia sobre o fenômeno, com o acúmulo de saberes vindos da experiência. E a experiência tem muito a ensinar, tanto das pessoas que convivem com a obesidade em seus corpos como também dos profissionais de saúde que lidam com o cotidiano e neste cotidiano percebem as contradições relacionadas ao peso, ao corpo, à obesidade, não apenas de seus pacientes como deles próprios.

É preciso destacar que a prática do cuidado não está se referindo tão somente a convencer os sujeitos a fazerem algum tipo de dieta e/ou atividade física, considerando que mesmo entre aqueles que estão convencidos em fazê-los, existe um grupo que não responde da maneira com a qual se espera diante das prescrições canonizadas e estabelecidas como estratégias de saúde para as pessoas que convivem com o sobrepeso ou obesidade. Neste contexto, destaca-se a necessidade de criar outras narrativas sobre a obesidade em que abordagens mais abrangentes e não reducionistas sejam consideradas para pensar estratégias de cuidado.

A proposta desta tese surge a partir da vivência durante a formação *Teiker*, onde se por um lado foi vivenciado e reconhecido o potencial transformador da metodologia, por outro, foi possível observar as contingências relacionadas às questões referentes a como a política está desenhada para que seja possível a continuidade do processo de transformação nas práticas dos profissionais, além de refletir como acrescentar outras propostas ao modelo de linhas de cuidado a partir de novos olhares sobre o tema.

Considerando este contexto, esta pesquisa tem por objetivo dialogar, promover reflexão e problematizar as convenções em torno das linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade ressaltando dissonâncias nos processos do CUIDAR. Não se trata, pois, de oferecer

uma saída aos problemas ou construir verdades absolutas sobre uma temática tão complexa e interseccional, mas de destacar o percurso e compartilhar a experiência do caminhar pela estrada cheia de curvas que é o CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE.

2 QUERERES

[...] é tempo de aprendermos a nos libertar do espelho eurocêntrico onde nossa imagem é sempre, necessariamente distorcida. É tempo, enfim, de deixar de ser o que não somos (Quijano).

2.1 GERAL

- Analisar e refletir o cuidado oferecido às pessoas que convivem com obesidade no âmbito da atenção primária à saúde por meio da experiência *Teiker*.

2.2 ESPECÍFICOS

- Reunir elementos que promovam reflexão sobre a ideia de curvas de cuidado para pessoas que convivem com obesidade no âmbito da atenção primária à saúde por meio da experiência *Teiker*;
- Descrever o desenvolvimento da estratégia *Teiker* e sua implementação na formação de gestores e profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde do Estado da Paraíba;
- Compartilhar a experiência da utilização de princípios de educação popular e de gamificação na construção de uma plataforma digital de formação de gestores e profissionais de saúde da Paraíba no âmbito da Atenção Primária em Saúde;
- Discutir os impactos da adoção de uma linguagem de comunicação inclusiva e não estigmatizante sobre o tema obesidade durante a formação em saúde;
- Propor novas perspectivas sobre o olhar para o corpo da pessoa gorda;
- Refletir o potencial da estratégia *Teiker* na capacidade de incidir na reelaboração de sentidos, olhares, saberes e práticas sobre obesidade.

3 O CAMINHO TEM MUITAS CURVAS

*“Meu corpo e eu pertencemos um ao outro.
E juntos, a cada dia, aprendemos a como nos amar”.*
(Anoop Kaur)

3.1 O SOBREPESO E A OBESIDADE FORA DA LINHA: COMPLEXIDADES DO PERCURSO

Qualquer produção científica no campo da saúde que se proponha a produzir conhecimento no tocante ao sobrepeso e obesidade, trará em seus escritos iniciais o conceito mais universal e aceito sobre o que é obesidade. A explicação se dá como sendo uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, sendo considerada um grave problema de saúde pública devido às suas proporções epidêmicas (WHO, 2000; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; SWINBURN *et al.*, 2019). Pode ser compreendida ainda 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 triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (WHO, 2000).

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica ABESO (2021) traz em suas publicações que as causas endócrinas e exclusivamente genéticas do excesso de peso são raras, sendo a então pandemia de obesidade fruto da exposição de uma população biologicamente vulnerável a um ambiente obesogênico, especialmente no que diz respeito à disponibilidade de alimentos industrializados de fácil preparo ou já prontos, altamente palatáveis, com excesso de açúcar, gordura, sal e de baixo custo (ABESO, 2021).

O fato é que a literatura científica vem tratando a obesidade como uma questão complexa e multifatorial, porém, mesmo admitindo tamanha complexidade, mundialmente, as pessoas são classificadas com ou sem excesso de peso (somando-se sobrepeso e obesidade) de acordo com seu IMC, que é a relação entre o peso (Kg) e a altura ao quadrado (m²):

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2} \quad (\text{kg}/\text{m}^2)$$

O IMC é utilizado na prática clínica cotidiana e para a avaliação em nível populacional devido sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo. Portanto, o diagnóstico de sobrepeso ou obesidade é clínico, com base na estimativa do IMC, o qual é estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, expresso em kg/m² (ANJOS, 1992; WHO, 2003; BRASIL, 2014; SEMLITSCH *et al.*, 2019). O IMC, além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos para a saúde e tem relação com várias complicações metabólicas (BRASIL, 2014) (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação do Estado Nutricional de Adultos (20 a 60 anos) e risco de comorbidades, segundo IMC.

Classificação	IMC	Risco de comorbidades
Abaixo do peso	<18,50	Normal ou elevado
Eutrófico	18,50 – 24,99	Normal
Sobrepeso	25,00 – 29,99	Pouco elevado
Obesidade grau I	30,00 – 34,99	Elevado
Obesidade grau II	35,00 – 39,99	Muito elevado
Obesidade grau III	≥ 40,00	Muitíssimo elevado

Fonte: Adaptado de OMS (2000) e ABESO (2016).

A literatura, ao tratar a obesidade como doença, aponta que o diagnóstico precoce do sobrepeso e da obesidade tem grande importância no contexto do controle e prevenção das DCNT, uma vez que essas condições consistem em fatores de risco para outras DCNT e acarretam prejuízos para a saúde dos indivíduos, impactando no aumento da morbimortalidade (BRASIL, 2014; SEMLITSCH *et al.*, 2019; WOLFENDEN *et al.*, 2019).

Em adultos jovens, com idade entre 18 e 20 anos incompletos, a classificação do estado nutricional segue o indicador IMC-para-Idade, em escore Z. As curvas para parametrização do estado nutricional para ambos os sexos podem ser acessadas no site da OMS¹. Para idosos utiliza-se uma classificação específica, conforme Lipschitz (1994) (Quadro 2).

¹ Disponível em: https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/.

Quadro 2 – Classificação de estado nutricional de acordo com IMC para idosos e conforme escore z para adultos jovens (18 a 20 anos incompletos)

Classificação	IMC
Jovens com idade entre 18 e 20 anos incompletos	
Magreza acentuada	$< \text{Escore-z } -3$
Magreza	$\geq \text{Escore-z } -3 \text{ e } < \text{Escore-z } -2$
Eutrófico	$\geq \text{Escore-z } -2 \text{ e } \leq \text{Escore-z } +1$
Sobrepeso	$> \text{Escore-z } +1 \text{ e } \leq \text{Escore-z } +2$
Obesidade	$\geq \text{Escore-z } +2 \text{ e } \leq \text{Escore-z } +3$
Obesidade grave	$\geq \text{Escore-z } +3$
População Idosa	
Abaixo do peso	$\leq 22,00$
Eutrófico	$>22,00 \text{ e } < 27,00$
Sobrepeso	$\geq 27,00$

Fonte: Adaptado de Wharton *et al.* (2020); Brasil (2014); Lipschitz (1994).

Então o que se encontra na literatura e na prática, é que o IMC tem sido utilizado como uma medida substituta de gordura corporal, não apenas nos estudos epidemiológicos e clínicos, como também na prática clínica. O uso do IMC, entretanto, apresenta limitações, pois ele não é uma medida direta de gordura corporal e nem indica sua distribuição; não leva em consideração a massa muscular; não distingue quanto a sexo e etnia; e é menos acurado em alguns grupos específicos (idosos, etnia asiática, indígena, entre outros). Assim, a literatura científica continua indicando avaliação criteriosa do significado e uso dessa medida (WHARTON *et al.*, 2020).

Outra medida antropométrica utilizada é o perímetro da cintura, método utilizado para avaliar a distribuição da gordura intra-abdominal, sendo um marcador de maior risco cardiometabólico (WHO, 2003). A medida é obtida com uso de fita métrica, mensurando-se a região localizada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca com o indivíduo em expiração. Na impossibilidade de se identificar essa região, a medida é feita a 2 cm acima da cicatriz umbilical. No Quadro 3, constam os parâmetros de circunferência que estão relacionados com o risco elevado de morbimortalidade, de acordo com o sexo e etnia (REZENDE *et al.*, 2006; BRASIL, 2011).

Quadro 3 – Parâmetros para risco cardiovascular, segundo perímetro da cintura

Etnia	Risco cardiovascular elevado		Risco cardiovascular significativamente elevado	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem
Caucasiana	≥ 80,0 cm	≥ 94,0 cm	≥ 88,0 cm	≥ 102,0 cm
Latina	≥ 83,0 cm	≥ 88,0 cm	≥ 90,0 cm	≥ 94,0 cm
Africana	≥ 71,5 cm	≥ 76,5 cm	≥ 81,5 cm	≥ 80,5 cm
Asiática	≥ 80,0 cm	≥ 85,0 cm	ND	ND

Fonte: Wharton *et al.* (2020).

Assim como o IMC, a aplicabilidade do perímetro da cintura apresenta algumas limitações. É uma medida indireta de gordura visceral, sensível a alterações temporárias como gestação, presença de ascite ou distensão abdominal, entre outros. Essa medida se torna menos sensível com o aumento do IMC e o ponto de corte também varia de acordo com a etnia (WHARTON *et al.*, 2020).

Independentemente do parâmetro avaliado e da consulta (inicial ou de seguimento), recomenda-se solicitar ao indivíduo permissão para que suas medidas possam ser aferidas e que elas sejam feitas em locais que resguardem sua privacidade para evitar constrangimentos (WHARTON *et al.*, 2020). Além de medidas antropométricas, a avaliação do sobrepeso e da obesidade deve buscar identificar suas causas e complicações, bem como potenciais barreiras ao tratamento. Esta avaliação leva em consideração anamnese, com coleta do histórico de saúde completo e de aspectos comportamentais e sociais; exame físico e exames laboratoriais e de imagem, conforme julgamento clínico (BRASIL, 2014; WHARTON *et al.*, 2020).

No entanto, o avanço das pesquisas no campo do que é chamado de “ativismo gordo” propõe outras formas de classificação, permitindo assim que o olhar sobre a classificação de corpos não permaneça em uma linha reta, mas admita curvas e possibilidades múltiplas.

Rangel (2018) traz em sua dissertação outras possibilidades de “classificar” corpos para além do uso do IMC. Para tentar diferenciar pessoas gordas que sofrem mais opressão e outras que sofrem menos por causa da variedade de tamanhos de pessoas gordas, foram propostas as categorias “gorda maior” e “gorda menor”. Essa classificação procura expressar o lugar de opressão maior em que está localizada a “gorda maior”. A autora supracitada propõe fazer relação com a noção de colorismos que há no movimento negro, em que quanto mais escura a pigmentação da pele da pessoa, mais preconceito e racismo ela sofrerá, em especial, em países colonizados por europeus. Desta forma, o mesmo ocorreria com as pessoas gordas maiores.

A variedade de corpos gordos é muito grande e segundo o olhar do ativismo gordo, isto dificulta elencar uma definição. Existe uma preocupação dentre ativistas gordas/os que é de que o próprio ativismo acabe excluindo pessoas que se consideram gordas a partir de outro sistema de classificação criados por eles/as mesmos/as. Assim, algumas/alguns ativistas gordas/os entendem que a diferenciação entre gordas/os maiores e menores é uma nova maneira negativa de dividir e classificar os corpos gordos (RANGEL, 2018)

Apesar de não existir consenso quanto ao uso dos termos “gorda maior” e “gorda menor” no ativismo gordo, essas categorias são amplamente utilizadas e compreendidas mesmo entre os que não concordam com as expressões (RANGEL, 2018; JIMENEZ, 2020).

Existem outras categorias para além de gorda maior e gorda menor, uma diferenciação entre “pessoas magras” e “pessoas não-gordas”. A primeira categoria seria daquelas que não têm qualquer dificuldade de acesso por causa do tamanho de seus corpos, seja a espaços públicos ou a roupas que lhes sirva bem. Essas pessoas também não têm seus corpos constantemente vigiados com o mesmo rigor que as pessoas gordas e nem sofrem a patologização de seus corpos. Já as “pessoas não-gordas” são pessoas que não são consideradas magras, porém não se encaixam como gordas. São pessoas que se encontram no que se entende como um “limbo” pelo ativismo, no popular muitas vezes são chamadas de “gordinhas”, termo considerado pejorativo pelos/as ativistas gordos/as, uma vez que buscaria a diminuição do impacto da característica “gorda”, que para ativistas deve ser normalizada (RANGEL, 2018; JIMENEZ, 2020).

É importante considerar que os critérios de classificação são uma tentativa de construir visões de mundo, ou os princípios de visão e de divisão, conforme explica Bourdieu (1989). O ativismo gordo entende que o fato de existir a necessidade de classificação, mostra que a sociedade ainda não consegue assimilar estas pessoas sem que elas sejam vistas como um problema: elas não passam na catraca, e as catracas ainda não são adaptadas para elas; elas quebram as cadeiras e as cadeiras continuam não sendo adaptadas para pessoas com peso superior. Neste contexto, fica o questionamento: é a obesidade que se configura como problema importante na sociedade ou é a pessoa com obesidade que é o problema? Esta tese não pretende resolver esta incógnita, mas se importa em suscitar a reflexão.

Faz necessário compreender o processo percorrido pelo fenômeno da obesidade para que este passasse a ser entendido como uma doença. Compreender fatores e interesses contidos ao longo de cada descoberta é imprescindível para a organização de como tratar a questão agora.

No início do século XX, a obesidade já era uma questão médica suficientemente problemática para que o *Larousse Médical* de 1924 lhe consagrasse um artigo de tamanho respeitável. Ela era definida como “exagero da quantidade de gordura que normalmente existe entre os órgãos [...] e aparecimento de gordura no próprio tecido das vísceras e no sangue”. A avaliação da obesidade seria desde então um procedimento de atualidade e o autor nos explica que “a justa corpulência cede lugar à obesidade a partir do momento em que o peso do indivíduo seja superior em quilos ao número de centímetros da sua altura além do metro”. Em seguida, após alguns exemplos de cálculos, ele prossegue: “A pequena obesidade começa com 90 quilos, a média com 100 e, nos pesos pesados, vai de 120 a 150, e esses números ainda podem ser bastante ultrapassados” (POULAIN, 2013).

O que foi observado é que o estatuto da obesidade como patologia se impôs pouco a pouco. Passou de um período no qual se considerava a obesidade como um problema moral e estético para um entendimento em que ela se tornou uma causa de doenças, o objeto de uma argumentação sanitária cada vez mais avançada, de uma lenta, porém contínua, medicalização, até chegar no patamar de epidemia mundial (POULAIN, 2013).

A medicalização é definida por Peter Conrad (1992) como um processo pelo qual os problemas não médicos são definidos e tratados como médicos, em termos de doença e de disfunção. Já Fassin e Dozon (2001) acentuam a transformação de perspectiva “que confere uma natureza médica a representações e práticas que até então não eram socialmente compreendidas nesses termos”. Os motivos que levam a enxergar ou não, positiva ou negativamente, uma prática, vão desde a questão da moral, da cultura e das representações sociais, até uma ordem da Ciência. Mas a medicalização não se opera em um movimento pendular brusco. Ela é um processo contínuo, no qual o percurso pelas questões social e moral desaparece aos poucos, em proveito de uma ordem racional, fundamentada pela ciência. Durante essa fase, dois conceitos coabitam e se misturam. A medicalização transforma o desvio em doença e a normalidade se traduz então em termos de saúde (AÏACH; DELANOË, 1998). Nesse processo, a passagem da obesidade como uma questão moral para uma doença depende da medicalização. Duas etapas podem ser identificadas e diferenciadas nesse processo:

1. A passagem de uma avaliação qualitativa para uma avaliação quantitativa, que é acompanhada pelo surgimento da noção de fator de risco;
2. O deslocamento do estatuto de fator de risco para o de doença, ao qual pode-se atribuir um certo número de mortes e um custo (POULAIN, 2013).

A medicalização da obesidade substitui as causas morais de desvalorização do sobrepeso por razões médicas. Os riscos que a obesidade e o sobrepeso apresentam à saúde acabam por justificar a luta contra a obesidade. A medicalização pode parecer um progresso, pois de certa forma, serviria para liberar a pessoa com obesidade do olhar moralizador ao torná-la uma “pessoa doente” ou então alguém que tem grande possibilidade de se tornar um doente e que deve, portanto, ajudar e tratar (POULAIN, 2013).

Assim sendo, a classificação da obesidade como doença deveria colaborar para que o indivíduo não fosse culpabilizado como único responsável pela sua condição. É importante considerar que, embora todas as questões sociológicas mencionadas anteriormente existam para ampliar a reflexão sobre a medicalização da obesidade, já está bem descrito na literatura que o excesso de gordura corporal (adiposidade) prejudica a saúde, aumenta o risco de complicações médicas a longo prazo e reduz o tempo de vida (LANCET, 2009).

Desta forma, faz-se necessário a ampliação de conhecimentos e reflexões no que tange ao fato de considerar a obesidade como doença. Pois apesar dos riscos à saúde estarem bem descritos na literatura e de existir a tentativa de proteger os indivíduos que convivem com a obesidade ao compreender que se trata de uma doença, uma pergunta permanece: todos os indivíduos que possuem IMC acima de 30kg/m² estão doentes?

De forma alguma estes escritos pretendem convencer ou provar que a obesidade é ou não uma doença, assim como a intenção não é “demonizar” o IMC, afinal ele é consequência do modelo que foi escolhido ser implantado no campo da saúde. Também não se pretende orientar que as propostas sobre o tema elaboradas pelo ativismo gordo suplantem o que está sendo produzido por pesquisadores sob outra ótica de percepção. A proposta é que seja possível admitir que existem várias formas, inúmeros olhares e diferentes ramos da Ciência produzindo conhecimento sobre o tema. As Ciências Biológicas e focadas no campo biomédico não nasceram de um berço diferente das Ciências Humanas e Sociais, ambas foram concebidas no seio positivista e não faz parte do objetivo desta tese construir juízos de valores ou graus de importância.

Em meio a toda complexidade e interseccionalidade que envolvem a obesidade, pode-se dizer que o corpo se revela como um *objeto polissêmico*, ou seja, enquanto o segmento da área da saúde o enxerga, por vezes, como depositário de processos biológicos indicadores de saúde ou doença para o indivíduo, para as Ciências Sociais o corpo pode ser entendido como um reflexo da sociedade. Desta forma, ao corpo se aplicam discursos e práticas que estão na base de nossa vida social (PINTO; BOSI, 2010).

Dessa forma, o fenômeno da obesidade está situado em um escopo bem mais amplo e necessita ser apreendido a partir de uma visão multidimensional (PINTO; BOSI, 2010). Sugere-se olhar para o fenômeno da obesidade com a intenção de resgatar a autorreferência do sujeito. Para tanto, faz necessário um diálogo entre as ciências humanas e sociais e as ciências biológicas, com objetivo de alcançar uma aproximação mais adequada à complexidade do tema.

3.1.1 O corpo na curva do estigma e do belo

Antes de qualquer coisa, a existência é corporal. A corporeidade é socialmente construída, e por meio dela o ser humano faz do mundo a extensão de sua experiência (LE BRETON, 2012).

Na década de 1960, o sociólogo canadense Erving Goffman (1983) definiu o estigma como o processo em que se imprime uma marca, um sinal ou um atributo altamente desvalorizado, que designa o seu portador como desqualificado ou menos valorizado e o impede da aceitação social.

Três desses atributos foram reconhecidos por Goffman (1983): 1) a experiência de uma doença mental (ou a imposição do diagnóstico); 2) uma forma de deformidade ou uma diferenciação não desejada socialmente e; 3) a associação a uma determinada raça, crença ou religião (ou a ausência desta) (SCAGLIUSI, 2021). O estigma, enquanto processo, é resultante de interações sociais, nas quais o/a “desviante” é visto como aquele/a que se distancia dos/as outros/as que são, supostamente, “normais”. Uma vez assinalada a característica estigmatizadora, a mesma legitima diversas discriminações sociais e exclusões.

O estigma da obesidade caracteriza-se quando indivíduos sofrem abuso verbal e/ou físico associado e secundário ao sobrepeso ou obesidade, podendo levar à marginalização, exclusão e discriminação (WU; BERRY, 2018). A discriminação relacionada ao peso é uma das formas de preconceito sofrida pelas pessoas com obesidade mais comuns, sendo configurada por atitudes gordofóbicas traduzidas em comportamentos e ações depreciativas aos indivíduos com obesidade, associados ao seu peso corporal (WHO, 2017).

Geralmente o estigma acontece, apoiado na justificativa de desencorajar comportamentos não saudáveis e contribuir com a saúde das pessoas com obesidade, que são culpabilizadas pelo seu excesso de peso (VARTANIAN; SMYTH, 2013; ABUH-ODEH, 2014; PUHL *et al.*, 2015; OBARA; VIVOLO; ALVARENGA, 2018). É preciso refletir que a

obesidade é considerada a única “doença” na qual a responsabilização recai sobre a pessoa que apresenta essa condição (CFN, 2020).

A relação de estigma se estabelece entre um sujeito e um determinado coletivo, que projeta uma série de expectativas com relação a um indivíduo ou grupo de indivíduos (SCAGLIUSI, 2021). A estigmatização dos/as “outros/as” (aqueles alheios/as a si próprio/a) sempre é comparativa e, geralmente, está relacionada com processos de construção de uma superioridade sempre fictícia (GOFFMAN, 1983).

Desta forma, a literatura tem mostrado que o preconceito, o estigma e a discriminação resultam em maior morbimortalidade, com efeitos físicos e psicológicos ao indivíduo alvo desses fatores (TOMIYAMA *et al.*, 2018; RUBINO *et al.*, 2020). O estigma enfrentado pelos adultos com obesidade afeta negativamente a sua saúde, representado pelo aumento do ganho de peso, risco de diabetes, nível de cortisol, estresse oxidativo, proteína C Reativa, distúrbios alimentares, depressão, ansiedade, insatisfação com a imagem corporal, e se relaciona negativamente com a autoestima (JACKSON, KIRSCHBAUM; STEPTOE, 2016; WU; BERRY, 2018; RUBINO *et al.*, 2020; PUHL; HIMMELSTEIN; PEARL, 2020). A internalização do preconceito em relação ao peso repercute também em autodesvalorização e autodepreciação, impactando negativamente a saúde e a vida das pessoas com obesidade (LATNER *et al.*, 2014), com maiores chances de adoção de comportamentos que promovem o ganho de peso (PHELAN *et al.*, 2015; WU; BERRY, 2018; PAIM; KOVALESKI, 2020). Essas pessoas são, ainda, menos propensas a procurar os serviços de saúde tanto para essa como para outras condições, comprometendo o acesso à saúde como um todo (PHELAN *et al.*, 2015; PAIM; KOVALESKI, 2020).

De acordo com Tylka *et al.* (2014), as diretrizes de tratamento para a obesidade que dominam grande parte da medicina ocidental atualmente constituem uma “abordagem normativa de peso”, que presume que toda pessoa acima do peso requer intervenção. E que esta intervenção deve estar focada no peso, tanto na prevenção individualizada como nas recomendações de tratamento, os quais muitas vezes são ineficazes, podem gerar potenciais danos e são invasivos, como as dietas, fármacos e a cirurgia bariátrica.

Importa destacar que essas representações do corpo gordo revelam que nem sempre, na história da humanidade, este foi concebido como um “problema”, particularmente como um “problema” de saúde.

Em um dado período do contexto histórico medieval, quando a produção e abastecimento de alimentos não correspondiam ao necessário para alimentar as populações, o corpo gordo era sinal de fartura e representava status social e econômico, sendo valorizado na

sociedade da época. No Brasil, a corpulência dos senhores de engenho durante o período colonial era vista como sinônimo de opulência e poder. Já no século XX, ao menos até os anos 1970, período em que se situa a primeira narrativa, a “corpulência” ou o corpo gordo, ainda que já visto como um problema clínico pelos médicos, gozava de certo prestígio e admiração (VIGARELLO, 2012).

A “arte de emagrecer”, todavia, parece estar mais vinculada a uma dimensão estética, diante de corpos que começavam a se “desnudar” frente a uma sociedade repleta de imagens de pessoas, em especial mulheres, que se deslumbravam com corpos mais delgados. Em dado momento histórico, passa-se a existir uma valorização e popularização do lazer (a exemplo da prática de ir à praia e a prática de esportes) – e com ele novos modos de se vestir, expondo as formas corporais nos espaços públicos. Cabe também salientar a importância neste período da popularização das imagens corporais através da fotografia, do cinema e da publicidade (SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020).

O tamanho do corpo tornou-se uma preocupação cultural e médica e a saúde passou a ser tratada como um estado estético, que pode ser avaliado através da forma e da medida do corpo (JUTEL, 2006). Constata-se que qualidades morais de autocontrole e distinção social estão relacionados à magreza, a tornando sinônimo de boa saúde, disciplina e beleza, e constituindo-a como um instrumento de mobilidade social. Desta forma, a gordura passa a ser um sinal de doença, gula, perda de controle e fraqueza. Assim, o entendimento passa de uma característica física para um julgamento moral, ou seja, o corpo gordo é moralmente incorreto e estigmatizado (GASPAR; SATO; SCAGLIUSI, 2022).

A dimensão estética do corpo se revela a partir do momento que se compreende que a beleza faz parte da construção de vida das mulheres desde muito cedo, muitas vezes até antes de nascer: “*a princesinha que vem aí*”, “*a boneca que está para nascer*”. A pressão estética em relação ao corpo das mulheres não é observada quando se trata de pessoas do sexo masculino. Além dos problemas causados pelo estigma do corpo gordo, as mulheres ainda convivem com mais um tipo de opressão que é a necessidade de ser bela conforme os padrões estabelecidos pela sociedade capitalista e patriarcal da contemporaneidade.

A Naomi Wolf (2020) traz em seu famoso livro a ideia de beleza enquanto mito e como uma forma de opressão das mulheres. A autora traz reflexões importantes sobre como as mulheres sempre se tornam reféns da sociedade de alguma forma e de maneira geral deixa claro que quanto mais ocupadas as mulheres estiverem tentando se adequar ao mito da beleza, menos tempo e energia terão para buscar liberdade, seja intelectual, sexual ou econômica. É importante entender que além de ser uma arma de controle social, os padrões de beleza

também são fontes de lucro para vários ramos de indústrias que ganham muito dinheiro vendendo insatisfação com a imagem que as mulheres veem no espelho (WOLF, 2020).

Na tentativa de conquistar corpos dentro de um padrão físico imposto culturalmente, as mulheres constroem relações de poder entre si, de forma a competirem por alcançar mais e melhor essa “beleza”, a qual os homens valorizam e se apropriam dessa busca (WOLF, 2020). Tanto é assim que mulheres gordas, ou nem tão preocupadas com essa busca, são consideradas mulheres que não se cuidam, largadas, masculinas, de baixa autoestima (JIMENEZ-JIMENEZ, 2020). Desta forma, o corpo desejado e malhado é o que será considerado socialmente “belo”, enquanto o corpo que não segue esse fim acaba sendo considerado “feio”, fracassado e, portanto, excluído socialmente.

A beleza está relacionada diretamente na forma como a sociedade está organizada de maneira patriarcal, onde o sexo feminino é objeto de desejo e dominação, instrumentalizando controles para que as mulheres, desde muito cedo, queiram e foquem na beleza como objetivo final de sobrevivência (JIMENEZ-JIMENEZ, 2020). Ao atribuir valor às mulheres numa hierarquia de beleza, de acordo com um padrão físico imposto culturalmente, ele expressa relações de poder segundo as quais as mulheres precisam competir, entre si, de uma forma não natural, por recursos dos quais os homens se apropriaram (WOLF, 2020).

Assim, percebe-se que, ao longo da história, o corpo gordo foi interpretado de diferentes formas, expressando os valores sociais e culturais de cada tempo: ora belo, ora indolente, ora monstruoso, ora glutão, ora culpado, ora vítima por seu destino corporal. Todavia, o corpo gordo visto como obeso e, portanto, um corpo doente e que se torna um problema de saúde pública é algo muito recente na história (SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020).

As orientações e ações de cuidado das pessoas com obesidade foram baseadas ao longo dos anos em uma abordagem que prioriza a perda de peso como ação exclusiva de sucesso no acompanhamento dos indivíduos. De forma geral, mesmo que as pessoas com sobrepeso e obesidade busquem os serviços de saúde para o cuidado de outras condições clínicas, a redução do seu peso corporal integra o conjunto de orientações recebidas (BACON, 2006).

É importante refletir e modificar a prática de responsabilizar exclusivamente o indivíduo pelo seu destino corporal e de saúde. Existem uma série de obstáculos, de diferentes ordens, para que seja possível implementar mudanças nas práticas de vida que estão fora do alcance dos sujeitos. As políticas precisam atentar-se a outras dimensões - econômicas,

sociais e culturais - que possam ofertar condições dignas para que os sujeitos tenham mais oportunidades de instituir modos de vida mais saudáveis.

3.1.2 Classificação da Obesidade para além do IMC

Considerando a obesidade como doença, existem evidências científicas que demonstram que o objetivo do seu tratamento não deve ser “normalizar” o IMC e que perdas de peso intermediárias podem ser o bastante para a redução de riscos à saúde e doenças cardiovasculares (HONG *et al.*, 2021; HALPERN *et al.*, 2022) Estas evidências colocam em questionamento a ideia de que para ser saudável, o indivíduo precise ficar magro.

Assim, em tratamentos clínicos, a literatura tem sugerido que perdas entre 10 e 15% são consideradas excelentes, com foco em manutenção de peso posterior. Essa redução independe do peso final, assim, uma pessoa com obesidade classificada em grau III ou gorda maior, que emagrece, mas se mantém com peso classificado ainda dentro da “Obesidade” pelo IMC, tem benefícios claros (HONG *et al.*, 2021; HALPERN *et al.*, 2022).

Uma análise epidemiológica com mais de 6000 pacientes que realizaram cirurgia, mesmo mantendo peso acima do considerado “normal” pelo IMC, tinham marcadores de saúde cardiometabólicos muito mais parecidos com de uma população magra do que de uma população com peso semelhante ao deles, mas que nunca havia emagrecido. Ou seja, existe a evidência de que perdas de peso menores do que as recomendadas por muitos já trazem grandes benefícios (HONG *et al.*, 2021).

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo (SBEM) e a ABESO propuseram uma nova classificação de obesidade baseada no peso máximo alcançado na vida. Nessa classificação, os indivíduos que perdem uma proporção específica de peso são classificados como tendo “obesidade reduzida” ou “controlada (HALPERN *et al.*, 2022).

A proposta da nova classificação é simples e não tem o objetivo de substituir outras, mas se apresenta com o interesse em servir como uma ferramenta a mais, pois se coloca como uma forma de disseminar o conceito de benefícios clínicos derivados da modesta perda de peso, permitindo que indivíduos com obesidade e os profissionais de saúde que os acompanha se concentrem em estratégias de manutenção de peso ao invés de maiores reduções de peso. Esta nova classificação pode ser também uma ferramenta importante para avaliar possíveis diferenças nos resultados terapêuticos entre indivíduos com IMC's semelhantes, mas diferentes trajetórias de peso (HALPERN *et al.*, 2022).

Vale salientar que a proposta em si pode ser considerada nova, a centelha de nomear como uma nova classificação, mas a ideia trazida por ela já é bem estabelecida, pois todas as diretrizes de tratamento de obesidade enfatizam que perdas a partir de 5% trazem benefícios à saúde, sendo eles mais claros a partir de 10% (e acima de 15% se IMC mais alto) (BLACKBURN, 1995; ARGENTINA, 2014; RAYNOR; CHAMPAGNE, 2016; BRASIL, 2020b; WHARTON *et al.*, 2020).

Destaca-se a premissa que o cérebro tende a reconhecer o peso máximo da vida como o peso a ser defendido, e qualquer estratégia de perda será contrabalançada, facilitando a recuperação de peso e levando ao indivíduo ao que popularmente é chamado de “efeito sanfona”. Assim, o que a proposta faz é unir conceitos e a partir de então, facilitar ao indivíduo que convive com a obesidade ajustar expectativas, e não perseguir perdas insustentáveis, com risco de piora de qualidade de vida e bem estar psíquico, e desenvolvendo grande chance de abandono de tratamento quando o peso se estabilizar antes do IMC chamado de “normal” (RYAN; YOCKEY, 2017; HONG *et al.*, 2021; HALPERN *et al.*, 2022).

Assim, pessoas com IMC entre 30-40 terão “obesidade controlada” se chegarem a perder mais que 10% do peso, e “obesidade reduzida” se perderem de 5 a 10%. Se o IMC for maior que 40, será “controlada” acima de 15% e “reduzida” entre 10 e 15%. Os autores da proposta destacam que com isso, o IMC máximo o indivíduo será sempre destacado, o que pode reafirmar o conceito da obesidade enquanto doença crônica, e que quem já teve um IMC alto tem uma biologia que o favorece a retornar para próximo desse IMC, e é isso que deveria ser considerado. Para os autores da proposta de nova classificação o achado reforça que a obesidade não tem cura, mas tem controle (HALPERN *et al.*, 2022).

Ainda que diferentes estudos e diretrizes clínicas apontem os benefícios da perda de peso em pessoas com sobrepeso e obesidade, considerando que mesmo perdas modestas de 5% a 10% do peso corporal – promovem benefícios significativos para a saúde (BLACKBURN, 1995; ARGENTINA, 2014; RAYNOR; CHAMPAGNE, 2016; BRASIL, 2020b; WHARTON *et al.*, 2020), e as ações do Ministério da Saúde direcionadas às pessoas com sobrepeso e obesidade reiterem essa importância (BRASIL, 2020b), as evidências mais recentes têm apontado os limites da abordagem focada na perda de peso (TYLKA *et al.*, 2014; BESSEY; LORDLY, 2020). Ainda há muito o que pesquisar e afirmar.

A literatura tem apontado outras maneiras de classificação da obesidade como “metabolicamente saudável” e “não saudável”, por exemplo. Porém o uso dessa proposta de classificação foi restringido devido a controvérsias em torno dos critérios que definem a saúde

metabólica de um indivíduo como níveis de corte e inclusão de medida mais complexas da doença, como resistência à insulina ou gordura hepática (SIMS, 2001; SMITH; MITTENDORFER; KLEIN, 2019; BLÜHER, 2020). Também foi proposta uma classificação da obesidade baseada na presença de comorbidades e incapacidades como um sistema de estadiamento semelhante às classificações que são utilizadas em oncologia, como é o caso do *Edmonton Obesity Staging System*, que trata-se de um sistema para avaliar os riscos e benefícios de diferentes tratamentos da obesidade, porém também apresenta algumas limitações, como o fato do parâmetro de “carga psicológica” que está incluso na classificação, não poder ser definido de forma objetiva (KUK *et al.*, 2011; PADWAL *et al.*, 2011).

Ainda em tempo, também houve uma proposta que sugeria que o termo “obesidade” deveria ser modificado e que a classificação de excesso de gordura prejudicando a saúde deveria receber terminologias diferentes, como adiposopatia ou doença crônica baseada em adiposidade (ABCD), mas estas recomendações estão restritas a algumas situações específicas (MECHANICK; HURLEY; GARVEY, 2017).

O que fica claro é que o fato de entender ou não a obesidade como sendo uma doença ou um fator de risco para outras doenças, qualquer proposta de nova classificação ou novas formas de olhar e compreender o fenômeno complexo da obesidade, leva ao entendimento que é preciso trabalhar o tema reduzindo a estigmatização dos indivíduos que convivem com a obesidade em seus corpos e pensar qual tipo de cuidado que está sendo dispensados aos corpos gordos, tema que será discutido no próximo capítulo.

3.2 O CUIDADO TRAFEGA PELAS CURVAS

Segundo o Dicionário *online* de Português disponível na internet, “cuidado”² pode ser um substantivo masculino, um adjetivo ou uma interjeição, e para cada classificação uma série de conceitos possíveis. É uma palavra que o dicionário dedica um expressivo número de linhas para explicá-la. Como substantivo masculino, cuidado é:

- Demonstração de atenção; em que há cautela, prudência: ex. cuidado ao atravessar esta rua!
- Aplicação e capricho ao realizar algo; zelo, esmero: ex. trabalhava com cuidado;
- Atenção maior em relação a; preocupação: ex. ele necessita de cuidados;

² A consulta do conceito pode ser feita em: <https://www.dicio.com.br/cuidado/>.

- Dever de arcar com seus próprios comportamentos ou com as ações de outrem; responsabilidade: ex. cuidados médicos.

Como adjetivo, cuidado pode ser:

- Muito bem-feito; em que há primor, capricho; aprimorado: ex. trabalho cuidado;
- Sobre aquilo que se pensa em excesso; ponderado: ex. análise bem cuidada;
- Que foi previsto; muito ponderado; cuidadoso: ex. teve uma intenção cuidada;
- Que foi ou tem sido alvo de um algum tipo de tratamento especial; tratado: ex. criança bem cuidada.

E como interjeição é uma expressão de cautela e prudência: Cuidado! O cão está solto.

Ao evocar a origem da palavra, “cuidado” deriva do latim “*cura*” ou, de sua forma mais antiga, “*mera*”. Era usada num contexto de relações de amor e amizade, expressando uma atitude de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação (ZONBOLI, 2003). Também tem outra origem apontada que é “*cogitare-cogitatur*”, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Assim, por sua própria etimologia, a palavra “cuidado” tem significações, intimamente ligadas entre si. Uma indicando uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção com o outro e outra denotando uma preocupação e uma inquietação advindas do envolvimento e do vínculo de responsabilização para com o outro por parte de quem cuida (ZONBOLI, 2003).

Sendo assim, desde sua origem, cuidar não é um ato isolado, mas expressa um modo de ser, a forma como o ser humano se estrutura, se realiza no mundo com os outros e como embasa as relações que estabelece com as coisas e as outras pessoas (ZONBOLI, 2003).

O leitor pode estar se perguntando o porquê de se gastar tantas linhas para trazer conceitos, etiologias e significados para a palavra “cuidado”. A intenção é expressar quão rica e complexo é o diálogo sobre a palavra em questão, mais precisamente o cuidado de pessoas que convivem com seus corpos gordos e dissidentes. Esta tese não tem a pretensão de esgotar as possibilidades de reflexão e ressignificação do que significa cuidar no contexto da saúde, nem muito menos criar novos conceitos. O olhar sobre o CUIDAR de pessoas já está posto, o exercício aqui é tirá-lo um pouco da linha e jogá-lo nas curvas diversas que a existência constrói.

3.2.1 O olhar para a significância do cuidado

Antes de aprofundar um pouco o cuidado na perspectiva da saúde e especificadamente em relação a pessoa gorda, importa resgatar alguns saberes a respeito do tema, por indivíduos que vêm construindo conhecimento e reflexão ao longo dos tempos.

Optou-se por trazer de início a perspectiva de Heidegger (2005), um filósofo alemão, que dedicou sua vida, entre outros debates, a fornecer uma base intelectual para uma nova compreensão de mundo. Para este filósofo, o cuidado contempla o modo positivo de cuidar dos entes, não é sinônimo de bondade, é sobre entender de maneira autêntica o que é importante. É tudo que é percebido, entendido, conhecido de imediato. Trata-se da compreensão cotidiana do *ser* no qual o ser humano se move. É a dimensão do ser-aí envolvido na cotidianidade.

Leonardo Boff (2014) traduz as de Martin Heidegger, “cuidado significa um fenômeno ontológico-existencial básico”, como “um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana”.

Ainda no campo dos autores clássicos que construíram teorias em torno do cuidado, cita-se aqui o Winnicott, um psicanalista inglês que foi um estudioso, não do psiquismo, nem do aparelho psíquico, mas da natureza humana. Sua atenção foi voltada para a história real das relações de um indivíduo com seu meio ambiente, desde o início da vida (DIAS, 2010). O cuidado é um elemento essencial na teoria winnicottiana do amadurecimento. Ser cuidado é uma condição necessária para a possibilidade de existir, vir a ser. Desde o ser cuidado ao cuidar, um longo e complexo caminho precisa ser trilhado pelo ser humano (LOPARIC, 2013).

O Winnicott formulou, na década de 70, uma nova ideia de ética do cuidado, trazendo à memória que uma das raízes etimológicas da palavra cura, seria cuidado. Ele faz uma explicação que importa muito para os dias atuais de que, esse sentido de cura começa a degenerar-se e passa-se a designá-lo como tratamento médico, ou seja, por uma intervenção, cura por meio de algo. Relata-se então que é neste ponto que se inicia um processo de objetificação da cura, com a substituição do cuidado pela aplicação de algum elemento ou substância curativa. Posteriormente, no século seguinte, outro significado é adicionado a este: o de desfecho bem-sucedido (WINNICOTT, 1989).

É importante refletir sobre este apontamento de Winnicot (1989), pois este conceito resvala nas ações de saúde até o presente momento. A saúde se restaura no indivíduo doente,

a doença é destruída, exorciza-se o espírito mau, ou seja, a doença passa a ser entendida como mal ou como pecado, algo a ser erradicado ou a ser redimido (WINNICOTT, 1989).

O entendimento winnicottiano revela que a relação terapêutica é uma forma especializada de estar-com-o-outro. Seja qual for a natureza do problema que aflige o indivíduo (chamado tradicionalmente de paciente), ele é outro *ser humano*, assim como quem pretende mediar o processo terapêutico, ambos na incumbência de existir (DIAS, 2010).

Concordando com princípios dos filósofos do século passado em relação ao entendimento sobre cuidado e acrescentando outros elementos que vão surgindo a partir da experiência e de estudos mais recentes, pode-se citar alguns estudiosos que abraçaram o tema em alguma instância da vida ou fazem da pauta do cuidado, a sua missão.

A Vandana Shiva, que é uma mulher indiana, filósofa, ecofeminista e ativista ambiental, publicou em 2022, um “Manifesto sobre a economia do cuidado e a democracia da Terra” que ocorreu paralelo ao lançamento do seu livro “*True Economy – from Greed to na Economy of care* (A verdadeira economia: da ganância para uma economia do cuidado, em tradução livre, tradução nossa). Neste manifesto, a autora trata o cuidado e o apoio mútuo como sendo “moedas da vida”, tanto na natureza quanto na sociedade, interagindo com um todo, compartilhando valores intrínsecos e direitos inerentes. E acrescenta que respeitar os recursos finitos da Terra é fundamental para uma economia do cuidado e para uma humanidade solidária (SHIVA, 2022).

O Manifesto mencionado ainda propõe que as economias do cuidado sejam baseadas na igualdade, justiça e dignidade para todos e todas, e estão no centro de uma democracia viva do povo, pelo povo, para o povo, onde nenhuma pessoa ou espécie é dispensável. As Economias do Cuidado geram alimento, saúde e trabalho para os indivíduos. Em contraposição, o manifesto coloca que as economias da ganância são baseadas no controle centralizado, na uniformidade, na dominação e na criação de hierarquias e são uma ameaça à democracia (SHIVA, 2022).

Vários pesquisadores da contemporaneidade dialogam com esta visão da filósofa indiana, o neurocientista Sidarta Ribeiro (2022) diz que nossa espécie se caracteriza pela dicotomia entre o cuidado com pessoas consideradas do círculo íntimo e a competição com aqueles excluídos desse círculo por qualquer razão que seja. O autor supracitado cita ainda que é preciso, ao mesmo tempo, curar nossa pior ancestralidade e honrar nossa melhor ancestralidade. Por um lado, é preciso confrontar as partes doentes de nossas origens, como o patriarcado, que promove competição feroz e generalizada, acumulação, opressão, machismo, racismo, homofobia e todo tipo de intolerância.

É fundamental nutrir antigas tradições relacionadas aos cuidados recíprocos entre as pessoas. Desde a pré-história, nossos ancestrais desenvolveram uma sofisticada ética do cuidado, baseada nos valores da atenção, da responsabilidade, da comunicação, da responsividade, da competência, da confiança, do respeito, da solidariedade e da pluralidade (RIBEIRO, 2022).

Por inúmeras gerações de humanos pré-históricos e históricos, até muito recentemente, apenas aqueles capazes de colaborar com "os de dentro" e competir com "os de fora" tiveram sucesso em sobreviver e se reproduzir. Acontece que hoje existe abundância suficiente para garantir a todos e todas não apenas água limpa, comida saudável, teto seguro e medicina eficaz, mas também música, livros, museus e florestas. Assim como inúmeras vezes aconteceu entre os ancestrais, os mais fortes precisam cuidar dos mais fracos (RIBEIRO, 2022).

Quando diz que "o futuro é ancestral", Ailton Krenak (2020a) expressa que não haverá futuro sem o resgate das cosmovisões sustentáveis do passado. Privado de natureza, sono, sonho, alimentação, exercício físico e relações humanas de qualidade, o ser humano se fechou em um beco existencial e ecológico que parece não ter saída. Entre as capacidades ancestrais que precisam ser recuperadas, a capacidade de cuidar do outro está entre as primeiras. É preciso compreender que só quando todas e todos, sem exceção, puderem cuidar e ser cuidados reciprocamente haverá progresso social genuíno (KRENAK, 2020a; RIBEIRO, 2022).

A maneira de olhar para o cuidado que está sendo proposta nesta tese dialoga com o pensamento de muitos autores e pesquisadores deste tempo presente que vêm discutindo a vida, a possibilidade de construir um tipo de mundo diferente do que se conhece atualmente e que de alguma forma alinhavam em seus escritos a necessidade de ressignificar o cuidado entre os seres vivos, principalmente entre os seres humanos. A Vandana Shiva, o Sidarta Ribeiro, a Rita von Hunty, o Ailton Krenak, o Davi Kopenawa e tantos outros intelectuais deste século, que tradicionalmente não compõem a lista de leitura obrigatória do campo da saúde, se integram a autores um pouco mais conhecidos nesta área, como Leonardo Boff e Paulo Freire para colaborar na grande missão que é (re)pensar, (re)estabelecer, (re)integrar a prática do cuidado entre os indivíduos.

Mesmo o conceito de cuidado não estando diretamente explicitado nas obras de Freire, a sua compreensão ético-crítico-política da Educação está cheia de elementos que remetem a uma concepção cuidadora (FREIRE, 2016; NESPOLI *et al.*, 2020). É possível fazer um exercício crítico-analítico que busca refletir sobre como o pensamento freiriano possibilita

afirmar outra concepção de cuidado e, mais do que isso, como possibilita afirmar o cuidado como dimensão de sua pedagogia (KOHAN, 2019).

A concepção de cuidado nesta perspectiva trazida por esta tese pressupõe a compreensão do conceito de diálogo, o qual Freire aponta o amor como um de seus elementos constitutivos e o qualifica como o “amor ao mundo e aos homens”, o que demonstra uma noção de amor que inclui comprometimento dos sujeitos com os contextos em que vivem e com as interações sociais que são estabelecidas em prol das causas dos oprimidos para a sua libertação (FREIRE, 2016). Enxerga, portanto, o amor como uma força vital, uma expressão da coragem e do compromisso com os outros (KOHAN, 2019).

Bell Hooks (2021) propõe em seus escritos que é fundamental sempre pensar no amor como uma ação, ao invés de um sentimento, pois assim qualquer pessoa que utilize a palavra dessa maneira, assume automaticamente responsabilidade e compromisso, e desta forma compreende que não pode haver amor sem justiça. Portanto, cuidar de alguém significa ter responsabilidade sobre este alguém e emerge da importância da existência de alguém para o sujeito (BOFF, 2014).

No contexto que esta tese se insere, portanto, importa colocar cuidado em tudo e para isso, faz-se necessário conceder direito de cidadania à toda capacidade de sentir o outro, de ter compaixão com todos os seres que sofrem, inclusive os humanos, de obedecer a lógica da cordialidade e da gentileza do que a lógica da conquista e do uso utilitário das coisas (BOFF, 2013; BOFF, 2014; KRENAK, 2020b).

Faz necessário compreender que dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo, mas sim, renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos e por conseguinte, desconectados da subjetividade humana (BOFF, 2014; KRENAK, 2020b). Significa ainda recusar-se a todo despotismo e toda dominação, impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo e derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado (BOFF, 2014).

3.2.2 O cuidado na formação em saúde

Ao propor um diálogo entre a formação em saúde e o entendimento sobre cuidado, faz-se necessário inicialmente resgatar que o artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988), isto significa que no território brasileiro, o profissional da saúde deve ter vivenciado a promoção da articulação entre formação, gestão, atenção e controle social, com

vistas a humanização, a integralidade e o trabalho em equipe durante os anos de formação acadêmica na graduação.

A Resolução nº 569 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) traz alguns pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, todos construídos na perspectiva da participação social em saúde, a saber:

I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde, com uma série de objetivos descritos na resolução; II - Atendimento às necessidades sociais em saúde; III - Integração ensino-serviço-gestão-comunidade; IV - Integralidade e Redes de Atenção à Saúde (RAS), observando-se os pressupostos dos SUS; V - Trabalho interprofissional; VI - Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde; VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa; VIII - Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil; IX - Educação e comunicação em saúde numa perspectiva interrelacional; X - Avaliação com caráter processual e formativo; XI - Pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde, e XII - Formação presencial e carga horária mínima de 4.000 horas para cursos de graduação da área da saúde (BRASIL, 2017, p. 1).

Percebe-se que existe um arcabouço teórico e regimental a respeito de como a formação em saúde deve se organizar na prática, pautada na prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos trabalhadores da área da saúde. Em relação a Nutrição, em específico, as DCN em vigor, expressam que a formação do nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2001).

Desta forma, o desafio proposto pelas DCN de formar profissionais generalistas, em uma perspectiva mais ampla e focada nas questões sociais, e em sua inserção no SUS, com capacidade de leitura dos problemas locais e menos “biologicista”, exige dos cursos a necessidade de incorporar, em seus projetos pedagógicos, conteúdos mais diversificados em consonância com os novos olhares para a profissão (RECINE *et al.*, 2012; ALVES; MARTINEZ, 2016), assim como considerando a proposta de uma nova DCN para Nutrição que está em discussão na atualidade, os cursos de nutrição necessitam reorganizar a formação com foco em construção de competências, muito mais que priorizar memorização e grandes volumes de conteúdos (BRASIL, 2022). A formação generalista transcende a atenção dietética, ampliando as competências e o espectro de atuação do nutricionista.

Existe na formação um desafio de contemplar as necessidades de saúde, com ênfase nas demandas da sociedade e do SUS, mas também de abordagens que permitam que o

profissional atue em diferentes fases do sistema alimentar, ampliando sua perspectiva de ação para a determinação social da saúde e alimentação, inclusive para os aspectos ambientais (BRASIL, 2001; BEAUMAN *et al.*, 2005; RECINE *et al.*, 2012). Esse cenário tem exigido dos nutricionistas uma reflexão mais aprofundada quanto a seu papel de profissional da saúde, que deve estar comprometido com a promoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2001; BEAUMAN *et al.*, 2005) sem desconsiderar aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos.

A formação do nutricionista, como profissional de saúde, e especialmente o que atua na área de saúde pública, passa pela incorporação do arcabouço teórico do SUS, com a valorização dos postulados éticos e de cidadania, e passa também pelo conhecimento do processo saúde/doença/cuidado, dentro de um contexto epidemiológico (RECINE *et al.*, 2012) devendo ainda considerar a realidade sanitária, social, política e cultural, bem como a diversidade regional brasileira (HADDAD *et al.*, 2010; BRASIL, 2022).

Já está bem descrito na literatura a necessidade de superar uma formação biomédica, biologicista, positivista e centrada na doença, por uma abordagem mais holística, interseccional, interdisciplinar e plural no campo da saúde (KOIFMAN, 2001; CHIESA *et al.*, 2007; MAKUCH; ZAGONEL, 2017; RAMOS, 2021). O modelo biomédico vem influenciando a organização dos currículos dos cursos da saúde desde sempre e por mais que os anos passem e se discuta a necessidade de mudança de paradigma, o desafio persiste e insiste. A ideia de que o corpo humano é uma espécie de máquina com partes inter-relacionadas e a doença representa uma assimetria dessas partes continua orientando o olhar na saúde. Os conteúdos curriculares continuam priorizando às questões de saúde individuais em detrimento das coletivas, e ainda se desconsidera fatores ambientais, psíquicos, afetivos, históricos e culturais do processo de saúde-doença do humano (RAMOS, 2021).

É preciso tecer críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde para que seja possível superar as lacunas que persistem e migram da formação para a prática dos profissionais de saúde. O discurso biomédico traz muito bem descrito o aspecto físico-biológico da enfermidade e sua sintomatologia, mas dificilmente se preocupa em saber do próprio indivíduo que convive com a doença ou condição, qual sua perspectiva e que conceitos podem emergir desse saber prático (PEREIRA, 2011).

Porém, uma ressalva é necessária ser feita. A ideia não é permanecer justificando a divisão em duas partes da Ciência, isso na verdade, só enfatiza ainda mais o posicionamento positivista e dicotômico. Persistir na mera distinção entre a natureza (biológica) e suas leituras (sociais ou culturais), e as divisões consubstanciais entre fatos e valores, mundo e

representações, não resolve a agrura. Insistir que a “materialidade da doença”, a “objetividade dos corpos”, a “definição das enfermidades” são responsabilidades unicamente da biomedicina, posiciona as ciências sociais como dependentes e subservientes de um saber que não se pode interrogar, cabendo-se apenas buscar as dimensões sociais ou culturais de algo antecipadamente definido (PEREIRA, 2011).

Muitas vezes essa busca de dimensões sociais ou formas culturais específicas reveste-se de um caráter majoritariamente pragmático: saber como determinada “população” pensa sobre tal doença facilitaria a adesão a tais terapêuticas e aumentaria a eficácia de tais tratamentos. Nessa situação, extremamente habitual para quem trabalha na área, envoltas numa áurea humanista as ciências sociais – voltadas à compreensão de saúde, doença e corpo – terminam por subsidiar a lógica biomédica que tanto critica.

O movimento de compreender as dimensões sociais da doença para possibilitar uma intervenção – com ideais humanistas, pragmáticos e objetivando “melhorar as condições de vida dos envolvidos” – sustenta o poder médico. A Ciência, como uma metanarrativa para o mundo, possibilita o enquadramento dos “outros” como alteridades totais e substancializadas. Por isso, novas formas de perceber o mundo e novas imaginações conceituais estão sempre se fazendo necessárias.

Por esta razão, a necessidade de trazer a construção do conceito de cuidado em seu entendimento mais amplo para a formação em saúde, não diz respeito a colocá-lo em segundo plano em detrimento aos conhecimentos hegemônicos sobre a obesidade. Boff (2014) diz que todas as pessoas se fazem aprendizes e aprendentes, por isso o espaço acadêmico pode e deve ser compreendido como construtor de saberes.

A formação em Nutrição tem construído o exercício da clínica com uma concepção de alimentação-saúde-doença negativa, ancorada por um entendimento de prescrição de dietas restritivas e padronizadas, pautada em uma visão tradicional e energético-quantitativa estabelecidas pelo nutricionista. Estimula-se a construção de um exercício profissional apartado dos sujeitos e de suas subjetividades, além de privilegiar posturas estritamente técnicas e fragmentadas do que deveria ser cuidado (KRAEMER *et al.*, 2014; VILLELA; AZEVEDO, 2021).

Considerando essa formação hegemônica, a conduta do nutricionista se fundamenta em práticas reducionistas, intervencionistas, controladoras e com uma visão limitada da alimentação – ato biológico, desqualificando sua dimensão psicossociocultural (VILLELA; AZEVEDO, 2021). Então a formação ocorre no sentido de “preparar o nutricionista para intervir na alimentação do seu futuro cliente com obesidade e prescrever uma dieta”

(WALDOW, 1998) quando na verdade, a compreensão deveria ser de que o cuidado humano não é passível de ser prescrito, não possui uma receita, pois ele é experimentado, exercido.

Ao desconsiderar o complexo sistema de símbolos sociais, políticos, religiosos, éticos e estéticos que a alimentação representa, a formação do nutricionista pode terminar por produzir uma repetição de uniformização de necessidades nutricionais humanas, o que facilita a elaboração de recomendações que objetivam o controle e a manutenção de estruturas hierárquicas de poder, promovendo desta forma, uma visão utilitarista do corpo, de grande interesse para a sociedade capitalista que necessita do corpo produtivo (KRENAK, 2020b; VILLELA; AZEVEDO, 2021).

A formação, não apenas do nutricionista, como de todos os campos da saúde, deve superar a ideia do ser humano colocado a serviço da economia e da produção, gerando um corpo produtor que, portanto, precisa de ter saúde para melhor produzir e precisa de adaptar-se aos padrões de beleza para melhor consumir. Corpos dóceis, segundo Foucault (1987), corpos moldados e disciplinados pelo exercício físico e pela alimentação, com o objetivo de atingirem o corpo padrão (MOREIRA, 2009). Fora deste padrão, encontram-se os corpos gordos, os chamados obesos, que por não se “enquadrarem”, são configurados como corpos periféricos segundo Fernandes e Barbosa (2016).

Evocando a ideia de Bourdieu (1979) que falava em um *capital corporal*, discutindo que as propriedades corporais podem funcionar como capital para a obtenção de lucros sociais, para conceder à representação dominante do corpo um reconhecimento incondicional, no caso desses corpos periféricos (corpos gordos), estes ficam excluídos ou ao menos marginalizados desse capital (FERNANDES; BARBOSA, 2016). É preciso reconfigurar a formação em saúde para não perpetuar essa máxima.

Os princípios da Educação Popular e da Educação Libertadora de Paulo Freire (1967, 1996, 2016) podem oferecer ferramentas para ressignificação da formação no campo da saúde e mais especificamente no que diz respeito ao cuidado das pessoas que convivem com a obesidade, pois a Educação Popular toma como ponto de partida os saberes prévios dos educandos. Sendo assim, quem mais poderia oferecer pistas de como deve ser organizado o cuidado da pessoa com obesidade se não o próprio indivíduo que convive diariamente com seu corpo gordo?

A educação popular faz uma aposta pedagógica na ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à proporção que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história (VASCONCELOS, 2004; FREIRE, 1996).

A educação popular em saúde busca não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas a intensificação da participação popular radicalizando a perspectiva democratizante das políticas públicas (VASCONCELOS, 2004). A Educação Popular em Saúde será mais profundamente discutida em capítulos vindouros.

Este ponto relacionado a formação vai sendo finalizado (por hora) com os três sentidos básicos que são expressos pelo cuidado e que precisam ser incorporados a formação de todos que pretendem exercer sua profissão no campo da saúde. Em primeiro lugar o cuidado significa uma relação amorosa entre as pessoas. Num sentido mais amplo, o cuidado pode ser entendido como um novo paradigma, o qual se confronta com o paradigma da modernidade que reside na vontade de poder como dominação, como uma mão que agarra e se apropria. Contrariamente, o cuidado é a mão que acaricia e acolhe (BOFF, 2006).

Em segundo lugar, o cuidado é todo tipo de envolvimento entre os seres humanos. Vera Regina Waldow (1998), uma enfermeira que soube unir uma vasta experiência com uma segura reflexão teórica escreveu: “Os objetivos de cuidar envolvem, entre outros, aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer. O cuidado mesmo na ausência de alguma enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, é também imprescindível, tanto como uma forma de viver como de se relacionar”.

E a terceira dimensão do cuidado é a que liga os seres humanos ao planeta Terra e isto precisa ser inserido na formação em saúde. A Terra é viva e há uma relação tão estreita entre os seres humanos e a Mãe Terra que se os indivíduos a faz adoecer, explorando-a exacerbadamente, os próprios seres humanos adoecem (BOFF, 2006).

Unindo os três sentidos aqui aportados, pode-se dizer que a atividade de todos os profissionais de saúde emerge também como uma atividade política e ecológica, de cuidado e salvaguarda da Terra e, com ela, das vidas humanas e de toda a comunidade de vida (BOFF, 2006). Cuidar não é apenas um ato, mas uma atitude permanente e, não raro, desgastante. Esse cuidado empático vivifica as ações das pessoas que escolhem o fazer em saúde e que precisarão obter na formação o sentido da ética do cuidado.

3.2.3 O cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde

A atenção à saúde das pessoas com obesidade é um grande desafio para as equipes de APS. Sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias

profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

Estudo realizado com profissionais de saúde brasileiros para explorar e descrever os desafios para a atenção da obesidade no SUS mostrou que as principais barreiras são a alta demanda por atendimento curativo e individual, a presença de comorbidades e a falta ou acesso insuficiente a materiais didáticos, qualificação profissional e falta de apoio (MENEZES *et al.*, 2020). Assim, apesar da sua magnitude, a obesidade parece ser invisível na rotina de trabalho de profissionais e gestores, muitas vezes não sendo reconhecida como uma questão de saúde pública. As barreiras relacionadas à oferta de cuidado reforçam a necessidade de priorização e revisão do processo de trabalho e aspectos estruturais da APS e evidenciam a urgência de empoderamento das equipes de saúde.

De forma geral, os desafios enfrentados para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS são diversos e envolvem (BURLANDY *et al.*, 2020): Diagnóstico nutricional tardio; Baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos; Despreparo para lidar com a complexidade das doenças crônicas, em especial a obesidade; Busca pelos serviços de saúde motivada por complicações relacionadas à obesidade, tais como diabetes, hipertensão e dores articulares, mais do que pela obesidade; Pouca integração das ações de promoção da saúde no cotidiano de cuidado; Baixa atuação em equipe multiprofissional; Perspectiva culpabilizadora dos profissionais em relação aos indivíduos com obesidade, o que dificulta o acolhimento e o tratamento adequado; Inadequação do modelo biomédico para abordagem terapêutica integral da obesidade.

De acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), menos de 3% das condições e problemas avaliados nos mais de 105 milhões de atendimentos realizados correspondiam à obesidade. E, desses, menos da metade teve consulta agendada para cuidado continuado (conduta aplicada para casos de DCNT). Entre os casos encaminhados para outros pontos da rede de atenção, 95,0% tiveram encaminhamento para serviço especializado (BRASIL, 2019).

A atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito da APS do SUS, tem como bases de sustentação a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2013a), a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2018), a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), as normas e diretrizes para implementação da Linha Cuidado para Obesidade e os manuais, protocolos e instrutivos de cuidado.

A PNAN reconheceu, desde sua versão anterior, a natureza complexa da obesidade e de outras DCNT relacionadas à alimentação e nutrição e reforçou a abordagem da dupla carga

de doenças. Esta política apresenta um conceito ampliado de alimentação saudável e cuidado integral às doenças relacionadas à alimentação e nutrição e define um conjunto de ações no âmbito do setor da saúde e em outros setores para assegurar ambientes que favoreçam uma alimentação saudável e estilo de vida ativo para todos (JAIME, 2019).

Considerando os atributos da APS, tanto os essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema) quanto os derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural), existem eixos estratégicos para a implementação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade com objetivos específicos para o alcance da redução dos índices brasileiros de obesidade.

Um dos eixos é a organização das ações e serviços da Rede de Atenção, a qual deve realizar análise da situação de saúde e da rede de serviços para a identificação de necessidades e de prioridades, visando à organização para a atenção voltada aos indivíduos com obesidade. Também compõe como eixo estratégico, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), a qual subsidia o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, apoiando os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção. Com a VAN implementada, é possível monitorar e prever o cenário, a tendência e a magnitude da situação de obesidade em nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 2011).

A formação e a educação permanente também fazem parte dos eixos prioritários, tendo em vista que desenvolver processos de educação permanente e incentivar a qualificação dos profissionais da APS e gestores do SUS para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade pode ser uma estratégia de impacto. Além de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade a partir da APS com a implementar ações de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso, especialmente relacionadas à alimentação adequada e saudável e à prática de atividade física (JAIME, 2019; BRASIL, 2021).

Por fim, o cuidado às pessoas com sobrepeso ou obesidade deve ser um dos eixos prioritários de ação intersetorial no espaço da APS. É imprescindível promover a assistência integral multiprofissional e multidisciplinar, com abordagens individuais, familiares, coletivas e transversais, tanto no âmbito da APS, quanto por meio da coordenação das linhas de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde. Não esquecendo do monitoramento e avaliação da atenção ofertada aos indivíduos

com obesidade, sempre verificando e orientando ajustes necessários durante a execução das ações e levantando informações para avaliação do cumprimento de seus objetivos (BRASIL, 2021; JAIME, 2019).

A proposição de uma linha de cuidado voltada ao sobrepeso e obesidade na APS induziu processos de comunicação e aproximação dos diferentes pontos de atenção da rede de saúde nos estados e Municípios. A organização de ações integradas e interdisciplinares se justifica como prática efetiva na prevenção e controle da obesidade, diante da compreensão de que modificações nos hábitos de vida não devem advir de um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo ou da família. As mudanças não se restringem apenas ao consumo de alimentos e à atividade física, mas devem considerar todos os significados ligados ao comer, ao corpo e ao viver (JAIME, 2019).

A equipe de profissionais de saúde precisa estar atenta aos movimentos que envolvem as vidas das pessoas gordas. Por vezes, relatos são feitos de experiências que narram o quanto profissionais de saúde parabenizam perdas de peso de seus pacientes sem questioná-los como isto aconteceu, demonstrando que pouco importa se a perda de peso se deu por dores, sofrimento ou a custa de adoecimento, o que interessa é o resultado final (TOVAR, 2018).

É preciso avaliar as práticas agressoras ao corpo que acompanham esse percurso de alcançar o corpo considerado saudável e os possíveis efeitos contraproducentes dessa abordagem de recuperação da saúde focada na perda de peso e na mudança comportamental individual que por muitas vezes norteia a prática na APS. Pois ela privilegia um modelo de corpo biológico em detrimento da concepção integral, ocultando o estresse, a ansiedade, o isolamento e o medo gerado pela busca do corpo saudável (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; TESSER, 2017).

Nesse contexto, torna-se imperativo reconhecer os limites técnicos e éticos das tradicionais intervenções biomédicas diante da baixa resolutividade dessas intervenções, pois elas não têm sido efetivas na redução da prevalência da obesidade (DIAS *et al.*, 2017), tendo em vista que a epidemia obesidade não foi revertida em nenhuma população pelas medidas de saúde pública atualmente utilizadas (SWINBURN *et al.*, 2011).

A adesão ao tratamento individual é baixa, pois as ações são prescritivas e insustentáveis, e não alteram o contexto social (DIAS *et al.*, 2017). Por isso, é urgente refletir sobre o contexto e sua influência, para implantar estratégias de prevenção que ultrapassem o âmbito individual, como políticas públicas mais amplas. Desenvolver novas abordagens de tratamento, com uma “abordagem inclusiva do peso” que considere a diversidade natural dos corpos, que acredite que a saúde pode ser promovida independentemente do peso e que

procure erradicar a estigmatização do peso no âmbito da saúde (TYLKA *et al.*, 2014). Ou seja, abordagens que foquem principalmente no bem-estar das pessoas gordas.

Destaca-se, também, a interação entre a insegurança alimentar e nutricional e o sobrepeso e a obesidade, que passa pela impossibilidade de acesso a alimentos mais nutritivos e diversificados, uma vez que estes tendem a ter custo mais elevado, quando comparado ao valor dos produtos industrializados, com alta densidade calórica e baixo teor nutricional e que deve pautar a organização das ações de saúde das equipes (FAO *et al.*, 2018).

Existe comprovação que a insegurança alimentar e nutricional tem contribuído para a ocorrência do excesso de peso, além de estar associada à desnutrição. E, ao contrário do que se possa imaginar, a obesidade e a desnutrição (por exemplo, nanismo, deficiências de vitaminas e minerais) estão do mesmo lado da moeda, podendo ocorrer simultaneamente em indivíduos, famílias e população ao longo do tempo. É o que hoje denomina-se por “dupla carga de má nutrição” (WHO, 2017; UZÊDA *et al.*, 2019) e que representa ameaça à saúde das pessoas, em especial de crianças e adolescentes. A Figura 1 demonstra um esquema para melhor compreensão da dupla carga da má nutrição.

Este cenário gera preocupações adicionais e deve impulsionar a superação dos desafios dessa nova realidade nutricional, considerando as interações entre as inúmeras condições e possibilidades de existência que se inter cruzam (gênero, raça, sexualidade, geração, estratos socioeconômicos, dentre outros) e que impactam na situação de saúde e nutrição das populações (SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020).

Figura 1 – Esquema de compreensão da dupla carga de má-nutrição



Fonte: Adaptado de WHO (2017).

A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), a OMS e outras organizações internacionais, em relatório publicado em 2019, destacaram crescimento

progressivo da prevalência de sobrepeso e da obesidade em todas as regiões, classes sociais e grupos etários, com tendência maior entre crianças em idade escolar e adultos. Em 2016, estimou-se que 131 milhões de crianças com idade entre 5 e 9 anos, 207 milhões de adolescentes e 2 bilhões de adultos tinham sobrepeso ou obesidade. Já em 2018, 40 milhões de crianças menores de 5 anos estavam acima do peso (FAO *et al.*, 2019). E, a análise dos dados do período de 2000 a 2016, demonstra maior crescimento da prevalência de obesidade do que de sobrepeso em todos os países.

Ainda que haja esse crescimento, ele não se expressa da mesma magnitude em todas as regiões, classes e grupos etários. Deste modo, essas organizações internacionais chamam a atenção, no relatório de 2018, para a elevada prevalência de obesidade com concentração entre as pessoas mais pobres, inclusive em países mais desenvolvidos (FAO *et al.*, 2018). Por esta razão, as ações que compõem o acompanhamento das pessoas com obesidade precisam superar o caráter meramente prescritivo de dietas e atividade física.

No Brasil, diferentes documentos do governo seguem a definição da OMS para obesidade e a concebem simultaneamente como doença e fator de risco para outras doenças, como condição crônica multifatorial complexa (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014) e, ainda, como manifestação da insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013b). Quanto aos fatores condicionantes da obesidade, nos documentos, destacam-se a alimentação rica em gorduras e açúcares e o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, associados à inatividade física, ainda que se reconheça a complexidade dos processos subjacentes (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014).

Diante das questões acima referidas, reafirma-se a necessidade de compreensão do problema enquanto de saúde pública e, mais, de que é preciso criar outras narrativas sobre a obesidade em que abordagens abrangentes e não reducionistas sejam consideradas para pensar estratégias de cuidado. É urgente que as pessoas que vivem com obesidade possam estar no centro da atenção, como protagonistas, de maneira que suas subjetividades tenham lugar (RALSTON, 2018).

As práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo, buscando alterar o estado de saúde estabelecido como necessidades. Assim, o trabalho em saúde tem compromisso com as necessidades sociais, relacionadas a estrutura produtiva de uma sociedade, bem como as necessidades dos usuários, relacionada a busca de ações de saúde que lhe proporcione algo com valor: mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida (FEUERWERKER, 2014).

Quando um profissional de saúde encontra com o usuário no interior do processo de trabalho dirigido a produção de atos do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção/vínculo que sempre existira em seus encontros.

Logo, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor do cuidado, com suas ferramentas e concepções, e o usuário, com sua intencionalidade, conhecimentos e concepções. Entende-se que o usuário é, em parte, objeto do ato produtivo, mas também agente ativo, que interfere no processo (FEUERWERKER, 2014).

No contexto de desenvolvimentos de práticas de cuidado é interessante ressaltar a importância do estímulo ao autocuidado, que visa ações do ser humano dirigidas a ele mesmo, constituindo-se em prática de atividades que as pessoas desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício, com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Dessa forma, a produção do cuidado é um objeto no campo da Saúde que possui como objetivo esperado atingir a saúde e a cura. O cuidado em saúde é realizado a partir das relações entre os sujeitos, situando-se em torno de tecnologias leves como acolhimento, vínculo e corresponsabilização, possibilitando ao profissional criar espaços que considere desejos e afetos, seus e do usuário (BRASIL, 2014).

A recomendação da literatura diz que é fundamental que no processo de produção do cuidado para os indivíduos com condições crônicas os seus familiares sejam envolvidos, motivando-os a lidar com o problema e capacitados para auxiliar no cumprimento do plano de tratamento. Nesse sentido, as equipes de Atenção Primária devem estimular e empregar procedimentos de colaboração entre os atores, profissionais e usuário, uma vez que o autocuidado apoiado pode ser entendido como uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e do cuidar do outro, podendo ser desenvolvido individualmente, nos grupos, em consultas coletivas e a distância (BRASIL, 2014c).

Os resultados esperados dessa prática é compreender as vulnerabilidades dos indivíduos, conhecer as possíveis explicações para sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre os atores do processo, assim, produzindo sintomas, complicações e incapacidades (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Para trabalhar a educação do autocuidado, é priorizada a escolha das necessidades, problemas e prioridades, definidas as pessoas envolvidas e consensuados entre o profissional e o usuário. Uma vez escolhidas as prioridades a serem modificadas e elaborado um plano terapêutico conjunto para estabelecer um cuidado em saúde compartilhado (BRASIL, 2014c).

O cuidado integral da pessoa com obesidade é um dos principais desafios na construção e desenvolvimento de ações efetivas. É importante pontuar o que se entende por

cuidado integral que pode ser considerado como o desenvolvimento de ações interligadas, que perpassam pelos diferentes níveis de atenção e setores envolvidos na determinação social da saúde, conforme as necessidades do sujeito (BRASIL, 2013c).

A construção das linhas de cuidado na APS segue a definição do modelo de determinação social da saúde, ou seja, o modelo de Dahlgren e Whitehead (2007) (Figura 2), que dispõe os determinantes em camadas concêntricas, sendo a camada mais próxima referente aos determinantes individuais e a mais distante, aos macro-determinantes. Entende-se que o estilo de vida individual está envolvido por redes sociais e comunitárias, e condições de vida e de trabalho, que se relacionam com condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

Figura 2 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte: Mendes (2012).

Esta ideia de construção de linha do cuidado para a pessoa com obesidade já está bem descrita na literatura e vem sendo sugerida como estratégia de redução dos índices de obesidade. No entanto, para esta tese, está sendo construída reflexão a respeito do cuidado que extrapola a dimensão do sentido biomédico e social da palavra. A proposta é pensar sobre o cuidado como sendo o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. O cuidado serve de crítica à nossa civilização agonizante e também de princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade.

Pensa-se aqui em buscar novas respostas, inspiradas em outras fontes e outras visões de futuro não só para a humanidade, como para o planeta. Nesta perspectiva, é possível dizer que respostas vêm sendo formuladas por conjuntos de pessoas que ensaiam práticas significativas em todos os lugares e em todas as situações do mundo atual. Essa mudança de

paradigma se orienta por uma nova percepção de realidade e por uma nova experiência do SER. Emergem de um caminho coletivo que se faz caminhando.

Boff (2014) fala que o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Portanto, cuidar é que um ato, é uma atitude. Abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Partindo deste entendimento sobre o que significa cuidado, novos caminhos podem ser traçados para superar o enfrentamento e o combate a obesidade, e transmutar para o cuidado da pessoa que convive com a obesidade.

3.3 EDUCAÇÃO POPULAR E GAMIFICAÇÃO SE ENCONTRAM NA CURVA DO *TEIKER*

Um dos maiores desafios na construção desta tese foi definir onde seria o melhor lugar para discorrer sobre o *Teiker*. É metodologia ou resultado? Onde colocar? Após muita discussão e amadurecimento, ficou claro que o *Teiker* perpassa toda a tese e ao longo deste escrito será possível encontrá-lo no título, nos objetivos, no referencial teórico, na metodologia e nos resultados. Também é possível encontrar marcas do *Teiker* no olhar, no pensar, no criar, no fazer e agir da pesquisadora.

O *Teiker* nasceu como proposta coletiva de um grupo de professores, pesquisadores e estudantes de três instituições de ensino superior da Paraíba (Universidade Estadual de Campina Grande, Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Federal da Paraíba) que se uniram por meio do Edital CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 lançado pelo Ministério da Saúde que objetivava construir capacitações sobre o “enfrentamento da obesidade” para profissionais e gestores da saúde da atenção primária.

A forma de olhar do grupo em questão para a proposta de construção da capacitação de profissionais e gestores da atenção primária a saúde do Estado da Paraíba foi sempre mediada pelo entendimento que para que um projeto desta magnitude alcançasse de fato as ações dos profissionais e gestores em seus municípios, seria necessário envolvê-los como atores ativos do processo e que esta ação deveria ser dinâmica e interativa.

Desta forma, entendeu-se que o *Teiker* estava sendo pensado totalmente ancorado em dois pilares importantes: a Educação Popular e a Gamificação. O grupo percebeu que o processo de formação para o SUS é regado de desafios e isto demandaria o uso de

metodologias ativas, atrativas e inovadoras e que a participação ativa dos profissionais/gestores em um processo de formação, deveria ser uma oportunidade e um instrumento para transformação social. Um bom processo de formação deve valorizar as experiências que os profissionais e gestores acumularam durante suas práticas profissionais.

Assim, esta plataforma, fruto de uma construção coletiva e feita para produzir encontros poéticos e científicos entre pessoas foi intitulada de *Teiker* e estará presente nesta tese e nas atividades práticas de muitas pessoas. O gênero para se referir ao *Teiker* pode variar; quando estiver no feminino “a *Teiker*” estará se referindo a plataforma e quando no masculino “o *Teiker*” será uma referência ao método, ao fazer, ao jeito de construir experiências com profissionais e gestores de saúde e com as pessoas que convivem com a obesidade.

Como mencionado anteriormente, um dos pilares que sustenta a organização do *Teiker* é a Educação Popular, que é definida pelo Marco de Referência de Educação Popular (BRASIL, 2014, p. 1) como:

A Educação Popular a um só tempo é uma concepção prático-teórica e uma metodologia de educação que articula os diferentes saberes e práticas, as dimensões da cultura e dos direitos humanos, o compromisso com o diálogo e com o protagonismo das classes populares nas transformações sociais. Antes de inserir-se em espaços institucionais, consolidou-se como uma ferramenta forjada no campo da organização e das lutas populares no Brasil, responsável por muitos avanços e conquistas em nossa história.

A Educação Popular enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Em vez de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo (VASCONCELOS; CRUZ, 2011).

A Educação Popular atua como um modo especial de conduzir o processo educativo, cujo objetivo é o de apurar, organizar e aprofundar o sentir, o pensar e o agir das diversas categorias de sujeitos e grupos oprimidos da sociedade, bem como de seus parceiros e aliados (VASCONCELOS; CRUZ, 2011).

A prática educativa que se contrapõe à prática da Educação Popular é aquela voltada para a formação de pessoas e trabalhadores submissos, dilacerados, com baixa autoestima, sem altivez, inseguros e sem esperança. É a que prepara pessoas para explorar e dominar

outras pessoas e a natureza em geral (VASCONCELOS; CRUZ, 2011). Portanto, no cotidiano das populações, quando se lida com educação popular em saúde, tem-se um caminho por onde o sujeito que cria transformações concretas e mundos imaginados, expressando-os, articula esse movimento como “arte de fazer a vida”, em suas tensões e em seus possíveis (DANTAS, 2020).

A visão que se tem na utilização da Educação Popular como norteadora do processo de educação em saúde não significa deixar de valorizar e não considerar as conquistas da biomedicina e epidemiologia, mas sim de perceber o sujeito para além do seu corpo físico, em direção a outras dimensões, ultrapassando a redução do paradigma biomédico e alcançando formas de pensar e agir como sujeito multidimensional. Essa superação se constituiu como exercício que os protagonistas da saúde popular sempre assumiram, mesmo quando invisibilizados (DANTAS, 2020).

Até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, por isso, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a prescrição de normas e comportamentos por elas considerados adequados, uma construção de saúde feita por imposição de um conhecimento considerado superior. Assim, a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para o campo da saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (VASCONCELOS, 2004).

A perspectiva popular que o *Teiker* evoca diz respeito ao olhar dos atores e atrizes (que serão chamados de Leitores posteriormente) em relação aos espaços de construção de cuidado e atenção das pessoas com obesidade, além dos próprios indivíduos gordos, como protagonistas das ações de transformação às situações-limite da sua realidade, com o foco na emancipação. Refere-se ao popular que se tece na busca de superação da consciência ingênua rumo ao inédito viável, que, ao produzir atos-limite transformadores da realidade, atualiza sua potência criativa (DANTAS, 2020).

Em Pedagogia da Autonomia, Freire (1996) fala da necessidade de uma prática educativa fundada na abertura ao outro como objeto de reflexão crítica, como experiência fundante daqueles e daquelas que se sabem inacabados e se abrem ao mundo e aos outros em busca de explicação e de respostas. O indivíduo que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento na História. O diálogo, na visão freireana, é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo para pronunciá-lo, não se esgotando,

portanto, na relação eu-tu. E, por seu inacabamento, o sujeito está sempre se construindo mediatizado pelo mundo (FREIRE, 1996; DANTAS, 2020).

Para Linhares (2007), quando pensamos em caminhos de transformação social, partimos da ideia de que existem mudanças individuais e coletivas a serem feitas que envolvem sujeitos históricos que, por sua vez, modificam os processos sociais onde estão situados.

A construção do *Teiker* na perspectiva da Educação Popular pretendeu superar a realidade de uma educação frustrada para oportunizar a criação de uma prática pedagógica diferenciada que estivesse pautada na formação do ser humano, enquanto ser humano. As três questões centrais do livro *Pedagogia da Autonomia* de Paulo Freire (1996) são a formação docente, a reflexão sobre a prática educativo-progressista e a autonomia do ser dos educandos – norteiam as inquietações que estimulam os indivíduos a um constante movimento de procura que, neste caso constitui-se pela busca de outras formas de educação, mais especificamente, outras formas de educação continuada em saúde.

A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática (*práxis*), para que esta não se torne um ativismo e a teoria sem prática, um verbalismo. A educação popular em construção precisa da coerência da *práxis* e, assim o educando passa a ser sujeito da produção de seu conhecimento (FREIRE, 1996; FREIRE, 2005)

Neste contexto, o *Teiker* utiliza os princípios fundantes da Educação Popular e desta forma, compreende que a troca de saberes cria um ambiente fértil para a construção do processo de ensino-aprendizagem preocupado com a formação humana do sujeito. Atentando sempre para a permanente inconclusão do ser humano que, diante do mundo contemporâneo, estará continuamente sujeito a novas possibilidades e a novos desafios que precisam ser discutidos e superados, buscando uma relação de diálogo. A construção de saberes relacionados ao cuidado da pessoa com obesidade na APS se insere nessa premissa básica de constante necessidade de encontrar novos meios e caminhos.

Como não se trata de pensar o processo de construção de possibilidades do cuidado da pessoa com obesidade em linha reta, o *Teiker* faz a curva na Educação Popular e encontra a gamificação durante o percurso. A Gamificação tem como base de ação o pensar como se a vida fosse um jogo, utilizando sistemáticas e mecânicas do ato de jogar em um contexto fora de jogo (FADEL *et al.*, 2014).

No contexto desta tese, a gamificação abrange a utilização de mecanismos de jogos para resolução de problemas do cotidiano e para a motivação e o engajamento de um público determinado (VIANNA *et al.*, 2013), que aqui se trata de profissionais e gestores de saúde da

APS da Paraíba, assim como as pessoas que convivem com seus corpos gordos. Portanto, ao se falar em gamificação não significa, necessariamente, que se trata da participação em um jogo, mas a utilização dos elementos mais eficientes para reproduzir os mesmos benefícios alcançados com o ato de jogar (VIANNA *et al.*, 2013).

A gamificação explora os níveis de engajamento das pessoas para a resolução de problemas (ZICHERMANN; CUNNINGHAM, 2011) e do ponto de vista emocional, pode ser compreendida como um processo de melhoria de serviços, objetos ou ambientes com base em experiências de elementos de jogos e comportamento de pessoas (HAMARI; KOIVISTO; SARSA, 2014).

Alguns autores descrevem que as pessoas são motivadas a jogar por quatro razões específicas, quais sejam: para obterem o domínio de determinado assunto, para aliviarem o *stress*, também como forma de entretenimento e como meio de socialização (ZICHERMANN; CUNNINGHAM, 2011). Esses aspectos podem ser analisados de forma conjunta ou separadamente. Além disso, os autores supracitados destacam quatro diferentes aspectos de diversão durante o ato de jogar: quando o jogador está competindo e busca a vitória; quando está imerso na exploração de um universo; quando a forma como o jogador se sente é alterada pelo jogo; e quando o jogador se envolve com outros jogadores.

Considerando os aspectos destacados sobre gamificação, esta pode ser utilizada em ações em que são necessários produzir estímulo ao comportamento dos sujeitos. No processo de aprendizagem, por exemplo, a gamificação colabora tanto para a motivação como para o desenvolvimento cognitivo do educando (SCHMITZ; KLEMKE; SPECHT, 2012), contribuindo inclusive para a criação de um ambiente único de aprendizagem, com a eficácia na retenção da atenção dos aprendentes (CAMPIGOTTO; MCEWEN; DEMMANS, 2013).

Com base na mecânica de jogos, é possível compreender que o conceito de motivação tem como base a articulação das experiências vividas pelos indivíduos com a proposição de novas perspectivas internas e externas de ressignificação desses processos, a partir do estímulo a criatividade, ao pensamento autônomo e propiciando bem-estar ao jogador (VIANNA *et al.*, 2013; FADEL *et al.*, 2014).

A gamificação tem estado próxima ao campo da saúde por diversas vertentes. A literatura mostra que jogos digitais em saúde oferecem uma ferramenta valiosa para coleta de dados em saúde: Jogos tem se mostrado promissores no tratamento de condições de doença de Parkinson e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (MCGONIGAL, 2012). Ao mesmo tempo, estudos descobriram limites para a eficácia de jogos para melhorar a saúde, sugerindo que aqueles que têm potencial especial para melhorar a saúde sejam aplicados sob condições

específicas. Assim, deve-se explorar sistematicamente o potencial dos jogos para entender como identificar oportunidades, onde podem efetivamente envolver os chamados pacientes e melhorar a prestação de cuidados (MCGONIGAL, 2012).

Drace (2013) compartilhou a experiência do jogo com estudantes em um laboratório de microbiologia, aproveitando a popularidade cultural de zumbis. A premissa básica do jogo era que um patógeno desconhecido destruiu grande parte da sociedade e o jogador tem que ajudar o Centro de Controle e Prevenção de Doenças a identificar e destruir o patógeno. Já Fernandes e Castro (2013) criaram uma ferramenta partindo da busca por conteúdos e estímulo ao aprendizado. O objetivo era criar um ambiente para dar acesso aos conteúdos de apoio ao aprendizado e estimular os aprendizes a cumprir tarefas para fixar os conteúdos.

A literatura é vasta (LAAMARTI; EID; SADDIK, 2014; NEVIN *et al.*, 2014; LISTER; WEST, 2014; CAPUANO, 2015; NICOLAIDOU *et al.*, 2015; MCCOY; PETTIT, 2015) de exemplos de utilização da gamificação no campo da saúde, desde a utilização de *softwares* simular atendimentos virtuais, até utilização de recursos de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) para mediar aprendizados em saúde. Ao favorecer projetos e intervenções de promoção da saúde em âmbito educacional, a integração estratégica das TIC e da gamificação pode ser extremamente útil em termos de eficiência (entendida como melhoria dos resultados), de equidade, colaboração, sustentabilidade, colaboração, participação e empoderamento. Uma abordagem global à promoção da saúde requer também a transformação das práticas dos sistemas sociais que possuem efeitos difusos sobre a saúde humana (DIPACE; LIMONE, 2015).

Assim, embora a palavra gamificação pareça ser recente no campo da educação e saúde, ela tem sido aplicada há muito tempo. Na educação, por exemplo, a criança podia ter seu trabalho reconhecido com estrelinhas (recompensa) ou as palavras iam se tornando cada vez mais difíceis de serem soletradas no ditado da professora (níveis adaptados às habilidades dos usuários) (FADEL *et al.*, 2014).

No *Teiker* a gamificação é fundamentada na leitura de mundos e no uso do conhecimento, criatividade e tecnologia para transformar práticas, nomeada como metodologia LerAtos, que será descrita no espaço reservado aos aspectos metodológicos desta tese. Este encontro cheio de curvas entre a educação popular e a gamificação demonstra um imenso conjunto de possibilidades de pensar o cuidado da pessoa com obesidade na APS para além da linha reta tradicionalmente proposta e que não há o interesse desta tese em destruir, mas sim de propor outras possibilidades de construção. Afinal,

Todo saber é complexo
do nascedouro ao finzinho
porque nasce em ser complexo
não há reta nem convexo
não desprezemos um só caminho.
O ser será sustentável
quando a complexidade de suas ideias
tornar simples a vida na terra
(LIMA, 2013, p. 11).

/

4 DESENHANDO AS CURVAS E CIRCUNFERÊNCIAS DO ESTUDO

*“Hoje desaprendo o que tinha aprendido até ontem e que
amanhã recomencerei a aprender”.*
(Cecília Meireles)

Em uma pesquisa científica, a escolha da metodologia a ser utilizada é muito importante e pode se configurar como um grande desafio. No caso desta tese, por inúmeras vezes questionou-se se o *Teiker* se constituía como metodologia ou como resultado. E a resposta encontrada foi: depende. Este estudo não irá avaliar o impacto do *Teiker* na prática dos profissionais e gestores de saúde da APS da Paraíba, portanto, não se configura como método. O *Teiker* aparecerá mais uma vez como resultado, pois se apresenta como a consolidação de elementos da educação popular alinhada a gamificação que, estes sim, integram a metodologia deste estudo. Como não poderia ser diferente, esta tese apresenta um percurso metodológico cheio de curvas que conduzem o estudo para várias possibilidades de pensar o cuidado da pessoa com obesidade.

É, portanto, uma pesquisa qualitativa que segundo Minayo (1994, p. 21-22):

[...] se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificável [...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Trata-se de uma pesquisa participante. Este percurso metodológico parte do pressuposto que não existe uma única maneira de compreender o método científico, já que as Ciências estão sempre condicionadas por sistemas culturais sustentados por comunidades interpretativas, a partir das quais o saber científico se encontra, de antemão, codificado. A chave dessa compreensão enfatiza que é na relação dialética das problematizações, que orientam a permanente reconstrução do método, e não o contrário, onde esquemas pré-definidos são aplicados como matrizes herméticas para enquadrar a análise, em geral fragmentada, de fenômenos da realidade (MORETTI; ADAMS, 2011). Ao contrário do método de pesquisa tradicional, em que a objetividade e a neutralidade são a condição para ser reconhecido como científico, a pesquisa participativa acredita que é possível conhecer em profundidade algum aspecto da vida da sociedade, ou da cultura, quando o(a) pesquisador(a) se envolve e se compromete com o que investiga. Como afirma Brandão (1999), a intenção

premeditada da relação que se estabelece constitui o outro como alguém também sujeito, e não objeto, de pesquisa.

Por muito tempo acreditou-se que a Ciência poderia ser detentora da verdade e que esta verdade só poderia ser conhecida na tangibilidade de dados e números. Apesar da abordagem qualitativa apresentar técnicas e instrumentos relevantes, e já estar bem consolidada no meio científico, ainda predominam estratégias concentradas em instrumentos de métricas mais tradicionais no escopo da ciência hegemônica.

Faz-se uso então, da pesquisa participante, caracterizada pelo envolvimento e identificação do pesquisador com as pessoas investigadas. A pesquisa participante foi criada por Bronislaw Malinowski para conhecer os nativos das Ilhas Trobriand, ele foi se tornar um deles. A pesquisa participante, portanto, busca o envolvimento de determinado grupo na análise de sua própria realidade, desenvolvendo-se a partir da interação entre pesquisador e membros das situações investigadas (FONSECA, 2002).

4.1 ORIGEM DO PERCURSO

Esta pesquisa teve origem nas inquietações em relação a obesidade durante uma vida inteira, porém foi viabilizado pelo Edital CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 lançado pelo Ministério da Saúde e chamado de “Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS” com o objetivo de apoiar projetos que integrassem atividades de pesquisa, extensão e formação de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde na temática de prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento e aperfeiçoamento das ações de saúde que contribuíssem para a redução da obesidade e de suas repercussões sobre a saúde individual e coletiva.

Os projetos submetidos à chamada deveriam contemplar quatro eixos específicos, entre os quais está a difusão científica, ao qual dizia respeito a democratização do conhecimento junto à sociedade. Foi aberta a possibilidade de todos os Estados concorrerem e havia a obrigatoriedade de selecionar apenas uma proposta por Unidade Federativa. Na Paraíba o projeto aprovado foi realizado pela integração de três instituições públicas de ensino superior: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campi Cuité e Campina Grande.

Por se tratar de um Edital Nacional, cada Estado da Federação desenvolveu sua forma de trabalho, na Paraíba, a proposta foi intitulada “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores da atenção primária em saúde para controle e enfrentamento da

obesidade na Paraíba”. Com o aprofundamento nos conteúdos e reflexões acerca da pessoa que convive com a obesidade, a proposta passou a se chamar “Projeto de Pesquisa, Extensão e Formação no Cuidado da pessoa com Obesidade no âmbito da Atenção Primária no Estado da Paraíba” ou simplesmente *Teiker* (*que mais adiante será explicado o que significa*).

A pesquisa inicial foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com Seres Humanos (CAAE 17810619.1.0000.5187), cumprindo as diretrizes e normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4.2 COMPREENDENDO O CAMINHO QUE LEVA AO *TEIKER*

Para um melhor entendimento de todo o trajeto metodológico percorrido, serão apresentados a seguir subtópicos do processo.

4.2.1 Desenvolvimento da Plataforma *Teiker*

É importante destacar inicialmente que *Teiker* é uma palavra inventada com base na sonoridade de palavras da língua tupi guarani associada a sonoridade da palavra inglesa “*take care*”. A ideia foi representar o ato de cuidar, não no contexto usual já visto na APS, mas no sentido indígena, de perceber (ler) o outro e a natureza, e em seguida proteger (ter atenção básica) o outro e a natureza, as duas entidades que representam o sentido da vida. Esse neologismo se deu de maneira coletiva entre os coordenadores do projeto na Paraíba. É possível utilizar o termo flexionado em dois gêneros, ou seja, quando for utilizado o masculino, o *Teiker*, se estará referindo ao jeito de pensar e colocar em prática o cuidado da pessoa com obesidade (que será apresentado como resultado da pesquisa). Para este subtópico será utilizado o gênero feminino, pois se trata da Plataforma *Teiker*, que é o espaço virtual onde as ações são iniciadas e que compõe a metodologia do estudo.

Após a aprovação da proposta, os projetos selecionados iniciaram suas atividades em 2019 por meio de um seminário chamado de “Marco Zero” promovido pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (MS), no qual foi discutido o instrumento para o diagnóstico da situação nutricional dos territórios e apresentada a matriz de conteúdo proposta pelo MS para o curso de formação que deveria ser desenvolvido para os gestores e profissionais de saúde. Foram realizadas reuniões semanais do grupo de pesquisa para discussão do instrumento para o diagnóstico situacional da gestão e da atenção nutricional e alimentar elaborado pelo Ministério da Saúde, bem como as estratégias para o

curso de formação e das ações de pesquisa e extensão a serem desenvolvidas. Também foram realizadas reuniões com a Gerência da Atenção Básica do Estado da Paraíba para apresentação do projeto e discussão das estratégias para articulação com os municípios.

O ano de 2019 foi de organização de equipe e reuniões diversas. Deu-se início a construção da plataforma tecnológica, denominada *Teiker*. Participaram deste processo os professores, pesquisadores e estudantes de graduação e pós-graduação das três instituições de ensino superior, havendo a participação de alunos dos cursos de nutrição, enfermagem, fisioterapia e computação.

Para elaboração dos conteúdos voltados para os profissionais, foi feita uma divisão da equipe em agrupamentos menores, onde cada grupo ficou responsável por um módulo. Toda semana a equipe se reunia virtualmente e os módulos eram discutidos coletivamente. Para construção dos conteúdos voltados para os gestores foram feitos convites a pessoas externas ao projeto que possuíssem *expertise* no tema e que pudessem elaborar material didático e fizessem uma apresentação em formato virtual e síncrono para debater ideias, construir saberes coletivos e compartilhar experiências.

Este processo de construção coletiva se constituiu como um dos maiores potenciais desta metodologia, pois a experiência de estudar um tema específico em um pequeno grupo e compartilhar as ideias com o grupo maior foi promovendo aos poucos, mudanças na própria equipe do projeto. A temática “cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade” foi sendo ressignificada pelo conhecimento construído e partilhado coletivamente.

A construção desses módulos na plataforma considerou algumas premissas básicas que guiou o processo de elaboração dos conteúdos.

1 – A formação para o SUS demanda necessariamente a utilização de metodologias ativas e inovadoras;

2 – A inserção de profissionais/gestores em uma formação deve ser um instrumento para transformação social;

3 – Um bom processo de formação deve sempre valorizar as experiências dos profissionais e gestores;

4 – O processo de formação deve envolver protagonismo dos profissionais e gestores, como coautores do próprio processo de construção de conhecimento;

5 – A discussão sobre como cuidar das pessoas com obesidade exige a construção de uma nova linguagem e abordagem.

Além dos encontros virtuais, aconteceram reuniões presenciais e oficinas, as quais deram origem:

- Ao entendimento que o *Teiker* atuaria como um Programa de Educação Tutorial, com atividades indissociáveis de Ensino, Pesquisa e Extensão para o cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade no contexto da APS/SUS. Não seria apenas a construção de materiais escritos de capacitação de trabalhadores da saúde, mas seria a construção de uma experiência de aprendizagem. Por isso, a *Teiker* foi construída na perspectiva de ser algo para além de um site de um curso de formação. A ideia foi propor um processo de (trans)formação seja de ideias, de paradigmas, de atitudes e sobretudo de ações práticas;

- À discussão e construção de missões reais e virtuais dentro da plataforma *Teiker*. A plataforma não seria um espaço apenas de guardar conteúdos e testes de múltiplas escolhas, a ideia foi criar envolvimento com as situações reais do cotidiano da APS por meio de missões que deveriam ser realizadas por profissionais e gestores ao longo do percurso de caminhada na plataforma; e

- Ao Manual *Teiker* de criação de Missões do Programa *Teiker* de (trans)formação, extensão e pesquisa, baseados na metodologia LerAtos de Educação Tutorial Gamificada, adaptada para os objetivos e para o contexto do projeto.

Desta forma, tanto o modelo *Teiker*, quanto a plataforma *Teiker* foram criadas baseadas nos princípios da Educação Popular e a partir de uma adaptação da metodologia LerAtos de educação tutorial gamificada, desenvolvida anteriormente em uma parceria da equipe da Unidade Acadêmica de Sistemas e Computação da UFCG com a equipe da FLUP.

Então, a construção da plataforma *Teiker* se dá ancorada em dois pilares de sustentação metodológica que são:

- Os princípios da Educação Popular: diálogo, construção compartilhada do conhecimento, amorosidade, problematização, construção de um projeto democrático e popular, convivência não hierarquizada e emancipação (BRASIL, 2012); e

- A gamificação adaptada à metodologia LerAtos.

Desta forma, a plataforma não é um espaço de formação tradicional na modalidade Educação à Distância (EAD). A proposta de (trans) formação está baseada na metodologia LerAtos que é um método de incubação gamificada de empreendimentos socioculturais para provocar mudanças de comportamentos individuais e coletivos face a grandes desafios socioambientais (dengue, violência contra a mulher, poluição, mobilidade urbana, coleta seletiva de resíduos, etc), baseado na leitura de mundos e no uso do conhecimento, criatividade e tecnologia para a melhoria de mundos lidos.

A metodologia LerAtos é uma adaptação da criação de Gomes (2012) que é professor do Departamento de Teoria Literária e Literaturas da Universidade de Brasília (UnB) que

cunhou as expressões “LeiAtores e LeiAtrizes” para designar as pessoas que realizam uma leitura cênica de um texto. Com esse neologismo (leiator), Gomes (2012) afirma que o texto teatral ganha muito quando é lido por um ator/atriz ou por um leitor que compreende as características e intenções das personagens, estuda as entonações das falas, percebe a musicalidade do texto e situa a sua personagem na completude da ação dramática do texto teatral. Então, originalmente, a ideia de construir LeiAtores nasce no campo da literatura e das artes.

Andrade e Barros (2018) fizeram adaptações ao modelo de LeiAtores de Gomes (2012) e trouxeram para outros campos de saberes a prerrogativa de que seria possível ampliar as formas de realizar o ato de ler. A ideia é construir textos que “a gente possa ver”, informações e saberes que podem ser compartilhados com textos vocalizados, dramatizados, performatizados, transformando a linhas escritas em voz e gestos. As figuras 3 e 4 mostram algumas dramatizações de textos do Módulo sobre Educação Alimentar e Nutricional (EAN) que compõe a plataforma.

Figura 3 – Texto dramatizado sobre escolha alimentar



Fonte: arquivo da pesquisadora (imagem autorizada) (2023).

A Figura 3 é um recorte de uma cena em que uma usuária do SUS ao se dirigir a uma cantina de lanches, lembra das orientações de sua nutricionista e sente-se culpada pelo desejo de comer doces. A ideia da dramatização foi fazer os profissionais da saúde refletirem as formas de abordagem e linguagem que são escolhidas para tratar sobre o comer. Torna-se mais fácil apreender as nuances que envolvem uma orientação alimentar por meio de uma dramatização do que apenas pela leitura de um texto escrito em uma plataforma virtual.

Figura 4 – Texto dramatizado sobre o Marco de Referência de EAN



Fonte: arquivo da pesquisadora (imagem autorizada) (2023).

A Figura 4 é um recorte da dramatização sobre os nove princípios do Marco de Referência de EAN para Políticas Públicas, que sendo apresentados na forma de dramatização por meio de vídeo, proporciona melhor entendimento do texto escrito em forma de cartilha.

Desta forma, a metodologia LerAtos utilizada na construção da plataforma *Teiker* é esta adaptação de Andrade e Barros (2018) que a compreende como método de gamificação fundamentada na leitura de mundo e no uso do conhecimento, criatividade e tecnologia para transformar práticas. A metodologia LerAtos estimula a leitura e a reflexão sobre o mundo (comunidade em que se atua) e sugere a realização de missões virtuais e reais na comunidade.

Assim, a experiência na *Teiker* é a de jogar o jogo da vida como um profissional/gestor que atua em um cuidado transcendente que, além de explorar as diretrizes da APS, vê o essencial invisível aos olhos durante uma convivência restrita ao contato presencial na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Considerando as necessidades de inovação na linha de cuidado em relação à obesidade, antecipadas e amplificadas pela pandemia, a *Teiker* explorou as bases de educação ubíqua (educação que pode acontecer a qualquer hora e lugar e usando dispositivos de tecnologias onipresentes) da metodologia LerAtos para construir pontes entre pessoas e entre o sonho e a realidade dessas pessoas, tornando-as LeiAtores, criaturas capazes de converter a experiência de Ler o seu mundo (observação com interpretação) em Atos de prevenção e cuidado da pessoa com obesidade (atitudes com intervenção que indicam uma competência comprovada e a construção de sentidos do cuidado para todos os envolvidos: profissionais, gestores e população).

Foram realizados *Workshops* e oficinas para discussão e capacitação dos pesquisadores e representantes da Secretarias Estadual de Saúde (SES) sobre a metodologia *Teiker* de formação e sobre o formato da apresentação do conteúdo na plataforma para o curso que já não pretendia ser apenas de formação, mas de (trans) formação.

A plataforma virtual apresentou em sua estrutura 6 módulos para gestores e 11 para profissionais de saúde dos municípios da Paraíba, os quais podiam ser acessados de forma assíncrona.

No início de 2020 foram realizadas várias reuniões com a SES para apresentação do projeto, com ênfase no curso de (trans) formação para profissionais de saúde e gestores com a finalidade de pactuar com os municípios a participação deles no curso. Foi realizada a apresentação da Plataforma “*Teiker*” e da estrutura do curso de formação para profissionais e gestores de saúde, que na verdade se constituía como “experiência de (trans) formação”.

Os conteúdos seguiram as orientações temáticas exigidas pelo edital do CNPq e Ministério da Saúde anteriormente referido, e foram divididos em módulos (Quadro 4), sendo 11 para os profissionais de saúde da atenção primária e 6 para os gestores.

Quadro 4 – Distribuição dos Módulos na Plataforma

	CONTEÚDOS	
	GESTORES	PROFISSIONAIS
M	1- Políticas Públicas e PNAN	1- Organização da Atenção e Redes
Ó	2- Financiamento	2- Planejamento em Saúde
D	3- Redes e Linhas de Cuidado	3- Manejo da Obesidade
U	4- Controle Social	4- Promoção da Saúde
L	5- Planejamento do Cuidado	5- Saúde na Escola
O	6- Advocacy	6- Crescer Saudável
S		7- Academia da Saúde
		8- Educação Alimentar e Nutricional
		9- Abordagens Coletivas
		10- Culinária Emancipatória
		11- Abordagem Comportamental

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Cada módulo foi construído observando-se os princípios da Educação Popular citados anteriormente e utilizando a metodologia LerAtos. A construção teórica dos módulos foi ancorada em materiais oficiais como o Guia Alimentar para a População Brasileira, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e o Marco de Referência de Educação Alimentar e

Nutricional para as Políticas Públicas, bem como artigos e produções científicas que abordam a temática.

A estrutura dos módulos foi desenvolvida mediante alguns questionamentos, como: De que forma isso será apresentado? Qual será a interpretação do público frente à abordagem no decorrer de todos os módulos? Quais estratégias podem ser utilizadas para uma melhor compreensão e reflexão dos participantes?

Inicialmente foram realizados 4 encontros presenciais para alinhamento da proposta e apropriação dos temas: o primeiro aconteceu para apresentação do projeto; o segundo foi uma capacitação mediada pela equipe da computação com o objetivo de apresentar ferramentas digitais para os conteudistas; os demais ocorreram para discussão de ideias e suporte. Porém, com o surgimento da pandemia de covid-19, todo o seguimento foi dado de modo virtual, semanalmente, com participação de todos e todas, ao passo em que os programadores inseriam os módulos na plataforma (Quadro 5).

Quadro 5 – Fluxograma de criação da plataforma

	Ações dos Conteudistas	Ações dos Programadores
1° fase Planejamento	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Apresentação do projeto;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Divisão dos módulos;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">1° versão dos conteúdos;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Oficinas para uso da plataforma, recursos digitais;</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Apresentação do projeto;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Criação da plataforma;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Oficinas para uso da plataforma, recursos digitais;</div>
2° fase Implementação	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Reuniões semanais online;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Revisão dos módulos;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Discussões para fortalecimento do tema;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Correções: ortografia, adequação da linguagem,</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Reuniões semanais online;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Primeiras implementações na plataforma;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Discussões para fortalecimento do tema;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Primeiras implementações na plataforma;</div>

3º fase Ajustes e Revisão	Teste de todos os módulos;	Todo conteúdo adicionado na plataforma;
	Refinamento, correções, adaptações, sugestões finais;	Correção de bugs, links, textos, na plataforma;

Fonte: própria pesquisa (2023).

Desta forma, a plataforma *Teiker* foi sendo construída de forma coletiva e compartilhada. Uma vez por semana, a equipe responsável por determinado módulo, apresentava a proposta e o andamento do conteúdo a ser compartilhado. Todas as pessoas refletiam sobre a mensagem passada, tiravam dúvidas e opinavam em relação não apenas ao conteúdo, quanto a forma de compartilhamento de informação. A fase de construção dos módulos da plataforma foi muito intensa e manteve a equipe muito unida e em estado de compartilhamento constante.

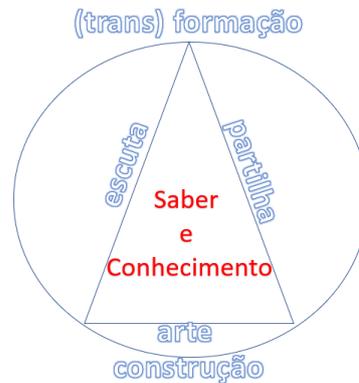
4.2.2 Festivais *Teiker*

Após o término de elaboração da plataforma no ambiente virtual, foi feita a organização de como se daria o que tradicionalmente se chamava de “curso de formação” e que no modelo *Teiker* passou a ser entendido como “experiência de (trans)formação” que foi composta por momentos assíncronos (módulos preparados para gestores e profissionais) e momentos síncronos, ou seja, em tempo real. Geralmente os cursos de capacitação em saúde chamam esse momentos de *Live* ou Aula Virtual ao vivo, mas para o *Teiker* se tratava de “Festivais *Teiker*”.

Chamou-se de Festival *Teiker*, todos os encontros síncronos ocorridos ao longo do processo de (trans)formação dos gestores e profissionais de saúde da APS da Paraíba. A construção da ideia dos Festivais *Teiker* esteve ancorada na perspectiva que cada encontro entre pessoas pode ser compreendido como uma oportunidade de transformação individual e coletiva. A palavra “Festival” remete a espetáculos culturais e festas de grandes proporções, e era exatamente essa ideia que se queria passar: cada encontro ao vivo era uma festa, um espaço de celebração da aprendizagem e que é mediado pela arte.

O Festival *Teiker* foi compreendido como uma estratégia que utiliza a escuta, a partilha e a arte como ferramentas para transformação e construção de saberes e conhecimentos (Figura 5).

Figura 5 – Estrutura Organizacional do Festival *Teiker*



Fonte: Autoria própria (2023).

Sendo assim, é importante destacar que os Festivais *Teiker* são encontros alegres de compartilhamento de saberes e produção de conhecimento mediados pela arte, o qual trouxe uma riqueza de linguagens que permitiu o exercício do potencial criativo de cada pessoa que estava presente, vivenciando de forma lúdica, mas também problematizadora, as questões relativas ao convívio com a obesidade nos corpos alheios e nos seus próprios corpos (DANTAS, 2020).

Os gestores e profissionais de saúde eram convidados a participar dos Festivais *Teiker* e recebiam o *link* do encontro, assim como o tema, via *whatsapp* e *e-mail*, enviados pelos seus respectivos padrinhos e madrinhas (explicação em seguida sobre quem são esses sujeitos).

Esses encontros seguiam um roteiro base, mas sempre bem flexíveis. Eram mostradas atividades realizadas na plataforma, como uma forma de engajamento dos participantes, dando a oportunidade de fala e compartilhamento de experiências, considerando sempre que gestores e profissionais de saúde eram os protagonistas do processo.

Os Festivais *Teiker* foram construídos em alinhamento com uma lógica organizacional que permitisse a participação ativa de todas as pessoas que estivessem presentes. Desta forma, os Festivais *Teiker* apresentavam uma lógica de organização que continham momentos sempre presentes em uma mesma sequência, que serão chamados de elementos fixos do festival, e momentos que foram variando e se adequando de acordo com as demandas do dia, chamados aqui de elementos móveis (Quadro 6).

Quadro 6 – Elementos fixos e móveis que compõem o festival *Teiker*

Elementos Fixos que compõem o festival <i>Teiker</i>	Elementos Móveis que compõem o festival <i>Teiker</i>
Acolhimento	Espaços de Falas
Sonho de Profissional	Espaço de tirar dúvidas
Meu Cuidado em Verso	Desafios
Pódio da <i>Teiker</i> ência	Missões
Apresentação dos Módulos	Arte

Fonte: própria pesquisa (2023).

Para melhor entendimento, segue uma pequena explicação do que significa cada elemento (fixo e móvel) que compõe o Festival *Teiker*:

- Acolhimento: sempre era dado um tempo de tolerância para chegada das pessoas ao espaço virtual do festival e enquanto as pessoas iam chegando, eram acolhidas com palavras de acolhimento, gestos de empatia e música regional;
- Sonho de Profissional: existe um espaço na plataforma onde cada gestor/profissional de saúde expressa seus sonhos relacionados ao seu espaço de trabalho. E a cada Festival um ou dois sonhos eram compartilhados com todos e todas, partindo do entendimento que o compartilhamento de sonhos possibilita a construção de soluções para problemas coletivos e individuais;
- Meu Cuidado em Verso: também existia na plataforma um espaço de compartilhamento de arte por parte dos profissionais/gestores de saúde da APS da Paraíba. Poemas, poesias, cordéis, paródias e músicas poderiam ser colocados nesse espaço e durante o festival era escolhido algum para ser compartilhado. Se o LeiAtor estivesse presente ao vivo, era convidado para apresentar sua arte;
- Pódio da *Teiker*ência: como estratégia de engajamento, foi criado o “kerer” que é a moeda sócio-técnico-emocional da *Teiker*. Compreendida como a moeda da formação, como parte do projeto de gamificação. Para cada atividade proposta na plataforma, existia uma “recompensa” em moeda “kerer”, assim o processo de (trans) formação era medido pela *Teiker*ência, a qual era calculada através dos “Kereres” atribuídos a cada atividade. Durante o festival, era apresentado o pódio da *Teiker*ência distribuído em primeiro, segundo e terceiro lugar. O pódio da *Teiker*ência representava um momento de reconhecimento pelo desempenho do profissional/gestor no seu processo de formação, que ao realizar as missões

acumulavam kereres e aumentavam a *Teiker*ência. Era uma estratégia de avaliar adesão ao processo.

- Apresentação dos Módulos: a cada Festival era apresentado o módulo que seria disponibilizado naquela semana, pois a dinâmica da plataforma era de ir disponibilizando um módulo por semana. Um membro da equipe *Teiker* que tivesse participado da construção do referido módulo, fazia a apresentação do mesmo para todos e todas durante o Festival.
- Espaços de Falas: a cada festival *Teiker* era aberto um momento dedicado à escuta uns dos outros. As pessoas podiam falar livremente sobre suas experiências profissionais e pessoais em relação ao sobrepeso e obesidade, além de compartilhar seus sentimentos, dores e alegrias da vida cotidiana.
- Espaço de tirar dúvidas: como o próprio nome expressa, consistia em um espaço do festival dedicado a compartilhamento de dúvidas, principalmente em relação ao funcionamento técnico da plataforma.
- Desafios e Missões: a equipe do *Teiker* apresentava a cada Festival um desafio e uma missão correspondente ao módulo apresentado no dia. Existiam missões virtuais na plataforma e missões reais na comunidade.
- Arte: o Festival *Teiker* sempre era encerrado com arte. Músicas regionais e versos produzidos durante o próprio festival.

Em cada festival eram apresentados, basicamente, dois sonhos, um verso e o pódio da *Teiker*ência, antes de ser iniciado o conteúdo propriamente dito. O tema abordado era referente ao módulo liberado na plataforma naquele momento. Os festivais eram conduzidos pela equipe *Teiker*.

Entendendo que a criação de vínculo é um pressuposto importante no processo de “ensinagem e aprendizagem”, todas as pessoas que faziam parte do *Teiker* passaram a ser adjetivados de “Amigo *Teiker*” ou “Amiga *Teiker*”.

4.2.3 Estratégias de engajamento e monitoramento

- Apadrinhamento

Cada gestor e profissional de saúde ao realizar a inscrição e disponibilizar seu contato de *e-mail* e *whatsapp* recebia acompanhamento de um padrinho ou madrinha ao longo de toda a formação, que se tratava de um membro da equipe que se responsabilizava por acompanhar, de forma personalizada, o processo de aprendizagem de cada gestor e profissional de saúde,

tirando dúvidas, oferecendo informações importantes sobre a *Teiker* e principalmente, motivando e incentivando a continuidade do processo de transformação até o final das atividades da plataforma. O apadrinhamento ocorreu através de mensagens de texto e áudio, utilizando a linguagem regional, incentivando a participação, informando em relação aos prazos, convidando para os encontros síncronos, inclusive com o link dos festivais e o site da plataforma *Teiker*, entrega de certificados, dentre outras funções.

Também foi utilizado o envio de *posts* como recurso visual, levando informações relevantes, além das mensagens em áudio, principalmente, para aqueles gestores e profissionais com baixa ou nenhuma interação com o padrinho ou madrinha, e sem adesão à plataforma e aos festivais. A primeira mensagem enviada apresentava o padrinho ou madrinha ao afilhado(a) e esclarecia como funcionava o apadrinhamento.

- Mensagens Personalizadas

As mensagens enviadas pelos padrinhos e madrinhas eram personalizadas, demonstrando um direcionamento e criando uma relação de vínculo entre padrinho ou madrinha e afilhados. Além disso, as mensagens eram enviadas de acordo com o perfil do gestor ou profissional na formação: não responde às mensagens, não acessou a plataforma, não participa dos festivais, estagnou na formação, está participando ativamente, dentre outros. A Comunidade *Teiker* possui uma identidade regionalizada com linguagem regional paraibana e utilização de ícones regionais como os cactos, gerando uma maior identificação por parte dos profissionais participantes.

- Grupo *Teiker* no *WhatsApp*

Ao serem enviadas as primeiras mensagens individualizadas para os gestores e profissionais de saúde, era feito o convite para se integrarem a um grupo de mensagens. O link de acesso ao grupo *Teiker* no *WhatsApp* era enviado em seguida e ficava sob a decisão de cada participante, entrar ou não no grupo. Os grupos possuíam a função de interação entre os gestores e profissionais participantes da formação e também com a equipe de padrinhos e madrinhas *Teiker*.

- Tutoriais

Os tutoriais em vídeos e por meio das mensagens do apadrinhamento eram recursos visuais utilizados como suporte para o esclarecimento de dúvidas dos gestores e profissionais, a exemplo do tutorial de acesso a plataforma, de localização das gravações dos festivais *Teiker* na plataforma, como baixar o *Google Meet* no celular, dentre outros.

- Conte sua experiência na *Teiker*

Consistiu em convidar um profissional que estava se destacando na formação para gravar um vídeo ou áudio se apresentando e contando a experiência que estava tendo com a *Teiker* e como fazia para se organizar e estar ativo na plataforma, compartilhando o material com os demais profissionais através do padrinho ou madrinha. O objetivo baseava-se no entendimento que todos eram agentes de transformação e, dessa forma, a experiência do profissional poderia inspirar outros colegas da Comunidade *Teiker*.

- Plantão de dúvidas *Teiker*

O plantão de dúvidas iniciou com duração de 15 minutos via videoconferência pelo *Google Meet* para auxiliar os profissionais no primeiro acesso a plataforma, acessando junto com os tutores/padrinho/madrinha e tirando as dúvidas durante a navegação, sendo marcado com o padrinho ou madrinha conforme disponibilidade de horário de ambos. Com o avançar da formação, os plantões esclareciam as dúvidas gerais e dos módulos com prazo mais próximo para encerrar, com duração de 1 hora. Na etapa final da formação, os plantões aconteciam nos horários dos festivais *Teiker* com duração de 1 hora e 30 minutos, auxiliando os gestores e profissionais com módulos pendentes.

4.2.4 Reconhecimento do material vivenciado (análise)

Fonte (2006) expõe a respeito do estudo da narrativa que se reestrutura dentro da perspectiva de interação sujeito e ambiente, sendo esta interação autorreferenciada e interpretada a partir dos quadros operatórios do próprio sujeito.

Nesta perspectiva, os indivíduos são ativos e não se configuram como um mero recebedor e processador de informações. Seus pensamentos são fluidos, metafóricos e

imaginativos, e conjuntamente buscam sentido da realidade em eterno movimento, por vezes caótico e complexo. Como resultado das próprias distinções perceptivas há inúmeras possibilidades de leitura de si e do mundo. A construção narrativa emerge deste emaranhado, deste pulsar. As narrativas são co-construídas dentro do contexto interpessoal. Sendo assim, a investigação narrativa utiliza diferentes níveis de análise para compreender os contextos sociais e emocionais que mudam o tempo todo e também o significado de negociação do mundo (contextos locais, grandes contextos culturais, históricos e sociais) e os posicionamentos (SHUMAN, 2012; PHOENIX, 2013).

O material obtido e vivenciado nessa pesquisa, diz respeito ao processo de construção da plataforma *Teiker* e aos encontros ocorridos nos Festivais *Teiker*. Esse material foi descrito, contém informações de dia, hora e observações pertinentes, o que colaborou para a organização das informações.

Utilizando Mainardi (2009) como referência de análise, foram produzidos novos textos com as impressões e o devir do pensamento em ato que continua impregnado das vivências, impressões e associações. Esta atividade busca favorecer a expressão do sentir para que depois possa-se trabalhar de forma mais didática e ordinal. A vivacidade do texto está justamente nos movimentos de ir e vir, propiciando uma candência e sintonia com o interlocutor/leitor.

Ainda foi feito uso da autoetnografia que se configura como a problematização das resistências entre o “eu” (auto) e o coletivo (etno) no ato de escrever (grafia) (LIONNET, 1991). É uma abordagem não apenas de pesquisa como de escrita que objetiva descrever e analisar sistematicamente a experiência pessoal para entender a experiência cultural. Trata-se de uma abordagem que se contrapõe e incita as maneiras canônicas de realizar pesquisa, e ainda, enquanto método, a é ao mesmo tempo processo e produto (ELLIS; ADAMS; BONCHNER, 2011).

Segundo Raimondi e colaboradores (2020):

a autoetnografia apresenta-se como um recurso metodológico e analítico nas investigações de experiências vividas nas intersecções do self nos coletivos, do eu nas culturas, do agente nas agências. A presença explícita do corpo do(a) pesquisador(a) no texto produzido “sobre eles(as), com eles(as)”, orientado por uma episteme pós-colonial e da performance, traz à linha de frente da pesquisa os conhecimentos ou sabedorias subjugadas, bem como a perspectiva dos(as) subalternizados(as) 28, historicamente excluídos(as) da produção do conhecimento e de suas práticas culturais.

Dentro da abordagem autoetnográfica pode ser acrescido o caráter performático, compreendendo que o ser humano é *homo-performers* (está sempre performando em suas prá-

ticas, crenças, identidades, na relação junto aos outros), percebendo a necessidade de superar um processo apenas informativo para um outro performático, que chama atenção para a ação e a transformação (CONQUERGOOD, 1998). Escrever performativamente é, portanto, uma escrita que convoca outras possibilidades de mundo, por vezes consideradas como intangíveis, como por exemplo, os mundos das memórias, dos prazeres, das sensações, das imaginações, das afetações e dos *insights* (POLLOCK, 1998). A seção adiante, é apresentado e discutido as “curvas” que emergiram enquanto resultados.

5 REPERCUSSÕES DO CAMINHO PERCORRIDO

“Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos”.
(Paulo Freire)

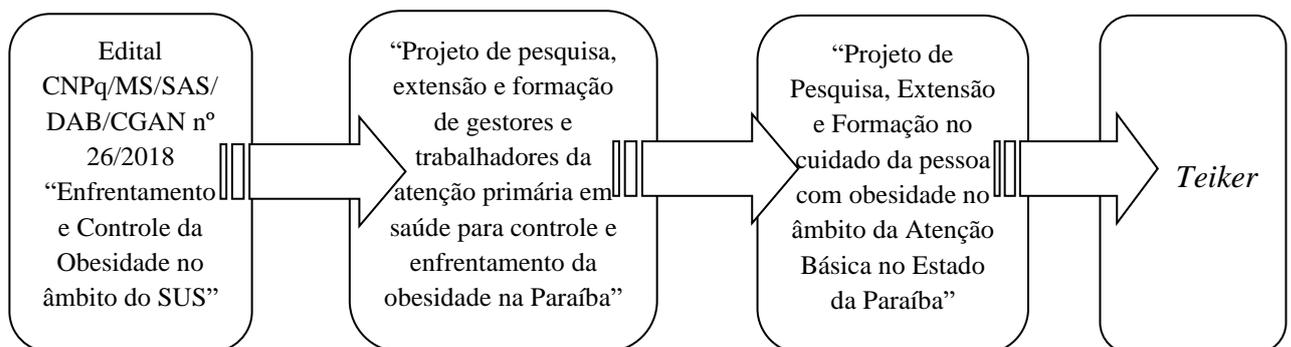
Já foi mencionado anteriormente que a organização dos resultados desta tese não se configurou como algo simples de fazer. Para uma melhor compreensão, os achados e impressões desse estudo serão divididos em quatro partes, ou quatro curvas:

- *Curva um*: caracterização dos profissionais e gestores de saúde que passaram pelo processo de (trans) formação *Teiker*;
- *Curva dois*: artigo 1 produzido descrevendo a união da educação popular com a gamificação na construção de uma plataforma virtual de capacitação de gestores e profissionais da APS;
- *Curva três*: artigo 2 falando sobre abordagem não estigmatizante da obesidade na capacitação de profissionais de saúde; e
- *Curva quatro*: artigo produzido em primeira pessoa apresentando o *Teiker* como resultado que proporcionou a construção de narrativas outras sobre o cuidado da pessoa com obesidade, no qual a pesquisadora fez parte como personagem viva do processo.

5.1 CURVA UM

Destaca-se inicialmente como primeiro resultado a ser apresentado o processo de ressignificação e reconfiguração de palavras e formas de expressar o nome do próprio projeto originado da chamada pública do Ministério da Saúde e CNPq. Algumas adequações surgiram já no início do projeto e outras foram sendo construídas ao longo do processo (figura 6).

Figura 5 – Nome do Projeto

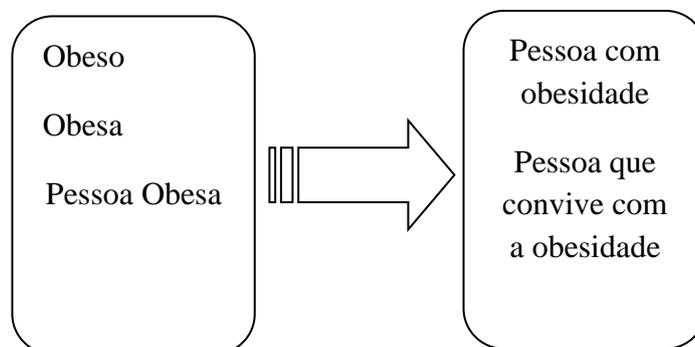


Fonte: Autora do trabalho (2023).

Durante o processo de estudo e aprofundamento sobre o tema pela equipe foi decidido não utilizar as palavras “enfrentamento” e “controle” que estão presentes no nome da própria chamada, pois a compreensão é que este tipo de linguagem afasta as pessoas da discussão real sobre obesidade e de certa maneira, imprime um caráter de domínio sobre a vida do outro que parece estar bem descrito que não colabora com o cuidado das pessoas que lidam com seus corpos gordos. As leituras de autores que discutem a obesidade por um olhar contra hegemônico durante a construção da plataforma, bem como as discussões promovidas em grupo a cada encontro de planejamento dos módulos, proporcionou o entendimento que não seria mais possível falar sobre obesidade utilizando termos bélicos e de controle de corpos (POULAIN, 2013; SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020; SCRINIS, 2021).

A decisão de não “rotular” os indivíduos pela sua condição ou característica física, foi um selo do *Teiker*. Todo o processo de estudo e aprendizado coletivo levou o grupo a abolir a redução da pessoa a seu peso, chamando-a de obesa. Passar do “obeso ou obesa” para “pessoa que convive com obesidade” ou “pessoa com obesidade” faz uma diferença imensa sobre a percepção de si mesmo (figura 7).

Figura 6 – Forma de se referir aos indivíduos



Fonte: Autora do trabalho (2023).

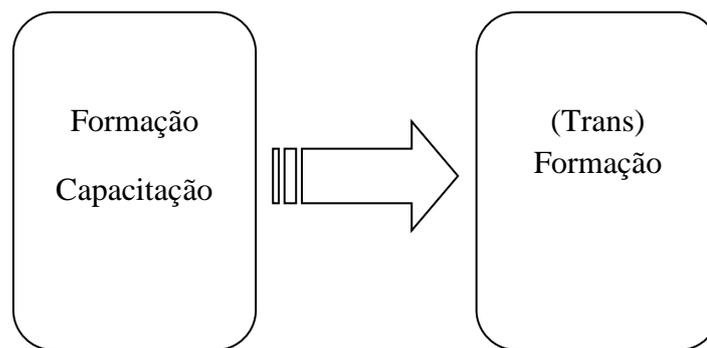
Em 2020, foi publicado na *Nature*, uma das revistas mais respeitadas no campo científico hegemônico, um consenso para melhor informar os profissionais de saúde, formuladores de políticas públicas e o público em geral sobre o estigma associado à obesidade com recomendações para eliminar o viés de peso nas orientações. O conjunto de pesquisadores composto por um grupo multidisciplinar de especialistas internacionais, incluindo representantes de dez organizações científicas, revisou as evidências disponíveis sobre as causas e os danos do estigma do peso e desenvolveram uma declaração de consenso

recomendando entre outras questões, não utilizar a condição de obesidade dos indivíduos para os rotular (RUBINO *et al.*, 2020).

Encapsular uma pessoa em um rótulo pela palavra “obesa” é limitar um ser humano que é tão complexo e cheio de camadas por uma única característica e a que machuca e causa estigma e preconceito (PUHL; HEUER, 2010; WILLIAMS; ANNANDALE, 2020).

Outro ponto foi a ideia de “formação” e “capacitação” que também foi superada pelo desejo de (trans) formação (figura 8), pois a equipe compreendeu que gestores e profissionais da saúde da APS estão constantemente participando de capacitações em formatos tradicionais e com o intuito de apenas transferir conhecimentos. Desta forma, nem sempre se obtém um bom resultado pós-formação.

Figura 7 – Entendimento sobre o processo



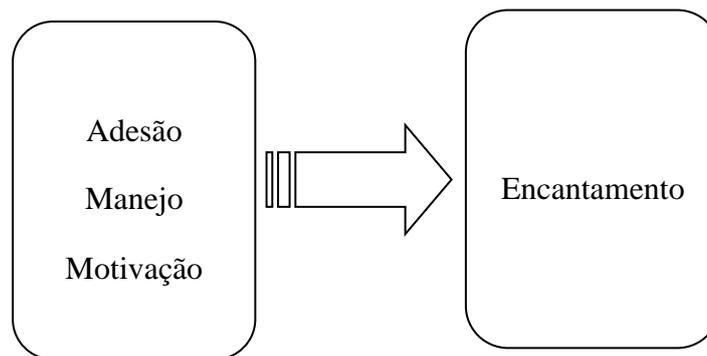
Fonte: Autora do trabalho (2023).

A formação e processos de capacitação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, dificultando muitas vezes a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e apresentando um caráter extremamente prescrito sem alinhamento com a realidade. Um estudo realizado em São Paulo com trabalhadores que atendem pessoas com obesidade mostrou que os profissionais de saúde apresentavam pouco domínio sobre seu processo de trabalho, cuja finalidade acabava sendo a mudança de comportamento e a perda de peso corporal, em vez de considerar as necessidades de saúde dos usuários e profissionais, produzindo, por vezes, insatisfação e desgaste com o trabalho (JESUS *et al.*, 2022).

O *Teiker* objetiva muito mais que capacitar profissionais para o atendimento de pessoas gordas, a intenção é promover transformação de conceitos, de ideias, de pensamentos e principalmente de práticas.

Seguindo o mesmo propósito de fugir das lógicas hegemônicas em relação ao acompanhamento da pessoa que convive com a obesidade, foi introduzida ao convívio *Teiker* a palavra “encantamento”, trazendo do vocabulário popular, um jeito acolhedor de falar sobre motivação e adesão (figura 9). Os indivíduos se envolvem e mergulham no processo de (trans)formação por que foram envolvidos pelo encantamento do processo. Gestores e profissionais de saúde encantados pela capacidade de construir possibilidades de cuidado em saúde de melhor qualidade, têm maior chance de mudar realidades em seu entorno.

Figura 8 – Renomeando palavras científicas



Fonte: Autora do trabalho (2023).

A palavra “encantamento” tem dois ramos de significado, um que diz respeito a sensação de deslumbramento, admiração e prazer, e outro que está no campo do poder mágico, e do encanto no sentido de feitiço. Talvez por isso encantar-se não preenche os pré-requisitos científicos da adesão, mas quando se promove encontros da ordem do encantamento, é possível repensar o mundo do cuidado (CASENOTE; MERHY, 2020).

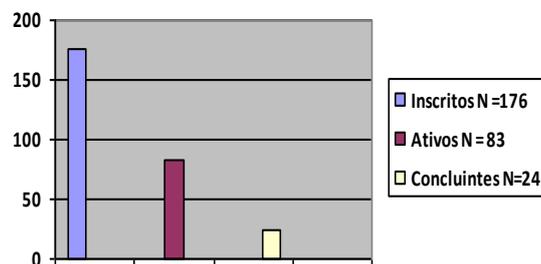
5.1.1 Caracterização dos gestores e profissionais de saúde

O *Teiker* foi implementado com gestores e profissionais de saúde da APS do Estado da Paraíba, que tem 223 municípios e deste total, apenas quatro possuem mais de 100 mil

habitantes. Ou seja, o Estado da Paraíba é constituído majoritariamente por cidades com menos de 40 mil habitantes.

Em relação aos gestores, foram 176 inscrições homologadas, e destas, 83 gestores foram ativos no processo, participando tanto dos Festivais *Teiker* quanto realizando as atividades da plataforma, representando 50 municípios do Estado. Finalizaram o processo, 24 gestores (figura 10).

Figura 9 – Número de gestores que participaram da (trans)formação *Teiker*, Paraíba, Brasil



Fonte: própria pesquisa (2023).

Considera-se os gestores como concluintes aqueles que atenderam aos critérios estabelecidos para receber a certificação: Critério 1: realizar $\geq 75\%$ das atividades assíncronas na plataforma *Teiker* + $\geq 50\%$ de presença nos festivais *Teiker*; Critério 2: realizar 100% das atividades assíncronas + $< 50\%$ de presença nos festivais *Teiker*; e Critério 3: percentual de atividades assíncronas entre 80% e 90% + $< 50\%$ de presença nos festivais *Teiker*. Importante destacar que 100% das atividades assíncronas corresponderam em termos numéricos a 18 atividades e 100% dos festivais *Teiker* corresponderam a 10 presenças.

Dos 176 inscritos, 14% (n=24) concluíram a (trans)formação. Analisando o quantitativo de conclusões em relação aos gestores participantes ativos (n=83), correspondeu a 29%.

Analisando numericamente é possível afirmar que o percentual de gestores que concluíram o processo de (trans)formação foi baixo, apenas 14%. No entanto, é preciso considerar as possibilidades de mudanças locais reais nestes espaços onde seus gestores dedicaram tempo para conclusão do processo.

Apesar de não ser o foco desta tese, é importante fazer reflexões sobre o perfil dos gestores de saúde no espaço da APS em municípios de pequeno porte de um Estado como a Paraíba. Segundo Carvalho (2003), os governos locais representaram, em boa parte da

trajetória histórica brasileira, espaços de exercício do poder das oligarquias regionais formadas por famílias proprietárias de terras e grandes comerciantes, o que pode levar a falta de interesse em participar de um processo entendido como capacitação para o cuidado da pessoa com obesidade.

Para além dessa questão, compreende-se que a gestão pública local do setor saúde vivencia constantemente crises setoriais de financiamento e insuficiência das estratégias de formação de quadros qualificados, o que também pode, de certa maneira, influenciar em uma baixa adesão a um curso no formato *on line* e sobre obesidade (OUVERNEY *et al.*, 2019). Outra consideração relevante é que o processo de trabalho de gestores locais é extremamente dinâmico, pois a cada ciclo de gestão de quatro anos, assumem novos gestores, com perfis que podem variar de forma significativa em relação aos anteriores, e percepções as mais diversas sobre o papel das secretarias municipais de saúde no que diz respeito ao cuidado da pessoa com obesidade (OUVERNEY *et al.*, 2019).

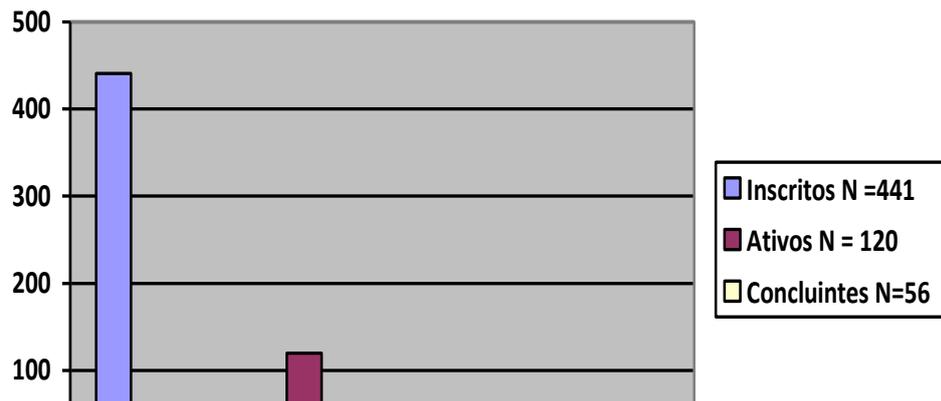
Um estudo realizado com o objetivo de analisar o perfil e as percepções dos Secretários Municipais de Saúde (SMS) sobre as perspectivas para o SUS em âmbito nacional encontrou que existe uma tendência de presença de gestoras que são da confiança do prefeito e que possuem competência técnica com capacidade de liderar, mobilizar e dialogar. Este estudo revelou ainda que as prioridades nas agendas versam sobre aspectos do financiamento tripartite, sobre a melhoria de acesso a consultas e exames, aprimoramento da relação operacional entre vigilância e atenção básica, e fortalecimento dos espaços de gestão regional (OUVERNEY *et al.*, 2019). Percebe-se que contar com a agenda disponível de um gestor de saúde para realização de um processo de (trans)formação que exige tempo e dedicação durante um certo tempo, não é uma tarefa fácil e pode ser que indique um caminho para investigações futuras do porquê da baixa adesão.

Em relação aos profissionais de saúde, foram homologadas 441 inscrições, onde 120 pessoas ficaram ativas no processo de (trans)formação, correspondendo a 42 municípios do Estado e 56 profissionais concluíram todo o processo (figura 11).

Definiu-se como profissionais concluintes aqueles que concluíram a formação, alcançando 65% ou mais da formação, considerando os momentos síncronos e assíncronos. Os critérios para a certificação final de 180 horas foram baseados no somatório das atividades de todos os módulos (58) e da presença nos Festivais *Teiker* (10) ou tendo assistido a gravação do festival na plataforma, compreendendo as partes síncronas e assíncronas um total de 68 atividades. Também foi possível pontuar no percentual de conclusão, realizando a

atividade extra módulos, como o sonho de profissional e cuidado em verso, além de completar 50% ou mais dos kereres totais da formação.

Figura 10 – Número de profissionais de saúde que Participaram da (trans)formação *Teiker*, Paraíba, Brasil



Fonte: própria pesquisa (2023).

Percebe-se também que entre os profissionais de saúde, o percentual de concluintes em relação aos inscritos totais foi mais baixo ainda que o de gestores, 13%. No entanto, se analisar o percentual de concluintes entre os que se mantiveram ativos chega a 46%.

É preciso considerar que o *Teiker* esteve disponível para os profissionais vivenciarem a experiência de (trans)formação em um período que a pandemia de covid-19 havia reduzido a sua letalidade devido ao avanço da vacinação e com isto as unidades de saúde se encontravam sobrecarregadas pela demanda reprimida durante todo o isolamento social imposto pelo vírus e pela necessidade de organização da própria vacinação, não apenas contra o covid-19, como de outras patologias.

Um estudo que analisou os desafios da gestão do cuidado na atenção básica a partir da perspectiva da equipe de enfermagem no Sul do país mostrou que a sobrecarga de trabalho é um dos desafios mais importantes a serem superados (SODER *et al.*, 2018). Considerando que os Festivais *Teiker* ocorriam no turno da noite, que para participação efetiva era necessário acesso à *internet* e dispositivo eletrônico de boa qualidade, acredita-se que isto possa ter influenciado no baixo número de profissionais que concluíram a proposta.

Um último fator que deve ser considerado na discussão em questão é que a temática obesidade não é um assunto fácil e que a implementação de práticas de cuidado nutricional para as pessoas com obesidade no contexto da APS ainda é um desafio, devido a fatores

como: escassez de tempo para realizar o aconselhamento voltado à promoção de hábitos de vida saudáveis; presença de outros agravos à saúde, baixa adesão dos usuários ao tratamento e acesso insuficiente a material instrucional, dentre outros (LOPES *et al.*, 2021) o que pode influenciar na adesão ao *Teiker* também.

A Tabela 1 abaixo apresenta as características dos concluintes da transformação. A maioria dos gestores (91,7%) e dos profissionais (82,1%) são do sexo feminino. Em relação à formação profissional, as categorias com o maior número de representantes foram a de enfermagem (Gestores: 37,5%; Profissionais: 19,6%), nutricionistas (Gestores: 29,2%; Profissionais: 28,6%) e agentes comunitários de saúde (Profissionais: 32,1%). No tocante à função que os gestores desempenhavam na AB-SUS do município, 62,5% e 16,7% estavam como coordenadores da AB-SUS (42%) ou coordenador de programas ou área de alimentação e nutrição.

Tabela 1 – Características dos participantes que concluíram a transformação *Teiker*, Paraíba, Brasil, 2021

Características dos participantes	Gestores (%) (n=24)	Profissionais (%) (n=56)
<i>Sexo</i>		
Feminino	91,7 (22)	82,1 (46)
Masculino	8,3 (2)	17,9 (10)
<i>Profissão</i>		
Enfermeira	37,5 (9)	19,6 (11)
Nutricionista	29,2 (7)	28,6 (16)
Assistente Social	4,2 (1)	1,8 (1)
Educador Físico	0	3,6 (2)
Biomédico	4,2 (1)	0
Fisioterapeuta	4,2 (1)	3,6 (2)
Terapeuta Ocupacional	0	1,8 (1)
Odontólogo	4,2 (1)	
Médico	0	5,4 (3)
Técnico em enfermagem	4,2 (1)	3,6 (2)
Agente Comunitário de Saúde	0	32,1 (18)
Outros	12,5 (3)	0
<i>Funções</i>		
Secretário de Saúde	4,2 (1)	-
Coordenador de Atenção Básica	62,5 (15)	-
Gerente de Unidade de Saúde	4,2 (1)	-
Gerente Distrital de Saúde	4,2 (1)	-
Coordenador de Área ou Programa	16,7 (4)	-
Apoiador institucional	8,3 (2)	-

Fonte: próprias da pesquisa (2023).

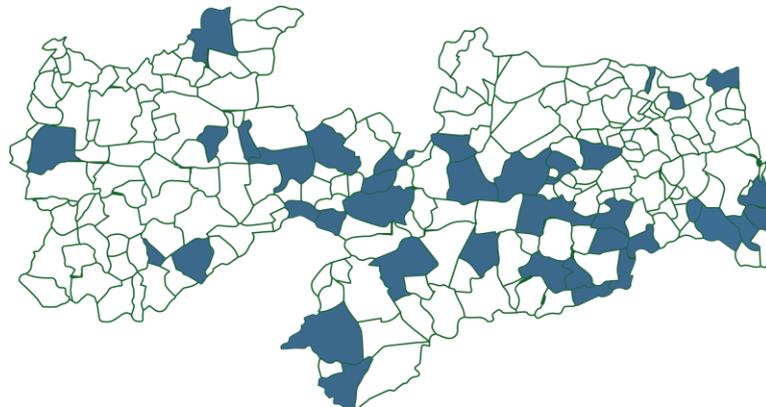
As características dos gestores de saúde desta pesquisa são bem semelhantes às encontradas por Ouverney e colaboradores (2019) em uma pesquisa de abrangência nacional que mostrou a superioridade numérica de mulheres no cargo de gestão, além de um percentual

importante de enfermeiras. Em relação aos profissionais faz-se o destaque ao número mais elevado de Agentes Comunitários de Saúde em relação aos outros profissionais e em segundo lugar o nutricionista, isto provavelmente se deve ao tema obesidade, que na maior parte das vezes é relacionado exclusivamente ao profissional da nutrição, como apontado por Belo e colaboradores (2022) em experiência semelhante a esta realizada no Rio de Janeiro.

Uma última reflexão precisa ser levantada em relação ao percentual numericamente baixo de gestores e profissionais de saúde que concluíram o processo de (trans)formação *Teiker*. Por se tratar de um projeto que foi financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde, durante todo o tempo de execução, a equipe de construção do *Teiker* se questionava sobre um número tão baixo de pessoas que concluíram o curso que desde sua concepção não pretendia ser apenas mais uma capacitação, mas sim uma experiência de (trans)formação. E foi justamente este aspecto que respondeu à angústia numérica que a ciência tradicional e hegemônica estabelece em cada pesquisador: o que realmente é importante diz respeito ao que ocorrerá após os festivais *Teiker* cessarem. A ideia do encantamento e de construção de uma experiência de transformação tem o intuito de fazer o aprendizado reverberar para além daquelas pessoas que estiveram participando do processo. Cada LeiAto se torna um ser humano com potencial de encantar e tocar outros seres humanos com olhares e práticas construídas a partir da vivência com o *Teiker*.

Foram 39 municípios alcançados por meio de seus gestores e profissionais que concluíram a (trans)formação *Teiker* (figura 12). A partir desses espaços e territórios que possuem pessoas que foram transformadas por um novo jeito de olhar para o cuidado da pessoa que convive com obesidade, é impossível quantificar por hora, o alcance dessa metodologia.

Figura 11 – Mapa da Paraíba com destaque para os 39 municípios que tiveram gestor e/ou profissional de saúde concluindo a experiência de (trans) formação *Teiker*



5.2 CURVA DOIS

Artigo 1 – Encontra-se em processo de ajustes finais para submissão na *Revista Demetra*

Misturando Educação Popular e Gamificação para construção dos conteúdos de uma plataforma digital de (trans) formação do cuidado da pessoa com obesidade: experiência

Teiker

Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso
 Bruna Rafaela Faustino Dantas
 Suelly Geyla Vieira da Silva
 Ana Isabel Nicácio dos Santos
 José Victor de Sousa Lira
 Marcelo Alves de Barros
 Maria Augusta Correa Barroso Magno Viana
 Elaine Valdna Oliveira dos Santos
 Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

1 INTRODUÇÃO

A educação permanente em saúde é uma estratégia que demanda uma prática educativa inovadora, visando as necessidades de saúde das pessoas, das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Tem como propósito uma construção de práticas profissionais, ancoradas na problematização da realidade, no conhecimento prévio dos trabalhadores, na aprendizagem significativa e na transformação de práticas previamente estabelecidas (GIGANTE; CAMPOS, 2016; BRASIL, 2018). Dessa forma, contribui para que a formação dos trabalhadores de saúde ocorra numa relação dialética com as práticas de atenção à saúde (OGATA *et al.*, 2021).

Para que ocorra esse diálogo em conjunto com as reflexões provocadas pelas vivências dos profissionais, há um incentivo da utilização, na educação permanente em saúde, de uma abordagem Freiriana apoiada nos princípios da Educação Popular (BRASIL, 2007; FLISCH *et al.*, 2014).

Essa abordagem, refere-se a uma conduta de reconhecimento e enfrentamento de problemas de saúde mediante o diálogo com as classes populares, o respeito às suas culturas e o reconhecimento dos seus saberes (BRASIL, 2007), o que favorece a capacidade de renovação dos procedimentos de trabalho, a partir da reflexão do cotidiano vivenciado na

gestão, na atenção, no controle social, na problematização dessas vivências e na construção coletiva de novas formas de fazer gestão e cuidado. Nessa perspectiva, é observada a necessidade de mudanças para o cuidado de pessoas com obesidade (OGATA *et al.*, 2021).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é definida como acúmulo anormal ou excessivo de gordura que apresenta risco à saúde (WHO, 2020). Sendo que o aumento de sua prevalência é atribuído a diferentes processos biopsicossociais, envolvendo o ambiente político, econômico, social e cultural, e não somente as escolhas dos indivíduos. Isso é um desafio para os gestores e profissionais da saúde ao tentarem compreender como esses múltiplos fatores interagem entre si e de que modo poderiam contribuir para instigar a realização de práticas educativas para o cuidado de pessoas com obesidade (CORRÊA *et al.*, 2015; SWINBURN *et al.*, 2015; DIAS *et al.*, 2017).

Assim, algumas estratégias vêm sendo utilizadas para abranger um número maior de pessoas e proporcionar maior interação entre profissionais de saúde e a população. Com o advento das novas tecnologias da informação e da comunicação é possível instigar, engajar e motivar as pessoas para melhor entendimento de conteúdos relacionados à saúde a partir da gamificação (POSSOLLI *et al.*, 2018).

O termo gamificação compreende a aplicação de elementos de design de jogos na construção de experiências não caracterizadas como jogos, acrescentando-lhes ludicidade e significado épico, com o objetivo promover o engajamento dos envolvidos em atividades profissionais ou do cotidiano, e de reforçar determinados padrões positivos como interação social e produtividade nessas atividades (BURKE, 2014). Trata-se de uma abordagem de *design* de experiências de usuários que possibilita mudanças no acesso à informação e influência de forma crescente a construção de conhecimentos, valores e atitudes, contribuindo para a criação de uma nova cultura durante um processo de aprendizagem (PRENSKY, 2012; BURKE, 2014).

É um fenômeno que provém da capacidade individual de motivar a ação, solucionar problemas e fortalecer a aprendizagem nas diferentes áreas do conhecimento e da vida dos indivíduos, visto que, se tornou um entretenimento com potencial alcance em praticamente todas as camadas da população (FARDO, 2013). Na área da saúde alguns trabalhos abordam a utilização da estratégia de gamificação como: prática metodológica, ferramenta educativa para auxiliar nos cuidados com a saúde e forma interativa para abordagens de conteúdos (SOUZA-JUNIOR *et al.*, 2016; CHAGAS *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Diante do exposto, o trabalho buscou associar os princípios da Educação Popular e da Gamificação para elaboração de diferentes conteúdos inclusos em uma plataforma digital com

o propósito de contribuir na formação de gestores e profissionais de saúde em relação ao cuidado da pessoa com obesidade. Para isso, foi empreendida uma extensão do método LerAtos de gamificação da formação de profissionais da educação para a formação de profissionais da saúde. O método LerAtos transforma os participantes de uma experiência de educação, por meio da ludicidade e da consciência do papel social do conhecimento, desenvolvendo nos indivíduos uma habilidade especial de leitura libertadora, de si, do outro e do mundo, e convertendo-os em leitores-atores (leiatores) que performam atitudes empreendedoras no cuidado de si, do outro e do mundo, e em leitores-autores (leiautores) que além de performar uma atitude de cuidado, criam novos instrumentos e novas práticas para esse cuidado de forma contextualizada, significativa e multiplicadora em uma comunidade (BARROS, 2018).

Desta forma, o presente artigo tem como objetivo compartilhar a experiência da utilização de princípios da educação popular e de gamificação na elaboração e escolha de conteúdos de uma plataforma digital de formação de gestores e profissionais de saúde da Paraíba no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um relato de experiência da construção dos conteúdos de uma plataforma virtual que une os princípios da educação popular à prática da gamificação na (trans) formação de gestores e profissionais de saúde no que diz respeito ao cuidado da pessoa com obesidade na atenção primária, no Estado da Paraíba. Este trabalho faz parte do Projeto de Pesquisa, Extensão e Formação de Gestores e Trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Obesidade da População da Paraíba, referente a Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018, Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS.

A experiência de unir Educação Popular e gamificação foi vivenciada por uma equipe composta por pesquisadores de três universidades: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campus* Cuité e Campina Grande. Os integrantes ingressaram no projeto por meio de vínculos institucionais já estabelecidos com os coordenadores, através de Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), orientandos de mestrado e doutorado,

projetos de extensão e Núcleos de pesquisas e foram divididos em conteudistas e programadores.

Os conteudistas tiveram como responsabilidade a criação e sistematização das temáticas exigidas pelo edital do CNPq e Ministério da Saúde anteriormente referido, e foram divididos em módulos (Figura 1), sendo 11 para os profissionais de saúde da atenção primária e 6 para os gestores, enquanto que a criação do *layout* da plataforma e a implementação dos conteúdos ficou a cargo dos programadores.

	CONTEÚDOS	
	GESTORES	PROFISSIONAIS
M Ó D U L O S	1- Políticas Públicas e PNAN	1- Organização da Atenção e Redes
	2- Financiamento	2- Planejamento em Saúde
	3- Redes e Linhas de Cuidado	3- Manejo da Obesidade
	4- Controle Social	4- Promoção da Saúde
	5- Planejamento do Cuidado	5- Saúde na Escola
	6- Advocacy	6- Crescer Saudável
		7- Academia da Saúde
		8- Educação Alimentar e Nutricional
		9- Abordagens Coletivas
		10- Culinária Emancipatória
		11- Abordagem Comportamental

Figura 1. Distribuição dos módulos na plataforma.

Cada módulo foi construído observando-se os seguintes princípios da Educação Popular: Diálogo, Amorosidade, Problematização, Construção Compartilhada do Conhecimento e Emancipação, todos presentes na Política Nacional de educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012). A construção teórica dos módulos foi ancorada em materiais oficiais como o Guia Alimentar para a População Brasileira, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, bem como artigos e produções científicas que abordam a temática.

A estrutura dos módulos foi desenvolvida mediante alguns questionamentos, como: *De que forma isso será apresentado? Qual será a interpretação do público frente à abordagem no decorrer de todos os módulos? Quais estratégias podem ser utilizadas para uma melhor compreensão e reflexão dos participantes?*

Inicialmente foram realizados 4 encontros presenciais para alinhamento da proposta e apropriação dos temas: o primeiro aconteceu para apresentação do projeto; o segundo foi uma capacitação mediada pela equipe da computação com o objetivo de apresentar ferramentas digitais para os conteudistas; os demais ocorreram para discussão de ideias e suporte. Porém,

com o surgimento da pandemia de covid-19, todo o seguimento foi dado de modo virtual, semanalmente, com participação de todos e todas, ao passo em que os programadores inseriam os módulos na plataforma (Figura 2).

	Ações dos Conteudistas	Ações dos Programadores
1° fase Planejamento	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Apresentação do projeto;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Divisão dos módulos;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">1° versão dos conteúdos;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Oficinas para uso da plataforma, recursos digitais;</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Apresentação do projeto;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Criação da plataforma;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Oficinas para uso da plataforma, recursos digitais;</div>
2° fase Implementação	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Reuniões semanais online;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Revisão dos módulos;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Discussões para fortalecimento do tema;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Correções: ortografia, adequação da linguagem,</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Reuniões semanais online;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Primeiras implementações na plataforma;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Discussões para fortalecimento do tema;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Primeiras implementações na plataforma;</div>
3° fase Ajustes e Revisão	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Teste de todos os módulos;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Refinamento, correções, adaptações, sugestões finais;</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Todo conteúdo adicionado na plataforma;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Correção de bugs, links, textos, na plataforma;</div>

Figura 2: Fluxograma de criação da plataforma

As equipes de conteudistas foram montadas de acordo com a afinidade em relação ao tema e a cada semana um módulo era apresentado pelos responsáveis e recebia contribuição de todos os pesquisadores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha de compartilhar uma experiência que mistura educação população e gamificação na construção de uma plataforma digital de capacitação em saúde não se mostrou uma atividade simples de solucionar, porém revelou as múltiplas possibilidades de somar saberes que até então se mostravam distantes.

Optou-se por construir os resultados a partir dos princípios da Educação Popular, sendo assim inicia-se a descrição destacando o **Diálogo**, presente desde a concepção do projeto e que é essencial para um processo de aprendizagem transformadora. O primeiro destaque deve ser dado ao diálogo formado entre arte e ciência com o objetivo maior de transformar o cuidado em saúde voltado às pessoas com obesidade, tornando possível aos gestores e profissionais de saúde a reformulação de seus conceitos e práticas e possibilitando a ampliação do que seria apenas uma técnica para tratamento e atingindo o sentido do cuidado.

Nesse sentido, surgiu a palavra *Teiker*, inspirada no ato de cuidar, derivada do inglês *take care* e utilizando a fonética de origem indígena. Durante toda a elaboração da plataforma o sentido *Teiker* foi buscado, priorizando o diálogo a partir do estabelecimento de relações horizontais, onde as práticas sociais e educativas se dão a partir da compreensão de que não há saber maior ou menor, mas saberes diferentes, como assinala Freire:

O diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes (BRASIL, 2014).

Ensinar e aprender exigem a consciência de que somos seres inacabados e incompletos e a necessidade de exercitar a escuta, e de termos abertura para o novo, refletindo criticamente sobre a prática. A disponibilidade para o diálogo, a humildade, a generosidade e a alegria de ensinar e aprender são também características fundamentais para que haja aprendizado. Isso aumenta a convicção de que a mudança é possível, por mais que a realidade se apresente como algo aparentemente já dado e imutável (BRASIL, 2015).

A partir do diálogo e da inter-relação entre a Educação Popular e a Gamificação foi possível também utilizar os princípios da **Problematização e Construção compartilhada do conhecimento** como base para a experiência *Teiker*. Pensando nisso, é que a experiência foi idealizada para gestores e profissionais de saúde de diversos núcleos do saber: enfermagem,

nutrição, fisioterapia, educação física, agentes comunitários de saúde, entre outros. A prática interprofissional colaborativa foi então tratada como essencial ao cuidado em saúde desde a concepção da plataforma para se alcançar a integralidade do cuidado, permitindo uma aprendizagem mais afetiva e problematizadora (MATTOS *et al.*, 2019).

A vivência interdisciplinar dos Conteudistas para a construção coletiva da plataforma *Teiker* possibilitou problematizar a obesidade para além de suas teorias e implicações biológicas, expandindo a discussão de forma facilitada pela gamificação na busca por desenvolver estratégias interativas e dinâmicas para abordagem do tema com os participantes.

O princípio da **amorosidade** exposto por Freire (2005) e trazido pela experiência *Teiker* tem o objetivo de trabalhar a educação como ato de amor e de coragem, visando a libertação do educando e permitindo que o afeto se torne elemento básico na busca pela saúde, ou seja, estimulando a autonomia para que os sujeitos sejam encorajados à construção do seu próprio conhecimento.

Exercitar autonomia e refletir sobre o processo de libertação de quem se propõe aprender a respeito do cuidado da pessoa com obesidade é de extrema importância. Mas se libertar do que especificamente? No caso em questão, ao ser pensada, a plataforma *Teiker*, entre outras questões, nasceu com a pretensão de desconstruir junto aos gestores e profissionais da saúde, uma série de fatores que estão arraigados desde a formação destes profissionais. A ideia de que as pessoas estão com obesidade porque não se cuidam, que só tem obesidade quem é desleixado e sem força de vontade são compreensões que influenciam na forma de tratar os indivíduos e que precisam ser desconstruídas, portanto a utilização da expressão “libertação” muito se aplica a este contexto.

A junção de uma equipe multidisciplinar com ideias de uma educação libertadora (possibilitada pela amorosidade), na busca de empoderar e impulsionar reflexões críticas de acordo com a realidade vivenciada do público alvo e ao mesmo tempo reconhecendo as práticas existentes, levantou o questionamento: “Como estimular autonomia e aprendizado a partir do formato digital?”, trazendo à experiência mais dois dos princípios basilares da EP, a **Emancipação** e a **Autonomia**. Para atingir ambos os princípios, é necessária a efetivação de todos os outros citados para que os sujeitos possam agir de forma crítica e consciente como protagonistas dos processos decisórios de saúde em que estão inseridos (SPOHR; DALSTOTTO; CORREA, 2021).

Buscando a valorização da autonomia e emancipação, a experiência *Teiker* objetiva uma inovação de ensino-aprendizagem por meio da gamificação, que tem como base a experiência LerAtos, onde o participante é naturalmente criativo e é denominado LeiAutor,

com o objetivo de incentivá-lo a “ler” a si próprio, ler o outro, e ler o mundo (compreender o conteúdo, interpretando-o de forma crítica) e a protagonizar sua transformação por essa leitura, na forma de Atos (atitudes/práticas no cuidado de pessoas com obesidade). Os LeiAutores, quando tiverem acesso a plataforma, vivenciarão 3 experiências, sendo elas: (1) Empoderamento do conteúdo apresentado, (2) Missões virtuais no decorrer dos módulos e (3) Missões na comunidade, onde será possível colocar em prática o que foi compartilhado durante a jornada.

Desse modo, foi necessário estudar e aprofundar temáticas para além da área da saúde. Na construção dos módulos, os Conteudistas precisaram aprender, sob a orientação da equipe de computação, a construir roteiros para a criação de vídeos, se apropriar das formas corretas de utilizar câmeras para fazer filmagens, conhecer programas e aplicativos de edição de vídeos, utilizar diversos recursos audiovisuais, entre outros saberes que se fizeram necessários ao longo do percurso.

O desenvolvimento de uma Comunidade Virtual de Aprendizagem facilita a construção colaborativa do conhecimento para dar suporte a interação e sociabilidade durante o tratamento em saúde. Para isso, podem ser utilizados recursos que convergem a um ambiente de construção colaborativa e integra meios lúdicos de aprendizado, como as tecnologias móveis e os jogos educacionais (BARBOSA; BASSANI, 2013).

Rodrigues *et al.* (2020), relata a experiência de uma formação para preceptores, realizada com residentes, utilizando recursos tecnológicos para empoderar o estudante em seu aprendizado. Para isso, contaram com uma plataforma online para dispor as atividades, os conteúdos divididos em módulos, fóruns e vídeos, com o objetivo de dar início ao processo de educação continuada junto aos profissionais de saúde. Nessa mesma linha, Barros *et al.* (2020) mostrou que ao utilizar gamificação com acadêmicos de enfermagem, a partir da experiência de um jogo, houve criação de conhecimento e aquisição de maior independência.

Echeverria (2021) também identificou o potencial da utilização desse formato em tempos de pandemia, tendo em vista sua capacidade de flexibilidade de realização de atividades, além de possibilitar interação entre os públicos e facilitar correção e atualização dos conteúdos.

Os módulos “dialogam” entre si provocando um desdobramento de conteúdos que poderão ser integrados pelos LeiAutores na construção de ideias geradas no decorrer de todo o percurso da plataforma digital, assim o conhecimento e a estratégia de execução das ações são formadas por meio da reflexão e prática do que se compreende ser adequado para realidade. A EP age justamente problematizando essa realidade, estabelecendo um encontro

entre a cultura popular e a Ciência, utilizando os princípios da própria Política, como o diálogo, reflexão crítica e construção compartilhada do conhecimento (BRASIL, 2007).

A plataforma *Teiker* utilizou uma estratégia especial de gamificação para motivar os gestores e profissionais de saúde tornando as atividades e missões propostas mais prazerosas, utilizando este recurso como diferencial para despertar um maior engajamento.

Utilizar a gamificação na plataforma *Teiker* foi um dos maiores desafios encontrados, inicialmente pela falta de habilidade das pessoas que integravam a equipe e que eram da área da saúde e também pelo fato de exigir diferentes abordagens a cada módulo para tornar dinâmico o processo de aprendizagem e desta forma, promover encantamento e engajamento por parte dos LeiAutores. Os módulos unem a EP e a Gamificação a partir de uma nova estratégia de aplicação, apresentando conteúdos que provocam reflexão para a mudança de paradigmas introduzidos ao longo de uma trajetória formativa na área da saúde.

Nesse contexto, para tornar os conteúdos mais dinâmicos de forma interativa, foram incluídos ao final de alguns módulos, jogos como: jogo da memória, quiz de perguntas, palavras cruzadas entre outros. Estes diferentes elementos foram utilizados na gamificação para proporcionar um *feedback* imediato (positivo ou negativo) levando os jogadores a refletirem sobre suas práticas. Esse *feedback* pode contribuir para um melhor processamento cognitivo e aprendizagem experimental, potencializando assim o uso da gamificação como uma boa estratégia de intervenção (HIEFTJE *et al.*, 2016).

Seguindo a compreensão da gamificação, foi utilizado o recurso “Fórum de Discussão” para potencializar a interação e a reflexão entre os LeiAutores, espaço que poderá proporcionar diálogo e compreensão das distintas realidades, ao mesmo tempo que incentivará a formulação de ideias e estratégias de superação dos problemas. Destaca-se que esses fóruns foram nomeados como “Banco da praça”, “Cajueiro” e “Abacateiro”, todos com o intuito de promover, entre os LeiAutores, um “ambiente acolhedor” para o compartilhamento de experiências e estímulo à formação de redes de apoio, além de oportunizar a escuta e acolhimento entre os participantes.

Nunes, Franco e Silva (2010) utilizaram a estratégia Fórum de Discussão na modalidade digital que foi aplicada aos profissionais de saúde e observaram que os participantes apresentaram interesse em entender o posicionamento e a percepção do outro frente à temática abordada. No mesmo contexto, Rezende e Cordeiro (2020) ressaltam a importância do uso de fóruns de discussão, como sendo um método que possibilita a troca de experiências e escolhas de soluções viáveis entre conselheiros de saúde do município localizado na Zona da Mata Mineira.

Outra estratégia foi a criação de espaços dentro da plataforma que utilizaram a expressão artística e cultural como motores de diálogo denominados “Meu cuidado em verso” e “Meu sonho de gestor/profissional”. A primeira tem como intuito possibilitar aos participantes da Trans(formação) a oportunidade de expressar em forma de poesia ou paródia musical, suas perspectivas no que concerne ao cuidado à pessoa com obesidade, visando proporcionar reflexão frente às ações voltadas à população e trazendo novamente os princípios do diálogo e da autonomia.

Em relação ao “Meu sonho de gestor/profissional”, o objetivo foi incentivar os LeiAutores a compartilharem os seus anseios em relação a organização do manejo da obesidade no seu município, priorizando um cuidado mais humanizado, empático e respeitando o ser humano na sua integralidade, o que traz consigo a essência do princípio da amorosidade. A coletânea desses versos e sonhos dará origem à produção do livro “Poesia do cuidado”, proporcionando aos LeiAutores serem coautores da publicação.

Ao final dos módulos eram propostas missões específicas ao conteúdo abordado, que terão como objetivo estimular a superação de desafios, e que poderão ser executadas pelo LeiAutor ou pela equipe multidisciplinar da qual ele faz parte. Dentre as missões destaca-se a proposta da criação de uma galeria popular, que terá como objetivo identificar talentos do território, sejam eles poetas, cantores, rezadeiras, desenhistas, artesãs, entre outros. Nesse espaço será estimulada a inclusão de registros como entrevistas ou gravações para integrar o Museu da Saúde *Teiker*, que será composto por diversos talentos da comunidade *Teiker*, formando um ambiente de livre expressão de pensamentos e arte.

Mattos *et al.* (2020), relatam a experiência de discentes durante a disciplina de Educação Popular e Escola, na Vila dos Poetas, uma escola-vida no interior do Ceará. Os moradores escrevem seus poemas inspirados no cotidiano, fazem artesanato, levam para exposições, feiras e congressos. Os autores relatam que essa proposta informal proporciona uma aprendizagem mais expressiva e empregável ao senso comum e acadêmico.

A utilização da educação popular em diálogo com a gamificação, ambas mediadas pela arte, mostrou-se como um importante potencial de (trans)formação sobre a compreensão da saúde e formas de cuidado da pessoa com obesidade, tendo em vista que as mudanças puderam ser observadas já na equipe de construção da plataforma. Ao longo de todo o processo foram observadas mudanças de paradigmas, de formas de pensar e de fazer o cuidado em saúde, para além dos aspectos biológicos que são priorizados durante a formação dos profissionais, e para além dos papéis tradicionais da equipe de pesquisadores durante a preparação da plataforma *Teiker* e durante a realização dessa formação.

Todo esse percurso trilhado para construção da plataforma *Teiker* foi marcado por inúmeros desafios que tornam o processo cheio de curvas. Construir uma plataforma virtual, a várias mãos, que tem a pretensão de estimular a (trans)formação de pessoas no que diz respeito a forma de pensar e agir não caminha por uma linha reta. Uma das grandes dificuldades foi promover a leitura e aprofundamento do tema por todos da equipe, conteudistas e programadores. Ao juntar todos os módulos em um só espaço virtual era necessário que o raciocínio sobre o conteúdo fosse fluido e que fizesse sentido, e isto não foi fácil, tendo em vista a quantidade de pessoas envolvidas. Para minimizar distorções de comunicação e conteúdo, todo material produzido foi revisado pela coordenação do projeto.

Um outro desafio que não conseguiu ser totalmente superado diz respeito ao envolvimento da equipe de programadores que faziam parte do curso de computação com a “equipe da saúde”. As discussões semanais para elaboração dos módulos, raramente contava com a presença dos estudantes da computação, talvez por acreditarem que aquele diálogo não “serviria” para sua formação profissional. Este é um traço da formação positivista e extremamente técnica dos cursos de graduação. Os encontros semanais além de organizar a produção do conteúdo técnico, também mediava relações humanas muito importantes para o desenvolvimento de competências e habilidades emocionais, porém não foi muito valorizado pela equipe de programadores que se limitou a “programar a plataforma”.

Ao decidir compartilhar uma experiência de construção de uma plataforma virtual que se ancora na educação popular e na gamificação o grande aprendizado é que os processos de ensino-aprendizagem envolvendo seres humanos são sempre inacabados e podem ser melhorados e ajustados. Para que os princípios da educação popular façam sentido no processo de (trans)formação dos gestores e profissionais de saúde, primeiro precisou fazer sentido e transformar a própria equipe de elaboração. No entanto, essa transformação não acontece de forma uniforme e semelhante, assim como entre os gestores e profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Considerando a complexidade da construção de linhas de cuidado efetivas e humanizadas em obesidade, a plataforma *Teiker* propôs desenvolver estratégias visando proporcionar mudanças de paradigmas sob a perspectiva dos princípios da educação popular em saúde mediados pela gamificação.

Espera-se que a metodologia idealizada possa alcançar gestores e profissionais de saúde no âmbito da educação permanente, possibilitando reflexões acerca dos multifatores que contribuem para o surgimento e permanência da obesidade. Com isso, os participantes poderão tornar-se multiplicadores de práticas direcionadas ao cuidado em obesidade, de acordo com a realidade de cada município.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. N. F.; BASSANI, P. B. S. Em direção a uma aprendizagem mais lúdica, significativa e participativa: experiências com o uso de jogos educacionais, tecnologias móveis e comunidade virtual com sujeitos em tratamento oncológico. **RENOTE**, v. 11, n. 1, 2013.

BARROS, M. A. *et al.* ReadAct: Alternate Reality, Serious Games for Reading: Acting to Engage Population and Schools on Social Challenges. In: **Proceedings of the 10th International Conference on Computer Supported Education**. SciTePress, 2018. p. 238-245.

BRASIL. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: CNEPS, 2012. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/pneps-2012.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. **Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas**. Brasília, 2014. Disponível em: http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/marco_de_referencia_da_educacao_popular.pdf. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. **Cadernos de Formação Educação Popular e Direitos Humanos**. Prefeitura de São Paulo: São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.paulofreire.org/images/pdfs/livros/Cadernos_Formacao_Educacao_Popular.pdf. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 07 mar. 2023.

BURKE, B. **Gamify**: How Gamification Motivates People to Do Extraordinary Things. Bibliomotion, 2014.

CHAGAS, C. M. S. *et al.* Rango Cards, a digital game designed to promote a healthy diet: a randomized study protocol. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018.

CORRÊA, E. N.; SCHMITZ, B. A. S.; VASCONCELOS, F. A. G. Aspects of the built environment associated with obesity in children and adolescents: a narrative review. **Revista de Nutrição**, v. 28, p. 327-340, 2015.

BARROS, F. R. B. *et al.* A gamificação como ferramenta lúdica no processo de ensino e aprendizagem na enfermagem: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 4, p. 4656- 4656, 2020.

DIAS, Patricia Camacho *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00006016, 2017.

ECHEVERRIA, I. G. **Ensino híbrido, EAD e remoto: dificuldade e vantagens encontradas por estudantes, pais e professores.** 52f. 2021. Monografia (Licenciatura em Letras - Português) – Universidade Federal do Pampa, Sant’ana do Livramento, 2021.

FARDO, M. L. A gamificação aplicada em ambientes de aprendizagem. **RENOTE-Revista Novas Tecnologias na Educação**, v. 11, n. 1, 2013.

FLISCH, T. M. P. *et al.* How do primary care professionals perceive and develop Popular Health Education? **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 18, n. 51, p. 1255-1269, 2014.

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

GIGANTE, R.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 747-763, 2016.

HIEFTJE, K. *et al.* Desenvolvimento de uma intervenção em videogame de prevenção ao HIV: lições aprendidas. **IJSG.**, v. 3, n. 2, 2016.

MATTOS, M. P. *et al.* Prática interprofissional colaborativa em saúde coletiva à luz de processos educacionais inovadores. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 271-287, 2019.

MATTOS, S. M. *et al.* Quando arte, ciência e política se encontram: uma reflexão sobre a experiência da “Vila dos poetas” como uma práxis Freireana. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, 2020.

NUNES, T. W. N; FRANCO, S. R. K.; SILVA, V. D. Como a educação a distância pode contribuir para uma prática integral em saúde? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 554-564, 2010.

OGATA, M. N. *et al.* Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

OLIVEIRA, J. F. S.; VELOSO, D. L. C.; OLIVEIRA, S. L. F. Arco de Maguerez: a gamificação como ferramenta educativa no cuidado ao pé diabético. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 95-99, 2020.

POSSOLLI, G. E.; MARCHIORATO, A. L.; NASCIMENTO, G. L. Gamificação como recurso educacional na área da saúde: uma revisão integrativa. **Educação & Tecnologia**, v. 23, n. 3, 2020.

PRENSKY, M. R. **Aprendizagem baseada em jogos digitais**. São Paulo: Editora SENAC, 2012.

REZENDE, A. C.; CORDEIRO, B. C. Aplicativo de celular como estratégia de empoderamento dos conselhos de saúde: e-saúde, o conselho eletrônico de saúde. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 97-114, 2020.

RODRIGUES, E. M. S.; SILVA, K. K. D. Tecnologias educacionais digitais na formação de preceptores para residências multiprofissionais no SUS. **Revista de Saúde Digital e tecnologias Educacionais**, v. 5, n. 1, p. 112-123, 2020.

SOUZA-JÚNIOR, M. *et al.* Evaluating the use of gamification in m-health lifestyle-related applications. In: **New Advances in Information Systems and Technologies: Volume 2**. Springer International Publishing, 2016. p. 63-72.

SPOHR, F. S.; DALSTOTTO, M. P. B.; CORREA, Y. Educação Popular e Pedagogia Crítica: os princípios pedagógicos freireanos na formação de Educadores Populares em Saúde. **Praxis Educativa**, v. 16, p. 1-19, 2021.

SWINBURN, B. *et al.* Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. **The Lancet**, v. 385, n. 9986, p. 2534-2545, 2015.

WHO. World Health Organization. **Obesity and overweight: key facts**. Geneva: World, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 03 mar. 2023.

5.3 CURVA TRÊS

Artigo finalizado em processo de decisão para qual revista encaminhar:

Cadernos de Saúde Pública ou Ciência & Saúde Coletiva

Abordagem não estigmatizante da obesidade na capacitação de profissionais de saúde: desenvolvimento e implementação da estratégia “Teiker” para o cuidado de pessoas que convivem com obesidade

Autores:

Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso
Ana Paula Melo da Silva
Silvana Ribeiro da Silva
Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Poliana de Araújo Palmeira

Resumo

Introdução: A gravidade e extensão da crise da obesidade se iguala apenas à negligência e estigma do peso enfrentados pelas pessoas que convivem com esta condição, inclusive durante as experiências de acesso aos sistemas de saúde. **Métodos:** A metodologia *Teiker* foi elaborada por uma equipe de pesquisadores de três universidades públicas do Estado da Paraíba, visando formar trabalhadores do SUS. Foi elaborada para ser uma experiência de transformação, no tocante às práticas e à gestão do cuidado das pessoas que convivem com a obesidade na AB-SUS. Foi aplicado um questionário estruturado e quantitativo de avaliação das atividades realizadas, buscando compreender possíveis fatores que dificultaram ou favoreceram o engajamento na transformação e no tema da obesidade. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 17810619.1.0000.5187). **Resultados:** Participaram da transformação *Teiker* gestores e profissionais de saúde de 77 municípios do estado da Paraíba, Brasil. Ao término de todo o processo de transformação, 56 profissionais e 24 gestores de saúde distribuídos em 45 municípios do Estado da Paraíba concluíram a transformação *Teiker*. Quando questionados sobre os fatores que favoreceram o engajamento e a aprendizagem durante a experiência *Teiker*, o conteúdo abordado no curso, o apoio humano e o ambiente virtual da plataforma foram os fatores mais relatados pelos participantes. Outro ponto forte e inovador da transformação *Teiker* está na utilização da arte como mediadora e participante do processo de

ensino-aprendizagem. **Interpretação:** Os resultados deste estudo fornecem subsídios para implantação de uma metodologia de formação de gestores e profissionais da saúde para o cuidado da pessoa com obesidade. **Financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/ Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde do Brasil.

1 Introdução

O sobrepeso e a obesidade afetam mais de 2 bilhões de adultos no mundo e a prevalência quase triplicou em 40 anos, destacando-se entre as populações pobres, até mesmo em países mais desenvolvidos^{1,2}. Por ser uma condição crônica e multifatorial, a obesidade requer um olhar interseccional dos profissionais de saúde para a promoção de um cuidado efetivo e humanizado^{3,4}.

A gravidade e extensão do que é chamado de “crise da obesidade” se iguala apenas à negligência e estigma do peso enfrentados pelas pessoas que convivem com esta condição, inclusive durante as experiências de acesso nos sistemas de saúde^{3,5}. Essa discriminação e estigma do peso gera uma disparidade no acesso a saúde, uma vez que se faz presente de diversas formas, como na falta de respeito com o corpo gordo, na negação de cuidados de saúde, nas barreiras à prestação de serviços e na oferta de uma qualidade inferior de cuidados⁶. Desse modo, é crescente a relevância de considerar o estigma do peso como o principal ponto crítico a ser superado no processo de cuidado³.

O Brasil é um país de dimensões continentais, marcado por históricas desigualdades regionais e sociais, que desde 1988 possui um dos maiores e mais robustos sistemas universais de acesso à saúde do mundo, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) uma referência internacional no que diz respeito à universalidade de acesso e à oferta de cuidados em atenção básica à saúde^{7,8,9}. Atualmente, estima-se que 75% da população brasileira, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas utilizam o SUS para o cuidado à saúde⁹, de modo que, é no âmbito do SUS que grande parte da população que convive com sobrepeso e obesidade recebe atenção e cuidado.

Em 2013, o Ministério da Saúde do governo brasileiro definiu diretrizes específicas para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade¹⁰. O intuito destas diretrizes é qualificar a assistência e contribuir com redução na prevalência de obesidade no Brasil. No entanto, mesmo diante desses esforços, dados do Ministério da Saúde

mostram que a prevalência de obesidade teve um aumento progressivo nas últimas décadas, acometendo, em 2021, 22,4% da população adulta do Brasil¹¹.

Apesar das diretrizes postas, existem lacunas presentes no processo de trabalho dos profissionais do SUS, uma vez que a difusão de atitudes estigmatizantes vinda de profissionais de saúde são reflexo de uma construção social e estrutural de que a obesidade é apenas uma questão de responsabilidade pessoal – o que leva, por vezes, a oferta de um cuidado em saúde estigmatizante, que não considera as reais necessidades de saúde dos sujeitos que convivem com obesidade^{2,12}. Além disso, o não acesso às informações sobre o impacto das consequências dessas atitudes nos cuidados em saúde também se apresenta como um dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde^{6,13}.

Desta forma, visando superar estes desafios, desde 2019, pesquisadores brasileiros desenvolveram e implementaram uma metodologia inovadora para formação de trabalhadores do SUS no cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, denominada de *Teiker*. A *Teiker* é uma experiência de transformação que explora bases de educação ubíqua, por meio de uma plataforma tecnológica auto adaptativa que evolui por meio de uma Inteligência Híbrida (Humana-Artificial), da teoria da educação popular e de estratégias de gamificação. Desde de sua concepção, a não difusão de uma linguagem estigmatizante em relação ao peso e às pessoas que convivem com a obesidade é uma premissa da construção da *Teiker*.

Nesta direção, o objetivo deste estudo é (a) descrever o desenvolvimento da *Teiker* e a sua implementação na formação de trabalhadores do SUS em um estado brasileiro desenvolvida, em 2021, e (b) discutir os resultados da adoção de uma linguagem de comunicação inclusiva e não estigmatizante sobre o tema obesidade durante a formação.

2 Metodologia

2.1 Contexto de criação e público da *Teiker*

O avanço rápido, e cada vez mais precoce, da obesidade como fator de risco para altas taxas de mortalidade e morbidades por doenças crônicas não-transmissíveis e o impacto emocional e psicológico sobre os sujeitos que convivem com obesidade, motivou o Ministério da Saúde a lançar, em 2018, a chamada CNPq/CGAN Nº 26/2018 de financiamento de projetos para formação de trabalhadores do SUS na temática de prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade.

Com investimentos de 10 milhões de reais, o ministério da saúde pretendeu ampliar a capacidade de gestão do SUS no tema da obesidade. O SUS abrange ações e serviços de saúde em diferentes complexidades, sendo a atenção básica (AB-SUS), principal porta de entrada do sistema, a partir de ações de cuidado integral para a proteção e prevenção da saúde da população, como também de diagnóstico, tratamento e reabilitação¹⁴, sendo a Linha de cuidado para pessoas com sobrepeso e obesidade no SUS, o documento que orienta, na perspectiva da gestão, o itinerário de cuidados dos usuários que necessitam de assistência na rede de Saúde do SUS.

A AB-SUS é efetivada através de Unidades Básicas de Saúde cuja cobertura alcança todos os municípios brasileiros. Atualmente, existem mais de 40 mil unidades básicas em funcionamento no Brasil, cuja equipe é formada por agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal¹⁵. Os municípios também podem solicitar o apoio de uma equipe multiprofissional com distintas especialidades.

Com isso, a *Teiker* foi elaborada por uma equipe de pesquisadores de três universidades públicas do Estado da Paraíba, visando formar trabalhadores do SUS com distintas especialidades, sendo: (1) profissionais de saúde atuantes nas equipes mínimas de saúde da família e na equipe multiprofissional, incluindo as formações como enfermeiro, médico, odontólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico, fonoaudiólogos ou agentes comunitários de saúde; e (2) gestores de saúde da AB-SUS, que são profissionais de saúde que estejam atuando na área de coordenação dos serviços de saúde como coordenadores de AB-SUS, secretários municipais de saúde, apoiadores da gestão municipal, dentre outros cargos de mesma natureza.

2.2 Elaboração e desenvolvimento da *Teiker*

O processo de construção da *Teiker* teve início em 2019 e como pressuposto inicial assumimos a obesidade, não apenas como uma doença multifatorial, mas como um fenômeno social no qual estão implicados fatores complexos que não se explicam por atitudes e comportamentos individuais, mas sim coletivos, atrelados a questões econômicas, socioambientais, culturais e políticas. A equipe considerou cinco premissas que nortearam caminhos para a construção de uma metodologia que fosse ao encontro de desafios atuais relativos à implementação de processos de formação e treinamento de profissionais e gestores de saúde:

- (1) Há a necessidade do uso de metodologias ativas e inovadoras, capazes de aprimorar a capacidade de resposta dos trabalhadores do SUS aos problemas de saúde contemporâneos, incorporação racional de tecnologias de cuidado e formação de lideranças;
- (2) O processo de formação deve ser uma oportunidade e um instrumento para transformação social e das práticas de cuidado, de forma que a metodologia de formação deve garantir a participação ativa e protagonismo dos trabalhadores, como co-autores do seu processo de formação;
- (3) É relevante valorizar as experiências que os trabalhadores já acumulam, promovendo a troca entre os envolvidos na busca de soluções para os desafios diários do sistema;
- (4) É necessário induzir a construção de um novo modelo mental sobre o cuidado à pessoa com obesidade, ou seja, uma nova linguagem humanizada e de acolhimento na direção de superar preconceitos e o estigma do peso;
- (5) Considerando o cenário de desmonte da política de saúde no Brasil, baixos salários e esgotamento decorrente do período de pandemia da COVID-19, a formação deve ser um instrumento para (re)construir a autoestima e a motivação para o trabalho na atenção básica do SUS.

Assim, desde sua concepção, a *Teiker* não foi elaborada para se constituir como um curso ou capacitação teórico-prática, mas sim, foi elaborada para ser uma experiência de transformação dos participantes, no tocante, às práticas e à gestão do cuidado das pessoas que convivem com a obesidade na AB-SUS, sendo assim, denominada “Transformação *Teiker*”. O nome *Teiker* é um termo inventado com base na linguagem tupi guarani (povo originário do Brasil) que representa o ato de cuidar no sentido indígena: perceber o outro e a natureza e em seguida proteger o outro e a natureza, como o sentido da vida, sendo este também um dos sentidos incorporados ao processo de transformação *Teiker*.

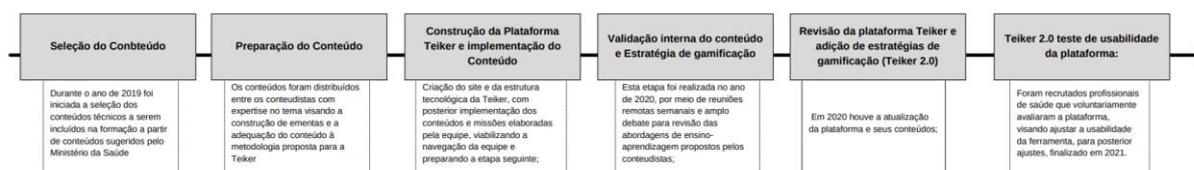
Ferramentas e metodologias educacionais. Foram adotadas duas metodologias educacionais na construção da *Teiker*: educação popular, segundo Paulo Freire¹⁶, e ReadAct¹⁷, metodologia de gamificação. A educação popular como concepção prático-teórica e teoria educacional visa articular diferentes saberes e práticas das dimensões cultural e de direitos humanos, tendo como base o compromisso com o diálogo e com o protagonismo dos sujeitos nas transformações sociais¹⁸, por meio de cinco elementos: (1) dialogicidade, na perspectiva do estabelecimento de relações horizontais; (2) amorosidade; (3) conscientização; (4) transformação da realidade e do mundo, tendo em vista que o processo educativo, se dialógico e conscientizador, procurará sempre ser transformador da realidade e do mundo; e (5) bases na realidade concreta, considerando o entendimento integrado das práticas sociais e

simbólicas, não induzindo a formação a partir da fragmentação do conhecimento e excessivos graus de especialização¹⁸.

A segunda metodologia aplicada foi a ReadAct, uma abordagem inovadora de ensino e aprendizagem por meio da gamificação que visa inovar estratégias de ensino e fornecer um sistema que motive os jogadores a ler e a aplicar os conhecimentos adquiridos em ações para enfrentar os desafios sociais em suas comunidades¹⁷. Aplicada previamente na formação e empoderamento de futuros professores, a metodologia ReadAct gira em torno de missões que são executadas no mundo virtual e real, os quais a partir da construção de pontes entre as pessoas e seus sonhos e sua realidade, de forma que a experiência propõe tornar os sujeitos participantes capazes de converter a experiência de "Ler" o seu mundo (observação com interpretação) em "Ação" (mudanças em suas práticas)¹⁷. Assim, na estrutura da formação promovida na *Teiker*, os profissionais e gestores são estimulados a refletir sobre o seu processo de trabalho e a (re)orientar/transformar suas práticas visando qualificar a atenção à saúde ofertada à população.

Etapas de elaboração da *Teiker*. A elaboração da transformação *Teiker* contou com a participação de professores, pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação e desenvolvedores de software. A criação da *Teiker* foi iniciada em 2019 e as etapas de elaboração estão descritas na Figura 1.

Figura 1: Etapas de elaboração da transformação *Teiker*, Paraíba, Brasil, 2021



O trabalho foi iniciado a partir da seleção de conteúdos com base em recomendações do Ministério da Saúde brasileiro, dentre os conteúdos sugeridos pelo ministério da saúde não estava incluso temas sobre as atitudes negativas relacionadas com a obesidade, estigma do peso e gordofobia, os quais foram incluídos de forma transversal ao longo da formação. Após esta etapa a equipe deu início a elaboração de conteúdos e da plataforma tecnológica entre 2019 - 2021.

A estrutura da Transformação *Teiker*. A Transformação *Teiker* contou com uma estrutura de ferramentas tecnológicas, humanas e de ensino-aprendizagem, que, conjuntamente, tornaram-se elementos de engrenagem que conduziram o processo de engajamento, aprendizagem e transformação dos participantes (Figura 2), descritos abaixo:

Figura 2: Estrutura da Transformação *Teiker* para trabalhadores de saúde da atenção básica do SUS, Paraíba, Brasil, 2021



(1) Plataforma tecnológica *Teiker*: é um ambiente virtual de aprendizagem que possui infraestrutura de tecnologias de educomunicação e sistema de informação georreferenciado, que permite a coleta de informações na própria plataforma. Para oferta de conteúdos e missões a plataforma dispõe de diferentes recursos tecnológicos: Tela interativa (ambiente para apresentação de conteúdos, com oportunidades de interação tela-participante), Leitura digital (*download* livros, artigos, vídeos, imagens, manuais, etc. os quais foram disponibilizados de forma integrada ao conteúdo do módulo); Fórum (ambiente para compartilhamento assíncrono de opiniões, conhecimentos e arquivos); Entregas (ambiente para compartilhamento de resultados de missões e produtos elaborados), Banco de Praça (chat da plataforma), *Quizzes* (recurso para elaboração de jogos e desafios de múltipla escolha) e Pesquisa (inserção de questionários de avaliação e de pesquisa científica). O acesso à plataforma pode ser realizado via aparelho celular e computador, por meio de login e senha no site <https://Teiker.org/>.

(2) Conteúdos tutoriais: foram elaborados módulos com conteúdos tutoriais que foram a ferramenta para o empoderamento inicial dos participantes no tempo. Os módulos foram elaborados para conduzir o estudo, estimular a reflexão e a construção de postura autocrítica sobre o conteúdo online tutorial, por meio do uso de diferentes recursos tecnológicos da plataforma. Os quadros 1 e 2 apresentam os conteúdos tutoriais implementados durante a transformação *Teiker*, para gestores (6 conteúdos) e profissionais de saúde (11 conteúdos), respectivamente.

Quadro 1: Conteúdos tutoriais incluídos na transformação *Teiker* para gestores de saúde da atenção básica do SUS, Brasil, 2021

Chart 1: Tutorial contents included in the Teiker Transformation for SUS primary health care managers, Brazil, 2021

Tutorial content	Objective	Online and community missions
Public policies and national policies for food and nutrition (PNAN)	Stimulate critical reflection about the usage of Health Politics and PNAN as a State instrument to assure populations' rights? and their service demands.	(1) Interactive screen - construction of the cycle of public policies implementation; (2) Game - PNAN guidelines; (3) Soccer quiz (Responsibility of the three governmental sphere) and (4) Banco da Praça (Square Bench) - territorial priorities (reflection on challenges and public policies needed for the territory)
Planning and implementation of preventative actions, diagnoses, and obesity treatment	To provide the manager tools to achieve the situational diagnosis, as an instrument to understand problems and develop strategic planning	(1) Interactive screen - elaboration of a plan for preventative measures; (2) Forum - Future Conversation (exchange of experiences about the municipal health plan and the insertion of actions related to the care towards people with overweight and living with obesity) and (3) From plan to practice in the community - hold a meeting with the family health team to discuss data on obesity and present the planned actions
Management of the care line network, focusing on overweight/obesity	Promote critical reflection on the attention network and lines of care for overweight/obesity in the manager's area, it's challenges and strategies to overcome the fragilities.	Interactive Screen - Line of care for overweight and obesity in the municipality where I work (selection of initiatives);(2) Forum - Exchanging experiences on regional lines of care ; (3) Forum - Exchanging experiences on municipal initiative actions implemented in the municipality and (4) Forum - Strengthening your Network (presenting the municipality's health network and its potential and difficulties)
SUS founding	To provide the manager tools to decide and monitor the application and implementation of resources related to the PNAN and to the National Health Promotion Policy	(1) Banco da praça (Square Bench) - Funding priorities in the municipality (describe priority food and nutrition actions for the territory and the financial resources that can be used for funding them)
Social control and participation on the municipal level	Stimulate the manager to establish systematic dialogues with social control instances and debate the popular participation and social control as empowerment elements	(1)Forum - my partnership with the community (elaboration of a strengthen plan propose of public health policies to be presented to the Health Council)
Leadership and construction of advocacy	Incentivar o engajamento no tema e melhorar a capacidade do gestor na tomada de decisão e no uso de estratégias de advocacy para promover a agenda de alimentação e nutrição.	(1) Banco da praça (Square Bench) - my care manager in verse (stimulate the production of poetry and musical on the theme); (2) Banco da praça (Square Bench) - my manager dream (What is your manager dream regarding the care of people with overweight and obesity); (3) Results - my invited professionals (engagement of municipal professionals in the registration of the professionals course) and (4) Forum - Advocacy in my care territory- themes definition in which advocacy is important in the Paraíba state

Source: Made the research team

Quadro 2: Conteúdos tutoriais incluídos na transformação *Teiker* para profissionais de saúde da atenção básica do SUS, Brasil, 2021

Chart 2: Tutorial contents included in the Teiker Transformation for SUS primary health care professionals, Brazil, 2021

Tutorial content	Objectives	Online and community missions
Attention and Networkings Organization	Promote critical reflection and perception about the situation of overweight/obesity line of care in the municipality where they perform.	(1) Forum - 2021, health in Brazil: this story I tell (reflection on different models of attention in healthcare); (2) Forum - My actions (present actions regarding Food and Nutrition Surveillance); (3) Interactive Screen: promote critical reflection on the organization models of attention in healthcare; (4) My territory and the care - Mapping obesity and overweight in the territory; (5) Interactive Screen: Healthcare Attention Networkings - simulations of resolving cases of hypothetical patients; (6) Forum - experience exchanges regarding the healthcare networking organization in your municipality.
Health Planning	Stimulate situational diagnosis about overweight/obesity in the municipality and plan health care actions, considering the obesity multicausality network	Interactive Screen: <u>multifactoriality</u> of obesity and scale of negative attitudes related to obesity; (2) Banco da praça (Square Bench) - identify the most challenging factors for care; (3) Forum - discuss the importance of information systems for the planning of health care actions; (4) Forum: exchange experiences on the difficulties in filling out information systems (5) Interactive Screen: Actions that can be developed in the territory to care for overweight and obesity
Handling obesity	To review the contents and protocols of the anthropometric evaluation and diagnosis of overweight and obesity, discussing the management and assistential flow of primary care	(1) Forum - management of anthropometric equipment; (2) Forum - discuss situations that interfere in anthropometry; (3) Banco da praça (Square Bench) - understanding the peculiarities of the nutritional status in different life stages; (4) Forum - knowing the territory articulations to handle obesity; (5) Mission in the community - disseminating knowledge in the real world (make a your team regarding the learned content)
Health at School	Broaden the understanding regarding the program implementation, aiming to develop a different perspective of the actions involving the management of childhood obesity	(1) Interactive Screen - introduction on the relevance of school health program; (2) Forum - discuss the importance of the students' families to the development of actions of care regarding obesity; (4) Interactive Screen: present actions of care for childhood overweight and obesity that can be developed in the territory; (6) Forum: discuss difficulties to registrate care actions in the system.
Health Growth	Extend comprehension of actions and goals accomplished during the program, mainly the anticipating and preventative actions regarding overweight/obesity	(1) Interactive Screen: timeline of Health Grown program; (2) Forum: My actions in Health Grown (reflect about actions of care developed and the difficulties in the health grown program context)
Health Promotion	Stimulate and engage health professionals in health promotion actions, as a tool to improve health and life quality of the population	(1) Interactive Screen - Introduction to health promotion; (2) Forum - report factors that hinder professionals from promoting health actions in their work;(3) Delivery - perform mapping, situational diagnosis, and planning of care actions for people with overweight and living with obesity in the territory.
Food and Nutritional Education (FNE)	Stimulate the adoption of principles and practices of food and nutritional education, aiming for a more refined perception of their articulation in the territory	(1) Interactive Screen - Presentation of the Food and Nutrition Education Program (FNE); (2) Forum - to share ideas that can generate changes in the quality of life in the health care networks; (3) Quiz of EAN principles, (4) Memory game of Dietary Guidelines for the Brazilian Population, (5) Interactive Screen - reflecting on FNE in practice.

Collective Approaches	Develop criticality about the work with groups and collective actions in primary attention and build proposals that can effectively contribute to caring for people with obesity.	(1) Interactive Screen: the importance of collective, participative, and effective approaches; (2) Game: crossword of collective approaches; (3) Interactive Screen: methodologies used in popular education; (5) Forum: share talents - poets, singers, handcrafters, among others - present the territory; (6) Game: Hangman game (aspects of affective eating); (7) Game: Labyrinth (concepts of collective approaches); (8) Care in the community: create a health promotion group for people living with obesity, or register an existing group
Health Gym	Stimulate adherence to the program and increase understanding about the actions and the insertion of the program in the network and line of care for overweight/obesity.	(1) Interactive Screen: Aspects about the Health gym; (2) Interactive Screen: discussion about how to implement the program municipalities' Health Gym; (3) Forum: Exchange experiences about the Health Gym program; (3) Forum: Describe how you wished the Health Gym worked in your municipality.
Emancipatory Culinary	To broaden health professionals' knowledge regarding culinary, as a tool of care to promote cooking autonomy in people.	(1) Game: breakfast (choice of food and preparation of the meals); (2) Interactive Screen - The choice of healthy food to prepare a meal; (3) Forum - Reflect on culinary as an emancipatory practice; (4) Virtual Mission - creation of planning for a cooking workshop; (5) Forum - to share the planning of team cooking workshop; (6) results - Food systems in the territory.
Behaviorist approach	Present and discuss the behaviorist approach as a tool for supporting people with obesity	(1) Interactive Screen: Genogram - the relevance of behaviorist approaching tools in health care; (2) Forum: Show the results using the Genogram; (3) Forum: Introduce how the approach to people living with obesity happens in your practice

Source: Made by the team of researchers.

(3) Missões: são ações e atividades que os participantes foram incentivados a realizar ao longo da transformação. As missões online são realizadas na própria plataforma *Teiker*, principalmente incentivando o compartilhamento de suas experiências nos fóruns e chats e a criação de projetos colaborativos ou atividades para transformação da realidade da comunidade. As missões na comunidade direcionam os participantes a implementar, avaliar e desenvolver ações significativas na comunidade, na direção da superação de desafios enfrentados na comunidade. O desempenho na realização das missões pode ser acompanhado em tempo real na plataforma *Teiker*. De forma lúdica, a cada missão realizada os participantes acumulavam selos de desempenho (denominado “Kerer”).

(4) Festival *Teiker*: encontros virtuais e síncronos semanais, para construção do sentimento de pertencimento à comunidade *Teiker*, integração, troca de experiências e orientação sobre o processo de transformação. Com cerca de uma hora e meia de duração, um dos principais elementos estratégicos para engajamento e integração no festival foi o uso da arte e cultura popular durante os encontros a partir da música regional e de poesia popular do Nordeste. Os participantes foram estimulados a compartilhar suas habilidades artísticas na plataforma *Teiker*, tendo a oportunidade de apresentá-las ao longo dos festivais. Outra estratégia adotada no festival foi o destaque aos profissionais e gestores com o melhor desempenho nas missões a partir de interações na plataforma (quantidade de “kerer” acumulado). Além de receber o destaque durante o festival, os participantes foram protagonistas de vídeos elaborados pela equipe do projeto, que contavam as suas histórias como trabalhadores do SUS e cidadãos.

(5) Interação multiplataformas: durante a transformação foram disponibilizados diferentes canais de comunicação entre a equipe do projeto e os participantes: email, grupos de mensagem, redes sociais (instagram @*Teiker.pb*) e chat na plataforma *Teiker*. A partir desses canais buscou-se criar um sentimento de suporte e facilidade para comunicação dos

participantes com a *Teiker*. Como também, nas redes sociais foram compartilhados vídeos usados nos festivais, fotos e agenda de trabalho da formação.

(6) Apoio humano: foi disponibilizado apoio humano personalizado nas multiplataformas, como estratégia de engajamento e motivação para a adesão à transformação. Foi criada uma estrutura de apadrinhamento de participantes, cujo papel foi o de cuidar do participante, com acolhimento e acompanhamento dos gestores e profissionais de saúde durante todo o processo de transformação (denominados padrinhos e madrinhas *Teiker*).

2.3 Estudo de caso

A transformação *Teiker* foi aplicada junto a trabalhadores do SUS do estado da Paraíba, Brasil. A Paraíba está localizada na Região Nordeste do Brasil, possui 223 municípios e destes, apenas quatro possuem mais de 100 mil habitantes (João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita e Patos). A maioria, cerca de 85%, possui menos de 20 mil habitantes. O estado possui um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, 0,658, o que revela a necessidade de políticas públicas efetivas para que ocorra melhora na qualidade de vida dos cidadãos.

O convite para a inscrição na *Teiker* foi realizado de forma ampliada por meio de plataformas digitais e de um chamamento realizado a partir do contato com as 12 Gerências Regionais de Saúde do Estado da Paraíba. O período de inscrição de gestores foi realizado entre junho e julho de 2021, e de profissionais de saúde julho e agosto de 2021. A transformação *Teiker* foi ofertada no formato online e gratuita, sendo a participação voluntária, ou seja, não houveram prejuízos para aqueles trabalhadores que não aderiram à formação. Para gestores do SUS o processo de formação foi ofertado durante 9 semanas (julho e setembro de 2021), já para profissionais em 16 semanas, (agosto e dezembro de 2021).

Foi estabelecida uma rotina de atividades, na qual, semanalmente, um módulo de conteúdo tutorial foi disponibilizado aos participantes na plataforma e um Festival *Teiker* foi realizado. Durante os festivais, cada módulo disponibilizado foi previamente apresentado em seus objetivos e missões online e na comunidade para os participantes, e posteriormente discutido. Todos os festivais foram gravados e posteriormente disponibilizados aos inscritos. Para realização da transformação contou com uma equipe formada por cerca de 40 pesquisadores, profissionais de saúde, estudantes e desenvolvedores de *software*.

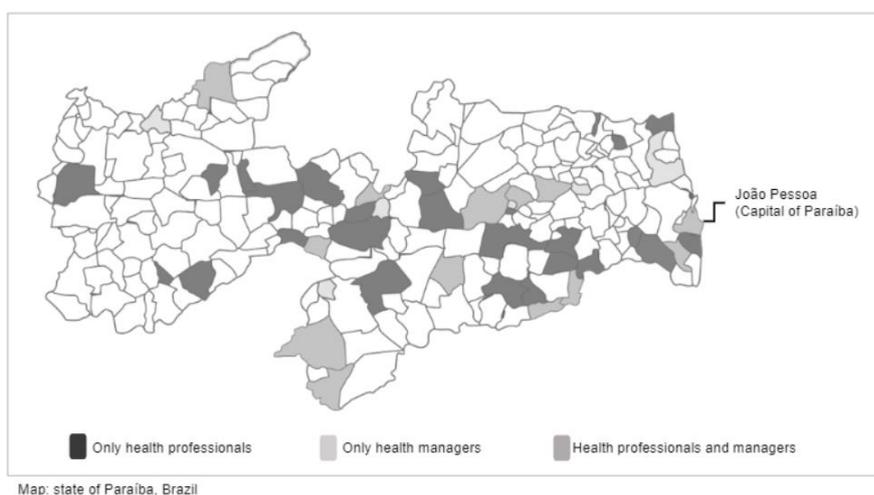
Análise de dados. Ao final da transformação *Teiker* foi aplicado um questionário estruturado e quantitativo de avaliação das atividades realizadas, buscando compreender possíveis fatores que dificultaram ou favoreceram o engajamento na transformação e no tema da obesidade. Este questionário foi aplicado online através da ferramenta *google forms* e analisado de forma descritiva. Esta pesquisa, em todas as suas etapas, foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 17810619.1.0000.5187). Os participantes que responderam os questionários de avaliação foram devidamente instruídos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

3. Resultados

3.1 Implementação da transformação *Teiker* no estado da Paraíba

Participaram da transformação *Teiker* gestores e profissionais de saúde de 77 municípios do estado da Paraíba, Brasil. Ao término de todo o processo de transformação, 56 profissionais e 24 gestores de saúde distribuídos em 45 municípios do Estado da Paraíba concluíram a transformação *Teiker* (Figura 3).

Figura 3: Municípios do Estado da Paraíba que participaram e concluíram toda a vivência da metodologia *Teiker*, Paraíba, Brasil, 2021



A tabela 1 apresenta as características dos concluintes da transformação. A maioria dos gestores (91,7%) e dos profissionais (82,1%) são do sexo feminino. Em relação à formação profissional, as categorias com o maior número de representantes foram a de enfermagem (Gestores: 37,5%; Profissionais: 19,6%), nutricionistas (Gestores: 29,2%;

Profissionais: 28,6%) e agentes comunitários de saúde (Profissionais: 32,1%). No tocante à função que os gestores desempenhavam na AB-SUS do município, 62,5% e 16,7% estavam como coordenadores da AB-SUS (42%) ou coordenador de programas ou área de alimentação e nutrição.

Tabela 1: Características dos participantes que concluíram a transformação *Teiker*, Paraíba, Brasil, 2021.

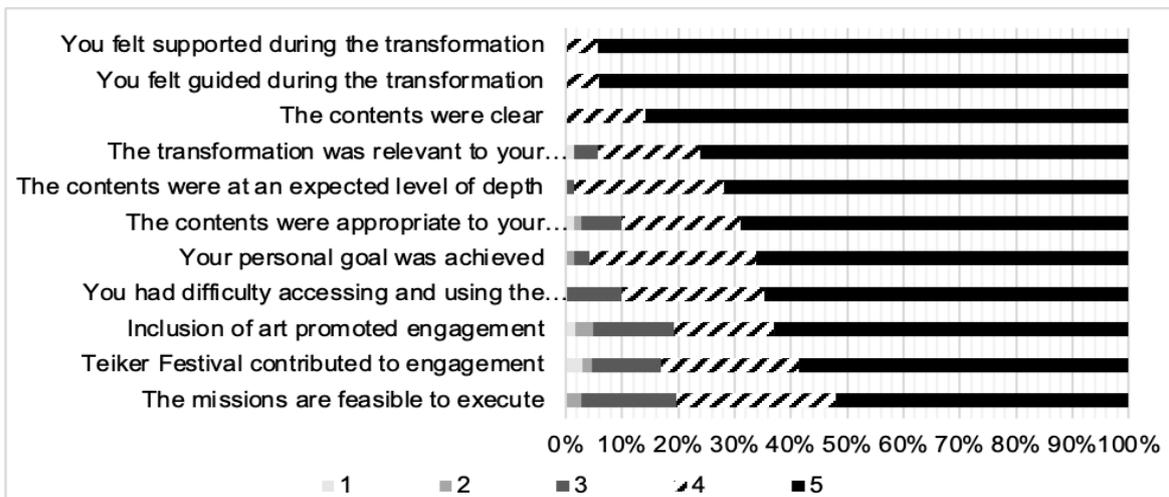
Image 1: Characteristics of the participants that concluded the Teiker Transformation, Paraíba, Brasil, 2021.

Characteristics of the participants	Managers (%) (n=24)	Professionals (%) (n=56)
Sexo		
Female	91,7 (22)	82,1 (46)
Male	8,3 (2)	17,9 (10)
Training		
Nurse	37,5 (9)	19,6 (11)
Nutritionist	29,2 (7)	28,6 (16)
Social worker	4,2 (1)	1,8 (1)
Physical educator	0	3,6 (2)
Biomedical	4,2 (1)	0
Physical therapist	4,2 (1)	3,6 (2)
Occupational Therapist	0	1,8 (1)
Dentist	4,2 (1)	
Doctor	0	5,4 (3)
Nurse technician	4,2 (1)	3,6 (2)
Community health worker	0	32,1 (18)
Others	12,5 (3)	0
Occupations		
Health secretary	4,2 (1)	-
Primary attention coordinator	62,5 (15)	-
Health Unity Manager	4,2 (1)	-
District Health Manager	4,2 (1)	-
Area or program coordinator	16,7 (4)	-
Institutional helper	8,3 (2)	-

Source: Made the researchers

Dos 80 concluintes da transformação *Teiker*, 71 preencheram o formulário de avaliação da experiência, apontando percepções sobre a estrutura da formação, material e estratégias de ensino aprendizagem, conteúdos abordados e aplicabilidade na rotina profissional, cujos os resultados estão apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Experiências e percepção dos participantes sobre a estrutura, aplicabilidade e o processo de transformação *Teiker*, Paraíba, Brasil, 2021



Answers in Likert scale: low (1) - high (5)
(n=71)

A maioria dos participantes relatou sentir-se plenamente apoiada (94,3%) e orientada (94,1%) durante a capacitação *Teiker*, resultado atribuído a estratégia de apoio humano por meio do apadrinhamento dos participantes. Os participantes avaliaram positivamente os conteúdos em termos de clareza, profundidade e adequação à prática profissional. Com relação à plataforma e ao festival *Teiker*, parte dos participantes informou alguma dificuldade no uso da plataforma (35,3%) e na experiência com os encontros síncronos do Festival *Teiker* (41,5%) (Gráfico 1). Quando perguntados sobre as estratégias de aprendizagem síncrona ou assíncrona, 70,4% dos participantes referiram que preferem a aprendizagem a partir de ambas as estratégias, plataforma e Festival *Teiker*. A inclusão da arte e cultura popular por meio de música e poesia ao longo da transformação, também foi avaliada como um aspecto que favoreceu em alguma medida o engajamento e motivação para 80,6% dos participantes (Gráfico 1).

Já as missões na comunidade, uma importante estratégia adotada para estimular novas práticas em âmbito local, foram avaliadas por quase metade dos participantes como pouco viáveis de execução (47,9%), refletindo a dificuldade entre os trabalhadores participantes na execução de ações de rotina ou na implementação de novas ações no município. Mesmo assim, 76,1% dos concluintes afirmam que a transformação *Teiker* foi relevante para a sua prática profissional (Gráfico 1). Em uma escala de intensidade entre 0 a 10, 72,1% dos participantes afirmaram que, após a formação, sentem-se completamente motivados (escolheram a opção 10) para transformar o cuidado à pessoa com obesidade no município em que trabalham.

Quando questionados sobre os fatores que favoreceram o engajamento e a aprendizagem durante a experiência *Teiker* o conteúdo abordado no curso, o apoio humano e o ambiente virtual da plataforma foram os fatores mais relatados pelos participantes. Outro ponto forte e inovador da transformação *Teiker* está na utilização da arte como mediadora e partícipe do processo de ensino-aprendizagem. A música, a poesia e o cordel (poesia típica do nordeste brasileiro) estiveram presentes nas atividades e missões realizadas pelos participantes na plataforma e no Festival *Teiker*.

Dentre as possíveis barreiras do processo de transformação, os participantes citaram falta de tempo para realização das atividades, dificuldade em conciliar as atividades de trabalho e pessoais com a formação e o horário noturno dos Festivais. A carga de trabalho intensa e o cansaço dos trabalhadores decorrente do período pandêmico foi um grande desafio da implementação da *Teiker*, no qual a oferta de um ambiente de aprendizagem acolhedor e de escuta, tanto a partir do apoio humano como no espaço dos festivais, foi fundamental para

o engajamento no curso. Outra barreira percebida foi a dificuldade de acesso à internet de qualidade e o não acesso a recursos tecnológicos, como computadores por parte dos participantes.

3.2 Abordagem não estigmatizante da obesidade na *Teiker*

A inserção de uma abordagem não estigmatizante da obesidade no desenvolvimento da transformação *Teiker* apoiou-se em quatro elementos estruturantes: (1) adoção e preparação da equipe sobre o tema; (2) inserção de abordagem não estigmatizante nos conteúdos tutoriais; (3) Construção de um espaço de escuta durante a transformação *Teiker* e (4) Arte como estratégia de redução do estigma do peso.

Adoção e preparação da equipe sobre o tema. Os temas sobre atitudes negativas relacionadas com a obesidade, estigma do peso e gordofobia não foram selecionados pelo Ministério da Saúde, órgão financiador da pesquisa, como um conteúdo a ser abordado na formação. Desse modo, objetivando aderir a uma linguagem inclusiva e não estigmatizante relacionada ao peso e às pessoas que convivem com obesidade, a equipe decidiu transversalizar o tema ao longo dos conteúdos tutoriais.

Considerando uma equipe ampla e multiprofissional, a adoção desta nova linguagem foi um desafio. No entanto, a etapa de validação coletiva dos conteúdos proporcionou a imersão no tema e o aprofundamento teórico de perspectivas atuais sobre obesidade (Figura 1). A partir de então, os debates nos encontros semanais da equipe proporcionaram verdadeiras mudanças de paradigmas em relação aos conceitos sobre obesidade. Essas mudanças são resultado dos diferentes campos de formação profissional dos membros da equipe (enfermeiros, odontologia, médico, cientista da computação, nutricionistas e sanitaristas); das construções sociais e culturais em torno do tema que são ensinadas e estruturadas ao longo de toda a vida; e também da formação da equipe no processo de escuta - que aconteceu através do compartilhamento de experiências das vivências pessoais e coletivas dos membros da equipe, sobre a pluralidade dos corpos e as relações de cuidado ofertado às pessoas.

Inserção de abordagem não estigmatizante nos conteúdos. Foi realizada uma cuidadosa revisão nos materiais produzidos na formação para identificar e excluir o uso de expressões estigmatizantes que culpabilizam o sujeito por sua condição de saúde. Como exemplo, não há o uso da expressão “o obeso(a)” ou “pessoa obesa”, tais termos foram substituídos por “pessoa que convive com a obesidade”; também houve a substituição do uso das palavras

“enfrentamento” e “controle” da obesidade (presentes no título da chamada do Ministério da Saúde) por “cuidado”. Essa revisão aconteceu tanto na construção dos conteúdos tutoriais, quanto na abordagem das discussões ocorridas durante os festivais. A exemplo, no conteúdo tutorial “Planejamento em Saúde”, os profissionais discutiram as causas multifatoriais da obesidade com enfoque em seus determinantes coletivos, e como atividade online refletiram sobre atitudes negativas que podem ter em relação às pessoas que convivem com obesidade. Em “Abordagens Coletivas” e “Educação Alimentar e Nutricional” (EAN) foi abordado no conteúdo a humanização e a necessidade de não culpabilizar o indivíduo pela sua condição de peso (Quadro 2). Na direção de incentivar diagnósticos a partir de múltiplos indicadores de saúde, nas discussões, durante os festivais, sobre o tema da antropometria também foi problematizado e questionado o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) como único critério diagnóstico em avaliações individuais.

Construção de um espaço de escuta durante a transformação *Teiker*. Os encontros síncronos, realizados por meio de ferramenta de videoconferência, não eram momentos marcados por desinteresse e câmeras desligadas, como percebe-se ocorrer comumente, do contrário, foram registrados como momentos de muita interação e intensa partilha de experiências, onde os profissionais e gestores expuseram vivências relacionadas ao corpo e suas práticas profissionais. Foi percebido que a abordagem do tema obesidade no SUS é um desafio para profissionais de saúde, e que apresenta uma carga dupla para aqueles profissionais que convivem com a obesidade e vivenciam pessoalmente este estigma social. O espaço de escuta interessada e coletiva colaborou para que os gestores e profissionais fossem implicados no processo de desconstrução de paradigmas, contribuindo para desmistificar, dentre outras, a ideia de medir, através da condição corpórea, a capacidade dos daqueles que atuam no cuidado relativo à obesidade. Este espaço de escuta se baseou em princípios da educação popular, como a amorosidade e a humanização, que servem de esteio para a Metodologia *Teiker*.

Arte como estratégia de abordagem do tema estigma do peso. A equipe *Teiker* produziu e adotou poesias em cordel abordando o tema do estigma do peso, como apresentado no Quadro 3. De forma semelhante, os gestores e profissionais da saúde também foram convidados a se expressarem por meio de poesias. Percebe-se que este estímulo produziu uma forma potente de manifestar os novos conceitos assimilados. A produção de poesias pelos participantes se configurou como uma forma possível de falar sobre cuidado dos diferentes corpos, saúde e estigma do peso.

Quadro 3: Poesia em cordel elaborada por um membro da equipe *Teiker* e utilizada na abertura do primeiro Festival *Teiker* e no convite para a participação na formação, Paraíba, Brasil, 2021

*"Ohhh... you teiker
 For those who don't know
 I'll say and mean it
 The origin of Teiker:
 The sense of caring
 And even before, a step
 Realize that
 People are not the weight
 A life to live
 And is a hard one
 Live it with no prejudices"
 Think before you speak
 Listen before you think
 Remember this sentence
 To transform care
 We need respect."*

Josiclea Gomes da Silva,
 Nutritionist
 Teiker researcher

Discussão

Este estudo apresentou os resultados do desenvolvimento e da implementação de uma metodologia de formação para diferentes categorias de trabalhadores da saúde, elaborada a partir da adoção de uma abordagem não estigmatizante sobre o peso e a obesidade. A homogeneização da linguagem, a partir da não utilização de expressões que reforçam o estigma social relacionado à obesidade, a inserção transversal e não fragmentada do tema ao longo da formação, a escuta qualificada e a expressão artística foram elementos do processo de ruptura e reflexão sobre a obesidade como estigma.

O uso de uma linguagem não estigmatizante, embora seja desafiador, é necessário, pois está comprovado que o preconceito contra obesidade compromete a saúde, dificulta o acesso de pessoas acima do peso ao mercado de trabalho e a tratamentos adequados, afeta suas relações sociais e a saúde mental. Os indivíduos estigmatizados pelo peso, ou culpados pelos profissionais de saúde, tendem a ganhar mais peso, com piores resultados de saúde e por esta razão a linguagem importa e evitar a caracterização de um indivíduo por sua doença pode ajudar a combater o estigma^{4,5,19, 20, 21}.

A escolha de linguagem e comunicação de um profissional de saúde com seu paciente provavelmente é influenciada por suas atitudes e crenças pessoais²², de forma que a mudança para a adoção de uma abordagem de cuidado não-estigmatizante demanda a ressignificação de

valores, conceitos e paradigmas. Estudos realizados em diferentes países documentam experiências de cuidados das pessoas com obesidade ^{22,23,24}. No Rio de Janeiro, Brasil, um estudo com 92 municípios que analisou ações de prevenção e controle da obesidade percebeu que mesmo diante de tantas iniciativas identificadas, o índice de obesidade encontrava-se elevado²⁵. Embora existam diretrizes e linhas do cuidado para a prática da atenção à obesidade, no Reino Unido ainda identificam a existência da falta de empenho advinda de políticas públicas e de serviços adequados para prestação de cuidados voltados à obesidade ²⁶.

Nesta direção, a metodologia descrita neste estudo aponta caminhos para construir com trabalhadores da saúde uma nova visão sobre as pessoas que convivem com obesidade e o cuidado com o peso.

A escolha pela arte trouxe mais fruição e leveza ao processo de ensino-aprendizagem. Estudos têm mostrado que a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde no acompanhamento de pessoas com obesidade é crucial, pois influencia sua experiência de consulta e o quanto se sentem à vontade para dialogar sobre seu peso^{4, 27, 28}. Tem sido relatado que a estigmatização na comunicação dos profissionais de saúde pode exacerbar os problemas relacionados à obesidade e que pessoas com obesidade recebem tratamento diferente em comparação com aquelas com um Índice de Massa Corporal (IMC) mais baixos, sendo a linguagem, inclusive, considerada como barreira para a busca de mais cuidados médicos ^{20,29}.

No tocante à elaboração da metodologia *Teiker*, cabe destacar a complexidade que envolve a adoção de uma abordagem não estigmatizante relacionada à obesidade, implicada não apenas na linguagem e na comunicação, mas como uma premissa inicial da metodologia *Teiker*, pressupondo a sua adoção em todas as ferramentas de ensino-aprendizagem adotadas na *Teiker* (plataforma, conteúdos tutoriais, missões, festivais *Teiker*, apoio humano e na interação multiplataformas). A inserção não fragmentada do tema e transversalizada ao longo da formação, ao invés de propor recomendações isoladas, promove a construção de uma experiência socioambiental e afetiva na qual não há espaço para o exercício de tais estigmas, que somadas à escolha de utilizar a cultura popular e a arte como estratégia de comunicação, somam-se na colação da ruptura da lógica biologicista de determinação da obesidade.

Limitações. Este estudo apresenta limitações relacionadas à aplicação da *Teiker* em um estudo de caso, ou seja, foi implementado em pequena escala e a personalização da formação ao contexto sociocultural de implementação, pode dificultar a generalização dos achados. No entanto, destacamos que a transformação *Teiker* foi vivenciada por 80 profissionais e gestores de saúde da AB-SUS, com diferentes especialidades, que atuavam em 45 municípios com áreas territoriais, densidades demográficas e localização no estado distintas, incluindo desde a

capital à regiões remotas do interior. Além disso, o engajamento desses trabalhadores foi voluntário, nenhum participante recebeu incentivo financeiro ou de redução da sua jornada de trabalho para participar da transformação *Teiker*. Ou seja, mesmo em um grupo tão diverso e no cenário de pouco incentivo, a maioria massiva avaliou positivamente a experiência em termos de conteúdo, suporte para realização e participação nas atividades e relevância para a sua prática profissional, de forma que as estratégias descritas podem ser adaptadas ao contexto sociocultural do público em formação.

Outra limitação é que os dados apresentados não mostram resultados de impacto da *Teiker* nas práticas e na visão social dos trabalhadores participantes sobre a obesidade. Esta pesquisa ainda está em desenvolvimento pela equipe *Teiker* englobando em 10 municípios do estado. Porém, nossos achados apontam caminhos possíveis para a (re) construção de uma abordagem não-estigmatizante de profissionais de saúde sobre o peso.

Conclusão

A obesidade é um tema caro para o campo da saúde e há pelo menos quatro décadas, este fenômeno tem se tornado um problema de saúde pública, e um desafio para gestores, para profissionais de saúde, pesquisadores e acadêmicos. Tão grave quanto a prevalência de obesidade é a abordagem estigmatizante imposta a pessoa que convive com obesidade. Assim como são todas as doenças, a obesidade é também um produto social, não devendo ter a sua responsabilização restringida ao indivíduo que convive com ela.

O estudo possibilitou compartilhar o desenvolvimento e implantação de uma metodologia para formação de trabalhadores do SUS em relação à abordagem da pessoa que convive com obesidade, assim como colaborou com a discussão dos resultados da adoção de uma linguagem de comunicação inclusiva e não estigmatizante sobre o tema obesidade durante a formação.

Os resultados foram úteis para a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno da obesidade, bem como para um melhor desenvolvimento de propostas e intervenções que sejam mais eficazes e menos centradas na culpabilização do indivíduo e nos aspectos biológicos da obesidade. Outros olhares foram convidados a pensar sobre o tema, para além das barreiras de controle exercidas no campo da saúde.

Embora o quantitativo de gestores e profissionais da saúde que concluíram o processo de formação possa parecer pequeno, a metodologia *Teiker* considera o potencial de transformação que cada participante vivenciou e a capacidade de reprodutibilidade da forma de entender o cuidado da pessoa com obesidade.

A metodologia *Teiker* se propôs a construir um jeito de elaborar formação para gestores e profissionais da saúde onde ocorra a imersão da equipe em relação ao tema, a inserção de abordagens não estigmatizantes nos conteúdos, a construção de espaços de escuta e que arte seja utilizada como uma estratégia de abordagem do tema estigma de peso.

É imperativo pensar para além dos fatores atividade física e dieta, os quais se tornaram centrais nas políticas, ações e estratégias de atenção ao indivíduo com obesidade, mas, ainda que pese a sua importância, não são determinantes únicos do desenvolvimento da obesidade. As estratégias de capacitação e formação de gestores e profissionais de saúde necessitam estar atentas às dimensões econômicas, sociais e culturais da obesidade e oferecer reflexões e subsídios para que os sujeitos tenham mais oportunidades de instituir modos de vida mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

- 1 - World Health Organization. Obesity and overweight. 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Last accessed 06 September 2022].
- 2 - World Health Organization. The state of food security and nutrition in the world 2019: safeguarding against economic slowdowns and downturns. 2019. Food & Agriculture Org., 2019.
- 3 - Arora M, Barquera S, Farpour Lambert NJ, Hassell T, Heymsfield SB, Oldfield B, Ryan D, Salas XR, Scinta W, Vicari M. Stigma and obesity: the crux of the matter. *Lancet Public Health*. 2019 Nov;4(11): e549-e550. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30186-0. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31607597.
- 4 - Albury C, Strain WD, Brocq SL, Logue J, Lloyd C, Tahrani A, et al. The importance of language in engagement between healthcare professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(5):447–55. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30102-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30102-9).
- 5 - Palmeira CS, Santos LS, Silva SMB, Mussi FC. Stigma perceived by overweight women. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, 73, suppl 4 [Last accessed 6 September 2022]. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0321>>. Epub 21 Set 2020. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0321>.
- 6 - World Health Organization. Zero discrimination in healthcare. 2016. *EClinical Medicine* [online]. 2022. <https://www.eclinicalmedicine.com/article/doi/10.1016/j.eclinm.2022.100788> [Last accessed 06 September 2022].
- 7 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: MS, 2000. 41 p. (Série D. Reuniões e Conferências). ISBN: 8533403259

- 8 - Gerschman S, Santos MAB. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* [online]. 2006, 21(61):177-190 [Last accessed 9 September 2022]. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69092006000200010>>. Epub 14 Ago 2007. ISSN 1806-9053. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092006000200010>. artice: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00090-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00090-0/fulltext)
- 9 - Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados* [online]. 2013, 27 (78): 27-34 [Last accessed 9 September 2022]. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>>. Epub 12 Jun 2015. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>.
- 10 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União - DOU*. 2013, 71 (1): 59. [Last accessed 5 September 2022]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html
- 11 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. *Vigitel Brasil 2006 - 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças por inquérito telefônico*. Brasília: MS, 2022, p.126 [Internet] [Last accessed 6 September 2022]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2006-2021-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico.pdf>
- 12 - Geissler ME, Korz V. Atitudes de enfermeiros de equipe da Saúde da Família em relação à obesidade. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, [S.l.]. 2020; 15:e46085. ISSN 2238-913X. [Last accessed 6 September 2022] Available from: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/46085>>. doi:<https://doi.org/10.12957/demetra.2020.46085>.
- 13 - Burlandy, Luciene et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 2020, 36 (3): e00093419 [Last accessed 5 September 2022]. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419>>. Epub 13 Mar 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419>.
- 14 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2012. v. I. [Last accessed 6 September 2022]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- 15 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n 2.436, de 21 de setembro de 2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União -*

DOU. 2017, 183 (1): 67–76. [Last accessed 5 September 2022]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

16 - Machado AMB, Andrêsa MS, Graziela MPT. Paulo Freire e a educação popular na história do Serviço Social brasileiro (1980-2010). *Serviço Social & Sociedade*. (2019): 70-87.

17 - Barros MA, Andrade V, Moura AB, Borgmann L, Terton U, Vieira F, ... & Silva J. ReadAct-Alternate Reality, Serious Games for Reading-Acting to Engage Population and Schools on Social Challenges. In: *Proceedings of the 10th International Conference on Computer Supported Education-Volume 2: CSEDU*. SciTePress, 2018: 238-245.

18 - Brasil. Secretaria Geral da Presidência da República. Portaria nº 11, de 23 de maio de 2014 institui o Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas. Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, 2014. [Last accessed 6 September 2022]. Available from: http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/marco_de_referencia_da_educacao_popular.pdf

19 - Williams O, Annandale E. Obesity, stigma and reflexive embodiment: Feeling the ‘weight’ of expectation. *Health*. 2020, 24(4): 421– 441. DOI: 10.1177/1363459318812007

20 - Puhl RM. What words should we use to talk about weight? A systematic review of quantitative and qualitative studies examining preferences for weight-related terminology. *Obes Rev*. 2020;21(6): e13008. <https://doi.org/10.1111/obr.13008>.

21 - Rubino F, Puhl RM, Cummings DE et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.*, 2020; 26(2): 485–497.

22 - Auckburallys S, Davies E, Logue J. The Use of Effective Language and Communication in the Management of Obesity: The Challenge for Healthcare Professionals. *Current Obesity Reports*. 2021, 10(3):274–281. <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00441-1> / Published online: 18 May 2021

23 - Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice: a focus group study on patient experiences. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(4):205–10. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.526773>

24 - Derksen RE, Brink-Melis WJ, Westerman MJ, Dam JJ, Seidell JC, Visscher TL. A local consensus process making use of focus groups to enhance the implementation of a national integrated health care standard on obesity care. *Family practice*. 2012;29(Suppl 1): i177–i84. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr072>

25 - Ramos DBN, Burlandy L, Dias BC, Henriques P et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(6): e00116519.

26 - Capehorn MS, David WH, Richard W. Obesity treatment in the UK health system. *Current obesity reports*. 2016, 5(3): 320-326.

27 - Glenister K, Opie CA, Wright J. Preferred language regarding overweight and obesity in general practice: a survey of predominantly rural Australian adults. *Aust J Prim Health*. 2018;24(5):391–7. <https://doi.org/10.1071/PY18023>.

28 - American Medical Association. Person-first language for obesity H-440.821. 2017. [Last accessed 06 September 2022]. Available from: <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/obesity%20and%20language?uri=%2FAMADoc%2FHOD.xml-H440.821.xml>

29 - Hayward LE, Neang S, Ma S, Vartanian LR. Discussing weight with patients with overweight: supportive not stigmatizing conversations increase compliance intentions and health motivation. *Stigma and Health*. 2020;5(1):53–68.

5.4 CURVA QUATRO

Artigo 3 – Proposta de artigo.

Saindo da linha e percorrendo as curvas que conduzem para o cuidado das pessoas que convivem com seus corpos fora do padrão: uma autoetnografia despertada pela experiência Teiker.

Autora:

Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso

Toda Curva tem um começo

Toda produção de conhecimento é um caminho cheio de curvas, a estrada da ciência nunca é linear. Por mais que saibamos que esse percurso não conduzirá a humanidade a um paraíso logo adiante, decidimos permanecer caminhando por entender que o importante é o que se descobre entre uma curva e outra.

Ao me entender como mulher gorda menor em um processo que pretendia colaborar com a (trans)formação de gestores e profissionais de saúde em relação ao cuidado do outro, ao cuidado do outro que é gordo ou gorda, é impossível não trazer marcas que influenciam o meu jeito de olhar para a temática. Trago marcas do não pertencimento na infância, do julgamento da vida adulta. Mas por ser branca, de classe média, professora universitária e gorda menor, trago privilégios também, os quais me permitiram não experimentar marcas do racismo e da homofobia, por exemplo.

Você pode estar estranhando a linguagem e a forma de iniciar um artigo que queremos que seja científico, mas é assim que se dará nas próximas páginas a nossa conversa (espero que estejamos conversando). Trata-se da experimentação da autoetnografia performática como recurso metodológico da expressão dos processos de ensinagem e aprendizagem que ocorreu na construção da plataforma digital que chamamos de Teiker, a qual explicarei melhor a diante.

Este artigo faz parte da minha tese de doutoramento intitulada “Saindo da linha: experiência *Teiker* na caminhada de curvas do cuidado para pessoa com obesidade no âmbito

da Atenção Primária à Saúde (APS)” e será apresentado ora em primeira pessoa do singular, ora em primeira pessoa do plural. A tese foi construída costurada à uma experiência de trabalho coletivo com o intuito de produzir junto a gestores e profissionais de saúde elementos que conduzissem as práticas em saúde para um cuidado efetivo da pessoa que convive com obesidade no âmbito da APS.

Tentei fugir deste tema sob esta perspectiva do cuidado, e me propus inicialmente a falar sobre a formação de nutricionistas em relação a abordagem da obesidade, isso mesmo, ao iniciar este percurso eu tratava e falava a palavra “obesidade” como se fosse uma pessoa, uma entidade. E sem muita consciência que era assim que eu a significava, eu estava em um projeto que queria combater a obesidade, que queria controlar a obesidade no Brasil. E eu que passei a vida lutando contra meu corpo, agora ingressava em uma ação bélica de combater e controlar a obesidade que eu enxergava como uma entidade e que na verdade estava expressa em corpos de pessoas reais. Inclusive, no meu corpo.

Essa “entidade” chamada obesidade me acompanhou durante toda a vida. Minha mãe repetia sempre com tom de humor “Vanille já nasceu gorda”, e assim eu me entendi e me enxerguei durante toda a infância. Vivi essa fase de brincadeiras e socialização ouvindo meus primos me chamarem de baleia e miss gás. Doía muito, mas eu fingia que não. Eu corria atrás deles para bater em resposta aquelas palavras que pareciam muito mais violentas que a minha surra infantil. Então desde muito cedo eu aprendi a revidar e usar da força para rebater as violências orais que recebia. Isto explica muito o fato de eu nunca ter sido uma “garota meiga”.

Essa marca da infância me perseguiu a vida toda e eu tinha certeza que tinha enterrado aquela “criança obesa” que eu dizia que fui. Desenvolvi anorexia na adolescência e me tornei uma adulta magra e com corpo dentro dos padrões aceitáveis pela sociedade que me cobrava um corpo perfeito e ainda mais depois que decidi ser nutricionista (decisão bem ao acaso, pois meu pai queria que eu fosse médica e eu tentei ser, mas ao fracassar no intento paterno, fiz nutrição... mas hoje eu sei que eu queria mesmo era ser artista).

Eu me tornei professora de avaliação nutricional e em minhas aulas eu contava histórias da “criança obesa” que um dia fui, falava das técnicas de pesar, medir e fazer circunferências, e ensinava a futuros nutricionistas como *classificar as pessoas segundo seu Índice de Massa Corporal (IMC) para depois escolher a prescrição e melhor estratégia de intervenção na vida do paciente*.

Quando a pandemia de Covid-19 se alastrou no país e ficamos presos em nossas casas (nós que tínhamos casa), o convívio comigo mesma ficou inevitável e o espelho se apresentou a mim como um inimigo cruel. Passei por todas as fases da vida até aqui em guerra constante

contra meu corpo, não importava o quão magra eu estivesse, eu enxergava a criança obesa que eu pensava que tinha morrido. Na clausura do confinamento e em contato com muitas leituras sobre o corpo, que o doutorado me instigou, peguei todas as minhas fotos de criança e fiz uma linha do tempo no chão. Precisei fazer isso para tentar me encontrar de novo, pois neste momento, vivenciando uma depressão, eu voltara a ser gorda, obesa. Ao me deparar com a linha do tempo que fiz com as fotos de criança, um choque! Eu não fui uma “criança obesa”. Claramente, visivelmente, eu não fui uma criança “doente de obesidade” como acreditei sempre. Peguei o cartão da criança que utilizava para dar aula e fui me colocando na curva da OMS, percebendo só neste instante que eu era uma “criança normal”, eu fui uma criança grande, maior que as outras com quem eu convivia e por estar fora da linha que inventaram como sendo padrão de normalidade, eu passei minha existência em luta diária comigo mesma.

Lutando contra meu corpo...

Odiando meu corpo...

Medindo o meu corpo...

Pesando o meu corpo...

Mantendo o gerúndio.

Sou esta pesquisadora que em 2020 decidiu ouvir os conselhos de uma amiga, largar a ideia de entrevistar professores do curso de nutrição e assumir que a Teiker era o meu doutorado. Estava tudo tão imbricado e misturado dentro de mim, e confuso por fora de mim, que precisei passar por uma fase de aceitação de que tudo o que eu estava fazendo era importante e era ciência.

Tenho minha trajetória acadêmica marcada por dissidências. A professora de Nutrição que faz projeto de extensão com teatro, cinema e música, a professora do violão, como já fui chamada. A minha postura enquanto professora nunca foi de neutralidade, assumindo sempre a defesa do campo progressista e colhendo, muitas vezes, as consequências disso. A minha formação teve muita influência da educação popular e isto reverberou na minha prática docente e na minha postura enquanto cidadã e ser humano.

Aprendi desde cedo com Paulo Freire a considerar importante a insistência no caráter político das atividades científicas. Aprendi a me questionar: para quem faço ciência? Para quê faço ciência? A quem sirvo com ela?

[...] considero importante, nessa altura de nossa conversa, insistir mais uma vez sobre o caráter político da atividade científica. A quem sirvo com minha ciência? Esta deve ser uma pergunta constante a ser feita por todos nós. E devemos ser coerentes com a

nossa opção, exprimindo nossa coerência na nossa prática. (FREIRE, 1981, p. 34).

O exercício das ciências da saúde é bastante influenciado pelo modelo biomédico e paradigma positivista de fazer saúde. É hegemônico nos serviços de saúde até hoje, locais onde as práticas de saúde possuem foco nas queixas dos indivíduos e no tratamento das doenças e onde o trabalho é desenvolvido de forma fragmentada com predomínio de práticas hierarquizadas (BARROS, 2002; FERTONANI et al, 2015; SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

Por esta razão, por muitas vezes a minha forma de entender e lecionar componentes curriculares do curso de nutrição dialogando com as ciências sociais e humanas, com a literatura e com as artes parecia aos olhos dos que me rodeavam como algo sem sentido. E foi esta trajetória que me conduziu até o momento presente, integrando uma equipe de pesquisadores que aprovou uma proposta na chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 intitulada de "Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS" com o objetivo de apoiar projetos que integrassem atividades de pesquisa, extensão e formação de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS).

Começamos um processo de construção de saber coletivo e compreendemos que não gostaríamos de enfrentar nem controlar coisa alguma, nosso grupo estava interessado em criar estratégias de formação inovadoras que dialogassem sobre o cuidado da pessoa com obesidade. Assim, o que foi nomeado originalmente numa perspectiva bélica de enfrentamento foi ressignificado e passou a se chamar Teiker, uma estratégia de (trans) formação de gestores e profissionais de saúde por meio do uso de uma plataforma digital que se alicerça na educação popular e na gamificação para dialogar e construir possibilidades de cuidado para pessoas que convivem com a obesidade.

Teiker é um termo inventado com base na sonoridade de palavras da língua tupi guarani associada a sonoridade da palavra inglesa "take care". A nossa ideia foi representar o ato de cuidar, não no contexto usual já visto na APS, mas no sentido indígena, de perceber (ler) o outro e a natureza, e em seguida proteger (ter atenção básica) o outro e a natureza, as duas entidades que representam o sentido da vida.

O Teiker tem o compartilhamento de experiências, a escuta qualificada, a amorosidade e a utilização da arte para produção de vínculo e comunicação como unidades básicas para construção de possibilidades de cuidado da pessoa com obesidade e desta forma tentar mudar um pouco a realidade de existência dessas pessoas. Aprendemos que a educação muda as

peçoas e as peçoas podem mudar o mundo (BRANDÃO, 2008) e o mundo muda a partir da forma que as peçoas o veem e se você alterar pelo menos um milímetro da forma que as peçoas veem a realidade, então você pode mudar o mundo (BALDWIN, 1979).

Portanto, este artigo tem por objetivo reunir elementos que alimentem a reflexão sobre a proposta de estratégias de curvas de cuidado para peçoas que convive com as obesidades, buscando novas perspectivas sobre o olhar para o corpo da peçoas gorda. Descobrimo sentidos de um viver saudável sem pesar e sem culpa.

A escolha da Autoetnografia Performática para compartilhar a construção do saber

Tive algumas dificuldades no decorrer da tese em relação a decisão da metodologia a ser utilizada e por vezes me questionava se o que eu estava propondo era científico e podia ser considerado produto final de um doutorado. Tinha tanto de mim naquele texto que eu buscava palavras e métodos que conseguissem me tirar daquele lugar para “cientificizar” o conteúdo e ser aceito pela comunidade acadêmica.

Carregava comigo uma angústia imensa de apresentar para uma banca tão qualificada uma proposta de tese que começava falando da MINHA relação com a obesidade e embora fosse a parte que eu mais gostava do meu texto, precisava achar o tom científico que agradasse a racionalidade epistemológica hegemônica, afinal, não havia nenhuma correlação de Pearson na minha tese, nem apresentei nenhum intervalo de confiança de 95%. Então, durante a qualificação da minha tese, a professora Dra Lígia Amparo fez o seguinte comentário: “existe método para isso que você propõe, você está propondo uma outra narrativa para a temática da obesidade e está ok, que bom” (o comentário está entre aspas, mas ele está escrito exatamente como eu interpretei). Foi assim que fui apresentada a autoetnografia e desde então meu olhar para o que pode ser chamado de científico vem sendo descolonizado.

A autoetnografia pode ser conceituada como um recurso metodológico e analítico nas investigações de experiências vividas nas intersecções do *self* nos coletivos, do eu nas culturas, do agente nas agências (DENZIN, 2018).

O Raimondi e colaboradores (2020) embasados em uma gama de autores que discorrem sobre o tema, descrevem que a presença explícita do corpo do pesquisador no texto produzido “sobre eles, com eles”, orientado por uma episteme pós-colonial e da performance, traz os conhecimentos ou sabedorias que são subjugadas, bem como a perspectiva dos

subalternizados, historicamente excluídos da produção do conhecimento e de suas práticas culturais para a linha de frente da pesquisa. Ao situar a produção do conhecimento no próprio corpo e a partir dele, com suas intersecções de raça, etnicidade, gênero, sexualidade e outros marcadores, como por exemplo a obesidade, a autoetnografia enfatiza a experiência de um e pode dar nome para experiências de muitos (DIVERSI; MOREIRA, 2018; SMITH, 2019; RAIMONDI et al, 2019; RAIMONDI et al, 2020).

Estabelecendo uma dialogicidade com a palavra criada pela Conceição Evaristo (2006), “escrevivência”, que significa a reescritura da própria história brasileira a partir das vozes de pessoas negras, a autoetnografia, quando desenvolvida por corpos oprimidos expostos a diferentes ordens de opressão, também utiliza a experiência do autor para desafiar discursos dominantes e hegemônicos, a fim de promover a emancipação e revelar fissuras e possibilidades de transformações das relações culturais, de trabalho e da pesquisa (DIVERSI; MOREIRA, 2018; DENZIN, 2018; RAIMONDI et al, 2020).

As experiências, os métodos e as pedagogias de resistências e de insurgências caracterizam-se por compreender e valorizar um outro conhecimento, dando ênfase às metodologias de pesquisa e a uma ciência ética e politicamente comprometida com a transformação social (MORETTI; ADAMS, 2011).

A autoetnografia passa por um necessário exercício de um reposicionamento epistemológico de quem pesquisa, do próprio pesquisador na sua pesquisa. Se colocar no centro do fenômeno de pesquisa e interpretar experiências culturais compartilhadas com outras e outros em sua realidade é assumir que as nossas experiências particulares tem significados e tem sentido em um universo pragmático que determinou a neutralidade científica na condição normativa (BOSSLE; MOLINA NETO, 2009).

“... por não ser neutra,

minha prática exige de mim uma definição.

Uma tomada de posição.

Decisão.

Ruptura.

Exige de mim que escolha entre isto e aquilo”.

(FREIRE, 2008).

Desta forma, a autoetnografia reflete essa construção de saber por buscar descrever e analisar, através de uma produção escrita (grafia), as experiências pessoais (auto) inseridas nas relações de poder de uma determinada cultura (etno) (ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011). A autoetnografia tem encontrado excelentes oportunidades, na atual conjuntura social, política e científica, de reposicionamento do conhecimento científico, numa perspectiva que contempla a “polivocalidade” e outras versões da história, das vozes silenciadas da história oficial (BOSSLE; MOLINA NETO, 2009).

Avançando um pouco mais podemos dialogar sobre autoetnografia e estudos de performance. É preciso destacar aqui que quem me aproximou dessa discussão foi a Rita von Hunty, que é a personagem drag do ator e professor Guilherme Terreri. Com formação em artes cênicas pela UNIRIO e Língua e Literatura inglesa pela USP, Rita desenvolve um trabalho de arte-educação focado na discussão de temas sociais através de estudos cultura e só no desenrolar da escrita de minha tese é que me dei conta do quanto aprendi e aprendo com ela, e de sua influência na construção da minha raciocino-ação. Dito isto, trago o Conquergood (1998) que fala que somos *homo-performes*, pois a todo momento estamos performando nossas identidades, práticas, crenças, na relação junto aos outros, então ao compreender o processo de pesquisa que parte do pessoal para o coletivo, cultural, político, podemos observar a necessidade de irmos de um processo meramente informativo para performático, o qual enfatiza a ação, a agência e a transformação.

A performance pode ser compreendida também como uma forma de contrabalançar o prestígio dado ao texto na academia (CONQUERGOOD, 1998) e esse texto muitas vezes retrata uma colonização da oralidade e escrita, tanto em aspectos ontológicos como epistemológicos, uma vez que há um privilégio pelo cânone norte euro-americano pós-positivista (RAIMONDI et al, 2020).

Os estudos de performance podem ser compreendidos como uma prática de investigação da cultura no corpo, implicando o autor e leitores pela criação conjunta de uma experiência que traz tanto a teoria quanto a práxis de uma forma complexa, contraditória, ambivalente, polivalente e significativa. Assim, há oportunidades de “*ensinar, empoderar e emancipar*” (HOLMAN JONES, 2005) histórias, vozes, corpos, uma vez que há uma impossibilidade de separar nossas experiências dos contextos sociais, culturais e políticos em que elas foram e são criadas e negociadas (RAIMONDI et al, 2020).

Assim, a autoetnografia performática carrega e demonstra os espaços, os significados, as contradições, as ambiguidades da cultura, de uma forma viva, buscando ideais de uma justiça social, ela não é somente uma técnica de pesquisa e não tem “receita” pronta, sendo

em muitas situações um conceito que significa diferentes ideias para diferentes grupos e que evita definições simplistas (DENZIN, 2018). Encerrando por hora o diálogo sobre este método, há um relativo consenso entre os Estudos da Performance e a Autoetnografia que é a máxima do conceito do corpo como o local onde o conhecimento é construído (DENZIN, 2018; HOLMAN JONES, 2005; CONQUERGOOD, 1998). Seres humanos experimentam a vida neste planeta através de seus corpos (RAIMONDI et al, 2020).

Portanto, fica claro aqui que o lugar onde posiciono a obesidade não é mais em um *status* de entidade ou algum tipo de mal paira e que se alastrou pelo planeta. É uma, ou várias obesidades, que têm corpo.

A Estratégia TEIKER como propiciadora de reflexões sobre obesidade que tem corpo

A proposta de minha tese, que origina este escrito, surgiu a partir da vivência durante a idealização, construção e implementação da Teiker, onde se por um lado foi vivenciado e reconhecido o potencial transformador de uma metodologia intitulada de LerAto (método de gamificação fundamentado na leitura de mundos e no uso do conhecimento, criatividade e tecnologia para transformar práticas), por outro, foi possível observar as contingências relacionadas às questões referentes a como a política em relação à obesidade está desenhada para que seja possível a continuidade do processo de transformação nas práticas dos profissionais, além de refletir como acrescentar outras propostas ao modelo de linhas de cuidado a partir de novos olhares sobre o tema.

A Teiker nasceu como proposta coletiva de um grupo de professores, pesquisadores e estudantes de três instituições de ensino superior da Paraíba (Universidade Estadual de Campina Grande, Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Federal da Paraíba) que se uniram por meio do Edital CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018 lançado pelo Ministério da Saúde que objetivava construir capacitações sobre o “enfrentamento da obesidade” para profissionais e gestores da saúde da atenção primária.

A forma de olhar do nosso grupo para a proposta de construção da capacitação de profissionais e gestores da atenção primária a saúde do Estado da Paraíba foi sempre mediada pelo entendimento que para que um projeto desta magnitude alcançasse de fato as ações dos profissionais e gestores em seus municípios, seria necessário envolvê-los como atores ativos do processo e que esta ação deveria ser dinâmica e interativa.

Compreendemos que o processo de formação para o SUS é regado de desafios e isto demandaria o uso de metodologias ativas, atrativas e inovadoras e que a participação ativa dos profissionais/gestores em um processo de formação, deveria ser uma oportunidade e um instrumento para transformação social. Um bom processo de formação deve valorizar as experiências que os profissionais e gestores acumularam durante suas práticas profissionais.

Chamamos os encontros ao vivo (síncronos), com os gestores e profissionais de saúde, de Festivais Teiker, pois compreendemos que após a pandemia os termos “*Live*” e “*Aula on line*” já produziam uma desmotivação imediata em quem se pretende assistir. A escolha do nome também se dá por festival remeter à manifestações artísticas e troca de experiências entre diversas culturas, promovíamos encontros poético e científicos onde as pessoas por meio da troca de experiências refletiam sobre as questões relacionadas à obesidade e juntas descobriam meios de solucionar desafios e encontrar possibilidades de exercício de cuidado com as pessoas que convivem com a obesidade nos seus territórios.

Todos os Festivais eram gravados para que quem não pudesse participar de forma síncrona, acompanhasse de acordo com sua disponibilidade de tempo. As pessoas eram sempre informadas sobre a gravação e autorizaram a utilização do material para fins científicos.

Os achados

O meu convite à reflexão se dá mediante o diálogo entre minhas experiências com a obesidade, junto às vivências na construção coletiva da estratégia Teiker, aos momentos experimentados em todos os Festivais Teiker e às várias leituras e releituras das transcrições desses encontros.

Proponho que nos achados desta pesquisa, a subjetividade seja compreendida como construção dialógica em processos interpessoais que ocorreram em contextos plurais. Compreendo que pode ser possível potencializar outras vozes ao me colocar como uma das protagonistas da pesquisa, com meus equívocos, acertos e afetos. Portanto, tenho a preocupação em produzir um texto acessível e pessoal, que pretende chegar ao maior número de pessoas possível.

As reflexões que trago a seguir estão inseridas em um tema que movimenta todas as pessoas, as que convivem, as que já conviveram, as que jamais querem conviver com a obesidade. Os achados são os diálogos entre as experiências dos gestores e profissionais de saúde com seus próprios corpos e com sua lida diária no chão da unidade básica com minhas vivências e aprendizados, envolvidos por muita afetividade. Estão organizados em cinco eixos

de reflexão: 1- corpo, obesidade e gênero; 2 – obesidade no plural; 3 – profissional de saúde e seu olhar para o corpo gordo; 4 – a arte na comunicação entre corpos; e 5 – o cuidado na linha e na curva.

O peso sempre é maior no corpo da mulher

Nenhum corpo tem tantas restrições como o corpo feminino. As mulheres são restritas desde que chegam no planeta.

Aprenda a sentar, menina!

Cuidado nesse jeito de olhar!

Não ande assim para não ser interpretada errada!

Do sentar ao falar, nós mulheres, precisamos usar um manual de regras criado pela sociedade conservadora e patriarcal para podermos ser consideradas como bem-sucedidas e elegantes e inteligentes e desejável e

e

e

Ser mulher é andar na contramão da natureza. A nossa cultura treina a mulher para ela negar a natureza, para seguir um padrão, para se aprisionar em seu corpo e assim manter-se ocupada, afinal, o que seria mais poderoso que um coletivo feminino que possuísse corpos livres? Os tempos estão mudando... será?

Se nos posicionarmos historicamente nos dias atuais, meados de 2023, podemos dizer que a cobrança ao corpo masculino é a mesma feita ao feminino? As pressões estéticas e gordofobias são mais pesadas em quais corpos?

Durante os Festivais Teiker algo ficou muito explícito: as falas das mulheres apresentavam elementos que em nenhuma fala dos homens apareceu como uma questão. As enfermeiras, agentes comunitárias de saúde, nutricionistas... as mulheres... que participavam dos Festivais Teiker traziam em seus compartilhamentos de vivência a dor de não conseguir emagrecer, a vergonha de ser profissional de saúde e não ter um corpo que responda às expectativas do paciente, as marcas deixadas pela depressão que trouxe peso não apenas ao seu corpo, mas a sua vida, a angústia de não caber em uma roupa, a humilhação de ter seu corpo questionado. Uma quantidade de vivências dolorosas que em nenhum momento apareceu nas falas dos gestores e profissionais de saúde do sexo masculino.

As falas dos homens estavam sempre no campo da organização mais técnica do serviço. Traziam a experiência do município dele ter ou não uma balança para levar ao

atendimento domiciliar, compartilhavam sobre como proceder com os dados coletados nas consultas, traziam relatos de atividades bem-sucedidas na comunidade, mas nada foi falado em relação aos seus próprios corpos.

Então proponho que ao falarmos sobre obesidade nos espaços de saúde, em especial na atenção primária à saúde, que é nosso espaço de conversa desta pesquisa, que não deixemos de valorizar a questão de gênero nas nossas ações. Estratégias de cuidado de mulheres com obesidade obedecem racionalidades distintas das que serão pensadas para os homens. O quanto que as ações estão homogeneizadas desconsiderando toda vivência particular que as mulheres aprenderam a ter com seus corpos?

As mulheres estão submetidas de forma violenta e contundente à padrões de corpo, que chamam de padrões de beleza, que as inviabilizam a possibilidade de existir livremente. E assim, a vida escapa, como diz Dona Ritinha (Rita von Hunty). Precisamos compreender o fenômeno e mobilizar práticas que rompam com esse formato de ditadura contemporânea imposta por padrões de beleza que na verdade estão servindo para fortalecer vários sistemas que precisam cair: o capitalismo, o patriarcado, o sistema biomédico, o sistema de aparência e valores. Dialogar sobre obesidade, corpo gordo, também é sobre isso.

O hábito da dieta é um sedativo político na história feminina, pois quando a mulher se volta para a alucinação do emagrecimento, a mulher se dociliza e tenta tirar o foco da luta por direitos (WOLF, 2020; FOUCAULT, 1987). O que vemos são corpos femininos que se submetem à intervenções cirúrgicas ou a indústria da beleza após um acúmulo de não-aceitação, de autoimagens moldadas diante das pressões sociais que devem agradar não a quem habita aquele corpo, mas aos que o veem externamente. E isso ocorre com a mulher, mãe solo, empregada doméstica que pega duas conduções para chegar ao trabalho e acontece com a enfermeira que a atende na UBS. E muitas vezes essas duas mulheres não conseguem se reconhecer em suas semelhantes lutas por direitos e apenas se rivalizam enxergando suas diferenças (sociais, estéticas, econômicas, culturais, políticas).

Sou mulher, nutricionista e trabalhei por seis anos em uma UBS assim que me formei e naquela época, embora a sensibilidade, empatia e a identificação com a educação popular me fizessem tentar exercer uma prática contextualizada com o componente histórico e político que envolve o olhar para o corpo da mulher, eu não tinha recebido formação para isso quando me ensinaram a ser nutricionista e por esta e outras razões que advogo a necessidade da formação em saúde está contextualizada às questões de gênero.

Durante esses anos de doutorado e de muitas reflexões, me pergunto se essa discussão relacionada ao corpo não deveria estar presente muito antes do ensino superior, até por que

poucas chegam a este espaço. Sinto falta de ter podido pensar sobre a docilização do meu corpo desde a infância e adolescência. Corpo dócil como explicou Foucault (1987) em uma de suas obras mais conhecidas, é aquele que foi trabalhado arduamente pelo poder disciplinar. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. Uma potente técnica de dominação.

Até um pouco antes da Revolução Francesa, e a partir daí com cada vez mais força, a subjetividade se tornou algo que pode ser fabricado, o poder age em cada indivíduo, e com mais expressão nas mulheres, para fabricar esses corpos dóceis que trabalha sem folga, sem espaços e como se fosse um origami, o poder disciplinar vai nos dobrando até obter a forma que mais for vantajosa para o sistema. Então esses corpos se constituem de duas características centrais: utilidade em termos econômicos e docilidade em termos de obediência política. E dessa forma, chegamos à constatação que poderia ser óbvia, mas não é: o corpo dócil é tão obediente quanto produtivo.

E pode parecer incrível, mas neste ponto aqui podemos dizer que Krenak (2020) dialoga perfeitamente com Foucault (1987) quando ele diz que a vida é transcendência, é fruição, portanto a vida não tem que ser útil. É um convite para gente escapar dessa captura e experimentar uma existência que não se rendeu ao sentido utilitário da vida, que não se deixou seduzir pelo mito da beleza.

E quando trazemos essa expressão “mito da beleza” para auxiliar nas nossas reflexões, estamos dialogando com a Naomi Wolf (2020) que tem contribuições fundamentais para o nosso entendimento sobre o olhar para o corpo gordo, em especial, o feminino. O mito da beleza diz respeito a uma “verdade” cultural que aprisiona a liberdade feminina. Podemos dizer que trata-se, por exemplo, da história que conecta a beleza, dentro de padrões estritos e ocidentais, ao sucesso e a felicidade, e assim, vai condicionando o modo de viver das mulheres – em menor medida no homem também -, de forma que ela não consegue se libertar de grilhões patriarcais. E dessa forma, à medida que a mulheres alcançam maiores poderes em determinados âmbitos, terminam por serem acorrentadas por certezas invisíveis em outros.

Wolf (2020) nos lembra que já que não podemos mais ser controladas da mesma forma que antes pela maternidade, o que nos impedia de alcançar o mesmo patamar de poder que os homens, passamos a ser controladas pela necessidade de preenchimento de requisitos de beleza inalcançáveis e gastamos tanto tempo nessa busca, que passamos a ignorar o poder que poderíamos exercer. Ao mesmo tempo que precisamos trabalhar mais para ganhar a mesma coisa que os homens, precisamos também nos adequar a requisitos de padrões gerados pelo tal mito da beleza. E se assim não for, somos discriminadas no ambiente de

trabalho, portanto precisamos trabalhar mais para também compensar o dinheiro despendido com a indústria da beleza/vaidade e não nos sobra tempo para realizarmos o que os homens têm liberdade para buscar.

Muitas mulheres que participaram do Festival Teiker trouxeram falas no sentido de que precisavam mudar seus corpos para serem aceitas,

aceitas por seus parceiros

aceita por seus pacientes

aceitas por si mesmas...

Assim as mulheres sofrem violências praticadas por outras pessoas contra a sua forma de ser e existir, e nesse lugar o mito da beleza reforça ainda mais a ideia de que nós devemos aceitar essas violências contra nossos corpos e mais além, que podemos ser autoras de atos violentos contra nós mesmas. Aceitamos que para ser bonita, precisamos nos violentar seja por meio de cirurgias diversas, por meio da ausência de comida, pela falta de aceitação. Wolf (2020) nos diz que o mito da beleza ensina que nós, mulheres, devemos estar sempre lembradas de que dói ser mulher.

Na necessidade de ser aceita,

aceita o inaceitável,

na busca pelo inexistente

Então, podemos dizer que é importante que ocorra uma tomada de poder sobre os mitos e padrões. Se eles existem, é importante reconhecer a sua influência nas nossas vidas e salutar que tomemos o poder sobre esse mito e passemos a definir, nós mesmas, as ideias a serem percorridos, independente dos padrões impostos. Que aprendamos a parar de culpar a nós mesmas e às outras mulheres.

É importante entendermos que independente de considerarmos ou não a obesidade como doença (este não é o objetivo desta pesquisa), é importante que nós lembremos constantemente que antes de qualquer coisa, a existência é corporal (LE BRETON, 2012).

Ele é um instrumento com o qual a gente anda, a gente namora, a gente nasce, morre. Ele é aquilo que está conosco a todos os momentos. Quanto mais tranquila forem as nossas vivências com os nossos corpos, melhor será. Tanto para nós mesmas, quanto para a vida em sociedade. À medida que eu entendo que

este corpo é meu,

aquele corpo é do outro,

esse corpo é seu

passo a respeitar todas as instâncias que devem ser respeitadas em vários níveis.

A normalidade do IMC, a adequação de uma classificação numérica, a ideia do que é normal, natural traz em si uma concepção essencialista da realidade, que no caso do corpo, passa a ser pautado majoritariamente pela dimensão biológica. Por isso que determinados corpos, raças, sexos, gêneros e seres humanos sofrem um sistemático silenciamento, invisibilização, subjugação e exclusão no cuidado em saúde, como ocorre com corpos gordos.

Eu pretendo que o compartilhamento dessas reflexões inquiete a forma como conhecemos o mundo, provoque estranheza em relação aos “olhares” acadêmicos “tradicionais”, provoque incômodo com a maneira como certos corpos (talvez também o seu corpo) são tratados, e com a maneira como certas coisas são ocultas e excluídas na academia. Faço o convite para que pensemos juntas sobre ciência, corpos, possibilidades incorporadas em nossos textos, em nossas marcas, em nossas vidas. A proposta é construirmos uma episteme diferenciada sobre os corpos gordos e propormos, a partir da resistência, um corpo político que quebre padrões e se coloque no mundo de forma criativa e alegre.

Para finalizar com este ponto, gostaria de lembrar que trouxemos Wolf (2020) e Foucault (1987) para dialogar com algumas construções de pensamento, mas não podemos esquecer que temos em Paulo Freire (1996) uma forma de olhar para a vida como prática para a liberdade e sendo assim, ele já nos ensinava faz um tempo, a pensar a construção de caminhos de insurgências.

Entendemos que os caminhos da insurgência, em busca da transformação social, passam pela necessidade de consolidar metodologias investigativas que democratizem o conhecimento, pois controlar a produção, a circulação e o consumo de conhecimentos e saberes carrega tanto as condições de uma efetiva contribuição na manutenção das relações de injustiça e dominação, como pode alavancar a construção de alternativas transformadoras das realidades locais e amplas.

A sociedade moderna tem dificuldades em aceitar que uma mulher possa ser gorda feliz e saudável. Seria a opressão contra o corpo gordo, imperando o corpo magro como necessidade fundamental para uma pessoa ter existência e sentido social. A cultura contemporânea valoriza tanto a magreza, legitimada principalmente pelo discurso da biomedicina, que transforma a gordura em um símbolo de falência moral, com sérias conseqüências para a subjetividade dos que não se adaptam a esse ideal de corpo.

Para muitos desses, a norma que os atira ao gueto de uma repulsa geral torna-se um peso, na alma, um refluxo sobre si mesmo de um corpo recusado. (VASCONCELOS, 2004).

Obesidade se escreve no plural - obesidadeS

Sempre me causou incômodo pensar na obesidade no singular. Pensar que ao ler os diversos inquéritos e pesquisas que sempre mostram altíssimos índices de obesidade está junto na mesma tabela de exposição de números, a pessoa que pesa 90Kg e a que pesa 200kg. Nunca concebi que estávamos falando da mesma coisa nos dois casos. E mais além, duas pessoas com os mesmos 100kg também não chegaram a este peso pelas mesmas causas e motivos, pelos mesmos caminhos. Podem ter feito curvas bem distintas. E é por isso que não podemos aceitar que tudo se resume ao peso, aos quilos, ao número que aparece na balança.

Durante as expressões orais das mulheres nos Festivais Teiker que falaram sobre suas corporeidades, cada uma foi mencionando suas verdades e realidades. Uma ganhou peso na pandemia, a outra aumentou de peso por conta de uma depressão, a outra engordou quando engravidou, outra referiu ser “gordinha” desde a infância e haja subjetividade em cada vivência corporal que a literatura hegemônica chama tudo de obesidade.

Não apenas chama da mesma coisa como oferece soluções padronizadas. Se você está com obesidade “é só” fechar a boca e fazer atividade física. Penso que poucas expressões sejam tão cruéis quanto “é só”. É uma expressão que reduz uma quantidade enorme de sofrimento e vivências a uma forma simplista e reducionista de culpabilizar a própria pessoa que vive a dor da condição.

Em 2020, um grupo de pesquisadoras da Bahia publicou um material que considero fundamental para ampliar a concepção unívoca e aparentemente simplista que rodeia a obesidade (AMPARO-SANTOS; FRANÇA; REIS, 2020). O material nos traz a possibilidade de dialogarmos sobre diferentes narrativas e modos de compreender a obesidade, e trata o fenômeno como experiência subjetiva. Confesso que quando vi esta publicação, pensei comigo: nem tudo está perdido.

Nos últimos anos tivemos muitas publicações sobre obesidade. Muitos artigos, diversos livros e uma quantidade substancial de manuais e instrutivos publicados pelo Ministério da Saúde no Brasil. O início de quase todos eles é a conceituação da obesidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o quão alarmante é o fato de ser uma doença extremamente letal. É isso. Quando a gente lê sobre obesidade na literatura hegemônica, se estivermos classificados pelo IMC com temida doença, começamos a calcular quantos anos de vida nos restam.

Sempre me causou estranheza utilizarmos o conceito de obesidade enquanto excesso de gordura que causa mal a saúde descrito pela OMS e ao mesmo tempo usarmos uma tabela

que classifica a sua existência, baseada em um cálculo numérico que não considera a gordura, tudo provado cientificamente. Aqui eu gostaria de fazer um paralelo com a história da homossexualidade, guardadas as suas devidas proporções e gêneses. Só para provocar um pouco de reflexão a respeito.

A homossexualidade nos séculos passados estava colocada primeiro como culpa e depois como doença (sei que é estranho no século atual ainda existirem pessoas que a colocam como as duas coisas juntas), e a partir do século 19 com o avanço da corrida científica e com o discurso médico se tornando o discurso regulador das práticas, a psiquiatria, a psicanálise, a sociologia começam a falar sobre esses corpos homossexuais. Para psiquiatria são corpos perversos, por que eles pervertem uma lógica de funcionamento “natural” (antes era crime contra a natureza, a partir de então é a perversão de uma lei natural), para a psicanálise estes corpos estavam operando uma inversão, mais uma vez a ideia de que não vai ter normalidade nestes corpos, a normalidade está em outros corpos. E por fim a sociologia que vai olhar para o fenômeno como um comportamento desviante de uma norma estabelecida (aprendi isso com a dona Ritinha também). Todos estes discursos eram científicos para sua época, então o paralelo que faço aqui entre a história da obesidade e a história da homossexualidade é sobre as afirmações científicas que nos amarram em um ponto de vista de entendimento que não permite que consigamos produzir outras racionalidades com a justificativa de estarmos respaldados cientificamente. Os discursos científicos são antes de tudo discursos sociais, produzidos em um determinado tempo, por pessoas, com horizonte histórico, a partir de um enquadramento de mundo, portanto não podem ser colocados em um lugar de inquestionáveis.

Portanto, o lugar que esta pesquisa se coloca não é de invalidar as pesquisas que mostram o caráter inflamatório da obesidade, nem muito menos desqualificar as pesquisas do campo epidemiológicos que trazem os dados percentuais do fenômeno, mas é convocar a possibilidade de outras racionalidades além destas. Existem outras narrativas e não são inferiores ou de um campo menos importante da ciência. Então não há o interesse aqui de demonizar ou aplaudir o IMC, existe o convite a pensar para além. Poulain (2013) debate a relação entre obesidade e posição social e nos convida a pensar que a denominação da obesidade como epidemia, por exemplo, está relacionada à sua socialização, a qual, desde então, diz respeito à sociedade como um todo. Ela também contribui para que se consideremos os modos de vida como determinantes, e articulemos o problema da má alimentação, ele afirma que é necessário observar mais de perto os pontos de controvérsia por trás da obesidade.

Apesar de termos caminhado no entendimento que é uma equação muito simplista reafirmar continuamente que a condição do peso corporal pode ser regulada por um simples equilíbrio entre consumo alimentar e gasto energético, na realidade, este pensamento ainda orienta práticas em relação ao corpo na lida eterna de tentar promover emagrecimento. A gordura passou a ser entendida como um problema corrigível. Corrigível por relações inerentes ao comportamento adequado dos sujeitos, dessa maneira olhamos para a obesidade como um problema de responsabilidade individual dos sujeitos. E gostaria de pontuar que a fome (pensando no que acreditam ser o contraponto da obesidade, e não é) alçou uma discussão mais profunda que a colocou num espaço sendo vista como problema social e político. Pelo volume de publicações e abordagens que estão sendo consideradas nestas publicações, a obesidade ainda não alcançou este patamar.

As falas dos gestores e profissionais da APS da Paraíba durante os Festivais Teiker demonstram que suas experiências cotidianas nas UBS revelam empiricamente, no dia a dia dos seus serviços, o quanto os corpos são singulares e não respondem da mesma maneira as ações empreendidas sobre ele. Por isso reafirmo aqui a necessidade e pensarmos sobre obesidadeS.

O comportamento dos sujeitos não é inerente a sua natureza, eles são socialmente determinados pelo modelo de sociedade que vivemos, portanto a obesidade não pode ser vista como um problema individual, ela é social, político e ético, e isto aprendi ouvindo a Lígia Amparo. Assim como não podemos desconsiderar quem entende que devemos afastar o caráter de doença e ao invés de chamarmos por obesidade, utilizarmos a nomeação do corpo como sendo simplesmente gordo. Uma forma não está errada em relação a outra, apenas estão posicionadas em ângulos diferentes de observação.

A obesidade possui camadas
e mais camadas
e camadas

O corpo que carrega a obesidade pode estar representando uma série de sobreposições de vulnerabilidades, de classe, de gênero, de raça, de região geográfica e produzindo um emaranhado de relações entre fome e obesidade.

Lembremos que a ciência cidadã deve produzir um conhecimento comprometido com a realidade e que permaneça em diálogo com a sociedade para provocar conscientização e transformação, Oliveira e Silva (2021) nos fala que a ousadia, a criatividade, o compromisso e a verdade não são antagônicos e precisam ser plurais. E fala também que é preciso trazer para o debate a noção de interseccionalidade, para explicar que o poder de autonomia do sujeito

em suas escolhas alimentares está condicionado também nas múltiplas dimensões das opressões que afetam o grupo social ao qual a pessoa pertence. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (COLLINS, 2021).

Fazer uma leitura interseccional da obesidade e alimentação, é realizar uma análise que cruza, a questão da raça, gênero, classe social/renda, tempo de planejamento alimentar e segurança alimentar e nutricional que são afetados com a rotina de deslocamento entre os locais de trabalho e moradia, o subemprego ou mesmo o desemprego. Essas são dimensões interseccionais que interferem no acesso à alimentação saudável, e, conseqüentemente, no poder de escolha do indivíduo (OLIVEIRA E SILVA, 2021).

O repertório de cuidado instituído pelo modelo biomédico e estético a uma mulher pobre, negra e gorda, tem sido ignorado junto às ações de assistência em saúde, com exceção às situações onde ela passa a ser vista como portadora de alguma morbidade, como hipertensão, diabetes ou outras doenças. A compreensão dos aspectos interseccionais da problemática alimentar e nutricional pode apoiar ações mais eficientes de combate aos abusos aos mais pobres, devido aos sistemas e ambientes alimentares vigentes que definem o que cozinhar e o que comer pela visão neoliberal da economia nas sociedades industriais (JIMENEZ-JIMENEZ, 2020).

O corpo biológico, principal dimensão assumida pela ciência da nutrição, tem sido definido pelas evidências científicas biomédicas de biopoder como objeto de consumo de saúde e doença. A imagem corporal é representada por mitos de beleza, como já discutimos anteriormente do qual o corpo considerado belo e saudável, é um corpo com características eurocêntricas- magro-atlético-sensual (WOLF, 2020), e onde a comida atua como parte dos novos valores morais de culto higiênico, dietético e terapêutico como objeto de consumo de desejo e liberdade física e sexual (JIMENEZ-JIMENEZ, 2020).

Convoco a pensarmos sobre os modelos de produção de vida que estamos alimentando para refletirmos também sobre a obesidade, pois essa compreensão e o sua forma de lidar vem movimentando um empreendimento de mercado que se organizou em torno de políticas de emagrecimento e de vender o saudável a qualquer preço...

qualquer preço? Não!
altos preços.

Convivemos com exércitos de emagrecimento (só para não fugir da linguagem bélica que o mercado tanto gosta), empresas de alimentos, de remédios, de cosméticos, de exercícios

físicas organizadas e lucrativas, em prol da missão de emagrecer corpos, pois afinal o corpo magro é sinônimo de beleza, saúde e juventude ao mesmo tempo.

A nossa vida não deveria ser reduzida ao nosso peso corporal e não por acaso vivenciamos uma certa insurgência dos corpos e de alguns ramos da ciência que se ocupam em pensar que por trás da obesidade tem um corpo, um corpo desejanste, que insurge contra crescente estigma desse corpo. A guerra contra obesidade não pode ser um mero enfrentamento dos corpos e por isto é flagrante a necessidade de um debate capaz de combater a normalização dos modos de vida predatórios, desalinhado não apenas com o metabolismo do corpo biológico, mas em desacordo com a dinâmica metabólica do planeta em que vivemos (Rita von Hunty em Carta Capital).

Pensar sobre o modo de vida capitalista e neoliberal também é um campo de reflexão para quem pretende estudar a obesidade, ou melhor, as obesidades. Precisamos pensar em soluções para esse modo de vida descompassado que tão bem conhecemos e que se desenvolve em quatro etapas: produzir mercadorias, consumir mercadorias, gerar lucro e crescer (Rita von Hunty). Nenhum modelo de acumulação infinita pode ser executável em um mundo de recursos finitos, a obesidade é só um dos pontos a ser pensado, como aprendemos com Silvia Federici (2022) precisamos reencantar o mundo , e isto significa permitir uma estrutura social que balanceie a existência humana com o metabolismo planetário.

Gente da saúde e seu olhar para o corpo gordo

Para discutir, compartilhar e construir saberes sobre o cuidado do outro, é importante passarmos pelo processo de aprender a cuidar de nós mesmos, de ouvir os sinais do nosso próprio corpo, de honrar e não ignorar o que temos de mais precioso em nós: o ser livre. Já havia lido sobre isso, mas fazia parte apenas do meu constructo teórico, estava bem longe

LONGE

da minha prática. Só durante o doutorado e a partir da construção da Teiker com realização de muita leitura “fora da caixinha da ciência que eu pensava conhecer” é que a teoria encontrou a prática e fizeram uma dança maravilhosa. Eu dava aula sobre autocuidado e odiava meu corpo. Eram só palavras que eu lia em artigos, não fazia sentido para mim e eu queria que fizesse sentido para o outro. Como?

Precisamos repensar nossas práticas além das nossas pesquisas. Por muitas vezes ouvimos os profissionais de saúde durante os Festivais Teiker expressarem que nunca haviam pensado daquela forma. Para mim é marcante as falas de uma mulher médica que se emocionou muito ao falar que mudou a visão sobre o corpo gordo e que de fato passou por um processo de (trans)formação com o Teiker. É sobre isto que estamos tentando falar.

Temos várias publicações trazendo questões sobre práticas de saúde gordofóbicas e lacunas na formação de profissionais de saúde (PAIM; KOVALESKIB, 2020; LOPES et al., 2022; SILVA; CANTISANI, 2018; RECINE et al., 2012), mas o que encontramos na realidade dos serviços de saúde é a dificuldade da pessoa que possui um corpo gordo ser tratada com dignidade, ser cuidada. Assistimos recentemente em nosso país um jovem de 25 anos, que tinha nome, Vitor, que tinha família, conhecemos sua mãe aos prantos no jornal,

MORRER...MORRER...MORRER...MORRER...

na zona norte de São Paulo, após ter atendimento recusado em seis unidades de saúde por falta de

MACA.. MACA...MACA...MACA...

que comportasse o seu corpo gordo, para qual existe uns dez tipos de protocolo diferentes publicados em manuais e instrutivos dizendo como deve ser o seu atendimento.

O que estamos aprendendo na sala de aula, no estágio, nas práticas, durante a nossa formação acadêmica de PROFISSIONAIS DA SAÚDE? Quais são os corpos que importam na nossa sociedade? Quais corpos merecem ser cuidados? Corpos que valem menos por serem **mais** do que pensam que deveriam ser na balança...

Não só na balança do banheiro...

da farmácia...

do consultório médico...

Na balança da vida... que balança, balança e não deixa sequer caber.

Quando a educação não é libertadora, o sonho do oprimido é virar opressor, já dizia Paulo Freire (2005). Eu que tanto falo em autonomia e me considero freiriana, me peguei algumas vezes oprimindo o outro para tentar corrigir (?) aquilo que sofri em outro tempo. Oprimindo, quis que outros como eu não se sentissem mais assim.

Nós somos formados profissionais da saúde para cuidarmos de pessoas que possuem corpos vivos, cheios de existências e histórias para serem honradas, essas pessoas estão nos consultórios e também estão catalogadas nos bancos de dados das nossas pesquisas, habitando a posição de objetos, digo, “sujeitos” de nossas buscas científicas.

Percebamos que a posição do saber científico do profissional se impõe sobre a posição do saber não-científico de quem aprendemos a chamar de pacientes. Ao longo do tempo foi ocorrendo um reconhecimento e aceitação, de ambas as partes, sobre a posição que cada um ocupa dentro dessa institucionalidade constituída no campo da saúde. Reconhecer a supremacia do saber no outro significa, automaticamente, admitir o não-saber em si mesmo (BOFF, 2014).

O passo seguinte diz respeito à responsabilidade e autonomia; quando essa posição é aceita, a responsabilidade pelas decisões é entregue ao que detém o saber maior, consequentemente a autonomia como sujeito também é entregue. Com a entrega da autonomia, o sujeito passa a depender totalmente do cuidado a ser recebido do outro, transformando-se o cuidado em um instrumento de negociação acerca das regalias que possibilitem certa "autonomia" para o sujeito.

Percebamos que desta forma, o cuidado pode se transformar em mercadoria, ou seja, um outro detém a autonomia do sujeito e o seu cuidado vai depender de ele se portar da maneira desejada pelo que está hierarquicamente acima. Você consegue identificar essa postura em alguma prática? Lembro bem da época em que eu trabalhava em uma UBS ouvir uma colega de trabalho dizer assim: já disse o que seu fulano tem que fazer, ele não fez, então não adianta mais atender ele, ele não quer ser cuidado.

Pergunto agora, quem não quer ser cuidado?

(um pouco de silêncio)

Heidegger (1989) considera que o ser humano possa escolher viver de modo autêntico ou inautêntico. O modo autêntico seria autônomo para tomar decisões acerca de seus desejos. Inautêntico, por outro lado, seria o modo conformista, com rotinas e padrões estabelecidos. No momento em que se sucumbe a hábitos mecânicos e convenções cotidianas (normas institucionais), este então sujeito passa para a condição de um objeto para uso dos outros, despersonalizado, um anônimo que se tornou alienado do seu verdadeiro eu. O sujeito que é lançado ao mundo interage continuamente com tudo que encontra o que constitui sua interdependência com o mundo.

A Malu Jimenez-Jimenez (2020) conta em sua tese a experiência de conviver com pessoas dentro de um hospital que realizava cirurgia bariátrica, e ela conta que esta experiência foi um divisor de águas para sua vida e pesquisa, pois a sua vivência com outras mulheres que estavam “na fila da bariátrica” desenvolveu um olhar crítico nela que passou a

enxergar os médicos daquele local como “vendedores especializados em construção de corpos que se encaixem num padrão estabelecido dentro do IMC”, segundo palavras dela. Ela relata em sua pesquisa que mesmo quando não havia problema de saúde, a cirurgia era indicada como preventiva, e, na maioria das conversas dentro do hospital, a estética sempre estava à frente de algum problema de saúde, entre argumentos disfarçados de preocupação com a própria saúde.

Pensemos que o saber não pode ser detido, ele precisa sempre ser compartilhado. Quando o Foucault (1993) vai cunhar esse novo termo “do saber/poder, poder/saber”, ele está pensando de forma inovadora, o poder para além da institucionalidade, mas o poder como uma realidade relacional, de corpos, de instâncias. Quantas das nossas realidades, e as nossas realidades podem ser de sofrimento psíquico, mas se mantendo na materialidade, elas são produtos de linguagem, elas são construídas a partir de um modo de representação e de pensamento da realidade.

Seria interessante que nós empreendêssemos um trabalho de desestabilização da posição hegemônica que se nomeia, de forma invisível como norma, e o restante como dissidência. Existe um estabelecimento de algo, numa posição de norma e que a partir deste momento este algo lança para fora de si o que não deseja. A norma nomeia a si e joga para fora o que não quer para si (FOUCAULT, 1993).

Nós, profissionais da saúde, precisamos aprender a falar “com” as pessoas e não “para” as pessoas. Quando falamos “para”, nos distanciamos, nos apartamos, quando falamos “para” alguém, nós comandamos, nós instruímos. Quando falamos “com”, estamos juntos, do mesmo lado, trabalhando em um mesmo sentido. Falar da prática dos profissionais de saúde é trazer para o debate, de certa forma, a formação, aquela muitas vezes desumanizada que ensina sobre doença e controle. Existe uma inabilidade da formação da área da saúde, que cheia de balanças, índices, adipômetros e dietas pra lidar com os corpos acabam por desconsiderar a pessoa como centralidade do cuidado.

Alguns profissionais da saúde não compreendem que estar acima do peso não significa sempre estar doente. Existem corpos gordos metabolicamente saudáveis, com exames clínicos "normais", levando uma vida "normal" e não adoecendo, nem morrendo mais do que a média da população. E

mais importante, existem pessoas gordas que não se sentem doentes, nem incapazes. Porém, acontece que a auto declaração e a autonomia do "paciente" não são muito bem aceitas pelas "autoridades da saúde". Aliás do “paciente” é esperado passividade, não é? Senão nós os chamaríamos de “interagentes” (VILLELA, AZEVEDO, 2021).

Vou encerrar esta parte da conversa compartilhando que o primeiro livro que li quando começamos a desenhar o Teiker foi o da Virgie Tovar (2018) e o li duas vezes, pois na primeira vez eu chorei tanto que senti a necessidade de ler de forma mais “leve” e fluida outra vez. Ela conta, entre outras coisas, a vivência que ele teve com um médico da família que após ela vivenciar horrores para conseguir emagrecer, ele simplesmente a parabenizou, não perguntou o que ela tinha feito para perder aquele peso. Não importava. Quando uma mulher perde peso é sempre visto como algo positivo, não interessa se a mulher adoeceu buscando a saúde que disseram que ela não tinha. Importa emagrecer.

O corpo excede e atua sobre as normas que o constroem e o posicionam (PEREIRA, 2011) e por isso, e por fim, convido a pensarmos sobre cuidado enquanto prática terapêutica, e sendo assim, nem sempre ocorre cura. O terapeuta não é aquele que cura, é aquele que cuida. Quando a pessoa se sente cuidada, ela sente a sua cura. O processo terapêutico é uma pedagogia do cuidado, do amor, da entrega, do encontro.

Arte não é cereja no bolo

Gostaria de iniciar essas reflexões pontuando mais uma vez o lugar que a arte ocupa na minha vida profissional e acadêmica. Não faço absolutamente nada sem fazer uso das possibilidades da arte não apenas no âmbito pessoal, mas sobretudo no campo profissional e relacional. A linguagem da arte é universal. A gente não precisa entender a letra de uma música em língua estrangeira para sentir emoção, a gente sente, por que a melodia também fala.

No caso do Teiker, tanto o processo de construção da plataforma digital como as estratégias utilizadas para desenvolver o processo de (trans) formação com gestores e profissionais de saúde foi mediado pela arte. Quando se fala em gamificação e ludicidade no processo de formação em saúde, algumas pessoas podem entender como algo que vem apenas para enfeitar, distrair ou até mesmo infantilizar. Mas não é assim que entendemos.

Existe uma sequencia de raciocino-ação que precisamos conhecer para construirmos uma ideia alinhada nessa perspectiva. Para que seja possível realizar os processos de (trans)formação desejados pelo Teiker é necessário fazermos uso de uma tecnologia muito sofisticada que se chama afeto, vulgo, amor.

E foi com a bell hooks (2021) que eu aprendi muito sobre o que é esse amor
que move
que pulsa

que canta
 que dança
 que afeta

Ela fala que o amor não tem nada a ver com fraqueza ou irracionalidade, como se costuma pensar. Ao contrário, significa potência: anuncia a possibilidade de rompermos o ciclo de perpetuação de dores e violências para caminharmos rumo a uma “sociedade amorosa”. Amor como ação. Ao propor que as transformações desejadas para a sociedade ocorram por meio da prática do amor, bell hooks (2021) nos afasta dos paradigmas eurocêntricos e coloniais que construíram a sociedade ocidental, baseada em exploração, injustiça, racismo e sexismo, e (re) direciona o nosso pensamento e a nossa prática rumo à nossa ancestralidade.

E foi assim que nas minhas viagens (meu orientador diz que viajo um pouco)

Passando por uma das curvas dos saberes

Que apresentei bell hooks a Ailton Krenak

E nunca mais fui a mesma.

Mas voltando ao Teiker, a arte se constituiu como um veículo para compartilhar pensamentos de afirmação de vida. A arte no Teiker não é um detalhe, é o cerne de existência, ao ponto de chamarmos carinhosamente de “Poesia do Cuidado”, expressão criada pelo professor Marcelo Barros que integra o Teiker conosco. A arte no teiker fez emergir novas formas de perceber o mundo, novas imaginações conceituais.

Os Festivais iniciavam com música, passava por cordéis, trazia poesia, possibilitava expressão artística de todos e todas e encerrava com mais música e paródias. Na plataforma existia um espaço chamado Cajueiro, onde era possível virtualmente o gestor e o profissional de saúde da (trans) formação se “sentar à sombra” e compartilhar seus pensamentos e versos. O Teiker é constituído de arte.

Poesia do cuidado *por Josicleia Gomes*

Na poesia do cuidado
 Que a Teiker tanto sonhou
 Perguntou, logo de cara
 Qual seu sonho de gestor?

Foi uma ruma de resposta
 Eu fiquei de boca aberta
 Eu pensei que corra linda
 Essa gente é artista
 Das mí, não tem conversa!

Como pode uma coisa dessa?
 Escrever um livro assim
 Veja só essas respostas
 Que a Teiker achou aqui

Eu já vi, me emocionei
Marra agora é a sua vez de também se emocionar.

Hérica que começou
E afirmou que o foco pra tratar a obesidade
Deve ser no usuário
Juliana até falou
E mandou de cara um verso
“Corpo que se movimenta
Alimento que fortalece
A alma rejuvenesce”.

Nessa onda de alimentar
A Nara então completou
Que eu consiga - Eu que sou nutricionista
Nutrir e orientar
Dentro da realidade
Isso não pode faltar.

Neide lima disse assim
Pra tratar a obesidade é preciso conversar
Micheline afirmou
Que é preciso estruturar uma rede de cuidado
Pra tratar com humanidade e com integralidade
Ter o acesso em saúde, foi Laryssa que contou
Rosangela lembrou que cuidar a obesidade
É um sonho coletivo
E afirmou que o profissional e também o usuário
Deve manter o compromisso.

A Mayara e a Natália
Concorda que deve ter
Ação de prevenção e também de promoção
Foi Patrícia e a Luana; foi o Elvis e a Fernanda que chegou a comentar
Que cuidado com o peso deve ter, vale lembrar
Isso é fator de risco, porisso vamô cuidar
E seguindo desse ponto nois carece de criar também de facilitar o acesso aos programas.
Pro cuidado transformar as equipes de saúde é preciso ampliar.

Vilma foi que descreveu
Sobre ouvir e escutar
E se é pra ajudar, nois devemos respeitar
O tempo de cada um e a cultura alimentar
Pra uma vida saudável conseguir facilitar
Essa fala veio do Erick e também da Fabiana
Corra que a gente ama
É ver nossa gente junta pro cuidado transformar.

Pensando em profissionais, Profissionais também falou.
Mandô parodia Mandô rima
Mandô o sonho e fez poesia
Pra cuidar da obesidade o legado é começado
E mermo que tenha urgência pra correr a caminhada
Passo aqui - veloz ou lento - não será atropelado
Pois o lema da Teiker é cuidar, é respeitar
Então não cabe aqui competir ou confundir, ou pensar em atrapaçar.

As equipe da saúde
Eita povo arretado
Manda bem e manda em verso
Disse assim a Josilene

“Assim como a janela aberta
É destino ideal do vento
O caminho pra cura da alma
Começa em um ouvido atento”

Então se atenta menino
 Se avexe pra escutar
 Que Josimario é poeta e também vai poetizar
 Ele disse bem assim

“Meu sonho como ACS
 É de sempre melhorar
 Pra que cada paciente
 Eu convença a se cuidar
 Que prevenir será sempre
 Melhor que remediar”

Vi ainda na teiker sobre o tal do preconceito
 É difícil acreditar
 Com o horror desse despeito
 É dever de cada um aprender e respeitar
 É dever de cada um reagir e ampliar
 O respeito e a consciência sobre as nossas diferenças
 Nois devemos penhorar.

O combate deve ser contra a discriminação
 Obesidade não é gente, isso é uma condição
 Mas a doença que maltrata que humilha e que mata
 Tão severa e tão cruel
 Sem piedade ou compaixão
 Deve ser finalizada pois o preconceito acaba com um simples cidadão.

O Valdir e a Juliana vão juntim finalizar
 É bem rápido eu te digo, nois já tá a se avexar

“lutando a cada dia em nossa comunidade
 dentro de nossa realidade
 é preciso de verdade
 vencer as desigualdades
 da nossa sociedade”

“E acreditando na simplicidade do cuidar”
 “Mesmo estando desestimulados
 A população não pode se prejudicar
 Vamos nos esforçar, gerir, colaborar
 Compartilhar saberes para o SUS avançar”
 Compartilhar cuidado pra saúde TRANS FORMAR.

Então, no Teiker, entendemos que a arte vem sendo utilizada para instauração de espaços de convivência alternativos, que recriam laços sociais e potencializam os vínculos entre as pessoas, explorando as modalidades de uma estética relacional que visa gerar relações transformadoras num contexto dominado pela lógica neoliberal. Configuram-se então territórios de resistência e de contaminação que se inscrevem em um movimento mais geral de "ativismo" que, partindo de uma revolução da subjetividade, propõe uma revolução dos nossos modos de perceber e habitar o mundo (MOTTA;ALICE, 2012).

O termo “ativismo” se refere a uma articulação entre a arte e o ativismo político, isto é, a ideia de uma arte pública que engloba a resistência cultural e a militância social, política, espiritual e ecológica. Nesta articulação, esconde a crença de que a arte possui grande poder de transformação do ser humano e da sociedade, ou seja, a crença de que a arte pode se

apresentar como uma atividade de resistência, seja ao modelo econômico capitalista e suas consequências no trabalho humano e na natureza, seja ao poder da mídia e das grandes corporações. Diante de tamanhos adversários ou obstáculos de tal magnitude, é evidente que a forma de resistência oferecida pela arte é pouco dotada de uma real eficácia. Neste sentido, esta forma de resistência é utópica, indicando, ao mesmo tempo, uma perfeição impossível e um sinal de revolta e insatisfação (MOTTA; ALICE, 2012).

A arte potencializa nossa potência, pelo criativo que mobiliza juntamente com a saída de nossos *scripts*. A potência é o que nos aproxima do que nosso corpo é capaz. Enquanto o poder busca controlar as potências outras. Por isso, a arte é tão ameaçadora ao poder (SANTANA, 2022).

Alquimia do transformar por Josicleia Gomes

Ahhhh... Teiker

Pra quem não sabe o que é
Vou dizer e significar
A origem da teiker:
É o sentido do cuidar.

Antes disso, uma etapa:
É preciso perceber
Que pessoa não é peso
É uma vida a viver.

Essa vida é difícil
Passe sem prejudicar
Pense antes de falar
Escute antes de pensar.

Lembre sempre dessa frase
Pro cuidado transformar
As pessoas e a saúde
É preciso respeitar.

O cuidado na linha e na curva

Este é o último ponto de reflexão que pretendo compartilhar neste escrito e acredito que não é o último à toa. A minha tese toda foi estudar e viver o Teiker, e a forma que eu escolhi para compartilhar esse processo provocou muitos questionamentos em mim a ponto de duvidar se o que estava fazendo poderia trazer uma mínima contribuição para o campo que pesquiso e mais que isso, se traria contribuição para pessoas.

Poder hegemônico é poderoso!

Acho importante contar exatamente de onde a ideia da curva do cuidado surgiu para compreensão geral da proposta. Eu adoro narrar. Isto é um fato.

Certo dia eu estava ouvindo as apresentações dos relatórios de pesquisa do edital 26/2018 (o mesmo que financiou o Teiker) enquanto lavava o banheiro da minha casa. Eu tenho esse hábito de executar atividades manuais ouvindo algo que me faça pensar. Eu estava ouvindo atentamente o caminho que estava sendo tomado pelos grupos e de repente um *insight* (eles só acontecem em momentos inusitados) ocorreu, eu larguei a vassoura, sentei no chão molhado e comecei a escrever no celular. Depois levantei e fui desenhar o que eu estava pensando e para mim estava fazendo muito sentido.

O que fazia sentido?

Pensar no cuidado da pessoa que convive com a obesidade fora da linearidade. Fora da linha, em curvas, que é como a vida é.

Quero deixar claro desde agora que não se trata de uma negação ou desvalorização da utilização da linha do cuidado proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil e estudada e validada por tantos pesquisadores do país. Não é isso. É uma outra forma de pensar no cuidado que fez sentido para mim e eu quis compartilhar porque pode fazer sentido para você também. É só uma outra narrativa.

Como contei no início dessa autoetnografia performática o início do meu doutoramento coincidiu com o início da pandemia e eu fiquei trancada cuidando da minha mãe, de uma cachorra e de uma gata, e fazendo algo que havia esquecido que gostava muito: LER. Pode parecer contraditório, mas a vida de professora universitária de um *campi* de interior não é nada fácil. Muitas disciplinas, muitos projetos, muitas pesquisas, e pouco tempo para ler. É isso, confesso. Não temos tempo de ler para além dos conteúdos que ministramos aula, não sei se é assim com todo mundo, mas meus 12 anos de docência havia sido assim.

Então na pandemia resgatei esse hábito que tinha construído na infância e comecei a ler e assistir autores que eu pensava que teria identificação com a visão de mundo e a surpresa que tive é que fui descobrindo outras visões de mundo e agora escrevendo este manuscrito me dou conta de como tudo fez sentido, a percepção que tenho desse processo é da montagem de um quebra-cabeça. As peças se encaixaram e me fizeram refletir que eu gostaria de pensar o cuidado da pessoa com obesidade não em linha, mas em curva.

Para honrar as pessoas que dialogaram comigo em cada página lida durante estes últimos quatro anos, quero listar os principais aqui para que fique registrado e possa inspirar outras leitoras: Aiton Krenak, Leonardo Boff, bell hooks, Naomi Wolf, Sidarta Ribeiro, Davi Kopenawa, Padre Júlio Lancelotti, Sílvia Federici, Frei Betto, Conceição Evaristo, Djamila

Ribeiro, Carolina Maria de Jesus, Brené Brown, Lorena Magalhães, Lígia Amparo, Maria do Carmo Soares de Freitas, Aline Bei, Jessé Souza, Pastor Henrique Vieira, Chimamanda Adichie, Silvio de Almeida, Lilia Schwarcz, Freud, Maria Elisa Cevalco, Rita von Hunty e Clarice Lispector.

Então quando eu proponho aqui a possibilidade de pensar curvas de cuidado é fruto do que cada uma dessas pessoas e outras que não foram citadas possibilitaram ao meu pensar.

O meu ponto de partida foi olhar para o passado, para nossos ancestrais, pois eles tinham outras noções de cuidado. Investigando o presente, observamos que neste tempo, no mundo conduzido pelo capitalismo, a maioria das pessoas mal dorme e pouco sonha. O estilo de vida que impera é o sedentarismo, a má alimentação e a falta de sono (RIBEIRO, 2022). E não necessariamente por escolha dos indivíduos, mas por arrumação do sistema. Milhares de pessoas sem conseguirem comer e a maior parte dos que comem está se alimentando de agrotóxicos, alimentos transgênicos, antibióticos, hormônios, metal pesado, de alimentos que desapropriam famílias indígenas e quilombolas, ou ainda de ultraprocessados. Em um sistema que difunde que tempo é dinheiro, fazer sua própria comida, sair para caminhar com a família ou dedicar horas suficientes de sono, é perda de dinheiro, mas só para aqueles que têm pouco.

Toda a correria provocada por este estilo de mundo é para qual objetivo? Para os MAIS ricos ficarem MAIS ricos e os mais pobres, MAIS miseráveis. Lembremos que na pandemia os dez homens mais ricos do planeta, dobraram sua fortuna e o número de pessoas passando fome, aumentou assustadoramente.

Para o neurocientista Sidarta Ribeiro (2022) parte do problema tem a ver com o abandono dos sonhos, pois estes usam as mesmas partes do cérebro que utilizamos para nos colocarmos no lugar do outro. A agitação da vida não faz a gente parar de sonhar, a gente só não lembra. Quando um indivíduo trabalha o dia inteiro, chega em casa as nove horas da noite, depois de pegar um transporte público demorado e de má qualidade, e tem que acordar as cinco horas da manhã do dia seguinte, essa pessoa perdeu a segunda metade da noite que é quando sonhamos mais, então começamos a entrar num modo de sobrevivência que a humanidade vai ficando todo irritada, sem paciência e sem pensar nos valores que as pessoas dizem que professam, que são de compaixão, de partilha, de perdão. Então verificamos uma contradição muito grande na sociedade.

O fato é que esse sistema não consegue durar mais muito tempo, pois ele criou contradições que o torna inviável. Uma das contradições é que o trabalho irá acabar. Ou a humanidade caminha para uma sociedade que valoriza o exercício físico, que valoriza o sono, a alimentação livre de substâncias que fazem mal. Ou não haverá vida. Estamos vivendo agora

uma sociedade que valoriza a morte e não valoriza a vida e segundo Krenak (2020) e Ribeiro (2022) tudo isso acontece por causa do Deus dinheiro.

Estamos caminhando rapidamente para a substituição dos humanos pelas máquinas, então brevemente não haverá empregos, então ou se paga a população para se cultivar, fazer o que gosta e fazer o bem, ou daqui 30 anos os robôs estão mandando e os seres humanos viram coisas descartáveis. Ou a gente define que vai ter bem-estar neste planeta para todo mundo, por que o que todo mundo precisa para ser feliz é mais ou menos parecido ou a gente vai se colocar fora do jogo, fora do planeta, fora da existência

Nossos ancestrais tinham outras noções de cuidado. Há 40 mil anos atrás existem evidências que uma pessoa quando quebrava o fêmur, conseguia sobreviver. Nenhum outro animal nesta era sobreviveria se quebrasse a perna, pois o fêmur é o maior osso do corpo humano e a pessoa ficaria impossibilitada de se recuperar caso precisasse correr para achar sua comida. Só o ser humano conseguiria sobreviver porque os outros seres humanos decidiam CUIDAR. Perdemos a ética do cuidado que nossos ancestrais tinham. E percebam que estou falando de cuidado no sentido de CUIDAR mesmo, não é sobre atendimento, não é sobre prescrição ou diagnóstico, é sobre CUIDAR do outro. Nos importamos com a outra pessoa, a ponto de nos mobilizarmos para mudar os mundos e tornar a vida viável para todos e todas.

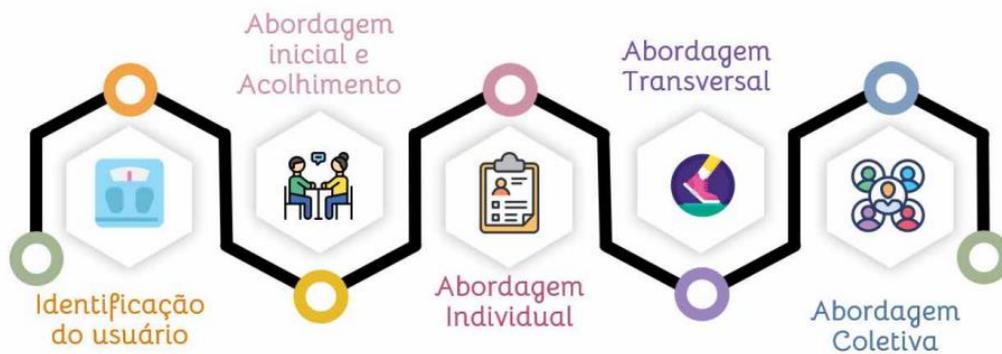
Cuidar do outro é mais importante do que competir, até porque hoje temos abundância. Então, por que uma pessoa que tem um bilhão de reais, quer outro bilhão? Qual a doença que essa pessoa tem? Eu diria que tem dependência de dinheiro e gostaria de refletir aqui se essa postura diante do mundo, que causa desigualdades profundas entre os seres humanos e vivos em geral, não produz um impacto superior a qualquer outra doença que temos valorizado no âmbito do SUS.

Estudos calculando o custo da obesidade para o SUS mostram os valores elevados gastos anualmente em internações, medicações e contratações de pessoas para o atendimento desta demanda específica (OLIVEIRA, 2013; NILSON et al, 2019). Estes estudos são extremamente necessários e importantes, porém a formação e a prática dos profissionais de saúde que lidam na ponta com as pessoas com obesidade precisam acompanhar o entendimento do que significam estes estudos. Como a obesidade continua sendo vista como uma “doença que culpa o próprio doente” ou seja, a pessoa que desenvolve problemas de saúde que de alguma forma estão ligados ao excesso de peso é culpabilizada pelo seu estado e portanto, seguindo este raciocínio, a pessoa gorda é um fardo e traz gastos aos serviços do SUS.

Percebamos que se o entendimento não for (trans)formado nesse nível de visão de mundo, não vai ser efetivo jamais implantar uma linha de cuidado no serviço que apesar de destacar que deve ser feita de forma humanizada e com acolhimento, orienta uma sequência de passos lineares que passam

pelo diagnóstico da PESSOA gorda (que já sabe que é gorda)
 pelo acolhimento da PESSOA gorda
 pela abordagem individual (estratégias escolhidas pelo profissional)
 pela abordagem transversal
 pela abordagem coletiva
 (BRASIL, 2022)

Figura 1. Processo de Cuidado descrito pelo Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2022

Quantas curvas o cuidado precisa dar para que uma abordagem individual prescrita para uma pessoa com obesidade reflita em melhora de saúde e de vida da mesma? E a abordagem transversal? A coletiva?

Gostaria de levantar mais uma reflexão neste contexto. Algumas providências são tomadas em relação ao custo da obesidade para o SUS, lembrando sempre que quando falamos OBESIDADE, estamos falando de pessoas que tem corpos gordos. Quais são as providências tomadas em relação aos custos econômicos e de vida da desigualdade? E quem se sente responsável por estas providências? O observatório das metrópoles produziu um relatório em 2021 (SALATA; RIBEIRO, 2021) e a OXFAM Brasil produziu três relatórios em 2022 (OXFAM Internacional, 2022; OXFAM BRASIL. 2022a; OXFAM BRASIL. 2022b) que trazem informações importantíssimas em relação ao custo social e a letalidade da desigualdade no Brasil. Considerando a interseccionalidade da obesidade, quanto que estas

questões chegam para serem debatidas no âmbito da formação em saúde e da prática dos profissionais?

Os relatórios da OXFAM mostram que a desigualdade tem cor;

Precisamos falar sobre racismo na formação e práticas de saúde.

Os relatórios da OXFAM mostram que a desigualdade tem gênero;

Precisamos falar sobre feminismo na formação e práticas de saúde.

Os relatórios da OXFAM mostram que a desigualdade tem escolaridade;

Precisamos falar sobre acesso à educação na formação e práticas de saúde.

Neste contexto gostaria ressaltar que é importante reconhecer que a produção de ciência relacionada aos corpos gordos, que são rotulados de obesos, tem privilegiado conhecimentos da racionalidade epistemológica das culturas dominantes do norte, e ao me compreender enquanto professora e nutricionista pertencente ao campo progressista, me posiciono nesta autoetnografia por propor e defender práticas de cuidado descolonizadoras e fora da racionalidade hegemônica de prescrição e intervenção nos corpos.

A racionalidade epistemológica hegemônica tem tanta força no nosso cotidiano da saúde que muitas vezes nos parece impossível desafiar a prescrição definitiva de uma história única, expressão que aprendi e entendimento que construí com a escritora nigeriana Chimamanda Adichie (2019), para quem a história única cria estereótipos, e o grande problema dos estereótipos não é que sejam mentiras necessariamente, mas são incompletos, eles fazem com que uma história se torne a única história.

A estratégia do Teiker não desconsidera a existência de nenhuma estratégia de acompanhamento e cuidado proposto para a pessoa com obesidade, ela apenas posiciona que existem outras racionalidades e narrativas para definir e por em prática o cuidado das pessoas. Ela se baseia no compartilhamento da experiência dos leiAtores e estimula a autonomia dos mesmos para juntos encontrarem soluções baseadas na vivência das pessoas que convivem com seus corpos gordos e sem desconsiderar as questões sistêmicas que impactam direta e indiretamente a forma como a vida se organiza.

As experiências existenciais compartilhadas intersubjetivamente nas experiências culturais permitem entender que as histórias importam e que não são definitivas e acabadas. Esta autoetnografia opera nesse esforço de interpretação de experiências existenciais, entendendo a história como uma possibilidade de muitas, plurais e diversas vozes numa

instituição social mergulhada na racionalidade colonizadora do processo de formação em saúde seletivos e homogeneizadores onde apenas uma versão oficial de ciência persiste em ter valor.

Desde a publicação do documento A Sindemia Global da Obesidade, Desnutrição e Mudanças Climáticas: relatório da comissão The Lancet em 2019 que fomos convidadas a pensar na obesidade em um contexto mais amplo. Então para pensarmos em construir propostas de cuidado da pessoa com obesidade lá no espaço específico da APS, é preciso compreender a centralidade do indivíduo. Para darmos conta da Sindemia Global, é fundamental repensarmos radicalmente o modo como

comemos,

vivemos,

consumimos

e nos movemos.

E esta abordagem envolve diretamente a questão dos sistemas alimentares, das formas de organização das cidades, dos meios de transporte e das instalações recreativas, as quais precisam ser concebidos de forma holística, levando em conta o impacto na saúde e no bem-estar não só das pessoas, como do planeta. E destaco que esta forma de ver o mundo já vem sendo seguida e pregada pelos povos originários a muito tempo. Como diz Krenak (2022), o futuro é ancestral.

O relatório The Lancet destaca ainda que os países, de baixa e média renda, precisam ser protegidos de práticas exploratórias e predatórias de empresas de alimentos e bebidas, e apoiados para alcançar um crescimento econômico sustentável e saudável se quisermos, de fato mudar a perspectiva que a sindemia nos apresenta.

Tenho aprendido com autores indígenas como Krenak (2020a; 2020b; 2022) e Kopenawa (2010) que para além de pensarmos em práticas saudáveis de saúde, podemos escolher uma categoria mais ampla que abrange a saúde, que é a categoria VIDA PLANETÁRIA. Ou seja, pensar nestes sistemas alimentares considerando o bem-viver de todas as formas de vida, pois temos visto que ao interferir de forma não harmônica com as outras possibilidades de vida, pode nos levar a extinção. Temos um exemplo muito recente, o Covid-19.

Os sistemas alimentares precisam ser entendidos e debatidos em sua complexidade não apenas pelos profissionais de saúde, mas pela sociedade. Pois a solução dos efeitos da sindemia, onde a obesidade está alocada, só se dará de forma coletiva e sistêmica. Por isso vale a pena lembrar que o sistema alimentar é composto pela rede de atores, processos e

interações envolvidas nas atividades de produção, processamento, distribuição e consumo de alimentos, desde o fornecimento de insumos e modelo de manejo agrícola, até a embalagem, comercialização e consumo. A abordagem de sistemas considera todas as variáveis causais relevantes do problema alimentar e todos os impactos sociais, ambientais e econômicos resultantes de suas atividades (JACOB, 2021).

Precisamos superar a nossa abordagem (principalmente nutricionistas) centrada apenas na dimensão do consumo, e mesmo quando debatemos o consumo, ainda há muito o que ampliar na discussão. Como falar em consumo alimentar e não debater o modelo de consumo das sociedades capitalistas, que também ordenam o modo de produção de alimentos, e que assim parece que reduz a nossa capacidade produtiva e para o consumo, e homogeneiza as práticas alimentares.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (2021) propôs um relatório abordando as cinco dimensões dos Sistemas Alimentares no Brasil, que são: dimensão negócios, abastecimento e demandas, saúde, dimensão ecológica e governança. Ele se encerra fazendo recomendações importantes para um panorama mais saudável, sustentável e equitativo.

Por fim, a vivência na construção do Teiker me proporcionou outros olhares e possibilidades de pensar o cuidado da pessoa com obesidade na APS. O elemento que resume muito este aprendizado é que repensemos o cuidado centrado apenas na categoria saúde (e qual saúde?) e ampliemos para a categoria VIDA PLANETÁRIA, e sendo assim as nossas práticas não podem ficar restritas a balanças, fita métricas e adipômetros no anseio de medir e adequar corpos, nem se reduzir à ação prescrita de dietas e exercícios físicos. Com isso podemos ressignificar nossa relação com a comida e superar a ideia de sua função apenas instrumental de fornecer calorias e nutrientes a serviço de um corpo magro.

Por que o que é interessante sobre o ato de comer é a evidência de que a vida não pertence a nós, que ela transita de um corpo a outro, de uma forma à outra. E por isso comer é um ato político por excelência, comida como algo VIVO, em movimento, que não consegue ser empacotado.

Últimas Palavras... por enquanto

O esforço empreendido neste artigo não diz respeito a uma proposta de um novo manual ou de um novo instrutivo que vai revolucionar a situação da obesidade na Paraíba. Também

não carrega uma fórmula mágica que diminui o tamanho corporal das pessoas. Segue justamente um fluxo contrário a este.

As reflexões aqui compartilhadas têm a pequena pretensão de causar revoluções e (trans)formações na forma de olhar para os corpos que carregam mais que pesos medidos na balança. Corpos que quando são enxergados como portadores de uma doença, são responsabilizados por ela, e quando se insurgem e se declaram saudáveis, capazes e felizes, são acusados de fracassados, desleixados e sem autocuidado.

Para produzir conhecimento sobre esta obesidade que tem corpo precisamos delinear um olhar que se debruça sobre abordagens interdisciplinares e que permitam que as ciências sociais e humanas, ciências da saúde e nutrição se encontrem nas diversas curvas do cuidado e construam pontes entre o corpo, a nutrição, a saúde e a vida.

A produção científica sobre a obesidade parece não ter acompanhado a magnitude do fenômeno e ao entendimento de corpo. As vozes das pessoas que convivem com seus corpos gordos precisam ser ouvidas e valorizadas. As perspectivas dessas pessoas sobre obesidade trazem um grau de complexidade que muitas vezes os pesquisadores não captam, os profissionais não compreendem e as políticas públicas não abarcam.

O percurso é longo e desconfio que entramos numa curva muito fechada que nos conduzirá a uma importante virada de trajeto.

A gente se encontra na próxima curva.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C.N. **O perigo de uma história única**. Companhia das letras: 2019.

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

BALDWIN, J. Interview by Mel Atkins. **New York Times Book Review** 1979; 23 set.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade** 11(1): 67-84, 2002.

BOFF, L. **Saber Cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BOSSLE, F.; MOLINA NETO, V. No “olho do furacão”: uma autoetnografia em uma escola da rede municipal de ensino de Porto Alegre. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 31, n. 1, 2009.

BRANDÃO, C. R. Minha Casa o Mundo. Aparecida-SP: **Ideias & Letras**. 2008, p. 164.

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

COLLINS, P.H. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

COMISSÃO THE LANCET. A sindemia global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas - relatório. A sindemia global representa o principal desafio para os seres humanos, o meio ambiente e o nosso planeta no século 21. **The lancet**, 2019.

CONQUERGOOD, D. Beyond the text: toward a performative cultural politics. In: Dailey SJ, editor. The future of performance studies: visions and revisions. **Washington DC: National Communication Association**; 1998. p. 25-36.

DENZIN, N.K. **Performance autoethnography**. New York: Routledge; 2018.

DIVERSI, M.; MOREIRA, C. **Betweener autoethnographies – a path towards social justice**. 2nd Ed. New York: Routledge; 2018.

ELLIS, C.; ADAMS, T.E.; BOCHNER, A.P. Autoethnography: an overview. **Historical Social Research**. n.36, 2011

EVARISTO, C. **Becos de memória**. Belo Horizonte: Mazza; 2006.

FEDERICI, S. **Reencantando o mundo: feminismo e a política dos comuns**. Tradução de Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2022.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1869-1878, 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**, Rio de Janeiro, Graal, 1993.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org). **Pesquisa participante**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981. p. 34-41.

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. 22. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37ª edição. São Paulo, 2008.

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

HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Parte I. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1989 apud in BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

HOLMAN JONES, S. Autoethnography: making the personal political. In: Denzin NK, Lincoln Y, editors. The SAGE handbook of qualitative research. **Thousand Oaks: SAGE**; 2005. p. 763- 91.

IDEC. As cinco dimensões dos sistemas alimentares no Brasil: uma revisão de literatura. **Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor**: 2021.

JACOB, M. **Sistemas alimentares para nutrição**. 1.ed. Recife, PE: Nupeea, 2021.

JIMENEZ-JIMEZ, M.L. Lute como uma gorda: gordofobia, resistências e ativismos. **Tese de Doutorado**. 2020.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu – palavras de um xamã yanomami**. Tradução de Beatriz Perrone-Moisés. Companhia das letras, 2015

KRENAK, A. **A vida não é útil**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

KRENAK, A. **Futuro Ancestral**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

LE BRETON, D. (1953). **A sociologia do corpo**. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

LOPES, L.F.S. et al. Avaliação da distorção da imagem corporal e insatisfação corporal de estudantes e profissionais de saúde. **Demetra**, 2022

MORETTI, C.Z.; ADAMS, T. Pesquisa Participativa e Educação Popular: epistemologias do sul. **Educação e Realidade**: Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 447-463, maio/ago. 2011.

MOTTA, G.; ALICE, T. A(s)tivismo e utopia no mundo insano. **Artefilosofia**. v.7,n.12, 2012.

NILSON, E.A.F.; ANDRADE, R.C.S.; BRITO, D.A.; OLIVEIRA, M.L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. v.43, 2019.

OLIVEIRA E SILVA, D. A dimensão interseccional da obesidade: reflexões sobre uma pesquisa com mulheres obesas pobres no Brasil. In: **Cadernos OBHA / Fundação Oswaldo Cruz, Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares**. - vol. 1, n. 3, 2021. Dados eletrônicos. - Brasília, DF: OBHA, 2021.

OLIVEIRA, M. L. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. **Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília**: Brasília, 2013.

OXFAM BRASIL. Desigualdades de gênero e raça na política brasileira. **Oxfam Brasil**: julho, 2022b

OXFAM BRASIL. Nós e as desigualdades. Pesquisa **Oxfam Brasil/datafolha**. Percepções sobre desigualdades no Brasil. Oxfam: 2022a.

OXFAM INTERNATIONAL. A Desigualdade Mata: A incomparável ação necessária para combater a desigualdade sem precedentes decorrente da Covid-19. **OXFAM**: janeiro de 2022.

PAIM, M.B.; KOVALESKIB, D.F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde Soc.** São Paulo, v.29, n.1, e190227, 2020

PEREIRA, P. P. G. De Corpos e Travessias: a grande divisão e o campo da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 66-75, jan./mar. 2011

POULAIN, J. P. **Sociologia da Obesidade**. Tradução Cecília Prada. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.

RAIMONDI, G.A.; MOREIRA, C.; BRILHANTE, A.V.; BARROS, N.F. A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. **Cad. Saúde Pública**. v.36, n.12, 2020.

RAIMONDI, G.A.; TEIXEIRA, F.D.; MOREIRA, C.; BARROS, N.F. Corpos (não) controlados: efeitos dos discursos sobre sexualidades em uma escola médica brasileira. **Rev Bras Educ Méd** 2019; 43:16-26.

RECINE, E. et al. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Revista de Nutrição**. Campinas, 2012.

RIBEIRO, S. **Sonho manifesto**: dez exercícios urgentes de otimismo apocalíptico. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

Rita von Hunty em Carta Capital. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/e-flagrante-a-necessidade-de-um-debate-capaz-de-combater-a-normalizacao-dos-modos-de-vida-predatorios/>

Rita von Hunty em Carta Capital. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/cria-cuervos-2/>

Rita von Hunty. Identidade e Luta. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=K5ROANo8ZOw&t=399s>

SALATA, A.R.; RIBEIRO, M. G. **Boletim Desigualdade nas Metrôpoles**. Porto Alegre/RS, n. 03, 2021. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrosoles.net.br/>

SANTANA, R.C. Autoetnografia de um processo intensivo de aprendizagem do ballet: corpo, cultura e experiência. **Trabalho de Conclusão de Curso** apresentado à Coordenação do Curso de Licenciatura em Dança, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Licenciada em Dança. Recife, 2022.

SILVA, B.L.; CANTISANI, J.R. Interfaces entre a *gordofobia* e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. **Demetra**; 2018.

SMITH, L.T. **Decolonizing methodologies: research and indigenous peoples**. London: Zed Books; 1999.

SOUSA, P.F.; MACIEL, S.C.; MEDEIROS, K.T. Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Acoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico? **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, vol. 26, nº 2, p. 883-895, 2018

TOVAR, V. **Meu corpo, minhas medidas**. Tradução de Mabi Cosa. São Paulo: Primavera Editorial, 2018

VASCONCELOS, N.A. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. **Revista mal-estar e subjetividade**. Fortaleza: v. 1 n. 1, 2004.

VILLELA, M.C.E.; AZEVEDO, E. Controle de si e cuidado de si: uma reflexão sobre a ciência da nutrição. **Demetra**, 2021.

WOLF, N. **O mito da beleza – como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. 11 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

6 CONSIDERAÇÕES EM ABERTO

*“A escrita cria o mundo que nós habitamos. Eu tenho esperança
De criar espaços para uma política cultural radical que imagina
Uma ordem mais humana e pluralista”.*
(Denzin)

Esta tese não é apenas um produto para obtenção de um título. Ela carrega fragmentos de mim e da minha forma de olhar para a questão do cuidado da pessoa com obesidade. É um tema que me toca, que me mobiliza e que portanto, nem de longe se encerra aqui.

Percebemos que existem diferentes perspectivas em relação a obesidade e acredito que a intenção não foi chegar a um consenso, pelo contrário, as divergências são muito interessantes para a potencialização do tipo de ciência que acredito, plural, diversa, insurgente e contra hegemônica. Os pontos de conflito entre os campos teóricos são lugares poderosos, que sabemos aproveitá-los.

Existe um conhecimento hegemônico da obesidade, vindo da biomedicina, um conhecimento mais fisiopatológico que tem um espaço maior nas publicações. Embora todo mundo advogue a favor da interdisciplinaridade, na prática a pluralidade precisa se efetivar. Ainda encontramos pouco espaço para provocações, para textos que venham de outras áreas de conhecimento, para textos que venham com perspectivas mais socioculturais, mais provocativas, mais reflexivas.

A hegemonia se constitui em significados e valores que interessam ao sistema. Por isso, refletimos sobre uma maneira de pensar contrária a falta de alternativa que se expressa. Como esta tese tem seu nascedouro numa estratégia de pensar e construir cuidado permeado por princípios de educação popular e gamificação, podemos dizer que ela tem uma pequena pretensão de dedicar-se a construir utopias. Utopia vem do grego e quer dizer “outro lugar”. Pensar maneiras novas de organizar a produção de significados e valores. Como vamos fazer para organizar novos significados e novos valores e contrapor ao que existe em relação a produção do cuidado?

A utopia é aquele modo de pensar que se conjuga no modo subjuntivo, lembra da gramática? Que tinha modo indicativo e modo subjuntivo? O modo subjuntivo é um “e se”. “E se nós tivéssemos isso?”, “E se nós pudéssemos aquilo?”. E se fossemos de outras maneiras? Uma esperança que temos e que é necessário mais que nunca neste tempo de vida é abrir as portas da imaginação. É preciso ensinar a imaginar, aprender a não aceitar o que existe. O que faz a gente não sair do lugar é pensar que a nossa condição atual é irreversível. Um outro mundo é possível!!! A utopia funciona como um antídoto ao processo de naturalização, como crítica do presente. Imaginar alguma coisa para além do presente é ser

capaz de elaborar no presente uma relação com o passado (que passou e não passou). Possibilidades de imaginar junto. Espantar os ecos do conformismo.

O cuidar se desenvolve entre pessoas através de uma experiência relacional que engloba responsabilidades, não no sentido de obrigação, mas de um compromisso para o eu e o outro. A proposta aqui foi pensar estratégias de decolonização e pluralismo no/do fazer científico. Não existe a intenção de afirmar que esse é o único ou o melhor modelo de pensar no cuidado de pessoas, é uma forma, apenas.

O Teiker não encerra nesta tese, na verdade ele permeia a minha forma de compreender e enxergar as possibilidades de cuidado da pessoa que convive com seu corpo gordo. Em uma de minhas apresentações nos seminários de avaliação anual do programa ouvi uma frase de um avaliador que levo comigo e me impulsiona a continuar refletindo sobre outras possibilidades de fazer saúde tendo a vida como categoria mais importante. Ele disse assim: “ouvindo você falar sobre o Teiker eu compreendi que em todos esses anos que busco ajuda, eu nunca fui cuidado, só queriam me emagrecer”.

Somos convidados a refletir sobre com o que estamos realmente comprometidos em nossas práticas científicas e se o que temos feito e queremos fazer está comprometido com a justiça social, com a equidade, com a promoção da diversidade, com a não violência, com a cultura de paz, com os direitos humanos e com outros princípios que defendemos. Treinei nessas páginas uma forma de escrita que contém um convite constante para o exercício de repensar, fazer a curva, sentir, aprender e afetar-se.

REFERÊNCIAS

- ABUH-ODEH, D. Fat stigma and the public health: a theoretical framework and ethical analysis. **Kennedy Inst Ethics J.** v.24, p. 247- 65, 2014.
- AÏACH, P.; DELANOË, P. **L'ère de la médicalisation: ecce homo sanitas.** Paris: Anthropos, 1998.
- ALVES, C. G. L.; MARTINEZ, M. R. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação,** v. 20, p. 159-169, 2016.
- ANDRADE, V.; BARROS, M. A. Memórias de um caminho que se faz: ler, dizer, brincar e outras artes. In: CARVALHO, A. S.; MILREU, I.; SANTOS, N. E. P.; OLIVEIRA, P. N. (Orgs.). **Literatura e outras artes: interfaces, reflexões e diálogos com o ensino.** Editora: EDUFCEG, 2018.
- ANJOS, L. A. **Obesidade e saúde pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992.
- ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos.** Buenos Aires, 2014. 140 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.** 4.ed. São Paulo: ABESO, 2016.
- BACON, L. End the war on obesity: make peace with your patients. **Medscape General Medicine,** v. 8, n. 4, p. 40, 2006.
- BEAUMAN, C. *et al.* The principles, definition and dimensions of the new nutrition science. **Public health nutrition,** v. 8, n. 6^a, p. 695-698, 2005.
- BELO, C. E. *et al.* Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde,** n. 18, p. 69119, 2023.
- BESSEY, M.; LORDLY, D. Weight inclusive practice: shifting the focus from weight to social justice. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Research,** v. 81, n. 3, p. 127-131, 2019.
- BLACKBURN, G. Effect of degree of weight loss on health benefits. **Obesity research,** v. 3, n. S2, p. 211-216, 1995.
- BLÜHER, M. Metabolically healthy obesity. **Endocrine reviews,** v. 41, n. 3, p. 4, 2020.
- BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade.** 2. ed. Petropolis: Vozes, 2013.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BOFF, L. O cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 392-392, 2020.

BOURDIEU, P. **La distinction: critique sociale du jugement**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1979.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. São Paulo: Difel, 1989.

BRANDÃO, C. R. **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição**. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília: CFN, 2008.

BRASIL. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Ministério da Saúde. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. **Portaria no 424/GM/MS, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**.

Brasil: Diário Oficial da União, 2013b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em:
08 mar. 2023.

BRASIL. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf. Acesso
em: 08 mar. 2023.

BRASIL. **Portaria Nº 2.761 de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)**.
Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em:
08 mar. 2023.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília:
Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.
Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. **Perspectivas e desafios no cuidado as pessoas com obesidade no SUS**: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Anexo I da Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017a, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. **Portaria de Consolidação no 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017**.
Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2017b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em:
08 mar. 2023.

BRASIL. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. 2019.
Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. **Brasil 2019: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em:
<https://www.cfn.org.br/index.php/noticias/ministerio-da-saude-divulga-resultado-da-pesquisa-vigitel->

2019/#:~:text=A%20Vigil%C3%A2ncia%20de%20Fatores%20de,a%20ocorr%C3%A2ncia%20de%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Resolução nº 704, de 20 de outubro de 2022. Aprova as contribuições do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. 2022. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2022/2782-resolucao-n-704-de-20-de-outubro-de-2022#:~:text=Aprova%20as%20contribui%C3%A7%C3%B5es%20do%20Conselho,Curso%20de%20Gradua%C3%A7%C3%A3o%20em%20Nutri%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRUNER, J. Atos de Significação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BURLANDY, L. *et al.* Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

CAMPIGOTTO, R.; MCEWEN, R.; EPP, Carrie Demmans. Especially social: Exploring the use of an iOS application in special needs classrooms. **Computers & Education**, v. 60, n. 1, p. 74-86, 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense, 1995.

CAPUANO, N.; KING, R. Knowledge-based assessment in serious games: an experience on emergency training. **Journal of e-Learning and Knowledge Society**, v. 11, n. 3, 2015.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CASENOTE, G. F. N.; MERHY, E. E. Tenda do conto: reflexões da experiência do encantamento no trabalho em saúde. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 178-189, 2020.

CERCATO C.; MELO M. E. **Manifesto Obesidade: Cuidar de todas as formas. Juntos, para cuidar de todas as formas.** São Paulo: ABESO e SBEM, 2021.

CHIESA, A. M. *et al.* A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 236-240, 2007.

CONQUERGOOD, D. Beyond the text: toward a performative cultural politics. In: DAILEY, S. J. (Org.). **The future of performance studies: visions and revisions**. Washington DC: National Communication Association, 1998. p. 25-36.

CONQUERGOOD, Dwight. Beyond the text: Toward a performative cultural politics. **The future of performance studies: Visions and revisions**, p. 25-36, 1998.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual review of Sociology**, v. 18, n. 1, p. 209-232, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Nota Live: "Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento"**: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBIA.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2023.

DANTAS, V. L. A. **Dialogismo e Arte na Gestão em Saúde: A Perspectiva Popular nas Cirandas da Vida**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

DAHLGREN, G.; WHITEHAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO – strategy paper for Europe**. Stockolm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier, 2007.

DIAS, E. O. O cuidado como cura e como ética. **Winnicott e-prints**, v. 5, n. 2, p. 21-39, 2010.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

DIPACE, A.; LIMONE, P. Videogames e projetos didáticos na educação para a saúde. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v. 8, n. 17, p. 5, 2015.

DRACE, K. Gamification of the laboratory experience to encourage student engagement. **Journal of Microbiology & Biology Education**, v. 14, n. 2, p. 273-274, 2013.

ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. Autoethnography: an overview. **Historical social research/Historische sozialforschung**, p. 273-290, 2011.

FADEL, L. M. *et al.* **Gamificação na educação**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2014.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2019. The State of Food Security and Nutrition in the World 2019. **Safeguarding against economic slowdowns and downturns**. 2019. Disponível em: <https://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2023.

FASSIN, D. L.; DOZON, J. P. **Critique de la santé publique**. Paris: Balland, 2001.

FERNANDES, A. M. R.; CASTRO, F. S. **Ambiente de Ensino de Química Orgânica Baseado em Gamificação**. Itajaí: UNIVALI, 2013.

FERNANDES, L; BARBOSA, R. A construção social dos corpos periféricos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.25, n.1, p.70-82, 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONTE, C. A. La narrativa en el contexto de la ciencia psicologica como proceso de constrtucion de significados. **Psicologia: teoria e prática**, v. 8, n. 2, p. 123-131, 2006.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 62a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1967.

GASPAR, M. C. M. P.; MORAIS SATO, P.; SCAGLIUSI, F. B. Under the ‘weight’ of norms: Social representations of overweight and obesity among Brazilian, French and Spanish dietitians and laywomen. **Social Science & Medicine**, v. 298, p. 114861, 2022.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. New York: Simon & Shuster; 1983.

GOMES, A. L. “Lei (a) tores” em processo coletivo e colaborativo no Quartas Dramáticas. **Pitágoras 500**, v. 2, n. 1, p. 23-32, 2012.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 383-393, 2010.

HALPERN, B. *et al.* Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). **Archives of Endocrinology and Metabolism**, v. 66, 2022.

HAMARI, J.; KOIVISTO, J.; SARSA, H. D. gamification work? a literature review of empirical studies on gamification. In: **2014 47th Hawaii international conference on system sciences**. Ieee, 2014. p. 3025-3034.

- HONG, Y. R. *et al.* Degree of cardiometabolic risk factor normalization in individuals receiving bariatric surgery: evidence from NHANES 2015–2018. **Diabetes care**, v. 44, n. 3, p. e57-e58, 2021.
- HOOKS, B. **Tudo sobre o amor – novas perspectivas**. São Paulo: Editora Elefante, 2021.
- JAIME, P. C. **Políticas públicas de alimentação e nutrição**. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
- JESUS, J. G. L. *et al.* O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 175-187, 2022.
- JIMENEZ-JIMENEZ, M. L. **Lute como uma gorda: gordofobia, resistências e ativismos**. 237f. 2020. Tese (Doutorado em Estudos de Cultura Contemporânea) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2020.
- JUTEL, A. The emergence of overweight as a disease entity: Measuring up normality. **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 9, p. 2268-2276, 2006.
- KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S4-S5, 2003.
- KOHAN, W. **Paulo Freire mais do que nunca: uma biografia filosófica**. Belo Horizonte: Vestígio, 2019.
- KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 8, p. 49-69, 2001.
- KRAEMER, F. B. *et al.* O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1337-1360, 2014.
- KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020a.
- KRENAK, A. **A vida não é útil**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020b.
- KUK, J. L. *et al.* Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, v. 36, n. 4, p. 570-576, 2011.
- LAAMARTI, F.; EID, M.; SADDIK, A. El. An overview of serious games. **International Journal of Computer Games Technology**, v. 2014, p. 11-11, 2014.
- LATNER, J. D. *et al.* Weight and health-related quality of life: The moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. **Eating Behaviors**, v. 15, n. 4, p. 586-590, 2014.
- LE BRETON, D. (1953). **A sociologia do corpo**. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

LIMA, R. **Educação popular na universidade**: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular. 1 ed. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2013.

LINHARES, Â. M. B. **Itinerários para uma reflexão sobre saúde no contexto da educação popular**. Fortaleza: Mímeo, 2007.

LIONNET, F. **Autobiographical voices**: race, gender, self-portraiture. New York: Cornell University Press, 1991.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LISTER, C. *et al.* Just a fad? Gamification in health and fitness apps. **JMIR serious games**, v. 2, n. 2, p. e3413, 2014.

LOPARIC, Z. **Winnicott e a ética do Cuidado**. 1ª. Ed. São Paulo: DWW Editorial, 2013.

LOPES, M. S. *et al.* Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00051620, 2021.

MAINARDI, D. M. Método otobiográfico no estudo da formação da mulher para se tornar policial militar. *In.*: 17º Seminário Educação. Políticas educacionais: cenários e projetos sociais, 2009, Cuiabá. **Anais [...]** Cuiabá: Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso, 2009.

MAKUCH, D. M. V.; ZAGONEL, I. P. S. A integralidade do cuidado no ensino na área da saúde: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, p. 515-524, 2017.

MARQUES, V.; SATRIANO, C. Narrativa autobiográfica do próprio pesquisador como fonte e ferramenta de pesquisa. **Linhas Críticas**, v. 23, n. 51, p. 369-386, 2017.

MCCOY, L. *et al.* Developing technology-enhanced active learning for medical education: challenges, solutions, and future directions. **Journal of Osteopathic Medicine**, v. 115, n. 4, p. 202-211, 2015.

MCGONIGAL, J. **A realidade em jogo**: Por que os games nos tornam melhor e como eles podem mudar o mundo. São Paulo: Editora Best Seller, 2012.

MECHANICK, J. I.; HURLEY, D. L.; GARVEY, W. T. Adiposity-based chronic disease as a new diagnostic term: the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology position statement. **Endocrine Practice**, v. 23, n. 3, p. 372-378, 2017.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

MENEZES, M. L. *et al.* Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. **Family Practice**, v. 38, n. 1, p. 4-10, 2021.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

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**, v. 43, p. 186-194, 1999.

MOREIRA, M. **Entre a estética do corpo da moda e do corpo do culturismo: estudo exploratório a partir da opinião de manequins e de praticantes de culturismo**. 92f. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto) – Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto, 2009.

MORETTI, C. Z.; ADAMS, T. Pesquisa Participativa e Educação Popular: epistemologias do sul. **Educação e realidade**, v. 36, n. 02, p. 447-463, 2011.

NESPOLI, G. *et al.* Por uma pedagogia do cuidado: reflexões e apontamentos com base na Educação Popular em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.

NEVIN, Christa R. *et al.* Gamification as a tool for enhancing graduate medical education. **Postgraduate medical journal**, v. 90, n. 1070, p. 685-693, 2014.

NICOLAIDOU, I. *et al.* A virtual emergency telemedicine serious game in medical training: a quantitative, professional feedback-informed evaluation study. **Journal of medical Internet research**, v. 17, n. 6, p. e3667, 2015.

OBARA, A. 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**, v. 34, 2018.

OUVERNEY, A. L. M. *et al.* Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 75-91, 2020.

PADWAL, R. S. *et al.* Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. **Cmaj**, v. 183, n. 14, p. E1059-E1066, 2011.

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

PEREIRA, L. O.; FRANCISCHI, R. P.; LANCHETA J.R. A. H. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 47, p. 111-127, 2003.

PEREIRA, P. P. G. De corpos e travessias: a grande divisão e o campo da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 66-75, 2011.

- PHELAN, S. M. *et al.* Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **obesity reviews**, v. 16, n. 4, p. 319-326, 2015.
- PHOENIX, A. Analyzing Narrative Contexts *In.*: ANDREWS; C. SQUIRE, M. T. (Org.). **Doing Narrative Research**. 2ªed. Sage: Los Angeles, 2008. pp. 64-77.
- PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de nutrição**, v. 17, p. 523-533, 2004.
- PINTO, M. S.; BOSI, M. L. M. Muito mais do que pe (n) sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 443-457, 2010.
- POLLOCK, D. A response to Dwight Conquergood's essay "Beyond the text: towards a performative cultural politics". *In.*: DAILEY, S. J (Org.). **The future of performance studies: visions and revisions**. Washington: National Communication Association, 1998. p. 37-46.
- POULAIN, J. P. **Sociologia da Obesidade**. Tradução Cecília Prada. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.
- PUHL, R. M. *et al.* A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. **International Journal of Obesity**, v. 39, n. 7, p. 1166-1173, 2015.
- PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American journal of public health**, v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.
- PUHL, R. M.; HIMMELSTEIN, M. S.; PEARL, R. L. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. **American Psychologist**, v. 75, n. 2, p. 274-489, 2020.
- RAIMONDI, G. A. *et al.* A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva:(des) encontros método+ lógicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00095320, 2020.
- RALSTON, J. *et al.* Time for a new obesity narrative. **The Lancet**, v. 392, n. 10156, p. 1384-1386, 2018.
- RAMOS, D. B. N. **Diversificação do cenário de aprendizagem do ensino superior em saúde: um novo olhar para a obesidade**. Painel Brasileiro da Obesidade. Ciclo 2021. São Paulo: Instituto Cordial, 2021. Disponível em: <https://lp2.institutocordial.com.br/pbo-112-wp-formacaoobesidade>. Acesso em: 07 mar. 2023.
- RANGEL, N. F. A. **O ativismo gordo em campo: política, identidade e construção de significados**. 207f. 2018. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.
- RAYNOR, H. A.; CHAMPAGNE, C. M. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 116, n. 1, p. 129-147, 2016.

RECINE, E. *et al.* A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 25, p. 21-33, 2012.

REZENDE, F. A. C. *et al.* Body mass index and waist circumference: association with cardiovascular risk factors. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 87, p. 728-734, 2006.

RIBEIRO, S. **Sonho manifesto**: dez exercícios urgentes de otimismo apocalíptico. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

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

RYAN, D. H.; YOCKEY, S. R. Weight loss and improvement in comorbidity: differences at 5%, 10%, 15%, and over. **Current obesity reports**, v. 6, p. 187-194, 2017.

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

SCAGLIUSI, F. B. **Estigma relacionado ao peso corporal**: da compreensão teórica à mudança no cuidado em saúde. Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública para concorrer ao título de livre-docente. São Paulo, 2021.

SCHMITZ, B.; KLEMKE, R.; SPECHT, M. Effects of mobile gaming patterns on learning outcomes: A literature review. **International Journal of Technology Enhanced Learning**, v. 4, n. 5-6, p. 345-358, 2012.

SCRINIS, G. **Nutricionismo**: a ciência e a política do aconselhamento nutricional. 1 ed. São Paulo: Editora Elefante, 2021.

SEMLITSCH, T. *et al.* Management of overweight and obesity in primary care - A systematic overview of international evidence-based guidelines. **Obesity Reviews**, v. 20, n. 9, p. 1218-1230, 2019.

SHEKAR M.; POPKIN, B. **Obesity - Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge**. Washington: The World Bank, 2020.

SHIVA, V. **Manifesto sobre Economias do Cuidado e Democracia da Terra**. 2022. Disponível em: <https://navdanyainternational.org/publications/manifesto-on-economies-of-care-and-earth-democracy/>. Acesso em: 03 mar. 2023.

SHUMAN, A. Exploring narrative interaction in multiple contexts. **Varieties of narrative analysis**, p. 125-150, 2012.

SIMS, E. A. Are there persons who are obese, but metabolically healthy? **Metabolism-Clinical and Experimental**, v. 50, n. 12, p. 1499-1504, 2001.

SMITH, Gordon I. *et al.* Metabolically healthy obesity: facts and fantasies. **The Journal of clinical investigation**, v. 129, n. 10, p. 3978-3989, 2019.

SODER, R. *et al.* Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 3, 2018.

SWINBURN, B. A. *et al.* The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **Lancet, Londres**, v. 378, n. 9793, p. 804-814, 2011.

SWINBURN, B. A. *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. **The lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

TOMIYAMA, A. J. *et al.* How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. **BMC medicine**, v. 16, n. 1, p. 1-6, 2018.

TOVAR, V. **Meu Corpo, minhas medidas**. 1 ed. São Paulo: Editora Primavera, 2018.

TRAYHURN, P. The biology of obesity. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 64, n. 1, p. 31-38, 2005.

TYLKA, T. L. *et al.* The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: Evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. **Journal of obesity**, v. 2014, 2014.

UZÊDA, J. C. O. *et al.* Factors associated with the double burden of malnutrition among adolescents, National Adolescent School-Based Health Survey (PENSE 2009 and 2015). **PLoS One**, v. 14, n. 6, p. e0218566, 2019.

VARTANIAN, L. R.; SMYTH, J. M. Primum non nocere: obesity stigma and public health. **Journal of bioethical inquiry**, v. 10, p. 49-57, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. **Educação Popular na formação universitária**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.

VIANNA, Y. *et al.* **Como reinventar empresas a partir de jogos**. Rio de Janeiro: MJV Press, 2013.

VIGARELLO, G. **As metamorfoses do gordo: história da obesidade no ocidente: da Idade Média ao século XX**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

VILLELA, M. C. E.; AZEVEDO, E. Controle de si e cuidado de si: Uma reflexão sobre a ciência da nutrição. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 16, p. 47183, 2021.
WALDOW, V. R. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 2, 1998.

WANG, Z. H. *et al.* Comparative analysis of the multi-frequency bio-impedance and dual-energy X-ray absorptiometry on body composition in obese subjects. **Biomedical and environmental sciences**, v. 31, n. 1, p. 72-75, 2018.

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

WILLIAMS, O.; ANNANDALE, E. Obesity, stigma and reflexive embodiment: Feeling the 'weight' of expectation. **Health**, v. 24, n. 4, p. 421-441, 2020.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1989.

WOLF, N. **O mito da beleza – como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. 11 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

WOLFENDEN, L. *et al.* The challenge for global health systems in preventing and managing obesity. **Obesity Reviews**, v. 20, p. 185-193, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42330/WHO_TRS_894.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 08 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894). 2003. Disponível em: <https://elibrary.ru/item.asp?id=6589358>. Acesso em: 08 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The double burden of malnutrition**. Policy brief. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255413/WHO-NMH-?sequence=1>. Acesso em: 08 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weight bias and obesity stigma**: considerations for the WHO European Region. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353613/WHO-EURO-2022-5369-45134-64401-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 08 mar. 2023.

WU, Y. K.; BERRY, D. C. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. **Journal of advanced nursing**, v. 74, n. 5, p. 1030-1042, 2018.

ZICHERMANN, G.; CUNNINGHAM, C. **Gamification by Design**: Implementing Game Mechanics in Web and Mobile Apps. Sebastopol: O'Reilly Media, 2011.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética do cuidar: a ênfase na dimensão relacional. **Revista Estima**, v. 1, n. 1, p. 38-39, 2003.



“conhecer e cuidar do corpo, pra conhecer e cuidar do mundo”.

(dona Vilaní, liderança comunitária da praia de Barreiras)