



Percepções acerca da condição de saúde de pessoas com obesidade

Perceptions about the health condition of people with obesity

Cátia Suely Palmeira¹, Laíne Maria Monteiro Garrido², Maria de Lourdes Lima², Armênio Costa Guimarães², Ana Marice Teixeira Ladeia²

Objetivo: compreender as percepções de pessoas com obesidade sobre esta condição de saúde. **Métodos:** pesquisa qualitativa realizada em ambulatório para acompanhamento de pessoas com obesidade. Foram entrevistadas 15 pessoas com diagnóstico de obesidade. Dados coletados por entrevistas e submetidos à Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** emergiram três categorias: Significando a obesidade, Afetando a vida cotidiana e a saúde e Enfrentando a obesidade. Na primeira categoria, a maioria dos entrevistados significou negativamente a própria obesidade; na segunda, perceberam-na como condição capaz de provocar dano à saúde e à capacidade laboral; e, na terceira, como condição que precisa ser enfrentada e tratada. **Conclusão:** as percepções da obesidade refletiram, sobretudo, sentimentos negativos, acompanhados de algum grau de sofrimento físico, psíquico e social.

Descritores: Obesidade; Percepção; Enfermagem.

Objective: to understand the perceptions of people with obesity on this health condition. **Methods:** qualitative research conducted in an outpatient clinic for follow-up of people with obesity. 15 people diagnosed with obesity were interviewed. Data were collected by interviews and submitted to thematic content analysis. **Results:** three categories emerged: Giving meaning to obesity, Affecting everyday life and health and Facing obesity. In the first category, the majority of respondents gave negative meaning to their own obesity; in the second, they perceived it as a condition capable of causing damage to health and labor capacity; and in the third, it was referred as a condition that must be faced and treated. **Conclusion:** perceptions on obesity reflected, above all, negative feelings, accompanied by some degree of physical, mental and social suffering.

Descriptors: Obesity; Perception; Nursing.

¹Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

Autor correspondente: Cátia Suely Palmeira

Rua Desembargador Gilberto Andrade, 226, apto 204. Parque São Paulo. Centenário, CEP: 40157-200. Salvador, BA, Brasil. E-mail: catia_palmeira@yahoo.com.br

Introdução

Com etiologia complexa e multifatorial, a obesidade é consequência da interação entre fatores genéticos, ambientais e pessoais. Trata-se de uma doença cada vez mais incidente, chegando a alcançar proporção epidêmica em todo o mundo. Afeta todas as idades e grupos socioeconômicos, sobrecarregando os serviços de saúde e representando um dos principais problemas de saúde pública da atualidade⁽¹⁻²⁾. No Brasil, nas 27 capitais, em 2014, a frequência de adultos com obesidade atingiu o percentual de 17,9%, sem diferenças entre os sexos e com tendência a aumentar com a idade. Em Salvador, o percentual de pessoas obesas é de 18,2%⁽³⁾.

A obesidade aumenta o risco primário de desenvolvimento de condições, como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2 e doenças do aparelho locomotor. Na esfera psicológica, as alterações na imagem corporal se associam com frequência à redução da autoestima⁽⁴⁾. Como a obesidade é uma doença que transforma o corpo e a mente, ela pode se relacionar a vários aspectos sociais (dificuldades de emprego, preconceito, exclusão e isolamento), problemas psicológicos (baixa autoestima) e físicos (dificuldade de locomoção e de realização das atividades do cotidiano⁽⁵⁾).

O controle do excesso de peso não é uma tarefa simples e objetiva e representa um desafio para os profissionais de saúde. Não existe abordagem efetiva a longo prazo que não envolva mudanças de estilo de vida, principalmente com relação à alimentação e à prática regular de atividade física. Estes aspectos do problema tornam a abordagem multiprofissional imprescindível, pois esta possibilita que vários dos fatores envolvidos na gênese e manutenção do excesso de peso sejam observados com visões e saberes diferentes, mas complementares, necessários no processo de acompanhamento⁽⁴⁾.

Viver uma situação de obesidade pode exigir da pessoa a percepção e a compreensão da doença e suas complicações, bem como as formas de enfrentar e su-

perar seu processo de adoecimento. O conhecimento a respeito da percepção que uma pessoa possui de seu processo saúde-doença, permite aos profissionais a individualização de estratégias do cuidado prestado.

Em buscas nas principais bases de dados nacionais e internacionais, constatou-se que, embora existam muitas pesquisas sobre obesidade, não foram encontrados estudos que investiguem as percepções e os sentimentos de pessoas adultas com relação a esta condição de saúde, bem como a forma com que as mesmas enfrentam a doença. Os estudos que tratam desta temática referem-se aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica ou a outras condições crônicas de saúde, e aqueles que versam sobre os aspectos subjetivos da obesidade, em sua maior parte são sobre a percepção da imagem corporal e realizados pela psicologia. Assim, avançar na compreensão da doença, para além das características clínicas, contemplando as percepções das pessoas sobre este problema de saúde, pode contribuir para a efetividade de novas práticas de cuidados e preencher uma lacuna na literatura. Diante deste contexto, o presente estudo objetivou compreender as percepções de pessoas com obesidade sobre esta condição de saúde.

Métodos

Trata-se de estudo qualitativo, realizado em um serviço de referência de obesidade de uma instituição de ensino superior privada, na cidade de Salvador, Brasil. Para a seleção dos participantes, foram convidadas as pessoas que compareceram ao serviço de saúde para consulta agendada.

Participaram do estudo 15 sujeitos e, por se tratar de um estudo qualitativo, não foi fixado número de participantes, sendo adotado o princípio da saturação de dados, o qual é usado para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo qualitativo, interrompendo a captação de novos componentes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição⁽⁶⁾. Os seguintes critérios para composição da amostra in-

tencial foram: ser cadastrado e acompanhado pelo serviço, ter índice de massa corporal $\geq 30\text{kg/m}^2$ e ser maior de 18 anos de idade. Foram excluídas as pessoas com transtornos mentais graves já diagnosticados que não tivessem condições para participar da entrevista.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2012 e março de 2013 em um único encontro, em sala de atendimento individual, propiciando, assim, maior privacidade e foi por meio de entrevista norteada por um instrumento semiestruturado elaborada pelas autoras. O roteiro da entrevista incluía questões referentes aos dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil e escolaridade), dados clínicos (diagnóstico de outras comorbidades) e questões subjetivas da percepção da obesidade, e formas de enfrentamento da doença e do tratamento. Cada entrevista durou cerca de 30 minutos, e todas foram gravadas mediante autorização dos participantes e posteriormente transcritas. O anonimato dos entrevistados foi mantido, sendo atribuído, a cada um, a letra "E" e enumerados de 1 a 15.

Após leitura dos dados transcritos, os mesmos foram analisados com base na análise de conteúdo temática. Esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência tenha significado para o objetivo analítico visado⁽⁷⁾. A primeira etapa consistiu em leituras exaustivas das falas, com a finalidade de definir as unidades de registros, também denominadas unidades de significados. Posteriormente, buscou-se refletir com maior profundidade sobre o conteúdo de cada fala, procurando apreendê-lo em essência, para então realizar a separação e o agrupamento de conteúdos por convergência, transformando-os em categorias. Os resultados, apresentados de forma descritiva e acompanhados de exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria, foram interpretados com base na literatura.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

A partir da análise dos depoimentos, emergiram as seguintes categorias: Significando a obesidade, Afetando a vida cotidiana e a saúde, Enfrentando a obesidade.

Significando a obesidade

A maioria dos entrevistados significou negativamente a própria obesidade. Palavras como medo, tristeza, ruim, horrível, incômodo e péssimo apareceram com grande frequência nas falas e revelaram algum grau de sofrimento decorrentes do excesso de peso. *O excesso de peso para mim é horrível, mexe muito comigo. Não existe gordo feliz, a verdade é essa* (E10). *Estar com excesso de peso é triste, é horrível, eu não aceito não* (E9). *Eu fico com muito medo de ter problemas de saúde mais sérios no futuro por conta do peso* (E13).

Nos relatos dos entrevistados, foi possível constatar diversos modos pelas quais a doença foi experimentada, sentida e compreendida. As falas evidenciaram ainda que o excesso de peso estava intimamente relacionado à diminuição da autoestima. *A autoestima fica até abalada devido a piadas que você ouve por ser obesa, fica baixíssima* (E3). *Estar com excesso de peso muda muita coisa na minha vida, a autoestima fica abalada* (E13).

Ante a condição de ser obesa, a pessoa sentiu-se estigmatizada: *O excesso de peso vira ponto de referência: "aquela gordinha ali". Quando você se queixa a alguém que não está conseguindo perder peso, este acha que é só por causa de comida e acha que não tem outro problema de saúde envolvido. Assim já ficou a marca de que a pessoa que é gorda é preguiçosa* (E3).

Para algumas pessoas, viver com obesidade significa isolamento e exclusão, resultando em algumas ocasiões um mecanismo de defesa contra avaliações negativas por parte dos outros: *É difícil de você achar roupa para gordo. Você se reserva em um mundo só seu, até para evitar ouvir certas piadinhas. Eu não curto e nem tenho mais tanta diversão, não saio muito, praia mesmo não dá para ir* (E3). *Não sinto vontade de sair, eu invento um monte de desculpas na hora de sair, digo logo que não tenho roupa, que a roupa não dá, mas na verdade é por causa*

do peso que eu não quero sair (E5). Já deixei de sair várias vezes, me sentindo feia (E13).

Percebeu-se que nem todos os entrevistados tinham o mesmo padrão de sentimentos negativos, autoestima baixa e mal-estar relacionados à condição de estar obeso: *Até então, estar com excesso de peso não modifica em nada minha vida. Eu não encaro isso como uma doença. Eu tento levar na esportiva, pois assim eu tenho mais força de vontade. O excesso de peso não influenciou em nada em relação à autoestima, porque eu sempre tentei ver este aspecto da melhor forma possível (E15). Eu não fico muito incomodada com meu peso. Eu não me acho “aquela gordona”, eu não me incomodo muito com meu corpo (E6). Essa história de ficar me olhando no espelho e me achando horrrosa, nunca foi minha preocupação, eu encaro esportivamente e levo como um aprendizado (E7).*

Afetando a vida cotidiana e a saúde

Nesta categoria, houve destaque para percepção da obesidade exercendo influência sobre o desenvolvimento de atividades diárias e cotidianas. *O excesso de peso influencia na minha disposição. Eu sou jornalista e tenho que caminhar muito e viajar muito para fazer muitas pesquisas. Então, por causa do excesso de peso, às vezes, eu não consigo acompanhar o ritmo dos meus colegas de trabalho (E7). Eu me sinto cansada com mais facilidade porque eu trabalho em minha casa e na casa de uma senhora, e agora eu não estou mais conseguindo ter o pique que eu tinha antes (E11).*

Muitos relacionaram o estado atual de saúde, o desenvolvimento de doenças e sintomas como hipertensão, diabetes, artrose, dor, dispneia e dificuldade de locomoção com a obesidade: *Com relação à saúde, sinto dores no corpo todo, pressão alta, já fiquei internada com falta de ar. É horrível, parece que o peso mexe com todo o organismo (E10). Além de estar pesada, eu estou com problema de diabetes, com problema nos joelhos, com problema de coluna, estou com pouca visão, então para mim está ruim conviver assim. A coluna também me incomoda bastante, então eu não estou me sentindo bem. Isso tudo só começou depois que eu comecei a engordar, vieram as dores e as doenças, veio o cansaço, tudo (E4). Minhas pernas doem muito, fica travando quando eu ando (E6). O excesso de peso, para mim, representa menos*

saúde, ser menos saudável. A hipertensão mesmo, eu acho que foi por causa disso. Na maioria das vezes, eu não posso andar muito, porque cansa, fico muito indisposta, sem vontade de fazer nada (E12).

Outros problemas percebidos pelos participantes referiram-se à dimensão cognitiva e ao transtorno psicológico: *Acredito que a obesidade influencia também no meu raciocínio, porque eu sinto muita sonolência (E7). Com este peso, entrei em depressão mesmo (E8).*

Enfrentando a obesidade

Esta categoria refletiu a respeito de como os participantes relacionaram a percepção de estar com obesidade atrelada às estratégias que usaram para lidar com a doença e agir frente às demandas impostas pela terapêutica. Nesse contexto, a obesidade apareceu como um desafio a ser enfrentado e vencido, principalmente no que se referiu ao controle de hábitos alimentares. *Tenho que ficar me controlando para não comer muito, ou para não ficar tomando refrigerante, tenho que ficar me policiando, pois não é tudo que eu posso comer e nem toda hora (E13). Não posso deixar a obesidade tomar conta de mim (E14).*

O cuidado com a alimentação emergiu como a principal forma de enfrentar e superar o excesso de peso, principalmente no que se referiu à escolha dos alimentos, à quantidade e aos horários: *Eu estou mudando a alimentação e estabelecendo meu limite de alimentos e os horários certos. Então, eu como menos e nos horários adequados (E1). Para perder peso eu sigo a tabela alimentar que diz o que eu posso comer e o que eu tenho que comer a cada três horas (E2). Para perder peso, eu só estou fechando a boca. Para mim, fechar a boca é não comer coisas que eu sei que eu não posso comer. Se eu sei que eu não posso comer farinha, então eu não como a farinha (E4). Para perder peso, estou mudando a alimentação e comento nos horários certos, e vou começar a andar. Eu sigo a dieta que a nutricionista passou, eu sigo tudo direitinho (E1).*

A estratégia utilizada para lidar com o controle da obesidade pode variar de pessoa para pessoa e, para algumas, pode representar comportamento de não enfrentamento de uma situação de conflito, como evidenciado por uma das entrevistadas quando rela-

tou que, para não transgredir a dieta, evitava eventos sociais. *Eu evito também sair para me divertir pelo fato de evitar comer algo que faça com que eu engorde ainda mais* (E3).

Outra forma de combater a obesidade relatada foi a prática de atividade física: *Hoje, para perder peso, eu pratico vários tipos de atividades físicas. Eu jogo futebol três vezes na semana, faço corrida três vezes na semana e pratico tênis uma vez na semana. Diariamente, eu me exercito, e cada atividade dura cerca de 2 horas* (E15). *Eu faço exercícios todos os dias durante 1 hora e 30 minutos a 2 horas. Faço aula de musculação e também esteira e bicicleta três vezes por semana* (E9).

Os que não praticavam atividade física procuravam se justificar informando motivos e revelando, assim, saberem que esta seria uma estratégia importante para a redução do peso: *Como eu trabalho fazendo pesquisa, eu acabo caminhando muito. Tem tarde que eu ando durante três horas seguidas. Agora, caminhar mesmo, sair de manhã cedo determinada a andar, há uns cinco anos eu não faço isso* (E7).

A procura de apoio de profissionais de saúde revelada como uma forma de superar as barreiras no enfrentamento da doença e de sua terapêutica evidenciou a percepção da atuação de uma equipe multiprofissional em seu acompanhamento: *Tudo que eu fiz foi seguir os conselhos médicos. Seguindo orientação médica, eu vivo normalmente, trabalho, faço tudo. Fui a psicólogos e eles me aconselharam a enxergar a obesidade com naturalidade, porque é a cabeça que comanda e se eu ficar encucada, a coisa não funciona* (E7). *Hoje, eu sou acompanhada pela médica endocrinologista e pelo pessoal da enfermagem* (E6). *Foi necessário um trabalho psicológico para me ajudar a perder peso e a largar o que eu estava acostumada a me alimentar* (E10). *Eu procurei me envolver menos com os problemas familiares, tentando manter minha vida mais equilibrada, para ajudar também na perda de peso* (E3).

Apesar da busca por tratamentos sem orientação de um profissional de saúde ter sido citado por apenas um dos entrevistados, este mereceu destaque, visto que o uso de “fórmulas emagrecedoras” por conta própria, embora trouxesse alto risco para a saúde, não era tão incomum. *Uma vez eu cheguei até a tomar remédio para emagrecer por conta própria, mas, também por conta própria, eu larguei* (E8).

Discussão

Apesar de este estudo ter sido realizado em único serviço de referência, representando as percepções de um grupo particular, e não contemplar toda complexidade que envolve a percepção da obesidade na perspectiva do indivíduo destaca-se que o mesmo pode colaborar para novas reflexões a respeito de intervenções individualizadas, com foco não somente nos aspectos clínicos, como também na subjetividade do sujeito, de modo a auxiliá-los na melhora da autoestima, no enfrentamento da doença e tratamento, e no bem-estar.

A análise dos resultados permite afirmar que a obesidade era percebida como “um problema” que se relacionava com dificuldades nas variadas dimensões da vida das pessoas, como física, psicológica e social. Assim, os sentimentos negativos, como tristeza, baixa autoestima e rejeição, podem ser geradores de grandes sofrimentos psicológicos, o que pode vir a dificultar ainda mais o enfrentamento do problema e da terapêutica a ser seguida.

A percepção do paciente obeso parece estar fortemente relacionada com a visão que a sociedade tem deles, que normalmente é negativa em relação à aparência⁽⁸⁾. A obesidade, enquanto condição estigmatizadora, reforça sentimentos de depreciação, desvalorização e vergonha, podendo levar o indivíduo a vivenciar situações humilhantes, ao isolamento e ao retraimento social⁽⁹⁻¹⁰⁾. A valorização que uma pessoa confere a si, permitindo-lhe ter confiança, é moldada durante a vida como produto das interações entre o sujeito, a família e a sociedade, podendo interferir na saúde física e mental dos indivíduos, com repercussões sobre a vida social e afetiva, e sobre a autoestima, o bem-estar e qualidade de vida⁽¹¹⁻¹²⁾.

Os padrões socioculturais têm vinculado o estereótipo da associação entre o corpo magro e atributos positivos, como a beleza e o sucesso, motivando as pessoas com excesso de peso a desenvolverem sofrimentos e distúrbios psicológicos a nível consciente ou

inconsciente⁽⁵⁾. No que se refere aos aspectos sociais, o isolamento referido por pacientes obesos estão associados aos sentimentos de vergonha, de insatisfação com corpo e pela não aceitação da imagem^(9,12).

Devido ao estigma e à discriminação social que acompanham a obesidade, o obeso é prejudicado em vários aspectos da vida, sendo, muitas vezes, responsabilizado pelo seu problema em diversos ambientes sociais, na própria casa, no ambiente de trabalho e nos serviços de saúde⁽¹³⁾. A rotulação das pessoas com excesso de peso de forma depreciativa e a culpabilização por sua condição notada em falas faz refletir que a abordagem da equipe de saúde deve contemplar estes aspectos tão presentes na vida do obeso e que pode causar tantos danos à sua vida. A abordagem dessas pessoas pela equipe de saúde não deve se traduzir em um processo de prescrição de receitas para o controle do peso, mas, principalmente, contemplar as questões subjetivas de cada uma delas, pois o que está em jogo não se restringe apenas à mudança no consumo de alimentos e na atividade física, mas a influência sobre os significados ligados ao comer, ao corpo e ao viver⁽¹⁴⁾.

A análise das falas permitiu identificar também a percepção do impacto da obesidade como uma condição nociva à saúde. O comprometimento do sistema locomotor, principalmente nas articulações e os danos no sistema cardiovascular, seja no surgimento ou agravamento de doenças, como a hipertensão e o diabetes, percebidas pelas pessoas obesas, também foram relatados em outros estudos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Seguindo por este mesmo percurso, ressalta-se o reconhecimento de manifestações clínicas associadas com o excesso de peso, como dor, cansaço, mal-estar e indisposições, causando impacto nas atividades da vida diária e laborais⁽⁹⁾. A pessoa com obesidade pode enfrentar condições de trabalho não adequada a sua condição física, que o limita, isola e enfraquece em vários sentidos, e diminuição da agilidade e da mobilidade, exigidas para realização de algumas atividades profissionais, podendo gerar estresse e sentimento incapacitação e de menor valia⁽¹⁷⁾.

Um ponto importante a ser destacado é a forma

como os participantes da pesquisa referiram enfrentar a doença e o regime terapêutico. Termos usados pelos mesmos, como “luta” e “controle”, estão ligados aos conceitos de autocontrole e perseverança, os quais podem ir ao encontro das tendências biológicas e das pressões ambientais. Não vencer determinadas fases dessa luta diária ou não conseguir se controlar podem significar um fracasso pessoal e associar-se a um sentimento de impotência. Esse aspecto torna-se mais significativo, uma vez que os resultados de uma reeducação alimentar para perda de peso, mais promissores, inicialmente, reduzem ao longo do tempo, o que pode desmotivar a pessoa na continuidade do tratamento⁽¹⁴⁾.

Os dois pilares da redução do peso são a alimentação e a atividade física. Foram percebidas como essenciais no tratamento da redução do peso. No entanto, a mudança de hábito alimentar constituiu o aspecto essencial, não apenas para a redução, como também para a manutenção do peso⁽⁴⁾. É importante destacar que as mudanças de comportamento alimentar não serão por tempo determinado e nem apresentarão resultados rápidos, sendo necessária a interferência do profissional no sentido de ajudar o paciente a compreender que novos hábitos precisam ser reconstruídos e assimilados ao cotidiano em longo prazo⁽¹⁸⁾.

Considerando os benefícios da atividade física no controle da obesidade e sabendo que a sua prática pode ser reduzida com o surgimento de manifestações clínicas osteomusculares comum na obesidade e com a idade⁽¹⁹⁾, os profissionais de saúde precisam estar atentos às especificidades de cada pessoa, no sentido de poder ajudá-las a enfrentar e superar as dificuldades inerentes ao seu processo de adoecimento.

Tendo em vista que a obesidade caracteriza-se pela natureza multidimensional e que sua abordagem demanda acompanhamento por uma equipe multidisciplinar^(4,15), o reconhecimento da ação dos diferentes profissionais pelos entrevistados merece destaque. O tratamento deve ser compreendido como um processo que demanda esforço pessoal e que, apesar da capaci-

dade de adesão pertencer ao indivíduo, profissionais especializados e comprometidos podem ajudá-los por meio de orientação adequada⁽²⁰⁾.

Como a percepção sobre a doença é individual, a questão da obesidade não pode ser descontextualizada, pois provém de uma articulação entre distintos modos de viver dos indivíduos. É importante reforçar que as estratégias devem ser pensadas, a partir da realidade, singularidade e dificuldades dos indivíduos, considerando a apropriação do autocuidado com o corpo e do resgate de sua autoestima como meta importante da abordagem terapêutica.

No atendimento à pessoa com obesidade, faz parte do trabalho de todo profissional de saúde desenvolver novas alternativas que considerem todas essas questões, não cabendo prescrições e cobranças rígidas relativas à perda de peso. Para compreender e lidar com as questões subjetivas do obeso, é essencial reconhecer o mesmo como sujeito que possui emoções e sentimentos diferentes.

Conclusão

Os participantes perceberam a condição de obeso de diferentes formas, porém, na maioria das vezes, abrangendo significados e envolvendo situações que extrapolaram o peso corporal. A obesidade foi percebida não somente como uma condição que causa danos à saúde física, à vida social e laboral, mas também gera sofrimento pela insatisfação com a imagem corporal, perda da autoestima e problemas de discriminação, exclusão social e isolamento.

No que se refere à relação da obesidade com o estado de saúde, a maioria dos entrevistados a percebia como causa para outras doenças ou como agravante dos problemas de saúde preexistentes, e procuravam enfrentar a doença por meio de mudanças de hábitos alimentares e prática de atividade física, entendendo inclusive que essas mudanças não são fáceis e que têm que ser mantidas em longo prazo. Outra forma destacada de enfrentar a doença foi a participação de vários profissionais em seu acompanhamento.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia, pelo apoio financeiro para a realização deste trabalho por meio de bolsa de Iniciação Científica.

Colaborações

Palmeira CS e Garrido LMM contribuíram na concepção do projeto, organização e interpretação dos dados, redação do artigo aprovação final da versão a ser publicada. Lima ML, Guimarães AC e Ladeia AMT contribuíram na revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo.

Referências

1. World Health Organization. Controlling the global obesity epidemic [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 8]. Available from: www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/
2. Stevens GA, Singh GM, Lu Y, Danaei G, Lin JK, Finucane MM, et al. global burden of metabolic risk factors of chronic diseases collaborating group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Popul Health Metr*. 2012; 10(22):1-16.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Macedo TT, Palmeira CS, Guimarães AC, Lima ML, Ladeia AM. The meaning of obesity: the perception of obese patients. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul. 8]; 7(esp):7064-73. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4714>

6. Fontanella BJ, Luchesi BM, Saidel MG, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2):389-94.
7. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Ríos-Martínez BP, Rangel-Rodríguez GA. Self-perception in obese patients. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011; 49(1):23-8.
9. Pinto M, Bosi ML. 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. *Rev Saúde Coletiva*. 2010; 20(2):443-57.
10. Vagetti GC, Barbosa-Filho VC, Boneti-Moreira N, Oliveira V, Schiavini L, Mazzardo O, et al. Older women associating obesity with a negative perception of their health: a study in low-income neighborhoods in Curitiba, southern Brazil. *Rev Salud Publica*. 2012; 14(6):923-36.
11. Schultheisz TS, Aprile MR. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Rev Equil Corp Saúde*. [Internet]. 2013 [citado 2016 Jul. 8]; 5(1):36-48. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php>
12. Silva GA, Lange ES. Imagem corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicol Argum online* [Internet]. 2010 [citado 2016 Jul. 8]; 28(60):43-54. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3509&dd99=view>
13. Sutin AR, Terracciano A. Perceived weight discrimination and obesity. *Plos One*. [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul. 8]; 8(7):2485-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722198/>
14. Bueno JM, Leal FS, Saquy LP, Santos CB, Ribeiro RP. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Rev Nutr*. 2011; 24(4):575-84.
15. Soares CS, Santos I, Berardinelli LM. Obesity as a social problem: identifying guidance needs of nursing for self-care. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul. 8]; 4(1):18-27. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/520/pdf_264
16. Santos A, Pasquali R, Marcon S. Feelings and experiences of obese participants in a support group: an exploratory study. *Online Braz J Nurs*. [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul. 8]; 11(1):3-10. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251/html>
17. Schencman P. O gerente está doente. Uma perspectiva sociológica sobre os vínculos existentes entre obesidade e trabalho. *Rev Saúde Coletiva*. 2013; 23(2):613-28.
18. D'Alencar ER, Lima MM, Mendonça PM, Custódio IL, D'Alencar BP, Lima FE. Ações de educação em saúde no controle do sobrepeso/obesidade no ambiente de trabalho. *Rev Rene*. 2010; 11(1):172-80.
19. Egan AM, Mahmood WA, Fenton R, Redziniak N, Kyaw Tun T, Sreenan S, et al. Barriers to exercise in obese patients with type 2 diabetes. *Q J Med*. 2013; 106(7):635-8.
20. Silva SS, Maia AC. Patients' perceptions, health and psychological changes with obesity treatment: Success and failure in a triangulation study. *Open Access*. 2013; 5(11):1750-9.