

PROCESSOS CRÍTICOS PROTETORES E DESTRUTIVOS DO CUIDADO INTEGRAL E LONGITUDINAL À OBESIDADE: ESTUDO DE CASO EM RECIFE, PERNAMBUCO

CRITICAL PROCESSES IN OBESITY CARE: A CASE STUDY ON THE PROTECTIVE AND DESTRUCTIVE FACTORS SHAPING COMPREHENSIVE, LONGITUDINAL HEALTH IN RECIFE, PERNAMBUCO

Kesia Valentim do Nascimento Duarte

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, PE, Brasil
kesiavalentimf@gmail.com

Ana Coelho de Albuquerque

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil
anacoelhoalbuquerque@gmail.com

Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, PE, Brasil
eduarda.cesse@fiocruz.br

RESUMO

Objetivo: Este estudo, ancorado na Determinação Social da Saúde de Jaime Breilh, investigou os processos críticos protetores e destrutivos do cuidado integral e longitudinal à obesidade em Recife, Pernambuco. Método: Utilizando uma abordagem qualitativa e estudo de caso, realizou análise documental e 16 entrevistas com atores-chave, analisando os dados através da Matriz de Processos Críticos articulada com os 4 'S' da vida (Sustentabilidade, Soberania, Solidariedade e Biossegurança). Os resultados demonstram que a obesidade configura-se como uma sindemia global, resultante da interação de determinantes socioeconômicos, ambientais e políticos. Identificou-se uma tensão fundamental: de um lado, processos destrutivos da lógica neoliberal, como a medicalização do cuidado, ambientes obesogênicos e a subsunção da saúde à acumulação capitalista; de outro, processos protetores baseados em práticas comunitárias, agroecologia e organização popular. Conclui-se que o enfrentamento eficaz da obesidade exige a superação do modelo biomédico reducionista e a adoção de políticas intersectoriais transformadoras que priorizem a justiça social, a regulação do setor privado e a construção de um projeto de sociedade baseado no bem viver, rompendo com a lógica mercantil que domina o cuidado em saúde.

Palavras-chave: Desigualdades de Saúde. Território Sociocultural. Doenças não Transmissíveis.

ABSTRACT

Objective: Grounded in Jaime Breilh's Social Determination of Health framework, this study investigated the critical protective and destructive processes influencing comprehensive and longitudinal care for obesity in Recife, Pernambuco. Method: Employing a qualitative, case-study approach, the research conducted document analysis and 16 key informant interviews. Data were examined using the Critical Processes Matrix articulated with the 4 'S' dimensions of life (Sustainability, Sovereignty, Solidarity, and Biosecurity). The findings demonstrate that obesity constitutes a global syndemic, stemming from the interplay of socioeconomic, environmental, and political determinants. A fundamental tension was identified: on one hand, destructive processes driven by neoliberal logic, such as the medicalization of care, obesogenic environments, and the subsumption of health under capitalist accumulation; on the other, protective processes rooted in community practices, agroecology, and grassroots organizing. It is concluded that effectively addressing obesity requires transcending the reductionist biomedical model and adopting transformative intersectoral policies that prioritize social justice, regulate the private sector, and promote alternative models of well-being, challenging the dominance of market-driven approaches in health care.

Keywords: Health Inequities. Sociocultural Territory. Noncommunicable Diseases.

INTRODUÇÃO

Com o avanço das transições demográfica, nutricional e epidemiológica, os modelos de causalidade única mostram-se insuficientes para explicar os novos perfis de adoecimento da população. As iniquidades em saúde, muitas vezes reduzidas a escolhas ou comportamentos individuais, revelam-se, na realidade, como consequências da ausência de oportunidades e de recursos que deveriam ser garantidos de forma equânime a diferentes grupos populacionais (Barata, 2020; Ferreira; Andrade, 2021) compreender, portanto, os processos que produzem essas iniquidades torna-se central para a análise contemporânea do processo saúde-doença.

Essas disparidades não se restringem a diferenças entre grupos populacionais, mas expressam injustiças sociais historicamente produzidas, que envolvem processos de opressão e exploração, tanto passadas quanto presentes, políticas inadequadas para ações reparadoras, barreiras à educação, ausência de acesso à saúde, estereótipos e preconceitos profundamente enraizados na sociedade contemporânea (Breilh, 2024; Moreno, 2020). Dessa forma, as desigualdades sociais passam a se traduzir em desigualdades nos riscos e nos perfis de adoecimento, articulando dimensões socioeconômicas, ambientais, culturais e biológicas.

Os mecanismos estruturais da sociedade — como práticas, políticas e processos sociodinâmicos — podem atuar em sentidos opostos: de um lado, favorecer a vida, a equidade e a justiça social, funcionando como processos críticos protetores; de outro, gerar doenças, exclusão e morte, perpetuando desigualdades e opressões, tornando-se fatores destrutivos ao “bem viver”, princípio ético-político dos povos indígenas da América do Sul (Breilh, 2019).

No que tange às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre as quais a obesidade é, simultaneamente, um agravo e um fator de risco, o processo saúde-doença-cuidado evidencia essas contradições de forma ainda mais relevante. Essas condições são fortemente influenciadas por modos de vida globalizados, nos quais o fluxo acelerado de mercadorias e informações, inserido na lógica do mercado capitalista, redefine padrões de consumo, práticas alimentares e comportamentos sedentários. Nesse contexto, tais fenômenos não podem ser reduzidos a meras escolhas individuais, mas sim à expressão de processos sociais mais amplos que condicionam os modos de viver e adoecer (Agnato et al., 2023; Silva et al., 2021).

O Atlas Mundial da Obesidade (2025) mostra que metade da população mundial estará com sobrepeso ou obesa em 2030. No cenário brasileiro, a pesquisa Vigitel (Brasil, 2023) revela uma situação desafiadora: a prevalência da obesidade autorreferida na população geral de Recife, Pernambuco, foi de 26,3%, colocando-a na 7ª posição entre as capitais brasileiras.

A Epidemiologia Crítica, ao desenvolver categorias como a Determinação Social da Saúde (DSS) e o Metabolismo Sociedade-Natureza, oferece um referencial analítico potente para compreender como o modo de produção capitalista produz, simultaneamente, degradação ambiental e processos de adoecimento coletivo (Breilh, 2019; 2024). Articulada à perspectiva interseccional, essa abordagem permite analisar a obesidade para além de um “problema de estilo de vida”, reconhecendo-a como expressão biológica de desigualdades estruturais. Dessa forma, é possível interpretá-la como uma sindemia global: um fenômeno complexo em que fatores biológicos, econômicos, ambientais e políticos interagem sinergicamente, exacerbando vulnerabilidades sociais (Rodrigues; Miranda; Cabrini, 2023).

Compreender esse processo a partir de uma perspectiva crítica, orientada pela concepção do sujeito integral, implica superar práticas médico-centradas e hegemônicas, estruturadas pela lógica neoliberal que mercantiliza a saúde. Tal perspectiva demanda uma transformação radical nas políticas de saúde, com a adoção de medidas intersetoriais capazes de enfrentar as desigualdades e garantir a reprodução da vida em termos emancipatórios. Nessa direção, a saúde deve ser afirmada como direito coletivo e projeto político de justiça social, desvinculado da subordinação ao capital (Almeida-Filho, 2021a).

Com base nesse arcabouço teórico, o presente estudo buscou identificar os processos críticos, protetores e destrutivos, do cuidado integral e longitudinal da obesidade, analisando-a em suas dimensões individual, particular e geral, bem como em sua relação com os 4 ‘S’ da vida propostas por Breilh. A pesquisa foi conduzida no município de Recife, Pernambuco, entre novembro de 2024 e junho de 2025, e orientou-se pela compreensão do fenômeno em suas múltiplas determinações, com vistas a subsidiar a formulação de políticas públicas que superem a lacuna entre ação e intervenção, traduzindo a perspectiva crítica em práticas concretas e transformadoras.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido a partir do método de estudo de caso (Yin, 2015), fundamentado teórica e metodologicamente na perspectiva da DSS, conforme proposto por Breilh (2024). Esse referencial permite compreender a obesidade como um fenômeno complexo, multicausal e socialmente determinado, superando, dessa forma, abordagens reducionistas. A operacionalização da DSS foi realizada por meio da teoria dos 4 'S' da vida (Soberania, Solidariedade, Sustentabilidade e Biossegurança), que orientou a análise dos processos críticos, protetores e destrutivos do cuidado (Breilh, 2019).

Adotou-se uma estratégia de triangulação analítica, articulando duas fontes de dados — análise documental e entrevistas com atores-chave — de modo a apreender as mediações entre processos macrosociais e experiências concretas de cuidado. Essa estratégia foi aplicada para garantir a saturação teórica, com base na interseção entre o material teórico e empírico (Minayo, 2018).

O estudo foi realizado em Recife, Pernambuco, especificamente nos Distritos Sanitários (DS) III e VII, selecionados, intencionalmente, por apresentarem contrastes socioespaciais relevantes, combinando áreas de alta vulnerabilidade social com territórios mais favorecidos, o que oferece um retrato abrangente das disparidades sociais do município. Juntos, esses distritos abrangem cerca de 30,8% dos bairros de Recife, abrigando áreas densamente povoadas (Recife, 2023). Esse cenário de contrastes, em que bairros mais densamente povoados e socialmente sensíveis coexistem com áreas mais abastadas, oferece uma visão completa da forma poliédrica da desigualdade no município. A seleção de dois distritos permitiu um envolvimento mais profundo dos pesquisadores no contexto de cada local, sendo mais adequado ao objetivo do estudo e a sua abordagem metodológica (Oliveira et al., 2019; Miranda-Mendizábal et al., 2020), apoiando uma análise mais profunda dos resultados.

A análise documental (Minayo, 2018) constituiu uma das fontes de dados desta pesquisa, contemplando legislações e documentos oficiais do município de Recife (Plano Diretor, planos municipais de saúde, políticas de agricultura urbana, instrumentos de planejamento e relatórios institucionais), com ênfase no impacto de processos, tais como urbanização, globalização, migração e desigualdades sociais na saúde. A análise buscou identificar elementos estruturais, diretrizes e contradições nas respostas institucionais ao cuidado da obesidade, articulando esses achados com os dados empíricos provenientes das entrevistas e com o referencial teórico adotado.

A produção dos dados empíricos ocorreu por meio de 16 entrevistas semiestruturadas com atores-chave, quantitativo definido pelo critério de saturação teórica (Minayo, 2018). As entrevistas foram realizadas de forma presencial ou remota, no período de novembro de 2024 a junho de 2025. A seleção dos participantes se deu de forma intencional, buscando contemplar diferentes atores envolvidos no cuidado à obesidade no território, de modo a apreender múltiplas perspectivas sobre o fenômeno. Profissionais e gestores foram identificados a partir de sua atuação nos serviços e convidados por contato direto, enquanto os usuários foram indicados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo as entrevistas realizadas, em sua maioria, em visitas domiciliares, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Adicionalmente, foram selecionados representantes de movimentos e controle social pela relevância na interface entre território, alimentação, saúde e políticas públicas. Desse modo, a amostra foi composta por quatro usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com obesidade, um representante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), um representante do Coletivo Horta Comunitária Mãos de Milagres, um representante do Conselho Municipal de Saúde de Recife, cinco profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), dois profissionais da Atenção Especializada (AE), um gestor de Unidade de Saúde da Família (USF) e um gestor municipal.

Os roteiros de entrevista foram elaborados e adaptados para cada grupo de participantes, organizados em eixos analíticos que abordaram: (i) experiências de acesso e coordenação do cuidado; (ii) mediações territoriais e determinantes sociais; e (iii) percepções sobre integralidade e intersetorialidade do cuidado. De forma geral, as questões exploraram a autopercepção de saúde, a relação com os serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, os hábitos alimentares e de atividade física, bem como a influência de fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais nas condições de vida e no cuidado à saúde. Para profissionais e gestores, foram incluídas questões sobre organização do cuidado, articulação entre níveis de atenção, implementação de políticas públicas e estratégias intersetoriais.

A identificação dos atores-chave será apresentada nos resultados a partir do código correspondente, seguida do número da entrevista: usuários (U), profissionais (P), movimento e controle social (MS) e gestores (G).

Foram adotados como critérios de inclusão: usuários com idade entre 18 e 69 anos, com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², cadastrados na ESF; profissionais de saúde com atuação mínima de seis meses na unidade, envolvidos diretamente na gestão do cuidado e articulação com outros níveis de atenção; gestores ou coordenadores com participação em ações voltadas ao cuidado integral e longitudinal da obesidade; e representantes de movimentos sociais e instâncias de controle social. Como critérios de exclusão, consideraram-se idade fora da faixa estabelecida e ausência de acompanhamento na APS ou AE – para usuários – bem como tempo de atuação inferior a seis meses e ausência de experiência direta no cuidado ou na gestão – para profissionais e gestores.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2015), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. A partir de processos de codificação e categorização, os dados foram organizados em núcleos de sentido, permitindo uma análise sistemática das narrativas.

A interpretação foi orientada pela Matriz de Processos Críticos (MPC), com base em Breilh (2019; 2024), possibilitando a identificação e classificação de processos protetores e destrutivos nos níveis individual (histórias de vida e percursos individuais-familiares), particular (condições de vida territoriais) e geral (sistema de produção e macro políticas) da DSS, articulados aos 4 'S' da vida (Soberania, Solidariedade, Sustentabilidade e Biossegurança).

Este estudo é oriundo de uma tese de doutorado e foi desenvolvido em conformidade com as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães (Parecer número 6.884.560/2024).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A representação e discussão simultâneas dos dados são essenciais para preservar a complexidade multideterminada da obesidade como uma sindemia. Informações quantitativas, como indicadores socioeconômicos, ganham maior profundidade quando contextualizadas pelas narrativas dos sujeitos, que expressam as experiências concretas de (sobre)viver e resistir nos territórios.

Assim, a triangulação metodológica realizada neste estudo permitiu compreender como processos macrosociais se expressam nas experiências cotidianas de cuidado, evidenciando contradições entre a organização do sistema de saúde e as condições concretas de vida. Os achados indicam a necessidade de respostas que considerem as múltiplas determinações, evitando intervenções superficiais, fragmentadas e desarticuladas. A análise orientada pela MPC evidenciou que a obesidade, enquanto fenômeno complexo, se configura a partir de tensões entre as dimensões individual, particular e geral, constituindo um campo de disputa entre processos destrutivos e protetores da vida.

A seguir, apresentam-se as quatro subseções alinhadas aos eixos da categoria da MPC, que estabelecem uma contraposição entre o modelo hegemônico de desenvolvimento, centrado no crescimento econômico, e perspectivas orientadas à qualidade de vida e à justiça socioambiental. Essa estrutura possibilitou a articulação dos 4 'S' aos níveis de determinação social da obesidade, evidenciando como processos sociais e institucionais podem, em determinados contextos, reconfigurar práticas de cuidado, contribuindo para sua fragmentação e medicalização.

Eixo 1 - processos críticos protetores e destrutivos: Sustentabilidade

O primeiro 'S' da vida, conforme Breilh (2019), refere-se à Sustentabilidade, entendida como o equilíbrio necessário entre desenvolvimento humano e condições espaciais e ambientais. No contexto estudado, os achados apontam para a presença de condições estruturais de insustentabilidade, expressas por marcadores socioeconômicos relevantes: Recife apresenta 58,5% da população nas classes D e E — o maior percentual entre as capitais do Nordeste do Brasil —, além de elevada proporção de indivíduos com renda familiar mensal até R\$3.500,00, superior à observada em Fortaleza (58,4%) e Salvador (57,9%), de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) (IBGE, 2024).

Esse perfil de desigualdade é reforçado pelos dados dos entrevistados neste estudo que, embora distribuídos em ampla faixa etária (de 30 a 69 anos) e com composição de sexo semelhante, apresentam predominância de pessoas autodeclaradas pardas (75%), baixo nível de escolaridade

(variando entre ensino fundamental incompleto e ensino superior completo) e renda média per capita de R\$1.217,00, inferior ao salário mínimo vigente à época. Destaca-se ainda a presença de um beneficiário do Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC/LOAS), apontando para situações de vulnerabilidade social mais acentuada.

As narrativas dos atores demonstram como essas condições estruturais permeiam as práticas de cuidado e a relação com o corpo e a saúde:

“Considero meu cuidado com a saúde: Péssimo (...) [mas] o peso não influencia na saúde”. (U1)

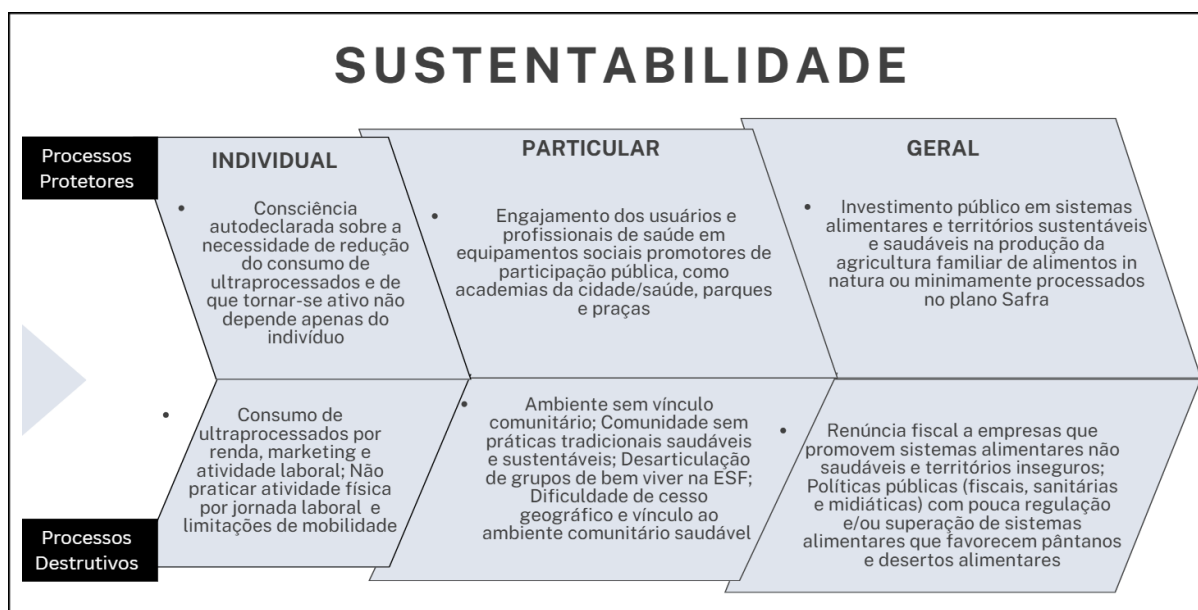
“A gente vê que a condição social, o estilo de vida, atrapalha muito. A maioria são pessoas que não tem condição econômica e compra o prático e o barato. Ou pessoas que trabalham o dia inteiro e vivem no sedentarismo”. (P2)

“Particpei de uma consulta com vários profissionais. E eu estava me sentindo uma cobaia.” (U2)

“Atividades pontuais com profissionais de educação física vão dar conta de questões crônicas? A gente sabe que não”. (MS1)

A análise dos achados, organizada a partir da MPC, permitiu identificar a coexistência de processos protetores e destrutivos nos níveis individual, particular e geral da DSS (Figura 1).

Figura 1 – Matriz de Processos Críticos: Sustentabilidade. Recife, Pernambuco, 2025



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

No nível individual, observam-se processos protetores relacionados à consciência dos participantes sobre a necessidade de redução do consumo de alimentos ultraprocessados e à percepção de que práticas como a atividade física não dependem exclusivamente da vontade individual. Entretanto, tais elementos coexistem com processos destrutivos, como o consumo de ultraprocessados condicionado pela renda, pelas estratégias de marketing e pelas atividades de trabalho, além da limitação à prática de atividade física em função da jornada laboral e de barreiras à mobilidade.

No nível particular, destacam-se como processos protetores o engajamento de usuários e profissionais em equipamentos sociais promotores de participação e convivência, como academias da cidade, parques e espaços comunitários. Por outro lado, processos destrutivos se expressam na fragilização dos vínculos comunitários, na ausência de práticas tradicionais saudáveis e sustentáveis, na desarticulação de iniciativas voltadas ao bem viver no âmbito da ESF e nas dificuldades de acesso a territórios que favoreçam práticas saudáveis.

No nível geral, os processos protetores incluem investimentos públicos em sistemas alimentares mais sustentáveis, como políticas de incentivo à agricultura familiar e à produção de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Em contrapartida, os processos destrutivos se manifestam por meio de políticas fiscais e econômicas que favorecem sistemas alimentares não saudáveis, incluindo incentivos à indústria de ultraprocessados e a permanência de ambientes alimentares inseguros, como desertos alimentares.

Nesse sentido, os achados indicam que o ambiente obesogênico se configura como um cenário crítico de insustentabilidade, no qual coexistem avanços institucionais e contradições estruturais. Enquanto o Estado federal amplia iniciativas voltadas à promoção da segurança alimentar e do bem viver, como as cozinhas solidárias (Brasil, 2024), observa-se, simultaneamente, a manutenção de incentivos econômicos que favorecem a produção e o consumo de alimentos ultraprocessados (JusBrasil, 2025).

Esse cenário está associado à expansão de desertos alimentares e ao aumento da prevalência de obesidade em territórios periféricos (Duran, 2013; Ricardo *et al.*, 2024), corroborando dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE, 2020), que indicam crescimento no consumo de alimentos ultraprocessados entre populações de menor renda.

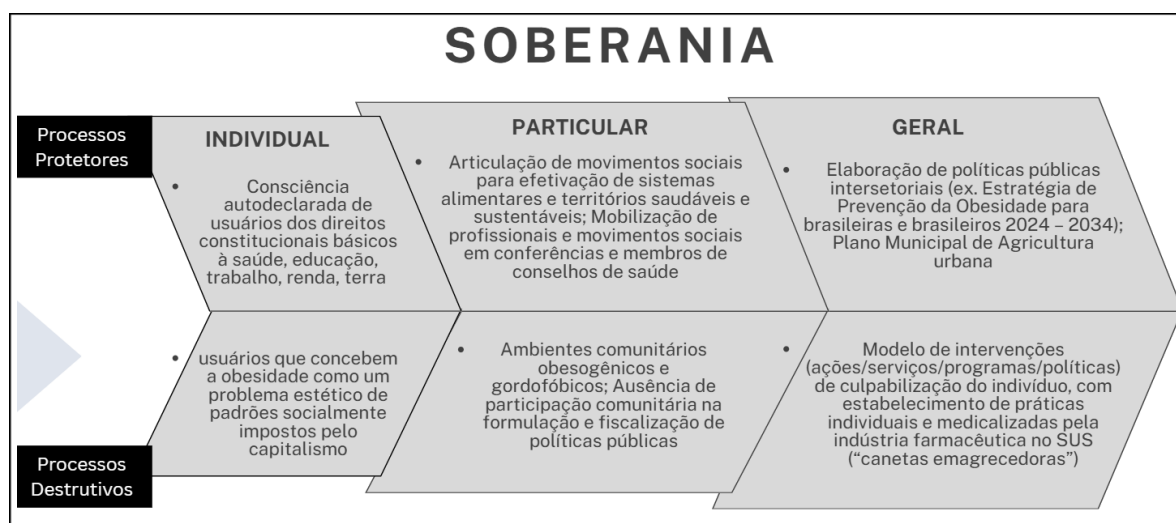
Conforme discutido por Pineda *et al.* (2023), esse modelo alimentar, marcado pela monocultura e pelo uso intensivo de insumos químicos, contribui para a manutenção de padrões alimentares associados às DCNT. Nesse contexto, iniciativas baseadas na agroecologia e em práticas comunitárias emergem como alternativas relevantes, ao promoverem formas mais sustentáveis de produção e acesso aos alimentos.

Tais iniciativas dialogam com a construção de modelos alimentares mais equitativos e sustentáveis, compreendidos como padrões alimentares que promovem saúde e bem-estar, apresentam baixo impacto ambiental, são acessíveis, seguros, equitativos e culturalmente aceitáveis (FAO, 2019), evidenciando o potencial de articulação entre movimentos sociais e políticas públicas na construção de sistemas alimentares mais justos e sustentáveis.

Eixo 2 - processos críticos protetores e destrutivos: Soberania

O segundo 'S' da vida, Soberania, refere-se à capacidade coletiva de indivíduos, comunidades e instituições de influenciar e participar da formulação de políticas e decisões que afetam suas condições de vida e saúde (Breilh, 2019; Schenkman, 2023). Esse eixo evidencia tensões entre processos que fortalecem a participação social e a autonomia coletiva e aqueles que limitam a capacidade de regulação e controle social sobre os determinantes da saúde. A análise dos achados, organizada a partir da MPC, permitiu identificar a coexistência de processos protetores e destrutivos nos níveis individual, particular e geral da DSS (Figura 2).

Figura 2 – Matriz de Processos Críticos: Soberania em Recife (PE), 2025



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

No nível individual, os processos protetores se expressam na consciência, por parte dos usuários, de seus direitos sociais fundamentais, como saúde, educação, trabalho, renda e acesso à terra. Em contrapartida, processos destrutivos se manifestam na internalização da obesidade como um problema exclusivamente estético e individual, descolado de seus determinantes sociais.

No nível particular, destacam-se como processos protetores a articulação de movimentos sociais e a participação de usuários e profissionais em espaços de controle social, como conferências e conselhos de saúde, favorecendo a construção de sistemas alimentares e territórios mais saudáveis. Por outro lado, processos destrutivos se expressam na presença de ambientes comunitários obesogênicos e gordofóbicos, bem como na limitada participação social na formulação e fiscalização de políticas públicas.

No nível geral, os processos protetores incluem a formulação de políticas públicas intersetoriais voltadas à promoção da saúde e da alimentação adequada, como a Estratégia de Prevenção da Obesidade (2024–2034) e o Plano de Agroecologia Urbana do Recife (PAUR). Em contrapartida, processos destrutivos se manifestam na predominância de modelos de intervenção centrados na culpabilização individual, na medicalização do cuidado e na influência de interesses econômicos sobre as práticas de saúde, incluindo a indução ao uso de tecnologias e produtos voltados à perda de peso.

Na arena de produção, o Plano Agrícola Safra 2023-2024 (Brasil, 2023), mesmo quando comparado com o incentivo multibilionário ao agronegócio, também é relevante na medida em que contribui para o progresso, com um aumento de 34% nos investimentos para a agricultura familiar (R\$77,7 bilhões), os quais contemplam linhas de ação específicas orientadas para estratégias de produção orgânica e agroecológica, que estão estrategicamente alinhadas com o PAUR (Recife, 2021).

Paralelamente, a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 7.788, em tramitação no Supremo Tribunal Federal (STF), busca impedir a implementação de regulamentações sobre a publicidade de alimentos não saudáveis, como a RDC nº 24/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Esse cenário evidencia disputas institucionais que podem limitar a capacidade regulatória do Estado no enfrentamento dos determinantes da obesidade, especialmente no contexto da circulação ampliada de produtos ultraprocessados e da fragilidade de mecanismos de controle sobre sua comercialização (Oliveira-Costa, 2023).

Essas contradições são apontadas nas narrativas dos atores-chaves:

"Como é que eu falo de linha de cuidado se eu não tenho medicamento pra obesidade? (...) Cada dia tem uma injeçãozinha nova mágica." (G2)

"O agro é veneno. E na reforma agrária a gente planta discutindo principalmente a questão da alimentação saudável (...) Algumas pessoas estavam adoecendo... contaminadas por agrotóxico. De onde está vindo esse veneno?" (MS2)

"Tem paciente que não tem, às vezes não tem nem geladeira em casa. Então, o que ele tem de opção? Ele tende a comer muito carboidrato (...) termina comprando produto que é mais em conta." (P7)

"A gente reflete sobre alimentos ultraprocessados, mas não enfrenta a indústria." (MS1)

"A demanda maior e a cobrança maior é por números, é por atendimentos, é pela questão da assistência (...) a visão agora é muito mais consultório." (P4)

Observa-se que a Soberania no campo da saúde é tensionada por dinâmicas que, ao mesmo tempo em que ampliam espaços de participação e formulação de políticas, também limitam a capacidade de enfrentamento dos determinantes estruturais da obesidade. Conforme discutido por Figueiredo e Recine (2021), a soberania regulatória, quando articulada à sociedade civil, pode atuar como elemento de contenção de interesses econômicos, embora enfrente desafios relacionados à influência de atores corporativos e à complexidade dos processos decisórios (Jayasinghe *et al.*, 2023).

Assim, os resultados indicam que o fortalecimento da soberania em saúde está associado à ampliação da participação social qualificada, à integração de políticas intersetoriais e ao desenvolvimento de

estratégias que considerem os determinantes sociais do adoecimento, evitando respostas centradas exclusivamente no indivíduo.

Enquanto a saúde for considerada uma mercadoria, e não um direito, o trabalho dos profissionais será, no máximo, um paliativo heroico em um sistema estruturalmente saturado (Gordon-Larsen; Heymsfield, 2018). Portanto, entende-se que é crucial fortalecer o planejamento participativo; investir na educação permanente; articular a Equipe Multiprofissional (eMulti) como apoio real para os territórios mais vulneráveis; e integrar ações com equipamentos sociais territoriais (Enito *et al.*, 2023). A verdadeira soberania deve se articular por meio da organização popular e da reconstrução do Estado como garantidor, não reproduzidor, das lógicas mercantis.

Eixo 3 - processos críticos protetores e destrutivos: Solidariedade

O terceiro 'S' da vida, Solidariedade, refere-se à construção de vínculos sociais e de uma consciência coletiva orientada à equidade na distribuição das condições de vida e saúde, especialmente em contextos de vulnerabilidade (Breilh, 2019). Esse eixo destaca as tensões entre processos que fortalecem o cuidado coletivo, que emerge como forma de resistência, e aqueles que reforçam a fragmentação social e a individualização do adoecimento, na lógica hegemônica do modelo biomédico.

A análise, organizada a partir da MPC, expõe uma tensão fundamental entre mecanismos protetores que promovem a coerência social e aqueles destrutivos que aprofundam a divisão comunitária (Figura 3) (Moreno, 2020).

Figura 3 – Matriz de Processos Críticos: Solidariedade. Recife, Pernambuco, 2025



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

No nível individual, processos protetores se expressam em práticas de cuidado compartilhado e apoio familiar, enquanto processos destrutivos incluem a internalização de padrões estéticos e distorções na imagem corporal, associados a sofrimento psíquico e distúrbios alimentares.

No nível particular, destacam-se como processos protetores iniciativas coletivas como refeições compartilhadas, hortas comunitárias e feiras agroecológicas, que fortalecem vínculos sociais e práticas alimentares mais saudáveis. Essas experiências, frequentemente conduzidas por mulheres, configuram espaços de cuidado e suporte social. No entanto, ocorrem em um contexto de destruição sistêmica profunda, que opera em níveis variados (Ferreira; Andrade, 2021). Em contrapartida, processos destrutivos se manifestam no enfraquecimento de vínculos comunitários, no distanciamento entre usuários e equipamentos sociais territoriais e na predominância de práticas centradas no atendimento individual.

No nível geral, os processos destrutivos incluem a desigual distribuição de recursos urbanos e sociais, como evidenciado pela concentração de áreas verdes em bairros de maior renda (Quadro 1), além de desigualdades econômicas que impactam diretamente o acesso à alimentação adequada. Como

demonstrado por Rodrigues, Costa e Salles-Costa (2024), os 20% mais pobres destinam proporção significativamente maior de sua renda à alimentação em comparação aos mais ricos.

Nesse contexto, as restrições de renda influenciam o acesso a alimentos *in natura* ou minimamente processados, favorecendo a maior participação de alimentos ultraprocessados na dieta, em função de seu menor custo relativo, maior disponibilidade e praticidade, especialmente em contextos de precarização das condições de vida e de trabalho.

Quadro 1 – Distribuição de parques e praças do Recife (PE) por endereço e zona da cidade, 2025

Nome	Endereço	Zona
Parque Santana - Ariano Suassuna	Av. Professor José dos Anjos, s/n - Macaxeira	Zona Norte
Parque Urbano da Macaxeira	Avenida Norte Miguel Arraes de Alencar, s/n - Macaxeira	Zona Norte
Jardim do Baobá	Praça da República, s/n - Santo Antônio	Zona Central
Parque da Jaqueira	Rua do Futuro, 959 - Jaqueira	Zona Norte
Parque das Graças	Rua Dom Sebastião Leme, s/n - Graças	Zona Norte
Parque Dona Lindu	Av. Boa Viagem, s/n - Boa Viagem	Zona Sul
Parque Jardim do Poço	Av. Dezesete de Agosto, 2069 - Poço da Panela	Zona Norte
Jardim Secreto	R. Marquês de Tamandaré - Poço da Panela	Zona Norte
Parque Treze de Maio	Rua Fernandes Vieira, 405 - Boa Vista	Zona Central
Parque e Centro Esportivo Santos Dumont	Av. Engenheiro Domingos Ferreira - Boa Viagem	Zona Sul
Parque do Jiquiá	Av. Central - Jiquiá	Zona Oeste
Parque do Caiara	Tv. Dr. José Anastácio da Silva Guimarães - Iburá	Zona Sul
Parque Arraial do Bom Jesus	Rua Jouberte de Carvalho s/n - Casa amarela	Zona Norte
Parque de Apipucos	Praça Apipucos, S/N - Apipucos	Zona Norte
Parque da Tamarineira	Av. Conselheiro Rosa e Silva, 2130 - Tamarineira	Zona Norte
Primeiro Jardim de Boa Viagem	Av. Boa Viagem, 1156-1220 - Boa Viagem	Zona Sul
Segundo Jardim de Boa Viagem	Av. Boa Viagem, 1590 - Boa Viagem	Zona Sul
Parque dos Manguezais	Av. Via Mangue, s/n - Jordão	Zona Sul
Cais da Vila do Vintém	Rua Afonso de Albuquerque Melo, s/n - Santana	Zona Norte
Parque Dr. Arnaldo Assunção	R. Manuel Alves Deus Dara, s/n - Mustardinha	Zona Oeste
Praça Dom Miguel Valverde	R. Amaro Coutinho, 221 - Encruzilhada	Zona Norte

Fonte: Adaptado de Prefeitura do Recife, 2025.

As narrativas dos entrevistados refletem essa dialética de fragilidade institucional e, simultaneamente, a construção de redes de cuidado solidário:

"A obesidade é necessária, a mortalidade materna, ela é urgente. Então, o nível de urgência e de vulnerabilidade foi que definiu as outras linhas de cuidado." (G2)

"Esse usuário, normalmente, ele não é só visto, ele é mais visto se ele tem comorbidades. E não só se ele tiver só a obesidade... não há um acompanhamento sistemático." (P3)

"A demanda dos usuários geralmente é uma demanda em torno de 'eu quero minha consulta individual'... tem perdido um pouco essa dimensão do grupo, do coletivo... um recorte muito neoliberal. Individualista." (P5)

"A gente colhe, a gente se acolhe... a gente chega aqui com problema... só o fato de eu escutar elas, o acolhimento que elas me dão, é muito importante pra mim." (MS3)

"Eu meio que fui adotado... o pessoal daqui, que é amigo da minha família... decidi ficar comigo, pra cuidar de mim. Quem faz a feira aqui não sou eu... quem cozinha é a menina daqui." (U3)

"Os custos estão um pouco elevados... é muito mais prático pegar uma coisa mais fácil." (U4)

"Cuidado da minha mulher (...) eu cozinho muito pouco. Só o que eu sei fazer é fritar o ovo e coar café." (U2)

A obesidade tende a ser reconhecida pelo SUS apenas quando associada a comorbidades, revelando uma lógica medicalizante em que a ênfase recai mais sobre o tratamento de doenças já instaladas do que sobre a promoção da saúde (Nilson *et al.*, 2020). Essa abordagem reducionista desconsidera a determinação social e contribui para a fragmentação do cuidado, gerando frustração entre os usuários e sobrecarga para os profissionais.

Adicionalmente, observa-se a influência de estratégias de comunicação e marketing que podem reforçar padrões alimentares não saudáveis e distanciar práticas tradicionais de cuidado (Oliveira-Costa, 2023).

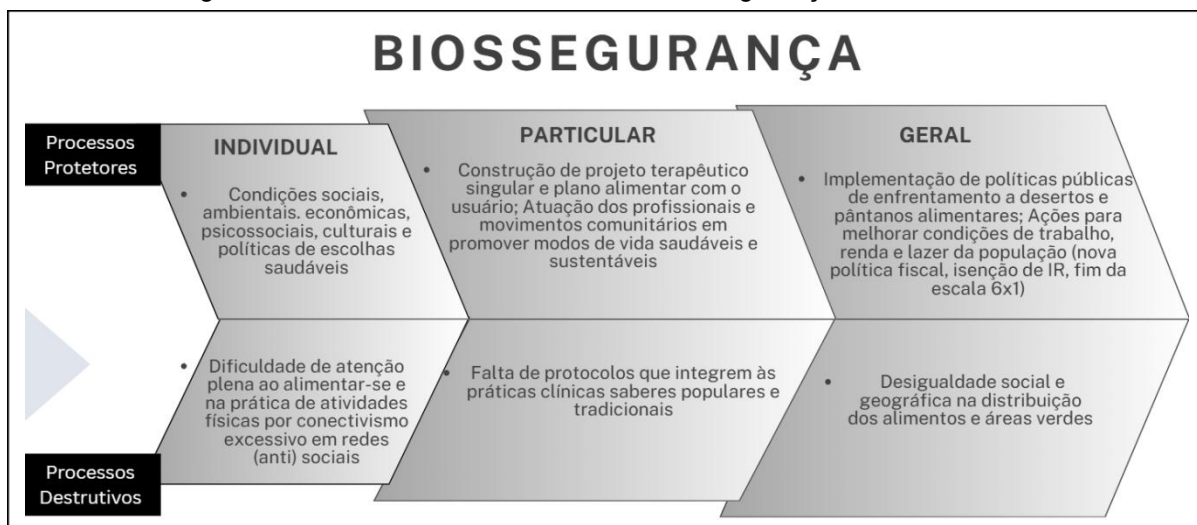
Nesse cenário, iniciativas baseadas na organização comunitária e na construção de redes de apoio emergem como estratégias relevantes para o fortalecimento da solidariedade, ao favorecer a redistribuição de responsabilidades no cuidado, a valorização da comensalidade e a ampliação do papel dos equipamentos sociais como espaços de convivência, acolhimento e promoção da saúde (Breilh, 2019; Moreno, 2020; Ochoa-Brezmes *et al.*, 2023).

Eixo 4 - processos críticos protetores e destrutivos: Biossegurança

O quarto 'S' da vida, Biossegurança (ser saudável), é caracterizado pela criação de condições para processos protetores de promoção da saúde e bem viver que são construídos sobre diversas potencialidades em torno de modos de vida (Breilh, 2019; Gomes; Gurgel; Fernandes, 2022). Esse eixo avalia se a organização da cidade e da política pública causa influência direta no "Tempo Vital", como se apresenta nos fatores protetores do envelhecimento natural segundo Duarte *et al.* (2024), elementos funcionais que determinam o *status* de obesidade.

A análise dos achados, organizada a partir da MPC, demonstrou a coexistência de processos protetores e destrutivos nos níveis individual, particular e geral da DSS (Figura 4).

Figura 4 – Matriz de Processos Críticos: Biossegurança em Recife, 2025



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

No nível individual, os processos protetores se relacionam às condições sociais, ambientais, econômicas, psicossociais e culturais que favorecem escolhas saudáveis, bem como à existência de

políticas que ampliam essas possibilidades. Entretanto, processos destrutivos se manifestam na dificuldade de adoção de práticas como alimentação consciente e atividade física, associadas, entre outros fatores, ao excesso de conectividade digital, à sobrecarga cotidiana e à limitação de tempo disponível para o autocuidado.

No nível particular, destacam-se como processos protetores a construção de projetos terapêuticos singulares e a atuação articulada entre profissionais de saúde e movimentos comunitários na promoção de modos de vida saudáveis e sustentáveis. Por outro lado, processos destrutivos incluem a ausência de protocolos que integrem saberes clínicos com conhecimentos populares e tradicionais, limitando a integralidade do cuidado.

No nível geral, os processos protetores incluem a implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento de desertos e pântanos alimentares, bem como ações que buscam melhorar as condições de trabalho, renda e acesso ao lazer. Em contrapartida, processos destrutivos se expressam na persistência de desigualdades sociais e territoriais, que impactam a distribuição de alimentos saudáveis e de áreas verdes, influenciando diretamente as condições de saúde da população.

O contexto empírico do Recife evidencia tensões entre o planejamento urbano e as condições concretas de vida da população. O Plano Diretor (Recife, 2018) prevê a ampliação de espaços de lazer e mobilidade ativa, como parques e ciclovias ao longo do rio Capibaribe; entretanto, dados do *TomTom Traffic Index* (2024) indicam que a cidade apresenta elevados níveis de congestionamento, com impacto significativo no tempo de deslocamento — estimado em 22 minutos e 40 segundos para percorrer 10 km, totalizando cerca de 116 horas anuais em trânsito.

Essas condições influenciam diretamente o tempo disponível para o cuidado em saúde, especialmente em contextos de jornadas de trabalho prolongadas, privação de sono e deslocamentos extensos, afetando de forma mais intensa populações em situação de maior vulnerabilidade social, como mulheres residentes em territórios periféricos. Além disso, a ausência de espaços públicos seguros e acessíveis compromete o direito ao lazer (Neca; Santana; Rechia, 2021) e dificulta a adoção de práticas de mobilidade ativa (Florindo *et al.*, 2024).

A gordofobia também se apresenta como um elemento relevante nesse contexto, manifestando-se por meio de experiências de estigmatização e discriminação. Dados da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) (2022) indicam que 85,3% das pessoas com obesidade já sofreram algum tipo de discriminação, enquanto 61,5% relataram não se sentir bem-vindas em serviços de saúde, evidenciando a reprodução de estigmas que tendem a individualizar um fenômeno socialmente determinado.

As narrativas dos atores reforçam essas dinâmicas:

"Tem usuário que vem toda semana, já são conhecidos nossos, já são nossos mascotes, (...) mas a necessidade deles não é clínica. Quer dizer, é clínica, mas não essa clínica alopática... é de acolhimento, é de escuta." (G1)

"Você gasta o que não gastou no cuscuz orgânico em remédio depois." (MS2)

"A localidade é cortada por córregos. É córregos e tudo alto... tudo cheio de escadaria... a gente sabe a dificuldade que é você ter um espaço naquela área para que as pessoas possam praticar atividade física." (P3)

"As pessoas preferem culpar quem é doente, do que ajudar o próprio paciente." (P6)

"O dia que eu teria livre para isso seria aos domingos... é um pouco difícil encaixar (...) por conta da jornada de trabalho." (U4)

Os resultados indicam que a organização do território constitui um determinante relevante da saúde, influenciando diretamente as possibilidades de adoção de práticas saudáveis. Barreiras físicas, como relevo acidentado e ausência de infraestrutura urbana adequada, limitam a mobilidade e o acesso a espaços de lazer, contribuindo para a reprodução de padrões sedentários e para a ampliação de desigualdades em saúde (Santos; Fontão, 2022; Bouças, 2017).

Nesse sentido, os achados apontam para a necessidade de abordagens que considerem as condições estruturais e territoriais na promoção da saúde, incluindo a articulação intersetorial entre saúde,

assistência social e planejamento urbano, bem como estratégias que enfrentem estigmas e desigualdades no acesso ao cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no arcabouço da Epidemiologia Crítica e na teoria da DSS de Jaime Breilh, este estudo analisou os processos críticos — protetores e destrutivos — que permeiam o cuidado integral e longitudinal da obesidade no contexto de Recife. A partir da articulação entre os níveis individual, particular e geral e dos quatro 'S' da vida — Sustentabilidade, Soberania, Solidariedade e Biossegurança —, foi possível evidenciar a complexidade do fenômeno, compreendido como uma sindemia que demanda abordagens para além de perspectivas reducionistas. Os resultados indicam que o cuidado à obesidade se configura em um campo de tensões, no qual coexistem processos que favorecem práticas de cuidado mais integradas e coletivas e outros que contribuem para a fragmentação do cuidado e para a centralidade de abordagens individualizantes. Essas dinâmicas se expressam nas condições de vida, na organização dos serviços de saúde, nas características do território e nas políticas públicas, evidenciando a natureza multidimensional do fenômeno.

A opção por um estudo de caso em dois distritos de saúde, embora limite a generalização dos achados, possibilitou uma análise aprofundada das contradições presentes no contexto urbano investigado. Nesse sentido, os resultados apresentam potencial de transferibilidade analítica para outros contextos com características semelhantes, especialmente em cenários marcados por desigualdades sociais e territoriais.

Os achados também apontam para a relevância de estratégias que ampliem a integração entre políticas públicas, fortaleçam a participação social e considerem os determinantes sociais e territoriais da obesidade na organização do cuidado. Destacam-se, nesse sentido, iniciativas relacionadas à regulação rigorosa da indústria de alimentos ultraprocessados; ao fortalecimento da agricultura familiar e agroecológica como fundamento da soberania alimentar; ao fortalecimento de práticas comunitárias de cuidado; à qualificação de ações intersetoriais envolvendo saúde, assistência social e planejamento urbano; e à reestruturação urbana, que assegure biossegurança e o direito à cidade.

Por fim, este estudo reforça a importância de abordagens que reconheçam a obesidade como um fenômeno socialmente determinado, exigindo a superação da lógica mercantil ainda prevalente sobre a saúde, cuja compreensão e enfrentamento requerem a articulação entre diferentes níveis de análise e a valorização de práticas de cuidado que transcendam o âmbito estritamente biomédico.

REFERÊNCIAS

AGNATO, M. *et al.* The impact of fast food marketing on brand preferences and fast food intake of youth aged 10–17 across six countries. **BMC Public Health**, Londres, v. 23, n. 1, p. 1-18, jul. 2023. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16158-w>

ALMEIDA-FILHO, N. Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: hacia una pandemiología de enfermedades emergentes. **Salud Colect**, Lanús, v. 17, e3748, 2021. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Obesidade e a Gordofobia: Percepções 2022**. 2022. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2022/06/ebook_gordofobia-1.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2015.

BOUÇAS, L. O trabalho na rua: uma relação entre espaço público, planejamento e direito à cidade. **GOT Revista de Geografia e Ordenamento do Território**, Porto, n. 12, p. 49-73, dez. 2017. <https://doi.org/10.17127/got/2017.12.003>

BRASIL. **Decreto nº 11.937, de 5 de março de 2024**. Regulamenta o Programa Cozinha Solidária. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 mar. 2024. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2024/decreto-11937-5-marco-2024-795354-publicacaooriginal-171159-pe.html>. Acesso em 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel 2023: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>. Acesso em 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Estratégia de Prevenção da Obesidade para brasileiras e brasileiros 2024 – 2034**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2024. 55 p. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/estrategia-de-prevencao-da-obesidade-para-brasileiras-e-brasileiros-2024-2034-abordagem-da-obesidade-como-um-problema-social-com-abordagem-intersectorial-e-interseccional>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar. **Plano Safra da Agricultura Familiar 2023/2024: Mais valor para quem alimenta o Brasil**. Brasília, DF: MDA, 2023. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202407/com-reducao-de-juros-para-alimentos-basicos-plano-safra-da-agricultura-familiar-tem-recorde-de-r-76-bilhoes-no-credito-rural>. Acesso em: 10 out. 2024.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia**. São Paulo: Hucitec Editora, 2024.

BREILH, J. Ciencia crítica para evaluación de impactos en la salud colectiva - ecosistemas (una operacionalización de las 4 “S” de la vida). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 37, n. 2, 2019.

CUEVAS BARRON, G. et al. Universal health coverage is a matter of equity, rights, and justice. **The Lancet Global Health**, Londres, v. 11, n. 9, p. e1335-e1336, set. 2023. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00317-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00317-0)

DUARTE, F. R. et al. Leisure-time physical activity as a key protective factor against cognitive decline in older adults: an isotemporal substitution analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 1-13, 2024. <https://doi.org/10.1590/0102-311xen046523>

ENITO, L. R. et al. Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». **Revista Clínica de Medicina de Familia**, Albacete, v. 16, n. 3, p. 286-292, out. 2023.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **Sustainable healthy diets: guiding principles**. Rome: FAO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516648>. Acesso em: 23 mar. 2026.

FERREIRA, C. S.; ANDRADE, F. B. Desigualdades socioeconômicas associadas ao excesso de peso e sedentarismo em adolescentes brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1095-1104, mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09022019>

FIGUEIREDO, A. V. A.; RECINE, E. A regulação de produtos alimentícios ultraprocessados: o desafio de governar o mercado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 1-13, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00207220>

FLORINDO, A. A. et al. Como melhorar a mobilidade ativa em São Paulo, Brasil? Inquérito com lideranças de organizações não governamentais e com gestores públicos e privados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, p. 1-14, 2024. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt117323>

GOMES, W. S.; GURGEL, I. G. D.; FERNANDES, S. L. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 143, p. 140-161, 2022. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.275>

GORDON-LARSEN, P.; HEYMSFIELD, S. B. Obesity as a disease, not a behavior. **Circulation**, Philadelphia, v. 137, p. 1543-1545, 2018. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.032780>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 14 ago. 2025.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares: POF 2017-2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/24786-pesquisa-de-orcamentos-familiares-2.html>. Acesso em: 14 ago. 2025.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua)**. 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>. Acesso em: 14 ago. 2025.
- JAYASINGHE, S. et al. "An Ounce of Prevention is Worth a Pound of Cure": Proposal for a Social Prescribing Strategy for Obesity Prevention and Improvement in Health and Well-being. **JMIR Research Protocols**, Toronto, v. 12, e41280, 2023. <https://doi.org/10.2196/41280>
- JUSBRASIL. **Supremo Tribunal Federal STF - Ação direta de inconstitucionalidade: ADI 7788 DF**. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/3759984000/inteiro-teor-3759984024>. Acesso em: 17 set. 2025.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.
- MIRANDA-MENDIZÁBAL, A. et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 34, p. 340-349, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.009>
- MORENO, L. D. C. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. **Revista Ciencia de la Salud**, Bogotá, v. 18, p. 1-17, 19 maio 2020. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>
- NECA, B. D. R.; SANTANA, D. T.; RECHIA, S. Produção do conhecimento sobre políticas públicas de lazer no Brasil: análise em base de dados multidisciplinar. **Licere**, Belo Horizonte, v. 24, n. 4, p. 357-397, dez. 2021. <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2021.37731>
- OCHOA-BREZMES, J. et al. Uso de móviles, problemas de sueño y obesidad em una zona de exclusión social. **Anales de Pediatría**, Barcelona, v. 98, n. 5, p. 344-352, maio 2023. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.12.008>
- OLIVEIRA, C. R. F. et al. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00119318, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00119318>
- OLIVEIRA-COSTA, M. S. A publicidade infantil de alimentos: desafios à gestão federal do SUS e oportunidades para a comunicação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 1-12, 2023. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023220916pt>
- 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**, São Paulo, v. 29, n. 1, e190227, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190227>
- RECIFE. **Decreto nº 31.887, de 24 de outubro de 2018**. Dispõe sobre o processo de convocação, organização e participação na Conferência para Revisão do Plano Diretor, aprovado pela Lei Municipal nº 17.511/2008. Diário Oficial do Município do Recife, Recife, 25 out. 2018. 8 p. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/decreto/2018/3189/31887/decreto-n-31887-2018-dispoe-sobre-o-processo-de-convocacao-organizacao-e-participacao-na-conferencia-para-revisao-do-plano-diretor-aprovado-pela-lei-municipal-n-17511-2008>. Acesso em: 25 ago. 2025.
- RECIFE. Prefeitura Municipal. **Plano de Agroecologia Urbana do Recife**. Recife: Prefeitura do Recife, 2021. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/agricultura%20urbana>. Acesso em: 25 ago. 2025.
- RECIFE. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Recife: Prefeitura da cidade do Recife, 2023. 263 p. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/servico/plano-municipal-de-saude-pms-2022-2025>. Acesso em: 25 ago. 2025.
- RECIFE. **Parques e Praças**. Recife: Prefeitura do Recife, 2025. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/servico/parques-e-pracas-2>. Acesso em: 25 ago. 2025.

RODRIGUES, A. V.; COSTA, D. M.; SALLES-COSTA, R. Desigualdades de gênero e renda das famílias brasileiras: implicações para a segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1-13, maio 2025. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025305.11662023>

RODRIGUES, L. S.; MIRANDA, N. G.; CABRINI, D. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, p. 1-14, 2023. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt240322>

SANTOS, M. L.; FONTÃO, P. A. B. Território alimentar em disputa: A constituição de desertos e pântanos alimentares a partir da lógica de distribuição de ultraprocessados. **Hygeia**, Uberlândia, p. 34-45, 2022. <https://doi.org/10.14393/Hygeia64154>

SCHENKMAN, S. Epidemiologia e emancipação humana: uma revisita aos princípios da justiça. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 269-291, jan.-mar. 2023. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313618>

SILVA, L. E. S. *et al.* Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, e2926, 2021. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100008>

TOMTOM. **TomTom Traffic Index**. 2024. Disponível em: <https://www.tomtom.com/traffic-index/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Atlas 2025**. London: World Obesity Federation, 2025. 274 p. Disponível em: <https://data.worldobesity.org/publications/world-obesity-atlas-2025-v7.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.