

CAPÍTULO 3

AÇÕES EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO EM SAÚDE

Maria Solange Coimbra Alves Flor¹;

E-mail: maria_solange19@outlook.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-4762-7027>

Lise Maria Pinheiro de Mattos Brito²;

E-mail: lisebrito2@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5710-6736>

Sérgio Silva Monte³;

E-mail: sergiomonte2006@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-5836-1284>

Gilson de Souza Almeida⁴;

E-mail: gilson_2souza@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-4010-7888>

Maria Ozilene Rodrigues Batista⁵;

E-mail: ozilene.batista@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-3827-5104>

Ana Claudia Parente Silveira⁶;

E-mail: c-parente@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-1050-8928>

Francisca Débora Carneiro Melo Macedo⁷.

E-mail: f.deboracarneiro@gmail.com

RESUMO: **Introdução:** A obesidade e o sobrepeso representam importantes problemas de saúde pública, associados ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis. **Objetivo:** relatar a experiência de uma intervenção multiprofissional realizada na Atenção Primária à Saúde, voltada à promoção de hábitos saudáveis em indivíduos com excesso de peso. **Metodologia:** Trata-se de uma intervenção em saúde desenvolvido por equipe de uma Unidade Básica de Saúde, com participação de médica, nutricionista e educador físico, em comunidade rural. As ações incluíram avaliação antropométrica, orientações nutricionais, prática de atividade física adaptada, educação em saúde

e oficina de alimentação saudável. Após um mês, os participantes foram reavaliados. **Resultados e discussão:** Embora não tenha sido observada perda de peso significativa na maioria dos indivíduos, verificaram-se melhorias relevantes, como redução de medidas corporais, melhora da pressão arterial e dos níveis glicêmicos, além de benefícios subjetivos como maior bem-estar e redução de dores. **Conclusão:** A intervenção demonstrou impacto positivo na qualidade de vida e na conscientização dos participantes, reforçando a importância de ações contínuas e multiprofissionais na Atenção Básica para o enfrentamento da obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Obesidade. Promoção da Saúde. Sobrepeso.

EDUCATIONAL ACTIONS TO PROMOTE HEALTHY EATING AND PHYSICAL ACTIVITY IN PRIMARY HEALTH CARE: A HEALTH INTERVENTION

ABSTRACT: **Introduction:** Obesity and overweight represent major public health problems, associated with an increase in chronic non-communicable diseases. **Objective:** To report the experience of a multiprofessional intervention carried out in Primary Health Care, aimed at promoting healthy habits in individuals with excess weight. **Methodology:** This is an experience report developed by a team from a Basic Health Unit, with the participation of a physician, nutritionist, and physical educator, in a rural community. The actions included anthropometric assessment, nutritional guidance, adapted physical activity, health education, and a healthy eating workshop. After one month, the participants were reassessed. **Results and discussion:** Although significant weight loss was not observed in most individuals, relevant improvements were verified, such as reduction in body measurements, improvement in blood pressure and glycemic levels, as well as subjective benefits such as greater well-being and reduction of pain. **Conclusion:** The intervention demonstrated a positive impact on the quality of life and awareness of the participants, reinforcing the importance of continuous and multiprofessional actions in Primary Care to address obesity.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Education. Obesity. Health Promotion. Overweight.

INTRODUÇÃO

A obesidade é reconhecida como uma doença crônica, complexa, progressiva e multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua ocorrência resulta da interação entre fatores genéticos, ambientais, sociais, emocionais, econômicos e culturais, configurando-se como um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea (ABESO, 2022). Em escala mundial, a elevada prevalência da obesidade tem contribuído para o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial, distúrbios respiratórios, alterações osteomusculares e diversas outras condições que comprometem a qualidade de vida e elevam os custos dos sistemas de saúde (Machado; Almeida; Maynard, 2023).

No Brasil, esse cenário representa um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), que enfrenta crescente demanda por atendimentos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis associadas ao excesso de peso. Estima-se que o tratamento da obesidade gere despesas de aproximadamente R\$ 380 milhões anuais ao sistema público de saúde (Nilson *et al.*, 2020). Dados do Vigitel (2019) demonstram que 20,3% dos adultos brasileiros apresentavam obesidade, com maior prevalência entre as mulheres. Paralelamente, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2022) aponta que a prevalência da obesidade aumentou mais de 70% nas últimas décadas, evidenciando a necessidade de fortalecer políticas públicas voltadas à promoção da saúde e à prevenção dessa condição.

Além das repercussões físicas, a obesidade relaciona-se a importantes aspectos psicológicos e comportamentais, incluindo ansiedade, alterações de autoestima e compulsão alimentar, que podem interferir no comportamento alimentar e dificultar o manejo da condição (Silva; Gondo, 2021). Soma-se a isso a transformação dos hábitos de vida da população, marcada pelo aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares, gorduras e sódio, aliado à redução da prática regular de atividade física em decorrência da urbanização e do avanço tecnológico, configurando um ambiente obesogênico que favorece o ganho de peso (Monteiro *et al.*, 2019).

Outro aspecto relevante refere-se às desigualdades sociais que permeiam a ocorrência da obesidade. Populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica podem enfrentar barreiras relacionadas ao acesso a alimentos adequados e saudáveis e às condições necessárias para a adoção de modos de vida saudáveis, tornando a prevenção e o controle da obesidade mais complexos. Nesse contexto, estratégias intersetoriais que articulem diferentes setores e políticas públicas são fundamentais para promover alimentação adequada, modos de vida saudáveis e atenção integral às pessoas com sobrepeso e obesidade (Pinheiro *et al.*, 2019).

Diante desse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico no enfrentamento da obesidade por constituir a principal porta de entrada do SUS e por desenvolver ações contínuas de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal dos usuários. A atuação das equipes multiprofissionais, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e demais profissionais da saúde, possibilita uma abordagem integral que contempla não apenas os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais, culturais e emocionais relacionados ao excesso de peso. Por meio de orientações nutricionais, incentivo à prática de atividade física, educação em saúde, acompanhamento do estado nutricional e desenvolvimento de oficinas educativas, torna-se possível estimular mudanças de comportamento capazes de reduzir os fatores de risco associados à obesidade.

Considerando que a obesidade representa um estado inflamatório crônico do tecido adiposo e constitui fator de risco para diversas doenças, emerge a necessidade de desenvolver intervenções efetivas no âmbito da Atenção Primária. Assim, este estudo busca responder à seguinte problemática: de que forma um projeto de intervenção baseado em orientação nutricional, acompanhamento do estado nutricional, grupos de atividade física, ações de educação em saúde e oficinas conduzidas por equipe multiprofissional em uma Unidade Básica de Saúde da Família pode contribuir para a prevenção e o

combate à obesidade? Parte-se da hipótese de que ações educativas voltadas à alimentação saudável e à prática regular de atividade física exercem papel decisivo na prevenção e no enfrentamento da obesidade, uma vez que atuam diretamente sobre seus determinantes comportamentais e sociais.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de desenvolver estratégias de promoção da saúde compatíveis com a realidade da comunidade atendida. Muitos usuários da Atenção Primária não possuem acesso regular a nutricionistas, academias ou programas específicos para controle do peso, tornando imprescindível a utilização de intervenções simples, acessíveis e adaptadas às condições socioeconômicas locais. O fortalecimento da educação em saúde favorece o autocuidado, amplia o conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis, incentiva a prática de atividade física e fortalece o vínculo entre os profissionais da saúde e a comunidade, contribuindo para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

Além disso, intervenções desenvolvidas no âmbito da APS apresentam maior potencial de sustentabilidade por estarem inseridas no cotidiano da população, possibilitando acompanhamento contínuo, identificação precoce de fatores de risco e adoção de estratégias coletivas, como grupos educativos, rodas de conversa e atividades comunitárias. Essas ações favorecem a troca de experiências, aumentam a adesão às mudanças de estilo de vida e estimulam a construção de uma cultura permanente de promoção da saúde.

Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo geral promover ações educativas que incentivem a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física no contexto da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a prevenção e o controle da obesidade, para a melhoria da qualidade de vida da população e para o fortalecimento das ações de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

MÉTODO

Trata-se de um relato de intervenção em saúde, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada no município de Sertânia, Pernambuco. A proposta consistiu na implementação de um conjunto de ações educativas voltadas à promoção da alimentação saudável, ao incentivo da prática regular de atividade física e ao fortalecimento do autocuidado entre usuários com sobrepeso, obesidade ou fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis. Trata-se de uma intervenção do tipo antes e depois, sem grupo controle, fundamentada na perspectiva de que ações multiprofissionais desenvolvidas na APS podem contribuir para a modificação de hábitos de vida e para a prevenção de agravos relacionados ao excesso de peso.

A intervenção foi realizada na UBSF Campos, unidade que atende predominantemente população residente em área rural, caracterizada por diferentes condições socioeconômicas e por limitações de acesso contínuo a serviços especializados de saúde, espaços destinados à prática de atividade física e alimentação saudável. A escolha desse cenário justifica-se pelo papel estratégico da Atenção Primária como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela

promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento longitudinal da população adscrita, possibilitando o desenvolvimento de intervenções adaptadas às necessidades e à realidade local.

Participaram da intervenção usuários previamente identificados pela equipe de saúde por meio de busca ativa, apresentando sobrepeso, obesidade ou fatores de risco relacionados. A equipe multiprofissional envolvida foi composta por médica, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, técnica de enfermagem, coordenação da unidade e agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo planejamento, execução e acompanhamento das atividades. Ao todo, 22 pessoas estiveram envolvidas nas ações, sendo considerados para fins de análise os 15 usuários que participaram das etapas principais da intervenção, incluindo avaliação inicial, atividades educativas e reavaliação. Foram incluídos usuários residentes na área de abrangência da unidade que aceitaram participar voluntariamente das atividades propostas e compareceram às etapas de avaliação, sendo excluídos aqueles que não concluíram o acompanhamento ou apresentavam limitações clínicas que impossibilitassem a participação nas práticas corporais sem avaliação específica.

As atividades foram desenvolvidas ao longo de aproximadamente um mês, iniciando-se em fevereiro, contemplando momentos de planejamento, mobilização dos participantes, avaliação clínica e antropométrica, educação em saúde, oficinas práticas de alimentação saudável, práticas corporais supervisionadas e reavaliação ao término do acompanhamento. Inicialmente, foram realizadas reuniões entre os profissionais da unidade para definição do cronograma, organização dos recursos necessários e estabelecimento das estratégias de busca ativa, contando com importante participação dos agentes comunitários de saúde na identificação e convite aos usuários da comunidade.

No primeiro encontro, os participantes foram acolhidos pela equipe, receberam informações sobre os objetivos da intervenção e foram submetidos à avaliação inicial. Nessa etapa, foram coletados dados antropométricos, incluindo peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência abdominal e circunferência do quadril, além da avaliação clínica composta pela aferição da pressão arterial e da glicemia capilar. Também foram registradas informações referentes à presença de doenças crônicas, uso de medicamentos, prática de atividade física, hábitos alimentares, consumo de álcool, tabagismo e demais aspectos relacionados ao estilo de vida.

Para complementar a caracterização dos participantes, foi aplicado um questionário abordando frequência das refeições, consumo de frutas, verduras e alimentos ultraprocessados, realização de atividade física e disposição para mudanças no estilo de vida. Durante todo o processo de intervenção, também foram registrados relatos dos participantes sobre bem-estar, disposição física, dores corporais, dificuldades enfrentadas e percepção das mudanças decorrentes das ações desenvolvidas.

As atividades educativas foram conduzidas pela equipe multiprofissional por meio de rodas de conversa, palestras e orientações individuais e coletivas, abordando a obesidade como doença crônica, seus fatores de risco, complicações associadas, alimentação saudável, hidratação, prática de atividade física e importância do acompanhamento contínuo na Atenção Primária à Saúde. Paralelamente, foram realizadas oficinas práticas coordenadas pela nutricionista, com demonstração de preparações alimentares saudáveis, incentivo ao consumo de alimentos regionais, substituições alimentares economicamente viáveis e redução do consumo de produtos ultraprocessados. Ao final

das oficinas, os participantes puderam degustar as preparações, favorecendo a aproximação entre o conhecimento teórico e a prática cotidiana.

As práticas corporais foram conduzidas pelo educador físico e pelo fisioterapeuta, contemplando alongamentos, caminhadas orientadas, exercícios de baixo impacto e atividades adaptadas às condições físicas dos participantes. Buscou-se priorizar exercícios simples, passíveis de reprodução no ambiente domiciliar, utilizando materiais de fácil acesso, de modo a estimular a continuidade das práticas após o encerramento da intervenção.

Após aproximadamente um mês, foi realizada a reavaliação dos participantes, repetindo-se as medidas antropométricas e clínicas obtidas na avaliação inicial, além da coleta de relatos sobre mudanças percebidas em relação ao autocuidado, à alimentação, à prática de atividade física, à disposição física e ao bem-estar. Os dados obtidos foram organizados em planilhas e analisados de forma descritiva, mediante comparação entre os resultados obtidos antes e após a intervenção. Foram consideradas medidas como peso, IMC, circunferências corporais, pressão arterial e glicemia capilar, utilizando frequências, médias e variações absolutas para descrição dos resultados. Os relatos dos participantes foram analisados qualitativamente, permitindo compreender aspectos subjetivos relacionados à adesão às orientações, às dificuldades enfrentadas e às mudanças percebidas durante o acompanhamento.

A intervenção foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando aos participantes informações sobre os objetivos, procedimentos e caráter voluntário de sua participação, bem como a confidencialidade dos dados coletados. Os registros fotográficos utilizados para documentar as atividades foram realizados mediante autorização para uso de imagem exclusivamente para fins acadêmicos. O estudo integra o projeto de pesquisa da Universidade Federal do Ceará intitulado *“Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”*, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE nº 91948525.0.0000.5050.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados envolveu a participação de 15 usuários acompanhados pela UBSF Campos. Os dados foram coletados em dois momentos: no primeiro encontro, correspondente à avaliação inicial, e no segundo encontro, realizado após as ações educativas da intervenção. A comparação entre esses momentos permitiu observar mudanças em indicadores antropométricos e clínicos. Foram considerados peso, Índice de Massa Corporal (IMC), frequência cardíaca e pressão arterial. Também foram analisados os relatos dos participantes sobre bem-estar, disposição física, dores corporais, alimentação, atividade física e autocuidado.

Inicialmente, foi realizada a caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental dos participantes. Esses dados estão apresentados no Quadro 1, que permite observar a distribuição dos usuários quanto ao sexo, ao estado civil, à prática de atividade física, às condições clínicas autorreferidas e ao tabagismo. A organização dessas informações é importante para compreender

o perfil do grupo acompanhado. Além disso, permite relacionar os resultados da intervenção às características iniciais dos participantes. Dessa forma, o quadro contribui para contextualizar a análise dos demais indicadores avaliados.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental dos participantes

Variável	Categoria/medida	n	%
Sexo	Feminino	13	86,7
Sexo	Masculino	2	13,3
Estado civil	Casado(a)	8	53,3
Estado civil	União estável	4	26,7
Estado civil	Solteiro(a)	3	20,0
Atividade física	Sedentário	12	80,0
Atividade física	Ativo	3	20,0
Condição clínica	Hipertensão arterial referida	10	66,7
Condição clínica	Diabetes mellitus referido	3	20,0
Hábito	Tabagismo	2	13,3

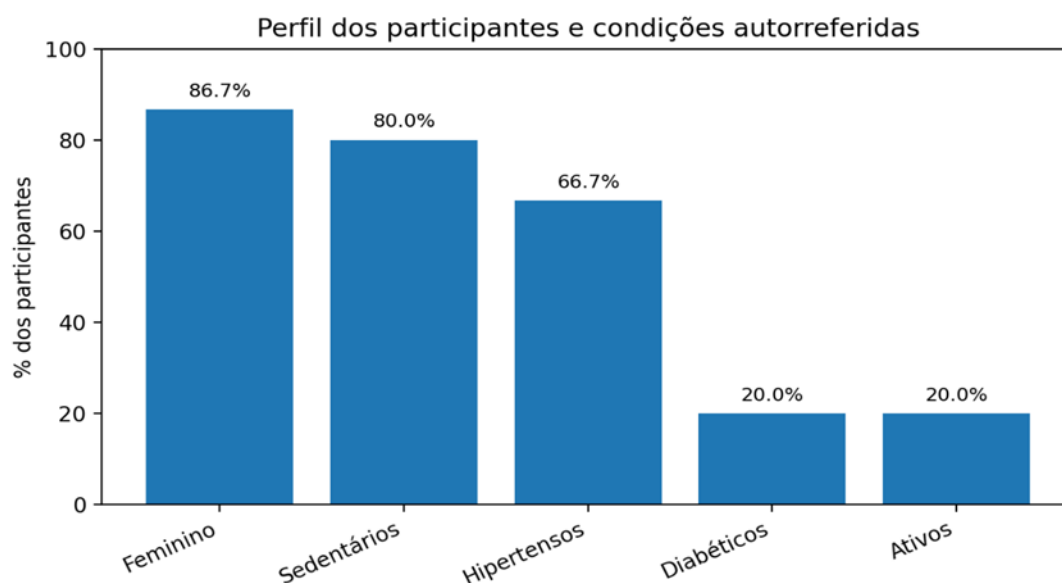
Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Conforme apresentado na Tabela 1, observou-se a predominância do sexo feminino entre os participantes, com 13 mulheres, correspondendo a 86,7%, e 2 homens, correspondendo a 13,3%. A média de idade foi de 49,1 anos, variando entre 16 e 70 anos. Quanto ao estado civil, 8 participantes eram casados, 4 viviam em união estável e 3 eram solteiros. Em relação à ocupação, houve maior presença de agricultoras e mulheres do lar. Esse dado pode estar relacionado ao contexto rural da comunidade acompanhada pela UBSF Campos.

Ainda conforme a Tabela 1, a caracterização inicial demonstrou que o grupo apresentava importante exposição a fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Entre os participantes, 12 eram sedentários, correspondendo a 80,0% da amostra. Além disso, 10 referiram hipertensão arterial, representando 66,7%, e 3 referiram *diabetes mellitus*, correspondendo a 20,0%. Esses achados evidenciam a necessidade de ações educativas e acompanhamento contínuo na Atenção Primária à Saúde, além de reforçarem a importância de intervenções voltadas à promoção de hábitos saudáveis e ao cuidado integral.

Para facilitar a visualização do perfil geral dos participantes, os dados também foram organizados no Gráfico 1. Esse gráfico permite observar, de maneira mais direta, a predominância de mulheres, o elevado percentual de sedentarismo e a frequência expressiva de hipertensão arterial no grupo avaliado. A representação gráfica contribui para destacar os principais fatores de risco identificados no início da intervenção. Além disso, auxilia na compreensão da relevância das ações educativas desenvolvidas.

Gráfico 1. Perfil dos participantes e condições autorreferidas



Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como identificado no Gráfico 1, o sedentarismo foi uma das características mais frequentes entre os participantes, seguido pela hipertensão arterial referida. No contexto da UBSF Campos, esses dados ganham relevância por se tratar de uma comunidade rural. Nessa realidade, os hábitos alimentares, a rotina de trabalho, o acesso aos serviços de saúde e as possibilidades de prática regular de atividade física podem ser influenciados por fatores sociais, culturais, econômicos e territoriais. Por isso, as ações educativas precisam considerar as condições concretas de vida dos usuários. Essa perspectiva fortalece a necessidade de intervenções viáveis e compatíveis com a realidade local.

Os achados apresentados no Quadro 1 e no Gráfico 1 dialogam com a Política Nacional de Atenção Básica, ao destacarem a importância de considerar o território, a população adscrita e suas condições de vida na organização das ações de saúde (Brasil, 2017). Nessa mesma perspectiva, Starfield (2002) reforça que a Atenção Primária deve estar orientada às necessidades da população. Em comunidades rurais, essa orientação torna-se ainda mais importante, pois o acesso aos serviços pode apresentar limitações. Rodrigues *et al.* (2021) também destacam a importância de estratégias contextualizadas para populações rurais. Dessa forma, a intervenção realizada buscou responder a uma necessidade concreta do território acompanhado.

A elevada frequência de sedentarismo observada no grupo reforça um dos principais desafios enfrentados na prevenção e no controle do sobrepeso, da obesidade e das doenças crônicas associadas. A prática regular de atividade física constitui uma estratégia relevante para reduzir o comportamento sedentário e melhorar as condições gerais de saúde (WHO, 2020). Além disso, o acompanhamento clínico e a adoção de hábitos saudáveis são fundamentais para o controle da hipertensão arterial. Essas medidas devem estar associadas à alimentação adequada, ao controle do peso e à mudança no estilo de vida, conforme Barroso *et al.* (2020). No cuidado às pessoas com *diabetes mellitus*, a educação em saúde e o monitoramento contínuo também são importantes para prevenir complicações

(ADA, 2023).

Em relação ao estado nutricional, os dados de classificação do IMC foram organizados no Quadro 2. Esse quadro apresenta a distribuição dos participantes no encontro inicial e no retorno após a intervenção. A comparação entre os dois momentos permite observar possíveis mudanças na classificação nutricional dos usuários. Essa análise é importante porque o IMC é um indicador amplamente utilizado na avaliação do excesso de peso. Dessa maneira, o Quadro 2 contribui para verificar os efeitos iniciais da intervenção sobre o perfil antropométrico do grupo.

Quadro 2. Classificação do IMC dos participantes no encontro inicial e no retorno

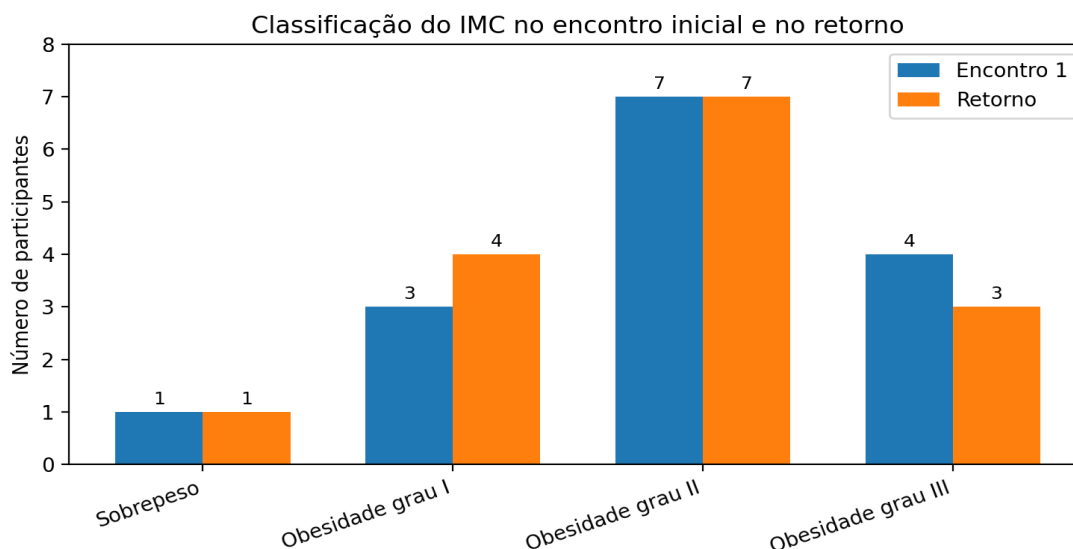
Classificação do IMC	Encontro 1 n (%)	Retorno n (%)
Sobrepeso	1 (6.7%)	1 (6.7%)
Obesidade grau I	3 (20.0%)	4 (26.7%)
Obesidade grau II	7 (46.7%)	7 (46.7%)
Obesidade grau III	4 (26.7%)	3 (20.0%)

Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Conforme demonstrado no Quadro 2, todos os participantes apresentaram IMC acima da faixa considerada eutrófica no momento inicial. No primeiro encontro, 1 participante encontrava-se em sobrepeso, 3 em obesidade grau I, 7 em obesidade grau II e 4 em obesidade grau III. No retorno, observou-se a permanência de 1 participante em sobrepeso e o aumento de 3 para 4 participantes em obesidade grau I. Também houve manutenção de 7 participantes em obesidade grau II. Já a obesidade grau III apresentou redução de 4 para 3 participantes.

Para complementar a interpretação do Quadro 2, a classificação do IMC também foi apresentada no Gráfico 2. A representação gráfica permite comparar visualmente a distribuição dos participantes antes e após a intervenção, facilitando a identificação das categorias com maior concentração de usuários. Além disso, evidencia a mudança observada na obesidade grau III. Dessa forma, o Gráfico 2 contribui para demonstrar que os resultados foram discretos, mas indicaram melhora em parte do grupo.

Gráfico 2. Classificação do IMC no encontro inicial e no retorno



Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como identificado no Gráfico 2, a maior concentração de participantes permaneceu na classificação de obesidade grau II nos dois momentos avaliados. Também se observa redução no número de participantes classificados com obesidade grau III, passando de 4 no encontro inicial para 3 no retorno. Embora a mudança geral na classificação do IMC tenha sido discreta, esse deslocamento indica um resultado inicial positivo. A redução em uma categoria de maior gravidade merece atenção, especialmente pelo curto período de acompanhamento. No entanto, esses achados devem ser analisados com cautela.

Ainda que o IMC não permita avaliar isoladamente a composição corporal, ele é um indicador amplamente utilizado na avaliação do estado nutricional. Esse índice não diferencia massa magra, gordura corporal nem distribuição da adiposidade, mas contribui para identificar situações de excesso de peso (Heyward; Gibson, 2014). No contexto da Atenção Primária à Saúde, o IMC auxilia na identificação de riscos associados às doenças crônicas. Por isso, deve ser interpretado em conjunto com outros dados clínicos, comportamentais e contextuais. Essa interpretação integrada é necessária para compreender melhor a condição de saúde dos participantes (Brasil, 2014a).

Os resultados observados no Quadro 2 e no Gráfico 2 devem ser compreendidos considerando o curto período de acompanhamento. Mudanças corporais decorrentes de intervenções no estilo de vida tendem a ocorrer de forma gradual (ACSM, 2018; WHO, 2020). Assim, nem sempre se expressam de maneira intensa no peso corporal ou na classificação do IMC em apenas um mês. Essa limitação não reduz a importância dos resultados, mas orienta uma interpretação mais prudente. Nesse sentido, a redução de participantes em obesidade grau III sugere efeito inicial favorável da intervenção.

Além da classificação do IMC, foram comparados indicadores clínicos e antropométricos entre o encontro inicial e o retorno. Esses resultados estão apresentados no Quadro 3, que reúne as médias iniciais, as médias no retorno, a variação média e o número de participantes que apresentaram

melhora em cada indicador. A organização desses dados permite observar, de forma mais objetiva, os efeitos iniciais da intervenção. Também possibilita comparar os resultados relacionados ao peso, ao IMC, à frequência cardíaca e à pressão arterial. Assim, o Quadro 3 constitui um dos principais elementos para a análise quantitativa do estudo.

Quadro 3. Comparação dos indicadores clínicos e antropométricos entre o encontro inicial e o retorno

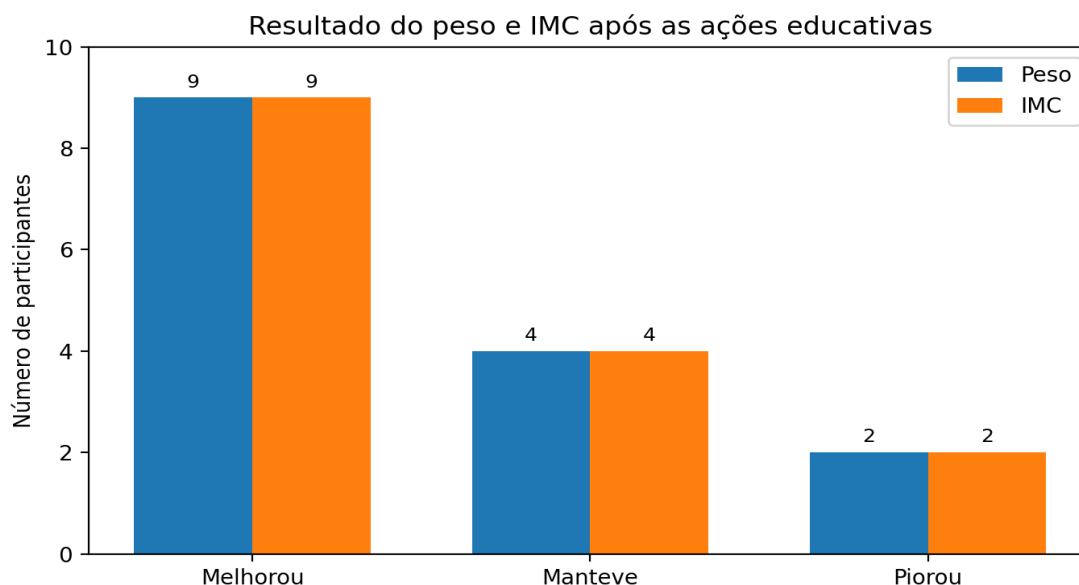
Indicador	Média inicial	Média no retorno	Variação média	Melhoraram n (%)
Peso (kg)	95.27	94.44	-0.83	9 (60.0%)
IMC	37.01	36.43	-0.58	9 (60.0%)
FC (bpm)	78.6	76.6	-2.0	8 (53.3%)
PAS (mmHg)	118.9	119.5	0.7	5 (33.3%)
PAD (mmHg)	76.7	76.5	-0.1	6 (40.0%)

Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como apresentado no Quadro 3, o peso corporal médio passou de 95,27 kg no primeiro encontro para 94,44 kg no retorno. Essa diferença representou redução média de 0,83 kg. O IMC médio também apresentou redução, passando de 37,01 para 36,43, com variação média de -0,58. No conjunto dos participantes, houve redução total de aproximadamente 12,4 kg. Embora discreto, esse resultado indica uma resposta inicial positiva às orientações realizadas durante a intervenção.

Ainda segundo o Quadro 3, 9 usuários, correspondentes a 60,0%, apresentaram redução ponderal e melhora do IMC. Outros 4 participantes, equivalentes a 26,7%, mantiveram os valores, enquanto 2, correspondentes a 13,3%, apresentaram aumento. Esses dados indicam que a intervenção produziu efeitos iniciais favoráveis em parte do grupo. A interpretação deve considerar que o intervalo entre a avaliação inicial e o retorno foi curto. Dessa forma, a melhora observada em 60,0% dos participantes pode ser compreendida como um resultado inicial relevante. Para tornar mais clara a visualização dos resultados referentes ao peso e ao IMC, esses achados foram apresentados no Gráfico 3. O gráfico demonstra a evolução desses indicadores após as ações educativas. Essa forma de apresentação facilita a observação dos participantes que reduziram, mantiveram ou aumentaram os valores avaliados. Além disso, permite visualizar de modo mais objetivo a resposta do grupo à intervenção.

Gráfico 3. Resultado do peso e do IMC após as ações educativas



Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como identificado no Gráfico 3, houve melhora no peso e no IMC em parte expressiva dos participantes após a intervenção. A interpretação desses dados deve considerar que mudanças no estilo de vida tendem a produzir resultados progressivos. A ausência de grande redução ponderal em apenas um mês não invalida os efeitos positivos observados. Isso se torna ainda mais relevante quando os dados quantitativos são analisados em conjunto com os relatos de maior disposição, leveza corporal e motivação. Assim, os resultados sugerem benefícios iniciais associados às ações educativas e ao acompanhamento multiprofissional.

Essa interpretação está de acordo com a compreensão de que ações de promoção da saúde podem gerar benefícios graduais quando articulam orientação alimentar, incentivo à atividade física e acompanhamento contínuo (Brasil, 2014a; WHO, 2020). Além disso, alterações na composição corporal, na aptidão física e na funcionalidade podem representar melhora das condições de saúde, mesmo quando a redução ponderal é pequena. O peso corporal isolado não expressa todas as mudanças relacionadas à saúde corporal (Heyward; Gibson, 2014; ACSM, 2018). Por isso, os resultados do Quadro 3 e do Gráfico 3 devem ser interpretados de forma integrada. Essa integração permite compreender melhor os efeitos iniciais da intervenção.

A relação entre atividade física e melhora dos indicadores também foi observada de forma descritiva. Entre os participantes considerados ativos no início do estudo, a redução média de peso foi de 1,40 kg. Entre os sedentários, a redução média foi de 0,68 kg. Esse resultado não permite afirmar associação estatisticamente significativa, devido ao número reduzido de participantes. No entanto, sugere uma tendência coerente com a literatura sobre a importância da atividade física na redução de peso, na melhora da funcionalidade e na promoção do bem-estar (ACSM, 2018; Matsudo *et al.*, 2002).

Apesar disso, a adesão à atividade física não depende apenas da decisão individual. Fatores sociais, ambientais, familiares, econômicos e territoriais podem facilitar ou dificultar a prática regular de exercícios (Bauman *et al.*, 2012). Em comunidades rurais, essas condições podem influenciar diretamente a continuidade das atividades propostas. Por isso, as estratégias da equipe multiprofissional devem considerar a realidade concreta dos usuários. Essa compreensão é fundamental para que as orientações sejam viáveis e sustentáveis ao longo do tempo.

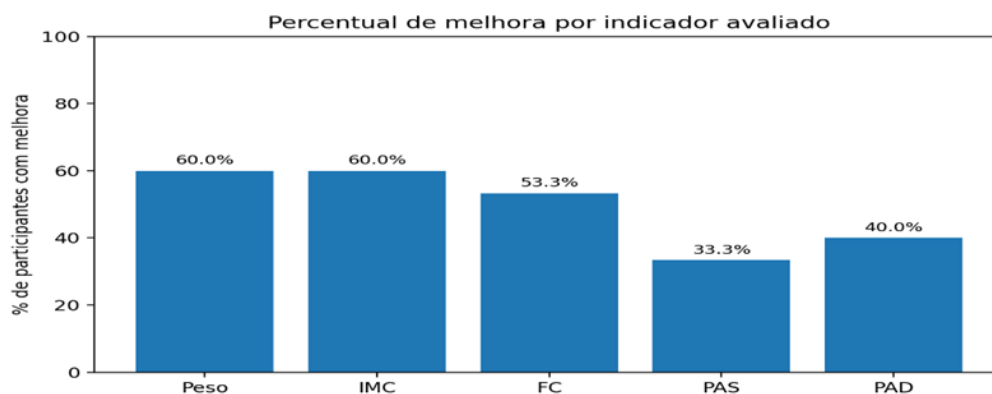
Quanto à frequência cardíaca, conforme demonstrado no Quadro 3, observou-se redução média de 2 bpm. A média passou de 78,6 bpm no primeiro encontro para 76,6 bpm no retorno. Oito participantes, correspondentes a 53,3% da amostra, apresentaram melhora nesse indicador. Embora a frequência cardíaca isolada não permita avaliar completamente o condicionamento físico, sua redução em parte dos usuários pode ser interpretada como um achado favorável. Essa interpretação se fortalece quando associada aos relatos de maior disposição e redução de dores corporais.

A prática contínua de exercícios pode contribuir para a melhora da aptidão cardiorrespiratória, da funcionalidade corporal e da resposta fisiológica ao esforço (ACSM, 2018). Além disso, a atividade física regular está associada à melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e da prevenção de agravos relacionados ao sedentarismo. Esses efeitos são relevantes especialmente em grupos com sobrepeso, obesidade e doenças crônicas associadas. Dessa forma, os relatos positivos observados após a intervenção ajudam a complementar os dados clínicos. Essa análise integrada reforça a importância das práticas corporais orientadas na Atenção Primária à Saúde (Matsudo *et al.*, 2002; WHO, 2020).

Os resultados relacionados à pressão arterial também foram descritos no Quadro 3. A pressão arterial sistólica média passou de 118,9 mmHg para 119,5 mmHg, com aumento médio de 0,6 mmHg. Já a pressão arterial diastólica média apresentou pequena redução, passando de 76,7 mmHg para 76,5 mmHg. Individualmente, 5 participantes, correspondentes a 33,3%, reduziram a pressão sistólica. Em relação à pressão diastólica, 6 participantes, equivalentes a 40,0%, apresentaram redução.

Para sintetizar a proporção de participantes que apresentaram melhora em cada indicador avaliado, os dados foram organizados no Gráfico 4. Esse gráfico permite observar, de forma comparativa, os percentuais de melhora relacionados ao peso, ao IMC, à frequência cardíaca, à pressão arterial sistólica e à pressão arterial diastólica. A visualização gráfica facilita a identificação dos indicadores com melhor resposta após a intervenção. Além disso, permite perceber que os resultados foram mais expressivos no peso e no IMC.

Gráfico 4. Percentual de participantes com melhora por indicador avaliado



Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como identificado no Gráfico 4, os melhores percentuais de resposta foram observados no peso e no IMC, ambos com melhora em 9 participantes, correspondendo a 60,0%. A frequência cardíaca apresentou melhora em 8 participantes, equivalente a 53,3%. A pressão arterial sistólica melhorou em 5 participantes, correspondendo a 33,3%, enquanto a pressão arterial diastólica apresentou melhora em 6 participantes, equivalente a 40,0%. Quando considerada a melhora em pelo menos um dos componentes pressóricos, 8 participantes, ou 53,3%, apresentaram algum resultado favorável. Esses dados mostram que a resposta à intervenção variou conforme o indicador avaliado.

Os achados apresentados no Quadro 3 e no Gráfico 4 indicam que a intervenção pode ter contribuído para melhoras pontuais em parte do grupo. No entanto, não permitem afirmar que houve melhora pressórica geral e uniforme. Segundo Barroso *et al.* (2021), o controle pressórico depende de múltiplos fatores, como adesão medicamentosa, alimentação adequada, redução do consumo de sal, atividade física e acompanhamento clínico. Assim, em um período curto de intervenção, é esperado que os resultados pressóricos sejam variáveis. Essas variações podem estar relacionadas às condições clínicas prévias, à rotina alimentar, ao uso de medicamentos e à adesão individual às orientações.

Além dos indicadores numéricos apresentados nos quadros e gráficos, os relatos dos participantes foram importantes para compreender os efeitos iniciais da intervenção. Foram mencionadas percepções de melhora no bem-estar, sensação de corpo mais leve, redução da sensação de estômago cheio, diminuição de dores corporais e maior motivação para manter mudanças no cotidiano. Esses aspectos qualitativos ampliam a interpretação dos resultados, pois, em ações educativas de curto prazo, as primeiras mudanças nem sempre aparecem de forma expressiva nos indicadores clínicos ou antropométricos. Por isso, os relatos ajudam a evidenciar ganhos percebidos pelos próprios usuários.

Nesse mesmo sentido, os achados alimentares identificados também contribuem para compreender o perfil clínico e comportamental dos participantes. A predominância de alimentos ricos em carboidratos na dieta diária, como arroz, feijão, farinha e cuscuz, associada ao consumo irregular de frutas e verduras, aponta para a necessidade de fortalecimento das ações de educação alimentar e

nutricional no âmbito da Atenção Básica. Embora esses alimentos façam parte da cultura alimentar local e possam compor uma alimentação saudável quando consumidos com equilíbrio, a baixa variedade alimentar e o consumo insuficiente de alimentos *in natura* e minimamente processados podem contribuir para o excesso de peso e para o agravamento de doenças crônicas, como hipertensão arterial e *diabetes mellitus* (Brasil, 2014a).

A qualidade da alimentação depende não apenas da frequência do consumo, mas também do equilíbrio entre os grupos alimentares e da valorização de alimentos *in natura* e minimamente processados, conforme orientam as diretrizes brasileiras de alimentação saudável (Brasil, 2014a; Jaime *et al.*, 2018). Além disso, o consumo insuficiente de frutas e verduras está relacionado ao maior risco de doenças crônicas, o que reforça a necessidade de ações educativas permanentes voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável (Jaime *et al.*, 2009). Dessa forma, os dados alimentares observados reforçam a pertinência da intervenção realizada, especialmente por envolver orientações nutricionais acessíveis, valorização de alimentos regionais e estímulo a escolhas alimentares mais saudáveis dentro da realidade da comunidade acompanhada pela UBSF Campos.

No campo da promoção da saúde, a percepção de melhora, a ampliação do conhecimento e o fortalecimento do autocuidado são elementos importantes para estimular a continuidade das práticas saudáveis. A educação em saúde, quando participativa e contextualizada, favorece a autonomia dos usuários e o desenvolvimento de consciência crítica sobre o cuidado com a própria saúde (Freire, 1996). Além disso, a atuação multiprofissional amplia a compreensão do cuidado, fortalece a integração entre diferentes saberes e contribui para mudanças de hábitos de forma mais integral (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Nesse sentido, os relatos dos participantes reforçam o valor educativo da intervenção.

A baixa adesão à prática regular de atividade física em domicílio, observada em parte dos participantes, constitui uma limitação relevante para a obtenção de resultados mais expressivos. A mudança de comportamento depende de motivação individual, percepção de capacidade, apoio social, rotina familiar, condições ambientais e acompanhamento contínuo. A literatura destaca que a adesão é um dos principais desafios das intervenções comportamentais, pois os indivíduos podem estar em diferentes estágios de prontidão para a mudança. Dessa forma, as estratégias educativas precisam ser compatíveis com o momento, as dificuldades e a realidade cotidiana dos participantes (Bandura, 2004; Bauman *et al.*, 2012; Prochaska; DiClemente, 1983).

Nesse sentido, ações contínuas de acompanhamento, suporte social e estratégias motivacionais são fundamentais para a manutenção das mudanças propostas. A continuidade dos encontros pode favorecer o aumento da prática regular de atividade física e a adesão às orientações alimentares. Por isso, a intervenção não deve ser vista como uma ação pontual, mas como ponto de partida para um processo educativo permanente. A manutenção de grupos de caminhada, orientações nutricionais adaptadas e acompanhamento dos casos de maior risco pode ampliar os efeitos positivos observados. Essa continuidade é especialmente importante no cuidado de usuários com excesso de peso e doenças crônicas associadas.

Em áreas rurais, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser mais limitado, ações educativas realizadas no território fortalecem o vínculo entre equipe e comunidade. Essas ações favorecem a escuta das necessidades locais e ampliam a participação dos usuários no cuidado. Esse aspecto confirma a importância da Atenção Básica como espaço de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento contínuo. Também reforça a necessidade de organizar o cuidado conforme as condições reais da população atendida (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Rodrigues *et al.*, 2021; Starfield, 2002). Assim, a intervenção realizada na UBSF Campos mostrou-se coerente com os princípios do cuidado territorializado.

Portanto, os resultados quantitativos, juntamente com os relatos qualitativos dos participantes e os achados sobre hábitos alimentares, apontam benefícios iniciais da intervenção. Esses benefícios foram observados principalmente na redução de peso e do IMC em parte dos participantes. Também foram identificadas melhorias em alguns indicadores clínicos e na percepção de autocuidado, bem-estar e disposição física. No entanto, os dados mostram que os efeitos ainda são discretos. Por isso, é necessário manter ações contínuas para ampliar os resultados alcançados.

Assim, a intervenção demonstrou relevância para a promoção da saúde na Atenção Básica, mas seus resultados devem ser interpretados com cautela. Essa cautela se justifica pelo pequeno número de participantes, pelo curto tempo de acompanhamento e pela ausência de algumas medidas comparativas no primeiro encontro. As ações educativas voltadas à alimentação saudável, à prática de atividade física e ao autocuidado são estratégias importantes para a prevenção e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Brasil, 2014a; Brasil, 2014b; WHO, 2020). Além disso, intervenções territorializadas e contínuas favorecem o acompanhamento dos usuários conforme suas necessidades. Nesse processo, a atuação multiprofissional contribui para fortalecer práticas educativas integradas e sustentáveis (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu analisar uma intervenção educativa multiprofissional voltada à promoção da alimentação saudável, da prática de atividade física e do autocuidado entre usuários com sobrepeso e obesidade acompanhados pela UBSF Campos, no município de Sertânia-PE. A proposta mostrou-se relevante por estar inserida no contexto da Atenção Primária à Saúde e por considerar a realidade de uma comunidade rural, na qual o acesso contínuo à informação em saúde, ao acompanhamento nutricional e à prática regular de atividade física ainda representa um desafio para parte da população.

Os principais achados evidenciaram que os participantes apresentavam importante exposição a fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente pela presença de sedentarismo, hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade. Após aproximadamente um mês de intervenção, observou-se redução discreta no peso corporal médio e no IMC médio dos participantes. Também foram identificadas melhorias em parte dos indicadores avaliados, como frequência cardíaca e pressão arterial em alguns usuários, além de relatos subjetivos de maior disposição física, sensação de bem-estar, redução de dores corporais e maior conscientização sobre alimentação saudável e

prática de atividade física.

Embora a perda de peso não tenha sido expressiva em todos os participantes, os resultados apontaram benefícios iniciais importantes. A redução de peso e do IMC em parte do grupo, associada aos relatos positivos dos usuários, indica que ações educativas acessíveis, contextualizadas e multiprofissionais podem estimular mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, a intervenção contribuiu para fortalecer o vínculo entre equipe de saúde e comunidade, ampliar o conhecimento dos participantes e incentivar práticas de autocuidado relacionadas à alimentação, à atividade física e ao acompanhamento contínuo na Atenção Primária à Saúde.

Apesar dos resultados favoráveis, algumas limitações precisam ser consideradas. O número reduzido de participantes limita a generalização dos achados para outras populações. Além disso, o curto período de acompanhamento, de aproximadamente um mês, não permite avaliar mudanças mais consistentes no peso corporal, no IMC, na pressão arterial, na glicemia ou na adesão permanente a novos hábitos de vida. Também se destacam a ausência de grupo comparativo e a não aplicação de testes estatísticos, o que impede afirmar relação causal entre a intervenção e todos os resultados observados.

Outra limitação refere-se ao uso de informações autorreferidas pelos participantes, especialmente quanto à alimentação, à prática de atividade física, ao bem-estar e à percepção de mudança. Esses relatos são importantes para compreender os efeitos subjetivos da intervenção, mas podem sofrer influência da memória, da motivação individual e do desejo de corresponder às orientações recebidas. Além disso, a baixa adesão à prática regular de atividade física em domicílio por parte de alguns participantes pode ter contribuído para resultados menos expressivos em determinados indicadores.

Dessa forma, os achados devem ser interpretados com cautela. A intervenção demonstrou tendência positiva e revelou potencial para a promoção da saúde, mas seus efeitos precisam ser acompanhados por período mais prolongado para que mudanças mais sólidas sejam identificadas. Recomenda-se que ações semelhantes sejam mantidas de forma contínua, com encontros periódicos, acompanhamento individual dos casos de maior risco, incentivo à prática regular de atividade física e fortalecimento das orientações alimentares adaptadas à realidade local.

Para futuras pesquisas, sugere-se a realização de estudos com maior número de participantes, acompanhamento mais prolongado e avaliações periódicas que permitam verificar a manutenção dos hábitos adquiridos. Também seria relevante utilizar instrumentos mais detalhados para acompanhar a adesão alimentar, a frequência da prática de atividade física, a evolução dos indicadores clínicos e antropométricos e os impactos sobre a qualidade de vida dos usuários. Além disso, novas pesquisas podem comparar diferentes estratégias de intervenção, como grupos de caminhada, oficinas práticas, visitas domiciliares, rodas de conversa e acompanhamento nutricional contínuo.

Conclui-se, portanto, que a intervenção realizada na UBSF Campos representou uma experiência positiva de promoção da saúde e educação em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Mesmo com resultados iniciais e discretos, a proposta demonstrou potencial para contribuir no enfrentamento do sobrepeso, da obesidade e das doenças crônicas associadas, especialmente quando desenvolvida de forma multiprofissional, acessível, territorializada e contínua.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade: Departamento de Nutrição da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, ABESO 2022. Coordenação de Renata Bressan Pepe et al. 1. ed. São Paulo: ABESO, 2022. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2022/11/posicionamento_2022-alterado-nov-22-1.pdf. Acesso em: 30 maio 2026.
- ACSM. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018.
- ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes, 2023. Diabetes Care, v. 46, supl. 1, 2023. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement_1. Acesso em: 7 jun. 2026.
- BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238.
- BAUMAN, A. E. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? The Lancet, v. 380, n. 9838, p. 258-271, 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 7 jun. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250693.html>. Acesso em: 30 maio 2026.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 7 jun. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 30 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em

Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 30 maio 2026.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HEYWARD, V. H.; GIBSON, A. L. *Advanced fitness assessment and exercise prescription*. 7. ed. Champaign: Human Kinetics, 2014.

HUSSID, M. F. *et al.* Obesidade visceral e hipertensão sistólica como substratos da disfunção endotelial em adolescentes obesos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 4, p. 795-803, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20190541>.

IGREJA JÚNIOR, S. M. *et al.* O impacto da atividade física na saúde mental do adolescente: uma breve revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 9, n. 7, p. 21917-21924, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n7-050>.

JAIME, P. C. *et al.* Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 57-64, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900008>.

JAIME, P. C. *et al.* Content validity of an educational workshop based on the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 31, n. 6, 2018. Disponível em: <https://puccampinas.emnuvens.com.br/nutricao/article/view/7711>. Acesso em: 7 jun. 2026.

KURYŁOWICZ, A. *et al.* Induction of adipose tissue browning as a strategy to treat obesity. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 21, n. 17, art. 6241, 2020. DOI: 10.3390/ijms21176241.

MACHADO, N. G.; ALMEIDA, N. C. M. C.; MAYNARD, D. C. A fisiopatologia da obesidade e sua abordagem terapêutica nutricional com uso de nutracêuticos. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 6, e11812642104, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42104>.

MATSUDO, S. *et al.* Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista*

Brasileira de Ciência e Movimento, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/469>. Acesso em: 7 jun. 2026.

MIRANDA, J. M. Q. *et al.* Efeito do treinamento de força nas variáveis cardiovasculares em adolescentes com sobrepeso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 20, n. 2, p. 125-130, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200201703>.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome: FAO, 2019. Disponível em: <https://www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2026.

MONTEIRO, P. A. *et al.* Influência do treinamento concorrente na composição corporal e óssea de adolescentes obesos. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 308-314, 2015. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p308-314>.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, e32, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>.

OLIVEIRA, V. S.; SOUZA, L. M. N.; GARCIA, G. A. S. Benefícios da atividade física para controle da depressão na adolescência. *FIEP Bulletin - Online*, v. 91, n. 4, p. 65-75, 2021. Disponível em: <https://ojs.fiepbulletin.net/fiepbulletin/article/view/6550> Acesso em: 7 jun. 2026.

PINHEIRO, Mariana Carvalho et al. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 43, e58, 2019. DOI: 10.26633/RPSP.2019.58.

PORTO, M. *et al.* Programa de treinamento resistido sobre a composição corporal e na força muscular de crianças com obesidade. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 21, n. 4, p. 21-29, 2013. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/4122>. Acesso em: 7 jun. 2026.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>.

RAPOSO, H. F. Tecido adiposo: suas cores e versatilidade. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 46, p. 1-12, 2020. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.31268.

RODRIGUES, K. V. *et al.* Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 998-1016, out./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113105>.

SILVA, Ana Flávia Policante; GONDO, Fernanda Futino. O comportamento alimentar dos ansiosos e casos de obesidade: revisão de literatura. *Simbio-Logias: Revista de Ciências Humanas e Ciências da Nutrição e Alimentação*, v. 13, n. 18, p. 89-96, 2021. Disponível em: [artigo na Revista Simbio-Logias](#). Acesso em: 8 ago. 2026.

STARFIELD, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press, 2002. WHO. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization, 2020. 104 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Acesso em: 7 jun. 2026.