



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE NUTRIÇÃO**

Yolanda Faustino Igreja

**Conhecimentos, atitudes e práticas dos utentes atendidos no Centro de
Exames Médicos da cidade de Maputo em relação à obesidade, 2025**

Maputo, Fevereiro de 2026



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE NUTRIÇÃO**

Yolanda Faustino Igreja

**Conhecimentos, atitudes e práticas dos utentes atendidos no Centro de
Exames Médicos da cidade de Maputo em relação à obesidade**

Dissertação apresentando ao curso de
Mestrado em Ciências de Nutrição da
Universidade Eduardo Mondlane - UEM

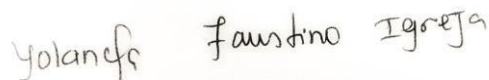
Supervisora: Profª. Doutora. Natércia
Fernandes, MSc, PhD, Médica Especialista

Maputo, Fevereiro de 2026

Declaração de originalidade

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou outro âmbito e que ele constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Ciências de Nutrição, da Universidade Eduardo Mondlane.

Maputo, 10 de Fevereiro de 2026

A handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature reads "Yolanda Faustino Igreja".

(Yolanda Faustino Igreja)

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu esposo Bilardo Nhabomba e filhos Hayden e Hannick Nhabomba, pelo amor, apoio e incentivo constantes ao longo de toda a minha vida acadêmica. Cada desafio que enfrentei foi mais leve com a confiança e compreensão de quem me rodeia.

Dedico também aos meus pais, Lídia e Faustino Igreja, e irmãos, que estiveram sempre presentes nesta jornada, oferecendo motivação, companhia e encorajamento. A partilha de ideias e experiências tornou este percurso mais enriquecedor e inspirador.

Por fim, dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde, cuja dedicação e compromisso com a melhoria da qualidade de vida das comunidades servem de exemplo e inspiração para o meu percurso acadêmico e profissional.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus, pela força, sabedoria e proteção ao longo de toda minha jornada académica. Sem a sua orientação e bênçãos, este percurso teria sido muito mais difícil.

Agradeço, de forma especial, à minha orientadora, Dra. Natércia Fernandes, pelo apoio contínuo, orientação académica e estímulo ao longo de todo o processo de elaboração desta dissertação. O seu rigor científico, paciência e prontidão foram essenciais para a realização deste trabalho e para minha evolução académica.

Aos profissionais de saúde do Centro de Exames Médicos, pela colaboração, disponibilidade e partilha de experiências durante a recolha de dados. A vossa contribuição foi essencial para enriquecer esta investigação e compreender melhor a realidade dos utentes.

À minha família, deixo o meu sincero agradecimento pelo amor, incentivo e confiança incondicional, mesmo nos momentos mais desafiadores. Sem o vosso suporte, teria sido muito mais difícil.

Aos meus colegas e amigos, agradeço pelo apoio emocional, pelas conversas motivadoras e pela troca constante de ideias, que tornaram este percurso mais leve e gratificante.

Por fim, agradeço a todos participantes do estudo, cuja disponibilidade e abertura para partilhar experiências foram indispensáveis para a concretização desta investigação. O vosso contributo é a base de todo este trabalho.

Índice

| | |
|--|------|
| Declaração de originalidade | i |
| Dedicatória | ii |
| Agradecimentos | iii |
| Tabelas, Quadros, Gráficos e Figuras | v |
| Epígrafe | vii |
| Resumo | viii |
| Abstract | ix |
| Acrónimos e abreviaturas..... | x |
| 1. Motivação..... | 1 |
| 2. Objectivos | 2 |
| 2.1 Objectivo geral..... | 2 |
| 2.2 Objectivos específicos..... | 2 |
| 3. Contribuição | 3 |
| 4. Problema | 4 |
| 5. Revisão bibliográfica | 6 |
| 5.1 Epidemiologia..... | 6 |
| 5.2 Etiologia | 12 |
| 5.3 Diagnóstico da obesidade..... | 19 |
| 5.4 Maneio da obesidade..... | 24 |
| 6. Enquadramento teórico ou conceptual..... | 28 |
| 7. Metodologia (Material e Métodos)..... | 31 |
| 7.1 Tipo/desenho do estudo..... | 31 |
| 7.2 Local do estudo..... | 31 |
| 7.3 Período do estudo..... | 32 |
| 7.4 População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes | 32 |

| | |
|---|----|
| 7.5 Procedimentos, técnicas e instrumentos de coleta/recolha de dados | 33 |
| 7.6 Categorias de análise..... | 34 |
| 7.7 Plano de gestão e análise de dados | 35 |
| 8. Limitações | 38 |
| 9. Considerações éticas | 39 |
| 10. Equipa do estudo..... | 40 |
| 11. Resultados..... | 40 |
| 12. Discussão..... | 57 |
| 13. Conclusão | 60 |
| 14. Recomendações | 61 |
| 15. Referências Bibliográficas | 62 |
| 16. Apêndices | 68 |
| 17. Anexos..... | 77 |

Tabelas, Quadros, Gráficos e Figuras

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Compreensão sobre a obesidade..... | 42 |
| Tabela 2. Relação do Conhecimento sobre a obesidade e as características sociodemográficas..... | 44 |
| Tabela 3. Atitudes e percepções sociais..... | 46 |
| Tabela 4. Relação das atitudes e percepções sociais com as características sociodemográficas..... | 48 |
| Tabela 5. Práticas e barreiras para hábitos saudáveis..... | 50 |

| | |
|---|----|
| Tabela 6. Relação entre práticas e características sociodemográficas..... | 52 |
| Tabela 7. Sugestões e expectativas dos participantes..... | 53 |
| Tabela 8. Relação das sugestões com as características sociodemográficas..... | 55 |
| Tabela 9. Recomendações..... | 61 |

Lista de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1. Classificação da Obesidade..... | 20 |
| Quadro 2. Categorias de Análise..... | 34 |
| Quadro 3. Perfil dos utentes entrevistados..... | 41 |

Lista de Gráficos

| | |
|--|---|
| Gráfico 1. Prevalência da obesidade em África..... | 8 |
|--|---|

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Custos económicos globais da obesidade..... | 5 |
| Figura 2. Prevalência Global da obesidade..... | 7 |
| Figura 3. Imagens do Centro de Exames Médicos | 34 |

Epígrafe

“Que o conhecimento seja a base para transformar atitudes e práticas em favor de uma vida mais saudável.” — Inspirado no tema da pesquisa

Resumo

A obesidade constitui um dos maiores desafios de saúde pública, sendo reconhecida como factor de risco para doenças crónicas não transmissíveis. Em Moçambique, a prevalência desta condição tem aumentado, sobretudo em áreas urbanas, acompanhando mudanças nos estilos de vida. Este estudo teve como objectivo avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas de utentes atendidos no Centro de Exames Médicos (CEM) da cidade de Maputo em relação à obesidade. Consiste num estudo descritivo transversal, e qualitativo, realizado entre julho a setembro de 2025, envolvendo 20 participantes (60 % do sexo feminino e 40% do sexo masculino) selecionados por saturação teórica. Os resultados foram agrupados em quatro categorias principais (conhecimentos, atitudes, práticas e percepções) e evidenciaram que a maioria dos participantes possuiu uma compreensão limitada da obesidade, definindo-a principalmente como “excesso de peso”, sem reconhecimento como doença crónica. As atitudes dos utentes mostraram-se ambivalentes, com sentimentos de tristeza, estigma e insatisfação corporal, mas também com percepções culturais que associam a obesidade à prosperidade ou normalidade. Foram observadas práticas pouco saudáveis, como baixo nível de actividade física, consumo frequente de alimentos ultraprocessados e dificuldades no acesso a opções saudáveis. As principais barreiras identificadas incluíram o custo elevado de alimentos frescos, a falta de tempo, o cansaço e a ausência de espaços seguros para atividade física. Verificou-se ainda pouca orientação formal em saúde. Os utentes sugeriram campanhas de sensibilização, regulação de *fast food* e maior envolvimento comunitário. Verificou-se que persistem lacunas de literacia em saúde e barreiras socioeconómicas e culturais que dificultam a prevenção e controle da obesidade, evidenciando a necessidade de estratégias multissetoriais.

Palavras-chave: Obesidade; Conhecimentos; Atitudes; Práticas; Moçambique.

Abstract

Obesity is one of the major public health challenges and is recognized as a risk factor for cardiovascular diseases. In Mozambique, the prevalence of this condition has been increasing, particularly in urban areas, following lifestyle changes. This study aimed to assess the knowledge, attitudes, and practices of users attending the Medical Examination Centre (CEM) in the city of Maputo regarding obesity. It is a descriptive, cross-sectional, and qualitative study conducted between July and September 2025, involving 20 participants selected through theoretical saturation. The findings were grouped into four main themes (knowledge, attitudes, and perceptions) and revealed that most participants had limited understanding of obesity, defining it mainly as “excess weight”, without recognizing it as a chronic disease. Participants’ attitudes were ambivalent, marked by feelings of sadness, stigma, and body dissatisfaction, but also by cultural perceptions that associate obesity with prosperity or normality. Unhealthy practices were observed, including low levels of physical activity, frequent consumption of ultra-processed foods, and difficulties in accessing healthy options. The main barriers to adopting a healthy lifestyle included the high cost of fresh food, lack of time, fatigue, and the absence of safe public spaces for physical activity. Limited formal health guidance was also reported. Participants suggested awareness campaigns, regulation of fast food, and greater community involvement. In conclusion, there are significant gaps in health literacy and socioeconomic and cultural barriers that hinder the prevention and control of obesity, highlighting the need for multisectoral strategies.

Keywords: Obesity; Knowledge; Attitudes; Practices; Mozambique.

Acrónimos e abreviaturas

| | |
|-------------------|---|
| CEM | Centro de Exames Médicos |
| Cm | Centímetros |
| DALY | <i>Disability-Adjusted Life Year</i> /Anos de vida ajustados por incapacidade |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DNT | Doenças não transmissíveis |
| FTO | Fat Mass and Obesity-Associated |
| IEC | Informação, Educação e Comunicação |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| HbA1c | Hemoglobina glicada |
| HIV/VIH | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> /Vírus da Imunodeficiência adquirida |
| HTA | Hipertensão arterial |
| kg/m ² | Quilograma por metro quadrado |
| MC4R | Melanocortin-4 receptor |
| mg/dL | Miligrama por decilitro |
| MISAU | Ministério da Saúde |
| OMS/WHO | Organização Mundial da Saúde |
| RCQ | Relação Cintura-Quadril |
| RM | Ressonância magnética |
| TAC | Tomografia axial computadorizada |
| TB | Tuberculose |

1. Motivação

A obesidade é um lado do duplo fardo da malnutrição, e hoje mais pessoas são obesas do que abaixo do peso em todas as regiões, excepto na Região do Sudeste Asiático. Antes considerado um problema apenas em países de alta renda, hoje alguns países de renda média têm uma das maiores prevalências de sobrepeso e obesidade no mundo. De 1990 a 2022, a percentagem de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos vivendo com obesidade aumentou quatro vezes, de 2% a 8% globalmente, enquanto a percentagem de adultos de 18 anos ou mais vivendo com obesidade mais que dobrou, de 7% para 16% (Organização Mundial da Saúde, 2024).

A proponente durante as suas actividades no Centro de Exames Médicos (CEM) da cidade de Maputo, deparou-se com uma preocupante realidade que foi o elevado número de utentes que procuram os diferentes serviços no CEM apresentavam-se aparentemente com sobrepeso ou obesidade. Essa situação inquietante é especialmente relevante quando consideramos a tendência evolutiva das doenças crónicas não transmissíveis especialmente a hipertensão arterial (HTA), diabetes melitos (DM) tipo II e alguns cancros, tanto na cidade de Maputo como no resto do país, sobrecarregando o sistema nacional de saúde.

A proponente, ciente do impacto significativo que a falta de conhecimento, bem como, a adopção de um estilo de vida não saudável, pode ter no aumento de casos de hipernutrição e por consequente aumento de incidência de doenças crónicas não transmissíveis, sentiu a pertinência de se avaliar o nível de conhecimento e práticas destes utentes no que concerne a obesidade, para melhoramento da formulação de estratégias para disseminação de actividades de informação, educação e comunicação (IEC) para mudança de comportamento e adopção de estilo de vida saudável.

2. Objectivos

2.1 Objectivo geral

- Avaliar o conhecimento, atitudes e práticas dos utentes atendidos no CEM da cidade de Maputo em relação à obesidade.

2.2 Objectivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos utentes atendidos no CEM;
- Identificar o grau de conhecimento dos utentes atendidos no CEM sobre a obesidade;
- Descrever as atitudes e práticas dos utentes atendidos no CEM em relação a obesidade e estilos de vida saudável;

3. Contribuição

Muitos países de baixa e média renda, tal como Moçambique, enfrentam o que é chamado de duplo fardo da desnutrição. Enquanto esses países continuam lidando com os problemas de doenças infecciosas e desnutrição, eles também estão vivenciando um rápido aumento nos factores de risco de doenças não transmissíveis, como obesidade e sobrepeso (OMS, 2024).

Segundo a OMS (2024), sobrepeso e obesidade são os principais factores de risco para uma série de doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, como doenças cardíacas e derrames, que são as principais causa de morte no mundo, bem como alguns tipos de câncer, incluindo mama, endométrio, ovário, próstata, fígado, vesícula biliar, rim e cólon.

O sobrepeso também pode levar a diabetes e suas condições associadas, incluindo cegueira e amputações de membros e a necessidade de diálise. As taxas de diabetes quadruplicaram em todo mundo desde 1980. Carregar excesso de peso pode levar a distúrbios músculo esqueléticos, incluindo osteoartrite.

A OMS, lançou em 2022, um plano de aceleração para acabar com a obesidade a nível mundial até 2025, ciente do duplo fardo que esta condição tem gerado, compostas por cinco pilares de trabalho nomeadamente: identificar ações prioritárias para maior impacto na prevenção e manejo da obesidade ao longo da vida; apoiar a implementação de acções nacionais; comunicar a justificativa para a acção, defender a adopção da OMS recomendações e metas e reconhecer o progresso; promover o envolvimento de múltiplas partes interessadas em apoio à acção do país; e monitorar o progresso em direcção as metas globais obesidade (Chong *et al.*, 2023).

A estruturação do programa de doenças não transmissíveis (DNTs) a nível nacional é uma realidade e encontra-se funcional, com existência de um plano estratégico multisectorial 2020-2029 criado com o intuito de reduzir o peso e impacto das DNTs através de uma abordagem holística e participação multisectorial, contudo ainda com diversas lacunas no que concerne a disponibilidade de dados e estudos.

O sobrepeso e a obesidade, bem como as doenças não transmissíveis relacionadas, são amplamente preveníveis e controláveis. Ciente desde facto e comprometida com o plano de aceleração da OMS, que a proponente, sugeriu este estudo, de modo a impactar positivamente as práticas de prevenção e controle da obesidade no contexto do nosso país.

4. Problema

A obesidade adulta quase que dobrou em todo o mundo desde 1990, e a obesidade em adolescente aumentou 4 vezes. Só em 2022, 2,5 bilhões de adultos (maiores de 18anos) apresentavam excesso de peso. Destes, 890 milhões viviam com obesidade, ou seja, globalmente uma em cada oito pessoas vivia com obesidade. O mesmo cenário se verifica entre as crianças e adolescentes jovens, onde em 2022, cerca de 37 milhões de crianças abaixo de 5 anos estavam com excesso de peso, e mais de 390 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos estavam acima do peso, incluindo 160 milhões que viviam com obesidade (OMS, 2024).

De acordo com um estudo realizado na cidade de Maputo, entre outubro de 2017 a janeiro de 2018, revelou que foi feita uma comparação da prevalência de sobrepeso entre homens e mulheres e rondava em torno de 19,4% e 13,7%, e a presença de obesidade abdominal foi de 32,7% nos homens e 40,6% nas mulheres (Mocumbi, 2018).

Em 2021, o Ministério da Saúde de Moçambique apresentou um relatório que detalha os avanços e desafios enfrentados pelo sistema de saúde no país. Entre os principais pontos, destaca-se a luta contra doenças relacionadas ao comportamento alimentar inadequado, como a obesidade, que se tornou cada vez mais prevalente nas áreas urbanas, enquanto áreas rurais ainda enfrentam altos índices de desnutrição (MISAU, 2021).

Impacto social: segundo a OMS (2024), em 2019, um índice de massa corporal (IMC) elevado causou cerca de 5 milhões de mortes por doenças não transmissíveis, como doenças do coração, diabetes mellitos, cancros, doenças neurológicas, doenças respiratórias, e doenças digestivas. Por outro lado, a obesidade tem consequências psicossociais adversas; afecta o rendimento académico e o bem-estar, agravado pelo estigma, discriminação e *bullying*, principalmente em crianças e adolescentes.

Impacto económico: a OMS (2024), revela que caso não sejam tomadas medidas para prevenir e tratar a obesidade, estima-se que os custos globais do sobrepeso e da obesidade atinjam US\$ 3 trilhões por ano até 2030 e mais de US\$ 18 trilhões até 2060.

Total economic cost as % of GDP, 2019

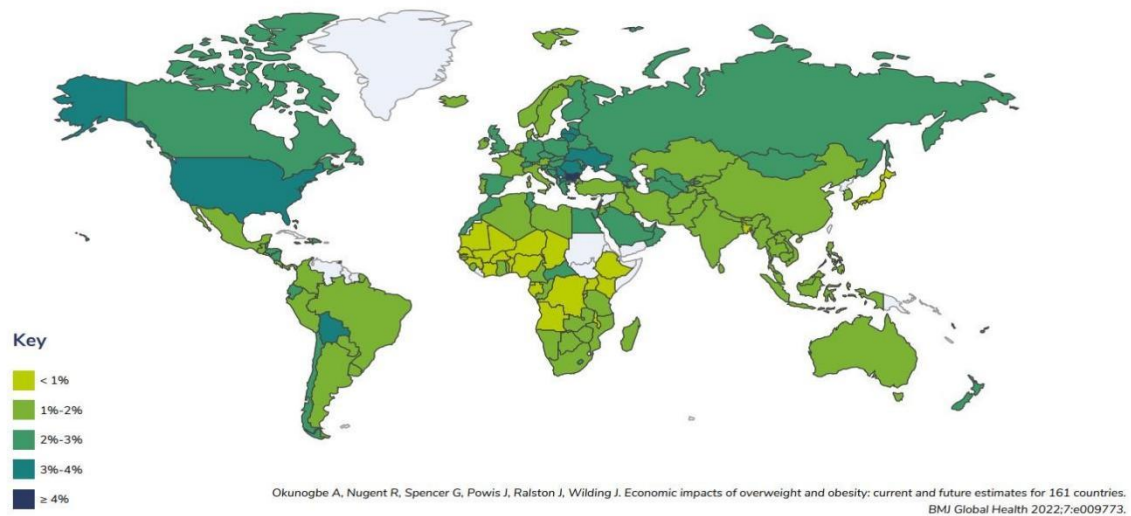


Figura 1. Custos económicos globais da obesidade

Impacto para sector da saúde: combater a obesidade é um dos maiores desafios de saúde pública global, e para Moçambique é ainda mais preocupante por tratar-se de um país na lista dos mais pobres do mundo, ainda na luta contra doenças infecciosas tais como o vírus de imunodeficiência humana (HIV) e Tuberculose (TB), gerando uma situação de duplo fardo epidemiológico. A desnutrição sobrecarrega o sistema de saúde, impacta negativamente a economia, compromete o desenvolvimento sustentável, o que pode contribuir para as disparidades socioeconómicas e problemas de saúde. Por outro lado, o seu controle e prevenção, carece de fundos monetários que o sistema nacional de saúde (SNS) não dispõe.

5. Revisão bibliográfica

A obesidade tem sido documentada ao longo da história humana, variando em percepção e significado conforme as mudanças sociais, econômicas e científicas. Actualmente, é considerada um dos maiores desafios de saúde pública a escala global. Desde a pré-história, evidências sugerem que a obesidade era vista como um sinal de fertilidade e prosperidade, como demonstrado na famosa estátua da "Vênus de Willendorf", datada de aproximadamente 25.000 a.C. (Bray, 2007). Civilizações antigas, como Egito e Grécia, registraram observações sobre a obesidade. Hipócrates (460–370 a.C.) reconheceu seus impactos na saúde e afirmou que " a obesidade é mais do que uma condição de saúde, é um factor de risco para várias doenças" (Haslam & James, 2005).

Com a Revolução Industrial, os hábitos alimentares e os níveis de atividade física começaram a mudar. A urbanização e a mecanização do trabalho reduziram a necessidade de esforço físico, enquanto a produção em massa de alimentos aumentou a disponibilidade de dietas ricas em calorias (Popkin, 2001). No século XIX, médicos começaram a classificar a obesidade como um problema médico, levando ao desenvolvimento de tratamentos dietéticos e terapias para perda de peso (Haslam & James, 2005).

Após a Segunda Guerra Mundial, a obesidade tornou-se mais comum, especialmente em países industrializados. Alterações nos hábitos de vida, aumento de consumo de alimentos ultraprocessados e a crescente sedentarização contribuíram para esse crescimento (Swinburn *et al.*, 2011). Nos anos 1980 e 1990, a obesidade foi considerada uma epidemia global, levando à formulação de políticas de saúde pública para conter sua ascensão.

5.1 Epidemiologia

i. Mundo

Segundo a OMS (2024), em 2022, 2,5 bilhões de adultos estavam com sobrepeso, incluindo 890 milhões que viviam com obesidade, enquanto 390 milhões estavam abaixo do peso, ou seja, 43% dos adultos com 18 anos ou mais estavam acima do peso e 16% viviam com obesidade. E calcula-se que 149 milhões de crianças abaixo de 5 anos sejam atrofiadas (muito baixas para a idade), 45 milhões sejam magras demais para a altura e 37 milhões estejam acima do peso ou vivendo com obesidade.

Estimativas de prevalência de obesidade em adultos

Obesidade IMC ≥ 30 kg/m²

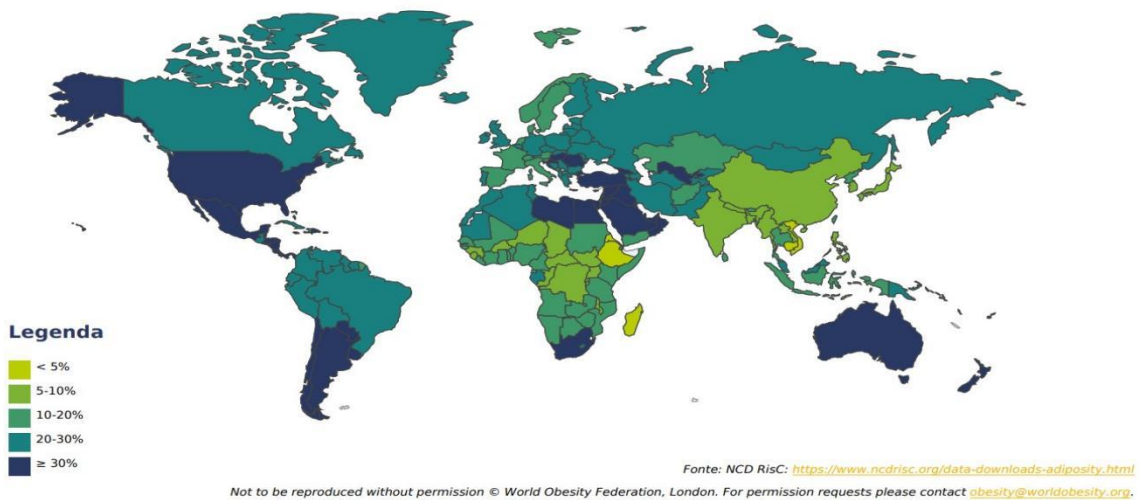


Figura 2. Prevalência Global da obesidade

A prevalência de sobrepeso variou por região, de 31% na região sudeste asiático da OMS e na região africana a 67% na Região das Américas (OMS, 2024).

A taxa de obesidade tem aumentado em várias regiões, especialmente na América do Norte, onde mais de 40% dos adultos são obesos, e em algumas partes da Europa, como o Reino Unido (cerca de 30% da população adulta é obesa) e a Hungria, que apresentam altas taxas de obesidade. No entanto, os países do sul da Europa, como Itália e Grécia, apresentam taxas mais baixas, embora também estejam em ascensão. A obesidade infantil também é uma preocupação crescente, afectando mais de 19% das crianças na América (OECD, 2022).

Em países como a China e a Índia, embora a prevalência ainda seja mais baixa em comparação com os países ocidentais, as taxas estão subindo rapidamente à medida que os padrões alimentares ocidentais ganham popularidade (Ng *et al.*, 2014).

Para além da prevalência, a obesidade apresenta importantes implicações económicas e sociais a nível global. Estima-se que os custos associados ao sobrepeso e à obesidade atinjam valores superiores a 3 trilhões de dólares por ano até 2030, podendo ultrapassar 18 trilhões até 2060, caso não sejam implementadas medidas eficazes de prevenção (OMS, 2024). Estes custos incluem despesas com cuidados de saúde, perda de produtividade e impacto no desenvolvimento económico dos países.

Adicionalmente, a obesidade contribui significativamente para a redução da qualidade de vida, estando associada a limitações funcionais, problemas psicológicos e estigmatização social. Estudos demonstram que indivíduos com obesidade apresentam maior risco de depressão, ansiedade e isolamento social, factores que podem agravar ainda mais o quadro clínico e dificultar intervenções de saúde (Luppino *et al.*, 2010).

Outro aspecto relevante é a desigualdade na distribuição da obesidade entre diferentes grupos populacionais. Evidências indicam que populações de menor nível socioeconómico apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de obesidade, devido ao acesso limitado a alimentos saudáveis, menor nível de literacia em saúde e maior exposição a ambientes obesogénicos (Drewnowski, 2004).

ii. África

A obesidade, historicamente considerado um problema de saúde pública predominantemente em países desenvolvidos, está se tornando uma preocupação crescente na África. A transição nutricional e epidemiológica associada ao rápido crescimento urbano e mudanças nos padrões de vida têm contribuído para o aumento da taxa de obesidade no continente.

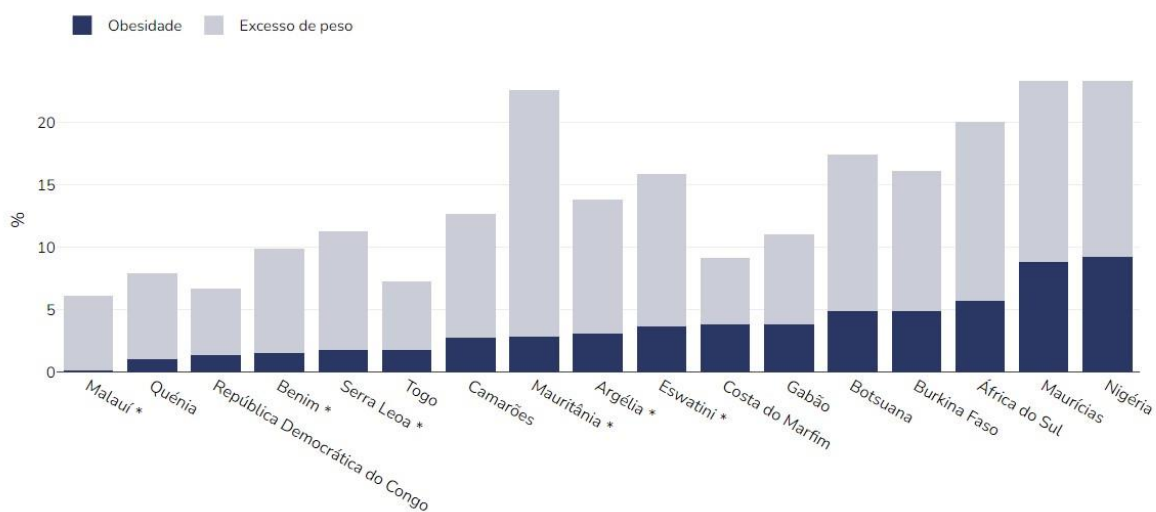


Gráfico 1. Prevalência da obesidade em África. Fonte: worldobesity, 2024.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a prevalência de obesidade em adultos na África está aumentando, especialmente em países de renda média e alta. Em 2023, estima-se que mais de 24% da população adulta em alguns países africanos enfrentava sobrepeso ou obesidade, com variações significativas entre regiões e gêneros (WHO, 2023; Popkin *et al.*, 2020).

África do Norte apresenta as maiores taxas de obesidade no continente, especialmente entre mulheres. Por exemplo:

- Egito: Mais de 36% das mulheres adultas são obesas.
- Marrocos e Tunísia: Taxas acima de 25% na população geral.

África Subsahariana:

- A obesidade é mais comum em áreas urbanas. Na África do Sul 28% das mulheres e 11% dos homens são obesos.
- Em países como Namíbia e Botsuana, taxas de obesidade ultrapassam 20% entre adultos urbanos.

A África Subsahariana e o Sul da Ásia apresentam maiores números na prevalência de sobrepeso e obesidade entre as famílias de maior riqueza. Além disso, nota-se um aumento do sobrepeso e obesidade nas zonas rurais. Isso representa um grande desafio na saúde pública, pois o aumento do número de pessoas com excesso de peso aumenta a carga de doenças. Em África, o número de crianças menores de 5 anos com excesso de peso aumentou em quase 23% desde 2000. Em 2022 quase metade das crianças menores de 5 anos que vivia na Ásia estavam acima do peso ou vivendo com obesidade (OMS, 2024; Malta *et al.*, 2021).

Um estudo feito na África, revelou que a maior proporção de pessoas obesas, bem como o maior índice de massa corporal (IMC) médio, é da África do Sul, que é um dos países africanos mais desenvolvidos, ou seja, as pessoas possuem melhores condições de vida, dado que a África é conhecida por seus altos índices de pobreza. Dessa forma, a menor proporção de pessoas obesas, bem como o menor IMC médio, é da Etiópia, o qual é um país que sofre de subnutrição crônica (Lirio & Loose, 2024).

Quanto as diferenças demográficas, a obesidade é mais prevalente em mulheres do que entre homens na África, razões incluem factores biológicos, como diferenças hormonais, e culturais, onde o peso é frequentemente associado à saúde, fertilidade e *status* econômico em algumas comunidades. E o risco de obesidade eleva-se com a idade, em especial nas mulheres de meia idade e idosos (Monteiro *et al.*, 2018).

Para além das diferenças regionais, a obesidade em África apresenta uma forte relação com processos de urbanização acelerada e mudanças nos sistemas alimentares. A expansão de cadeias de *fast food*, a maior disponibilidade de alimentos ultraprocessados e o aumento do

consumo de bebidas açucaradas têm contribuído significativamente para a alteração dos padrões alimentares tradicionais (Popkin *et al.*, 2020).

Outro fenómeno importante é a progressiva redução da actividade física, associada à modernização dos meios de transporte, à urbanização desordenada e à falta de infraestruturas adequadas para prática de exercício físico. Em muitas cidades africanas, a ausência de espaços seguros para caminhada ou actividade física limita a adopção de estilos de vida saudáveis.

Além disso, factores socioculturais continuam a desempenhar um papel determinante. Em várias comunidades africanas, o corpo com maior volume é socialmente valorizado, sendo associado a beleza, fertilidade e sucesso económico. Esta percepção cultural pode reduzir a percepção de risco e dificultar a implementação de estratégias de prevenção da obesidade, especialmente entre mulheres (Holdsworth *et al.*, 2004).

iii. Moçambique

Segundo o inquérito nacional de prevalência e factores de risco para doenças não transmissíveis (InCRONICA-2024), realizado pelo Instituto Nacional de Saúde, a prevalência de obesidade em Moçambique quase duplicou entre 2005 e 2024, passando de 7,5 % para 14,1 %. Este aumento reflecte uma tendência preocupante no país, especialmente em relação ao risco de doenças cardiovasculares, diabetes e outras condições crónicas. O mesmo estudo indica ainda um crescimento significativo do sedentarismo, que passou de 46,5 % em 2005 para 59,8 % em 2024, o que pode estar associado ao aumento dos casos de obesidade (INS *et al.*, 2024).

O número de óbitos por deficiências nutricionais reduziu em 52,4% (69.631 óbitos em 1990 e 33.117 em 2019), a taxa de mortalidade (304,6/100.000 hab em 1990 e 74,3/100.000hab. em 2019) e a taxa de DALY (Anos de vida ajustados por incapacidade) reduziram em torno de 74%. Por outro lado, o número de óbitos, as taxas de mortalidade por DALY por IMC elevado aumentaram 429,3%, 180% e 193% respectivamente (Malta *et al.*, 2021).

Em Moçambique a obesidade é um problema crescente de saúde pública, com prevalência em aumento tanto entre adultos quanto em crianças. Dados recentes indicam que cerca de 7,3% da população moçambicana é obesa, um crescimento significativo em relação aos 5,3% registrados em 2015. Maputo destaca-se como a região com maior incidência, afectando sobretudo as mulheres, das quais aproximadamente 40% são obesas (INE, 2023).

Estudos epidemiológicos destacam o crescimento da prevalência de sobrepeso e obesidade em Moçambique. Fontes *et al.* (2015) analisaram dados de 2005 e 2015, mostrando um

crescimento significativo desses índices na população moçambicana. Além disso, Macicame *et al.* (2023) investigaram os determinantes sociais e comportamentais associados ao sobrepeso e obesidade em adolescentes e adultos em uma área periurbana da cidade de Maputo, evidenciando a influência de factores socioeconômicos e culturais no aumento desses problemas de saúde.

Este aumento está ligado à transição alimentar, que reflecte mudanças nos padrões de consumo para alimentos processados e industrializados, menos saudáveis e mais acessíveis devido à globalização alimentar e práticas de *marketing* agressivas. Outro factor contribuinte é a falta de conscientização sobre nutrição, associada a mudanças nos hábitos de vida, como sedentarismo e consumo de alimentos com altos níveis de açúcares, carboidratos refinados e sódio. Esses hábitos não apenas aumentam os casos de obesidade, mas também de doenças crónicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes e problemas cardiovasculares. Actualmente, a hipertensão afecta 34% dos adultos no país, com maior prevalência nas cidades (40%) em comparação às áreas rurais (29%), (INE, 2023).

A hipertensão arterial é uma das principais doenças associadas a obesidade. Damasceno *et al.* (2009) analisou a prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão em Moçambique, destacando disparidades entre áreas urbanas e rurais no contexto de transição epidemiológica. Além disso, Tualufo *et al.* (2021) investigou a hipertensão em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos na Associação Moçambicana de Diabéticos, enfatizando a necessidade de maior controle e gestão dessas condições para reduzir complicações cardiovasculares.

A realidade moçambicana reflecte claramente o processo de transição nutricional, no qual padrões alimentares tradicionais estão a ser gradualmente substituídos por dietas ricas em alimentos processados, açúcares e gorduras. Este fenómeno tem sido amplamente descrito em países de baixa e média renda, estando associado à urbanização e à globalização alimentar, que promovem mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida (Popkin *et al.*, 2020). Em Moçambique, esta transição é particularmente evidente em áreas urbanas, onde o acesso a alimentos industrializados é maior e os níveis de actividade física tendem a ser mais reduzidos (Macicame *et al.*, 2023; INE, 2023).

Adicionalmente, factores económicos desempenham um papel relevante na determinação dos padrões alimentares. Evidências indicam que populações de baixa renda tendem a consumir alimentos mais baratos e energeticamente densos, devido ao custo elevado de alimentos frescos como frutas e vegetais, o que contribui para dietas de baixa qualidade nutricional (Drewnowski, 2004). Este padrão tem sido associado ao aumento do risco de obesidade e doenças crónicas não transmissíveis, especialmente em contextos urbanos em transição (Popkin *et al.*, 2020).

A falta de programas estruturados de educação nutricional e de promoção da actividade física também constitui um desafio importante. Apesar da existência de estratégias nacionais voltadas para o controlo das doenças não transmissíveis, estudos apontam lacunas na implementação de intervenções eficazes ao nível comunitário, bem como limitações no acesso à informação adequada sobre alimentação saudável (MISAU, 2021).

Neste contexto, a obesidade em Moçambique deve ser compreendida como um problema multifactorial, influenciado por determinantes sociais, económicos, culturais e ambientais. Esta abordagem é consistente com a literatura internacional, que destaca a necessidade de estratégias integradas que incluam políticas públicas, intervenções comunitárias e fortalecimento dos sistemas de saúde, indo além da responsabilização individual (Swinburn *et al.*, 2011; WHO, 2022).

5.2 Etiologia

A etiologia da obesidade é complexa e tem um carácter multifactorial, associado a factores genéticos, psicossociais, socioeconómicos, culturais, ambientais entre outros. Em um subgrupo de pacientes, factores etiológicos principais únicos podem ser identificados (medicamentos, doenças, imobilização, procedimentos iatrogénicos, doença monogénica/síndrome genética), (OMS, 2024; Tavares *et al.*, 2023).

Consumo de alimentos altamente energéticos e falta de actividade física se destacam por facilitarem o ganho de calorias e diminuírem o gasto de energia corporal ao longo do dia, entre outros factores, que podem levar à obesidade, isto devido mudanças que ocorrem na sociedade, como a urbanização e aumento da produção e consumo de alimentos industrializados, causando aumento do sedentarismo e consumo de alimentos ultraprocessados (Lirio & Loose, 2024; Tavares *et al.*, 2023).

Segundo a OMS (2024), todos esses factores obesogénicos que agravam a probabilidade de obesidade em indivíduos, populações e em diferentes cenários está relacionado a factores

estruturais que limitam a disponibilidade de alimentos saudáveis e sustentáveis a preços acessíveis localmente, a falta de mobilidade física segura e fácil na vida diária de todas as pessoas e à ausência de um ambiente legal e regulatório adequado.

A compreensão contemporânea da etiologia da obesidade exige o abandono de explicações simplistas centradas apenas na vontade individual ou no consumo excessivo de alimentos. Embora o balanço energético positivo continue a ser um princípio biológico fundamental, a sua ocorrência é condicionada por determinantes estruturais e contextuais que influenciam as escolhas alimentares, os níveis de actividade física, os padrões de sono, a saúde mental e o acesso a cuidados preventivos. Assim, a obesidade deve ser entendida como uma condição produzida pela interação entre susceptibilidade biológica e ambientes sociais que favorecem o ganho ponderal. Esta perspectiva é particularmente importante em contextos urbanos em transformação, onde coexistem oferta crescente de alimentos ultraprocessados, redução do esforço físico diário e desigualdades no acesso a oportunidades de vida saudável (OMS, 2024; Swinburn *et al.*, 2011; Popkin *et al.*, 2020).

De forma complementar, a etiologia da obesidade deve ser analisada numa perspectiva de curso de vida. O risco de desenvolver excesso de peso não começa apenas na idade adulta, mas pode ser influenciado por factores presentes desde o período pré-natal, infância, adolescência e transições sociais posteriores. Ganho de peso gestacional inadequado, práticas alimentares precoces, padrões familiares de alimentação, sedentarismo infantil e exposição prolongada a ambientes obesogénicos podem contribuir cumulativamente para o desenvolvimento da obesidade ao longo do tempo. Deste modo, a etiologia não corresponde a um evento único, mas a um processo gradual e multifásico, moldado por exposições repetidas e socialmente determinadas (WHO, 2022; OMS, 2024).

i. Factores Genéticos

Estudos genéticos sugerem que a predisposição para a obesidade pode ser herdada. A pesquisa sobre genes relacionados ao controle do apetite, metabolismo e armazenamento de gordura tem avançado, destacando a importância de genes como o FTO (*fat mass and obesity-associated*) e o MC4R (Melanocortin-4 receptor) na regulação do peso corporal. O gene FTO, por exemplo, tem sido relacionado ao aumento do risco de obesidade, com estudos mostrando que indivíduos com certas variantes deste gene têm maior propensão ao ganho de peso (Frayling *et al.*, 2007).

Principais genes associados à obesidade:

FTO (*fat mass and obesity-associated*): este gene foi um dos primeiros a ser associado a obesidade. Pesquisas mostram que variantes do FTO aumentam a probabilidade de ganho de peso, principalmente por influenciar o comportamento alimentar, como aumento do apetite e preferência por alimentos ricos em calorias. Estudos indicam que indivíduos com variantes do FTO têm um risco 1,5 vezes maior de se tornarem obesos em comparação com aqueles sem a variante (Frayling *et al.*, 2007).

MC4R (*Melanocortin-4 receptor*): o MC4R é um gene que regula o apetite e o gasto energético. Mutações neste gene têm sido associadas a formas graves de obesidade, pois levam a um aumento do apetite e a uma redução do gasto energético (Vaisse *et al.*, 1998).

Leptina e Leptina Receptor: a leptina é um hormônio produzido pelas células adiposas, que regula o apetite e o metabolismo. A resistência à leptina é uma característica comum em pessoas com excesso de peso, o que significa que, apesar de níveis elevados de leptina, o cérebro não recebe o sinal para reduzir a ingestão de alimentos e aumentar o gasto energético (Frederich *et al.*, 1995).

Interação entre genética e ambiente:

Embora os factores genéticos possam predispor um indivíduo à obesidade, os factores ambientais, como dietas ricas em calorias e sedentarismo, são frequentemente necessários para que a obesidade se manifeste. Assim, a obesidade é um exemplo de doença multifactorial em que factores genéticos e ambientais interagem de maneira complexa (Loos & Yeo, 2014).

Importa salientar que a contribuição genética para a obesidade não significa determinismo biológico absoluto. Na maioria dos casos, os genes influenciam a susceptibilidade individual, mas não definem isoladamente o desfecho. Isto explica por que indivíduos com predisposição genética podem não desenvolver obesidade quando inseridos em ambientes com maior protecção nutricional, maior actividade física e melhores condições de vida. Em contrapartida, em ambientes obesogénicos, essa susceptibilidade pode ser mais facilmente expressa. Esta interação entre predisposição genética e exposição ambiental reforça a necessidade de compreender a obesidade como uma condição biologicamente influenciada, porém socialmente modulada (Loos & Yeo, 2014).

De igual modo, formas monogénicas de obesidade, embora menos frequentes, contribuem para o conhecimento dos mecanismos fisiológicos envolvidos na regulação do apetite e do

metabolismo energético. Alterações em vias neuroendócrinas relacionadas à saciedade e à fome demonstram que o peso corporal é regulado por sistemas biológicos complexos, e não apenas por escolhas conscientes. Esta evidência ajuda a reduzir visões moralizantes sobre a obesidade e reforça o entendimento de que o corpo responde a mecanismos hormonais, metabólicos e neurológicos que podem ser alterados em diferentes indivíduos (Vaisse *et al.*, 1998; Frederich *et al.*, 1995).

ii. Factores Ambientais e Comportamentais

O ambiente em que uma pessoa vive exerce um papel fundamental na etiologia da obesidade. Mudanças nas dietas, com elevada ingestão de alimentos processados ricos em calorias, açúcares e gorduras, têm contribuído para o aumento das taxas de obesidade. Além disso, o sedentarismo, amplificado pela utilização de dispositivos tecnológicos e a falta de espaços adequados para actividades físicas, também está directamente relacionado com o elevado risco de obesidade (Monteiro *et al.*, 2018).

Em Moçambique, o comportamento alimentar tem sido um factor determinante na prevalência de obesidade e em questões relacionadas à segurança alimentar. A alimentação inadequada, associada a comportamentos alimentares específicos, tem sido amplamente estudada no contexto da saúde pública, particularmente em áreas urbanas e rurais (Instituto Nacional de Saúde Pública, 2020; WHO, 2019; MISAU, 2021).

Por outro lado, a alimentação emocional quando as pessoas comem em resposta a emoções como estresse, ansiedade ou depressão também desempenha um papel importante no ganho de peso. Muitas vezes, alimentos ricos em gordura ou açúcar são usados para proporcionar conforto temporário, mas isso pode levar ao desenvolvimento de hábitos alimentares insalubres (Van Strien, 2018).

A diminuição da actividade física, muitas vezes associada ao uso excessivo de tecnologia (televisão, computadores, *smartphones*), também é um factor ambiental determinante. O sedentarismo, combinado com o aumento da oferta de alimentos hipercalóricos, cria um ambiente que favorece o ganho de peso (Dunstan *et al.*, 2010).

Os factores ambientais e comportamentais estão entre os componentes mais visíveis da actual epidemia de obesidade. O aumento da disponibilidade de alimentos prontos para consumo, energeticamente densos e de baixo valor nutricional alterou profundamente os padrões dietéticos em diversos países. Tais alimentos tendem a ser mais baratos, mais duráveis, mais acessíveis e

intensamente promovidos, o que contribui para o seu consumo frequente. A indústria alimentar, por meio de estratégias de marketing, reformulação de produtos e expansão da distribuição, passou a ocupar papel central na transformação dos ambientes alimentares, favorecendo escolhas que, embora práticas e socialmente valorizadas, estão associadas ao ganho de peso (Monteiro *et al.*, 2018; Swinburn *et al.*, 2011).

Paralelamente, os ambientes urbanos modernos tendem a reduzir a actividade física incorporada ao quotidiano. A substituição da caminhada por transporte motorizado, a mecanização do trabalho, o aumento do tempo sedentário e a limitação de espaços seguros para exercício contribuem para a redução do gasto energético diário. Neste sentido, a obesidade não decorre apenas da ausência de exercício programado, mas também da perda gradual de movimento nas actividades rotineiras. Em muitos contextos urbanos africanos, a prática regular de actividade física é ainda dificultada por factores como insegurança, falta de infraestruturas públicas e longas jornadas de trabalho, o que reforça a influência do ambiente sobre o comportamento corporal (Dunstan *et al.*, 2010; Popkin *et al.*, 2020).

No contexto de países de baixa e média renda, a transição nutricional tem desempenhado papel central na expansão da obesidade. Dietas tradicionais, muitas vezes baseadas em alimentos menos processados, têm sido progressivamente substituídas por padrões alimentares mais ocidentalizados, com elevado teor de gordura, açúcar e sal. Essa mudança não resulta apenas de preferência individual, mas também de processos económicos, urbanização e reorganização dos sistemas alimentares. Em Moçambique e noutros contextos africanos, este fenómeno ocorre simultaneamente à persistência de formas de desnutrição, produzindo o chamado duplo fardo da malnutrição, em que carências nutricionais e excesso de peso coexistem no mesmo país, comunidade ou família (Popkin, 2001; Popkin *et al.*, 2020; Malta *et al.*, 2021).

Outro elemento comportamental relevante é a organização do tempo alimentar. A irregularidade das refeições, o aumento do consumo de alimentos fora do domicílio, a substituição de preparações tradicionais por refeições rápidas e o recurso frequente a alimentos de conveniência tendem a favorecer a ingestão calórica excessiva (Rossi *et al.*, 2008). Além disso, o consumo alimentar é influenciado por factores sociais, como a rotina laboral, a publicidade, a disponibilidade local e os padrões familiares, o que demonstra que o comportamento alimentar é também uma prática socialmente estruturada. Assim, a modificação de comportamentos não depende exclusivamente de conhecimento, mas da possibilidade concreta de acesso a opções saudáveis e de contextos que as tornem viáveis (Monteiro *et al.*, 2014).

iii. Factores Psicossociais

Factores emocionais e psicológicos, como o estresse, a depressão e os transtornos alimentares, também estão fortemente associados à obesidade. A alimentação emocional, onde a comida é usada para lidar com emoções negativas, pode influenciar para o ganho de peso. O excesso de peso pode, por sua vez, aumentar o risco de distúrbios psicológicos, criando um ciclo vicioso (Luppino *et al.*, 2010).

Segundo Puhl & Latner (2007), alimentação emocional refere-se ao acto de consumir alimentos em resposta a emoções, como estresse, ansiedade ou tristeza. Isso pode levar a episódios de compulsão alimentar, onde a pessoa consome grandes quantidades de alimentos ricos em calorias, mesmo sem fome física. Esse padrão alimentar pode influenciar para o ganho de peso e obesidade. Pessoas que sofrem de transtornos alimentares como bulimia nervosa e compulsão alimentar periódica (*binge eating*) apresentam também um risco elevado para a obesidade. Esses transtornos podem resultar em episódios frequentes de ingestão excessiva de alimentos, seguidos por sentimentos de culpa e vergonha, o que perpetua o ciclo de ganho de peso.

O estigma social relacionado à obesidade é outro factor importante. Indivíduos obesos frequentemente enfrentam discriminação, o que pode levar a sentimentos de inadequação, ansiedade e depressão. Isso, por sua vez, pode levar a uma maior busca por alimentos reconfortantes, perpetuando o ciclo de ganho de peso (Puhl & Latner, 2007).

Os factores psicossociais associados à obesidade não se restringem à alimentação emocional, embora esta seja um componente importante. A experiência prolongada de *stress* social e económico, a pressão estética, os conflitos familiares, a baixa autoestima e a vivência de estigma corporal podem influenciar comportamentos alimentares e padrões de auto-cuidado. Em muitos casos, a comida passa a funcionar como estratégia de regulação emocional, alívio temporário ou compensação afectiva, contribuindo para a manutenção de hábitos alimentares inadequados. Essa relação entre sofrimento emocional e ganho ponderal exige uma abordagem mais abrangente, que considere também a saúde mental como parte do cuidado à obesidade (Luppino *et al.*, 2010; Van Strien, 2018).

Por outro lado, o estigma relacionado ao peso corporal tem repercussões que ultrapassam o plano psicológico. Pessoas com obesidade podem evitar espaços públicos, consultas de saúde, actividades físicas colectivas e interações sociais por receio de julgamento, humilhação ou discriminação. Isso pode reduzir a procura por apoio profissional e enfraquecer a adesão a

intervenções preventivas. O estigma, portanto, não é apenas consequência da obesidade, mas também um elemento que contribui para a sua perpetuação, ao produzir sofrimento, isolamento e barreiras ao tratamento (Puhl e Latner, 2007; Puhl e Heuer, 2009).

iv. Factores Socioeconômicos

As desigualdades socioeconômicas também têm um impacto significativo na prevalência da obesidade (Drewnowski, 2004):

Acesso a alimentos saudáveis: indivíduos de classes sociais mais baixas muitas vezes residem em "desertos alimentares", áreas onde há pouco ou nenhum acesso a alimentos frescos e saudáveis. Em vez disso, eles podem depender de alimentos ultraprocessados, que são baratos, mas nutritivamente pobres. Esse cenário influencia para o ganho de peso e obesidade.

Barreiras para a actividade física: além disso, factores socioeconômicos também afectam a capacidade de manter hábitos de vida fisicamente activo. A falta de segurança em áreas urbanas, a falta de acesso a academias ou espaços ao ar livre e a exigência de longas jornadas de trabalho podem limitar a prática regular de actividades físicas, aumentando o risco de obesidade.

Os factores socioeconómicos influenciam a obesidade por múltiplas vias. O rendimento, a escolaridade, o tipo de ocupação, o local de residência e o acesso à informação condicionam de forma directa e indirecta os padrões de alimentação e actividade física. Famílias com menor poder aquisitivo tendem a enfrentar maior dificuldade para adquirir alimentos frescos e diversificados, especialmente quando estes apresentam custo mais elevado, menor durabilidade e menor disponibilidade nos mercados locais. Em contrapartida, alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas podem ser mais baratos, mais acessíveis e mais práticos, tornando-se alternativas frequentes, embora nutricionalmente desfavoráveis (Drewnowski, 2004; Popkin *et al.*, 2020).

A escolaridade também constitui um determinante importante, pois influencia o grau de literacia em saúde, a capacidade de interpretação de mensagens nutricionais e a adopção de práticas preventivas. Baixos níveis de escolaridade podem limitar o acesso a informação de qualidade sobre alimentação saudável e sobre os riscos associados ao excesso de peso. Contudo, é importante reconhecer que informação isolada nem sempre é suficiente para produzir mudança de comportamento, sobretudo quando o ambiente económico e social restringe as possibilidades de escolha. Assim, a obesidade em grupos socioeconomicamente

vulneráveis não deve ser interpretada como falha individual, mas como expressão de desigualdades sociais mais amplas (Monteiro *et al.*, 2004; Wanderley e Ferreira 2010).

Nos contextos urbanos africanos, estas desigualdades podem ser agravadas por processos rápidos e desordenados de urbanização. A expansão de bairros periféricos, a precariedade dos transportes, a insuficiência de espaços públicos para lazer e a insegurança limitam a incorporação da actividade física na rotina diária. Do mesmo modo, mercados locais podem oferecer maior disponibilidade de produtos energeticamente densos do que de alimentos frescos e nutritivos. Desta forma, os determinantes socioeconómicos actuam em estreita articulação com os factores ambientais, reforçando padrões de risco para obesidade.

Em síntese, a etiologia da obesidade deve ser compreendida a partir de uma visão integrada e multinível. Factores genéticos influenciam a susceptibilidade individual; factores ambientais e comportamentais moldam o consumo alimentar e o gasto energético; factores psicossociais interferem na relação com o corpo, a comida e a saúde; e factores socioeconómicos condicionam concretamente as possibilidades de prevenção. Nenhum destes elementos, isoladamente, explica a magnitude actual do problema. A obesidade emerge, portanto, da interação entre predisposição biológica e contextos sociais que favorecem o ganho de peso, exigindo respostas igualmente integradas, culturalmente sensíveis e estruturalmente orientadas (Swinburn *et al.*, 2011; OMS, 2024).

5.3 Diagnóstico da obesidade

O diagnóstico precoce da obesidade desempenha um papel fundamental na prevenção de complicações associadas e na implementação de estratégias terapêuticas eficazes. A identificação atempada do excesso de peso permite não apenas a classificação do estado nutricional, mas também a avaliação do risco metabólico e cardiovascular. Estudos demonstram que intervenções realizadas em fases iniciais são mais eficazes na prevenção de doenças crónicas, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemias (WHO, 2020).

Além disso, o diagnóstico da obesidade não deve limitar-se à quantificação do peso corporal, mas deve incluir uma avaliação abrangente do estado de saúde do indivíduo, considerando factores clínicos, comportamentais e metabólicos. Esta abordagem permite uma compreensão mais completa do risco individual e orienta intervenções mais personalizadas e eficazes.

i. Índice de massa corporal

O índice de massa corporal (IMC) é um marcador de adiposidade calculado como peso dividido pela altura em metros quadrados (kg/m^2) e é usado para vigilância populacional da obesidade. As categorias de IMC para definir a obesidade variam de acordo com a idade e o sexo em bebês, crianças e adolescentes (Chong *et al.*, 2023):

- Para adultos, a obesidade é definida por um índice de massa corporal maior ou igual a $30,00\text{kg}/\text{m}^2$. Um IMC variando de $25,00$ a $29,00\text{kg}/\text{m}^2$ também está associado com o aumento de risco de doenças e é também definido como pré-obesidade de acordo com a organização mundial de saúde (2020), a classificação de obesidade é a seguinte:

Quadro 1. Classificação da obesidade. Fonte: OMS, 2020

| | |
|--|--------------------------------------|
| IMC de 25 a $29,9\text{ kg}/\text{m}^2$. | Sobrepeso |
| IMC de 30 a $34,9\text{ kg}/\text{m}^2$. | Obesidade grau 1 |
| IMC de 35 a $39,9\text{ kg}/\text{m}^2$. | Obesidade grau 2 |
| IMC superior a $40\text{ kg}/\text{m}^2$. | Obesidade grau 3 (obesidade mórbida) |

- Para crianças entre 5 e 19 anos, a obesidade é definida por um IMC para idade superior a dois desvio padrão acima da mediana de crescimento da OMS;
- Para crianças menores de 5 anos, o excesso de peso é utilizado como indicador, definido como peso para altura superior a dois desvio padrão acima da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS.

Embora o IMC seja amplamente utilizado, ele apresenta limitações significativas, como a incapacidade de distinguir entre massa muscular e massa gorda, o que pode levar a classificações errôneas, especialmente em indivíduos com alta musculatura ou baixa estatura (Nuttall, 2015).

Apesar do IMC ser uma ferramenta amplamente utilizada para a triagem da obesidade deve ser complementado com outros indicadores para uma avaliação mais precisa, principalmente em casos de indivíduos com composição corporal atípica (WHO, 2020).

Limitações:

- Não faz distinção entre gordura visceral e subcutânea.
- Não leva em consideração a distribuição da gordura, que é um importante determinante do risco cardiovascular.

Apesar da sua ampla utilização, o IMC apresenta limitações importantes quando utilizado de forma isolada. Uma das principais limitações é a incapacidade de distinguir entre massa gorda e massa magra, o que pode levar à classificação incorreta de indivíduos com elevada massa muscular como obesos. Da mesma forma, indivíduos com peso normal podem apresentar níveis elevados de gordura corporal, especialmente gordura visceral, configurando o chamado “obesidade de peso normal” (Nuttall, 2015).

Adicionalmente, o IMC não fornece informações sobre a distribuição da gordura corporal, um factor determinante no risco de doenças cardiovasculares e metabólicas. A gordura visceral, localizada na região abdominal, está mais fortemente associada a complicações como resistência à insulina, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares do que a gordura subcutânea. Deste modo, recomenda-se que o IMC seja utilizado em conjunto com outros indicadores antropométricos e clínicos, permitindo uma avaliação mais precisa do estado nutricional e dos riscos associados (WHO, 2020).

Outros indicadores de obesidade:**ii. Circunferência abdominal e Relação Cintura-Quadril (RCQ)**

A circunferência abdominal é um indicador crucial para avaliar a gordura visceral, intimamente ligada a um risco elevado de doenças cardiovasculares e metabólicas. Por sua simplicidade e baixo custo, a medição da circunferência da cintura é amplamente utilizada como uma ferramenta complementar ao IMC para identificar riscos associados à obesidade (Lean *et al.*, 1995).

Medidas adicionais, como a circunferência da cintura, podem ajudar no diagnóstico de obesidade. Permite a medição da gordura abdominal também denominada gordura visceral. Permitindo avaliar se futuramente o indivíduo poderá evoluir com doenças como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares ou até risco de diabetes tipo 2 (OMS, 2024; Rosendo, 2020).

Segundo a associação portuguesa de nutrição (APN), o perímetro da cintura é um indicador de risco que requer intervenção médica, caso os sejam os seguintes (Rosendo, 2020; Lean *et al.*, 1995):

- Mulher – perímetro da cintura > 88cm
- Homem – perímetro da cintura > 102cm

A Relação Cintura-Quadril (RCQ) é amplamente utilizada para avaliar a distribuição da gordura corporal, sendo calculada pela divisão da medida da cintura pela dos quadris. Estudos indicam que uma RCQ elevada está fortemente associada ao risco cardiovascular, destacando-se como um marcador confiável de obesidade central (Yusuf *et al.*, 2005).

Limitações:

- Medições imprecisas podem ocorrer em indivíduos com características corporais atípicas.
- A precisão depende de técnica adequada de medição.

iii. Exames Bioquímicos e Metabólicos

Os exames bioquímicos desempenham um papel crucial no diagnóstico da obesidade, permitindo a identificação de complicações metabólicas associadas, como resistência a insulina, dislipidemia e doenças hepáticas. O perfil lipídico, a glicémia de jejum, a hemoglobina glicada (HbA1c) e exames de função hepática são ferramentas diagnósticas essenciais. A obesidade frequentemente está associada a níveis elevados de lipoproteína de baixa densidade (LDL) e triglicerídeos, baixos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL), resistência à insulina, e alterações nas transaminases hepáticas, características da doença hepática gordurosa não alcoólica (Eckel *et al.*, 2011).

A glicémia em jejum acima de 100 mg/dL e níveis elevados de hemoglobina glicada (HbA1c) são indicativos de resistência a insulina e aumento de risco para diabetes tipo 2. Além disso, a obesidade está frequentemente associada à doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), detectável por alterações nas transaminases hepáticas (alanina aminotransferase e aspartato aminotransferase). A hipertensão, condição comum em pessoas obesas, requer monitoramento contínuo devido ao risco cardiovascular elevado (Chalasanani *et al.*, 2012).

A avaliação clínica da obesidade deve ser realizada de forma integrada, incluindo não apenas medidas antropométricas e exames laboratoriais, mas também a análise do histórico clínico, hábitos alimentares, nível de actividade física e factores psicossociais. Esta abordagem multidimensional permite identificar factores subjacentes que contribuem para o ganho de peso e orientar estratégias de intervenção mais eficazes. Durante a avaliação clínica, é importante considerar a presença de comorbidades associadas à obesidade, como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e doença hepática gordurosa não alcoólica. A identificação dessas condições permite classificar o risco global do paciente e definir prioridades no manejo clínico (Eckel *et al.*, 2011).

Portanto, a avaliação do comportamento alimentar, incluindo padrões de ingestão, frequência das refeições e possíveis episódios de compulsão alimentar, é essencial para compreender a dinâmica do ganho de peso e orientar intervenções comportamentais.

iv. Exames de Imagem

Exames de imagem, como a tomografia axial computadorizada (TAC) e a ressonância magnética (RM) são, métodos avançados para avaliar a composição corporal. A TAC permite a quantificação precisa da gordura visceral, facilitando a avaliação do risco de doenças metabólicas e cardiovasculares, enquanto a RM, sem o uso de radiação, fornece imagens detalhadas da distribuição de gordura visceral e subcutânea. Essas técnicas são valiosas para compreender a relação entre a distribuição de gordura corporal e o risco de co-morbidades (Kuk *et al.*, 2005).

No contexto da saúde pública, o diagnóstico da obesidade assume também uma dimensão epidemiológica, sendo fundamental para a monitorização da prevalência e para o planeamento de políticas de saúde. Indicadores como o IMC são amplamente utilizados em inquéritos populacionais devido à sua simplicidade, baixo custo e facilidade de aplicação em larga escala.

Em países como Moçambique, onde os recursos podem ser limitados, a utilização de métodos simples e acessíveis é essencial para a vigilância da obesidade. No entanto, é importante reconhecer as limitações destes métodos e, sempre que possível, complementá-los com outros indicadores que permitam uma avaliação mais precisa do risco.

A monitorização contínua da obesidade na população permite identificar tendências, grupos de maior risco e áreas prioritárias para intervenção, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais eficazes e contextualizadas.

5.4 Maneio da obesidade

A obesidade é um desafio multifactorial, e enfrenta-la exige um esforço diversificado. Sendo fundamental, no entanto, o protagonismo do poder público em estabelecer políticas eficazes e inovadoras que combatem o ambiente obesogénico criado pela indústria de alimentos (Martins, 2018).

As evidências indicam que o aumento de impostos ajudaria a reduzir o consumo de bebidas açucaradas, da mesma forma que ajuda a reduzir o consumo dos cigarros (Martins, 2018).

i. Conhecimentos e atitudes em relação a obesidade

O conhecimento sobre a obesidade inclui aspectos relacionados às suas causas, complicações e estratégias de maneio. Estudos mostram que, embora a maioria das pessoas reconheça a obesidade como um desafio de saúde pública, ainda existem lacunas significativas na compreensão de factores associados, como genética, ambiente e comportamento (Onita *et al.*, 2024).

Estudos indicam que a mudança nas escolhas alimentares e o aumento do consumo de alimentos processados e ricos em calorias influenciam para o aumento de doenças relacionadas com a obesidade. A relação entre esses hábitos e o risco de complicações como diabetes e hipertensão é significativa. Em algumas regiões de Moçambique, os dados apontam para um alto nível de desnutrição, o que também impacta a compreensão da obesidade, dada a interação entre a falta de nutrientes essenciais e o consumo excessivo de alimentos ricos em gordura e açúcar (Instituto Nacional de Saúde, 2024; WHO, 2019).

Além disso, lacunas educacionais são comuns em populações de baixa renda, onde o acesso limitado à informação e a alimentos saudáveis aumenta a vulnerabilidade à obesidade (Popkin *et al.*, 2020). Campanhas de saúde pública têm buscado reduzir essa lacuna, mas muitas vezes enfrentam resistência cultural e social, dificultando mudanças efectivas no comportamento da população.

As atitudes frente à obesidade são frequentemente moldadas por percepções sociais e culturais. Um desafio recorrente é o estigma associado à condição, que frequentemente retrata indivíduos

obesos como preguiçosos ou desmotivados. Esse estigma não apenas afecta a autoestima das pessoas, mas também reduz a probabilidade de buscarem ajuda médica ou aderirem a programas de manejo do peso (Puhl & Heuer, 2009).

A percepção de obesidade e o conhecimento sobre suas causas e consequências nas populações moçambicanas ainda apresentam lacunas importantes. Muitos indivíduos ainda carecem de informações adequadas sobre como o comportamento alimentar, aliado à factores socioeconômicos e genéticos, pode influenciar no desenvolvimento de obesidade e suas complicações a longo prazo (MISAU, 2021; OMS, 2020; Instituto Nacional de Saúde, 2024)

Por outro lado, atitudes positivas podem ser promovidas por meio de campanhas que destacam a obesidade como uma condição multifactorial e enfatizam a importância da empatia e do suporte na abordagem ao problema. A aceitação corporal, combinada com uma ênfase na saúde em vez da estética, tem mostrado impacto positivo em intervenções de saúde (Puhl *et al.*, 2018).

As práticas relacionadas à obesidade incluem mudanças nos hábitos de vida, como aumento da actividade física e melhorias na dieta. No entanto, muitos enfrentam barreiras como a falta de tempo, recursos financeiros e apoio social. Programas comunitários que integram educação nutricional, exercício físico e apoio psicológico têm-se mostrado eficazes para abordar essas barreiras (Wadden *et al.*, 2012).

Intervenções tecnológicas, como aplicativos móveis e plataformas digitais, também têm sido usadas para monitorar hábitos alimentares e níveis de actividade física. Esses recursos são particularmente úteis para populações jovens e urbanas, permitindo maior acessibilidade e personalização das estratégias de controlo do peso (Alcantra *et al.*, 2019).

ii. Prevenção da obesidade

Segundo a OMS (2024), é possível prevenir a obesidade com as seguintes acções:

No nível individual, as pessoas são capazes de baixar seus riscos adoptando intervenções preventivas em cada etapa da vida, começando na pré-concepção e continuando até os primeiros anos:

- Garantir o ganho de peso adequado durante a gravidez;

- Praticar a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses após o nascimento e continuar amamentando até os 24 meses ou mais;
- Apoiar comportamento de crianças em torno da alimentação saudável, actividade física, comportamento sedentário e sono, independentemente do estado de peso actual;
- Limitar o tempo de tela;
- Limitar o consumo de bebidas açucaradas e alimentos ricos em energia e promover outros comportamentos alimentares saudáveis;
- Desfrutar de uma vida saudável (alimentação saudável, actividade física, duração e qualidade do sono, evitar tabaco e álcool, autorregulação emocional);
- Limitar o consumo de energia proveniente de gorduras e açúcares totais, e aumentar o consumo de frutas e vegetais, bem como de leguminosas, grãos integrais e nozes; e
- Praticar actividade física regularmente.

Os profissionais de saúde precisam:

- Avaliar o peso e altura das pessoas que que acessam as unidades sanitárias;
- Fornecer aconselhamento sobre dieta e estilos de vida saudáveis;
- Quando for estabelecido um diagnóstico de obesidade, fornecer serviços de saúde integrados gestão de obesidade incluindo alimentação saudável, actividade física e medidas médicas e cirúrgicas; e
- Monitorar outros factores de risco de DNT (glicémia, lípidos e pressão arterial) e avaliar presença de outras doenças e incapacidades, incluindo transtornos de saúde mental.

Os padrões alimentares e de actividade física para pessoas individuais são em grande parte o resultado de condições ambientais e sociais que restringem muito a escolha pessoal. A obesidade é uma responsabilidade social e não individual, com as soluções a serem encontradas por meio da criação de ambiente e comunidades de apoio que incentivam dietas saudáveis e a prática de actividade física regular como os comportamentos mais acessíveis e disponíveis da vida diária.

Deter o aumento da obesidade exige acções multissetoriais, como fabricação, *marketing* e preços de alimentos, além de outras que busquem abordar os determinantes mais amplos de saúde (como a redução da pobreza e planeamento urbano).

Tais políticas e acções incluem:

- Acções estruturais, fiscais e regulatórias destinadas a criar ambientes alimentares saudáveis que tornem as opções alimentares mais saudáveis disponíveis, acessíveis e desejáveis; e
- Respostas do sector de saúde projectadas e equipadas para identificar riscos, prevenir, tratar e gerenciar a doença. Essas acções precisam ser construídas e integradas em esforços mais amplos para abordar as DNTs e fortalecer os sistemas de saúde por meio de uma abordagem de cuidados primários de saúde.

A indústria alimentar pode desempenhar um papel significativo na promoção de dietas saudáveis ao:

- Reduzir o teor de gordura, açúcar e sal dos alimentos processados;
- Garantir escolhas saudáveis e nutritivas estejam disponíveis e sejam acessíveis a todos os consumidores;
- Limitar a comercialização de alimentos ricos em açúcares, sal e gorduras, em especial os destinados a crianças e adolescentes. e
- Garantir a disponibilidade de opções alimentares saudáveis e apoiar a prática regular de actividade física no local de trabalho.

6. Enquadramento teórico ou conceptual

A obesidade é reconhecida como um dos principais desafios de saúde pública global e tem sido associada a diversas doenças crónicas, incluindo diabetes tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares. Em Moçambique, a urbanização e as mudanças nos hábitos de vida têm contribuído para o aumento dos casos de obesidade, especialmente em cidades como Maputo.

Apesar de a obesidade ser frequentemente explicada pelo desequilíbrio entre ingestão e gasto energético, esta abordagem isolada é insuficiente para compreender a complexidade do fenómeno. A literatura contemporânea reconhece que a obesidade resulta de uma interação dinâmica entre factores biológicos, comportamentais, sociais e ambientais, que actuam de forma interdependente ao longo do tempo (Swinburn *et al.*, 2011).

Neste sentido, torna-se necessário recorrer a modelos teóricos que permitam compreender não apenas o “porquê” da obesidade, mas também o “como” os indivíduos desenvolvem determinados comportamentos relacionados à alimentação e à actividade física. Estes modelos oferecem uma base conceptual essencial para interpretar os conhecimentos, atitudes e práticas dos indivíduos no contexto da saúde pública (Glanz *et al.*, 2015)

A ingestão de energia (calorias) deve estar equilibrada com o gasto de energia. Para evitar ganho de peso prejudicial a saúde, a gordura total não deve exceder 30% da ingestão total de energia. A ingestão de energia saturada deve ser inferior a 10% da ingestão total de energia, e a ingestão de gorduras trans deve ser inferior a 1% da ingestão total de energia. No entanto a composição exata de uma dieta diversificada, equilibrada e saudável variará dependendo das características individuais (por exemplo, idade, género, estilo de vida e grau de atividade física), contexto cultural, alimentos disponíveis localmente e costumes alimentares (OMS, 2020)

Malnutrição é um termo abrangente que inclui tanto a desnutrição (deficiência de nutrientes) quanto a sobrenutrição (excesso de nutrientes, incluindo obesidade). Envolve a ingestão inadequada de macronutrientes (proteínas, carboidratos e gorduras) e micronutrientes (vitaminas e minerais), afectando a saúde e o desenvolvimento de indivíduos em todas as faixas etárias (OMS, 2024).

Desnutrição refere-se a deficiência, excessos ou desequilíbrios na ingestão de energia e/ou nutrientes de uma pessoa, inclui a subnutrição (emagrecimento, nanismo, baixo peso), vitaminas ou minerais inadequados, sobrepeso, obesidade e doenças não transmissíveis relacionada à dieta resultante (OMS, 2024).

A obesidade é uma doença multifactorial complexa definida por adiposidade excessiva que prejudica a saúde, e caracteriza-se pelo desequilíbrio entre a ingestão de calorias e seu gasto, sendo a energia consumida superior a quantidade de energia gasta pelo organismo (Rosendo, 2020; WHO, 2022).

A compreensão da obesidade enquanto condição multifactorial implica reconhecer que os comportamentos relacionados à saúde não são determinados exclusivamente por escolhas individuais. Pelo contrário, são influenciados por um conjunto de factores que incluem o ambiente alimentar, as condições socioeconómicas, as normas culturais e as políticas públicas (Wanderley e Ferreira 2010).

Deste modo, o comportamento alimentar e os níveis de actividade física devem ser analisados dentro de um contexto mais amplo, onde as escolhas individuais são frequentemente limitadas ou facilitadas pelas condições sociais e estruturais. Esta perspectiva é particularmente relevante em contextos urbanos em desenvolvimento, como Maputo, onde mudanças rápidas no estilo de vida e na disponibilidade de alimentos têm contribuído para o aumento da obesidade.

O modelo de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (KAP) constitui uma das principais bases teóricas para este estudo. Este modelo é amplamente utilizado em saúde pública para avaliar como o nível de conhecimento dos indivíduos influencia as suas atitudes e, conseqüentemente, os seus comportamentos (Launiala, 2009).

No contexto da obesidade, o conhecimento refere-se à compreensão das causas, conseqüências e formas de prevenção da doença. As atitudes dizem respeito às crenças, percepções e valores associados ao excesso de peso, enquanto as práticas correspondem aos comportamentos adoptados, como hábitos alimentares e actividade física.

No entanto, é importante destacar que o conhecimento, por si só, não garante mudanças comportamentais. Diversos estudos demonstram que indivíduos podem ter conhecimento adequado sobre alimentação saudável e ainda assim manter práticas inadequadas, devido à influência de factores ambientais, culturais e económicos. Assim, o modelo KAP deve ser interpretado de forma crítica e integradas as outras abordagens teóricas.

O Modelo de Crenças em Saúde (*Health Belief Model*) complementa a análise ao explicar como as percepções individuais influenciam o comportamento em saúde. Segundo este modelo, a adopção de comportamentos preventivos depende da percepção de susceptibilidade à doença, da gravidade percebida, dos benefícios esperados da acção e das barreiras percebidas (Rosenstock, 1974).

Aplicado à obesidade, este modelo permite compreender por que alguns indivíduos não adoptam práticas saudáveis, mesmo quando possuem conhecimento sobre os riscos. A baixa percepção de risco, a normalização social do excesso de peso e as barreiras estruturais, como falta de tempo ou recursos, podem limitar a adopção de comportamentos preventivos. O modelo ecológico da saúde oferece uma abordagem abrangente para compreender a obesidade, considerando múltiplos níveis de influência. Este modelo propõe que os comportamentos de saúde são moldados por factores que actuam ao nível individual, interpessoal, comunitário e estrutural (Swinburn *et al.*, 2011).

Ao nível individual, factores como conhecimento, atitudes e predisposição genética influenciam o comportamento. Ao nível interpessoal, a família e os pares desempenham um papel importante na formação de hábitos alimentares. Ao nível comunitário, aspectos como disponibilidade de alimentos e espaços para actividade física são determinantes. Por fim, ao nível estrutural, políticas públicas e condições socioeconómicas moldam o ambiente em que as escolhas são feitas. Este modelo reforça a ideia de que a obesidade não deve ser atribuída apenas a decisões individuais, mas sim a um conjunto de factores interligados (Monteiro *et al.*, 2004; Wanderley e Ferreira 2010)

A escolha desse enquadramento conceptual justificou-se pela necessidade de uma abordagem integrada para compreender os determinantes do comportamento dos utentes em relação à obesidade. Identificar lacunas nos conhecimentos, atitudes equivocadas ou práticas inadequadas ajudará a formar estratégias específicas para educação em saúde e intervenções comunitárias em Maputo. A integração do modelo KAP, do Modelo de Crenças em Saúde e do modelo ecológico possibilita analisar simultaneamente os factores individuais e contextuais que influenciam o comportamento dos utentes.

Esta abordagem é particularmente relevante para o estudo, pois permite identificar não apenas lacunas de conhecimento, mas também barreiras estruturais e influências socioculturais que condicionam as práticas relacionadas à obesidade. Desta forma, torna-se possível propor intervenções mais eficazes, adaptadas à realidade local e orientadas para a promoção de mudanças sustentáveis no comportamento.

7. Metodologia (Material e Métodos)

7.1 Tipo/desenho do estudo

Para o alcance dos objectivos dessa pesquisa, foi realizado um estudo descritivo transversal de abordagem qualitativa.

A escolha da abordagem qualitativa deve-se ao facto de que o estudo busca compreender em profundidade as percepções, atitudes e práticas dos participantes em relação à obesidade. Essa metodologia permitiu captar significados, interpretações e experiências individuais, que não poderiam ser plenamente explorados por meio de abordagens quantitativas.

O estudo descritivo transversal qualitativo possibilitou a análise detalhada das falas dos participantes, garantindo uma visão holística sobre os factores que influenciam suas percepções e comportamentos em relação à obesidade, em um momento específico, sem manipulação das dimensões.

7.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Exames Médicos, localizado no bairro central, avenida Maguiguana número 210, na cidade de Maputo. O local de estudo foi escolhido devido ao facto de a investigadora do estudo estar a desempenhar as suas actividades no referido centro o que irá facilitar a interação com os participantes, para além de ter verificado que elevado número de utentes, com diferentes faixas etárias, que procuram os diferentes serviços no CEM apresentam-se aparentemente com sobrepeso ou obesidade.



Figura 3. Imagens frontais do Centro de exames Médicos. Fonte: fotografias tiradas pela proponente.

Actividades executadas no Centro de Exames Médicos:

- Realizar exames médicos para condução de veículos, para efeitos de viagens para o estrangeiro, emissão de boletins de sanidade assim como outros exames médicos especializados.
- Realizar exames médicos pré-ocupacionais, periódicos e pós-ocupacionais.
- Proceder a vacinação contra febre-amarela, tétano e raiva no âmbito de regulamento médico internacional.

7.3 Período do estudo

O estudo teve duração de 16 meses que vai desde o levantamento bibliográfico até a apresentação dos resultados. A recolha de dados decorreu entre Julho e Setembro de 2025, após aprovação do protocolo pelo comité científico e de bioética.

7.4 População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes

i. População do estudo

Para este estudo, foi usada como população, utentes que procuram serviços no CEM, durante o período do estudo e de acordo com critérios de inclusão.

ii. Amostra

Neste estudo, adoptou-se uma abordagem inclusiva em relação a amostra, usando uma amostragem não probabilística por conveniência. Todos os utentes maiores de 18 anos, de ambos sexos, que concordaram em participar foram incluídos por ordem de chegada, durante o horário de funcionamento do CEM (7h30 às 15h30), ao longo do período de recolha de dados.

A definição do tamanho da amostra seguiu critério de saturação teórica, conforme proposto por Glaser e Strauss (1967). A saturação ocorre quando as informações obtidas nas entrevistas se tornam repetitivas e não acrescentam novos *insights* relevantes para os objectivos do estudo (Glaser & Strauss, 1967).

A colecta de dados foi conduzida progressivamente, analisando-se as respostas à medida que as entrevistas foram realizadas. O tamanho da amostra continuou até ser identificado um ponto em que os novos dados não trouxessem categorias, temas ou informações significativamente diferentes das já identificadas.

Estudos qualitativos indicam que a saturação teórica geralmente ocorre entre 15 a 30 entrevistas para entrevistas individuais e 3 a 6 grupos para grupos focais, dependendo da heterogeneidade da população e da complexidade do fenómeno estudado (Guest, Bunce & Johnson, 2006).

Assim, estimou-se inicialmente realizar entre 20 a 30 entrevistas, sendo esse número passível de ser ajustado com base na análise contínua dos dados colectados, pelo que, o número final de participantes foi determinado conforme a saturação atingida.

Importa salientar que nenhuma entrevista elegível foi excluída da análise, tendo todas as entrevistas realizadas sido integralmente consideradas no processo analítico.

iii. Critérios de inclusão

- Utentes de ambos sexos com idade igual ou superior a 18anos;
- Utentes de algum serviço no CEM;
- Não apresentar alteração comportamental que coloque em dúvida as informações cedidas por este;
- Consentir em participar do estudo.

iv. Critérios de exclusão

- Recusa em participar do estudo;
- Mulheres grávidas.
- Utentes com idade menor que 18 anos

7.5 Procedimentos, técnicas e instrumentos de coleta/recolha de dados

Os dados foram recolhidos por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, conduzidas presencialmente com os participantes, com base num roteiro de entrevista previamente elaborado. Este roteiro tinha perguntas abertas, organizadas de forma a explorar os conhecimentos, atitudes e práticas dos utentes em relação à obesidade e estilos de vida saudável.

As entrevistas foram realizadas durante o período normal de funcionamento do centro. Os utentes eram inicialmente atendidos na consulta e, ao final, eram convidados a participar do estudo. Nesse momento, recebiam uma explicação detalhada sobre os objectivos da pesquisa e, caso aceitassem, assinavam o termo de consentimento informado.

A recolha de dados decorreu entre as 7h30 e as 15h30, seguindo a ordem de atendimento, que respeita o horário de chegada dos utentes. As entrevistas foram conduzidas numa sala reservada e tranquila, situada nas instalações do CEM, garantindo condições adequadas de conforto, sigilo e privacidade aos participantes.

Cada entrevista teve duração aproximada de 20 a 30 minutos e foi realizada pela investigadora principal ou por um assistente de pesquisa devidamente treinado, assegurando padronização e qualidade no processo de recolha de informação.

Com a autorização do participante, as entrevistas eram gravadas em áudio para facilitar a posterior transcrição literal e análise de conteúdo. Caso o participante não autorizasse a gravação, foram feitas anotações detalhadas durante a entrevista.

Após a realização, os dados recolhidos (gravações e/ou transcrições) foram organizados e armazenados de forma segura, conforme descrito no plano de análise, garantindo-se a confidencialidade e integridade das informações.

7.6 Categorias de análise

Quadro 2. Categorias de análises

| Objectivo específico | Categorias de análise esperadas | Aspectos/dimensões exploradas nas entrevistas | Forma de análise |
|--|--|---|--|
| Descrever o perfil sociodemográfico dos utentes atendidos no CEM | Caracterização sociodemográfica | Idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação, local de residência | Análise descritiva qualitativa (frequências simples e distribuição dos perfis dos participantes) |
| Identificar o grau de conhecimento dos utentes sobre a obesidade | Conhecimento sobre obesidade | Compreensão sobre definição de obesidade, causas percebidas, factores de risco, consequências, prevenção e tratamento | Análise temática (codificação aberta das falas; categorização em níveis de conhecimento: limitado, moderado ou adequado) |
| Descrever as atitudes e práticas em relação à | Atitudes e práticas relacionadas à | Percepções sobre obesidade, motivação | Análise temática com identificação de |

| | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|
| obesidade e estilo de vida saudável | alimentação, actividade física e saúde preventiva | para prevenção, hábitos alimentares, frequência de prática de actividade física, uso de serviços de saúde, barreiras percebidas, estigma, autoimagem | padrões de atitude e prática (favoráveis, neutras ou desfavoráveis) |
|-------------------------------------|---|--|---|

7.7 Plano de gestão e análise de dados

A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo e análise temática, segundo proposta de Bardin (2011) e Braun & Clarke (2006), seguindo as seguintes etapas:

- a) **Familiarização com os dados:** foi feita uma leitura aprofundada das respostas dos participantes para compreender suas percepções sobre obesidade. Os dados foram transcritos integralmente em papel e organizados para garantir uma compreensão holística do material coletado.
- b) **Codificação inicial:** Os dados foram divididos em unidades de significado, às quais foram atribuídos códigos representativos de palavras, frases ou trechos relevantes para os objetivos do estudo. Esta etapa foi realizada de forma exploratória, permitindo que padrões emergentes surgissem sem categorias pré-definidas.
- c) **Categorização e Subcategorização:** após a transcrição das entrevistas, os códigos identificados foram organizados em temas e subtemas, procurando padrões, recorrências e divergências entre as respostas dos participantes. Estes temas emergiram de forma indutiva, com base na interpretação do conteúdo, sendo ajustados e refinados conforme a análise avançava. Esse procedimento permitiu agrupar informações similares e facilitar a compreensão das percepções dos utentes.

Exemplos de possíveis temas e subtemas incluíram:

- ◆ **Percepção sobre obesidade** (compreensão, crenças e mitos)
- ◆ **Factores de risco percebidos** (alimentação, sedentarismo, factores genéticos)
- ◆ **Impactos da obesidade** (saúde física, saúde mental, vida social)

- ◆ **Preconceito e estigma** (experiências de discriminação, impacto emocional)
- ◆ **Dificuldades na adoção de hábitos saudáveis** (barreiras econômicas, falta de informação, ambiente social)
- ◆ **Sugestões de prevenção e tratamento** (papel do governo, necessidade de campanhas educativas)

- d) Revisão e refinamento dos temas:** os temas e subtemas emergentes foram revisados para garantir coerência interna e diferenciação clara entre categorias. O processo foi interactivo, permitindo ajustes conforme necessário para garantir uma interpretação precisa.
- e) Interpretação dos achados:** os dados categorizados foram analisados criticamente, levando em conta o contexto sociocultural dos participantes. Foram comparados com achados de pesquisas anteriores e teorias relevantes para compreender as percepções sobre obesidade.
- f) Triangulação de dados:** a consistência das informações foi assegurada por meio da triangulação de dados, confrontando as respostas dos participantes com documentos de políticas de saúde, relatórios oficiais e literatura científica, garantindo que os dados dos utentes fossem interpretados com rigor e sem alterações.
- g) Validação das categorias temáticas:** foi adoptada uma abordagem de dupla checagem dos achados, envolvendo pesquisadores na revisão das categorias identificadas para assegurar rigor metodológico.
- h) Elaboração dos resultados:** os achados foram apresentados de forma narrativa, utilizando citações directas dos participantes para ilustrar as principais percepções. A análise buscou não apenas descrever os dados, mas interpretar os significados atribuídos pelos participantes à obesidade e seu impacto na vida cotidiana.

A análise foi conduzida de forma indutiva, o que é adequado para um estudo qualitativo, pois permitiu capturar as percepções dos participantes sem categorias pré-definidas. Essa abordagem está alinhada com a natureza descritiva transversal do estudo, garantindo que os dados emergentes sejam analisados de maneira aberta e estruturada. Permitiu que as percepções dos participantes fossem orientadas a identificação dos temas principais.

A saturação teórica foi monitorada continuamente, garantindo que a colecta de dados fosse interrompida quando as novas entrevistas não trouxessem informações novas. Foi ainda, utilizado o método de validação com participantes (*member checking*), permitindo que os

entrevistados confirmassem ou esclarecessem os achados, aumentando a credibilidade dos resultados.

Para assegurar a proteção dos dados dos participantes, todas as entrevistas foram codificadas com um número identificador, sem associação directa com nomes ou outras informações pessoais. As gravações de áudio foram usadas exclusivamente para transcrição manual e posteriormente eliminadas de forma segura, após encerramento da análise. Os dados em papel (questionários e notas de campo) foram armazenados em local trancado, acessível apenas à investigadora principal e supervisora. Os dados digitais foram protegidos com palavra-passe em computadores de uso restrito à equipe de pesquisa.

A análise qualitativa das entrevistas realizadas com os utentes do Centro de Exames Médicos (CEM) da cidade de Maputo permitiu identificar quatro grandes temas que refletem os conhecimentos, atitudes e praticas em relação à obesidade. Os temas emergentes foram:

- Compreensão sobre a obesidade
- Atitudes e perceções sociais
- Práticas e barreiras para hábitos saudáveis
- Sugestões e expectativas dos participantes

Os resultados foram apresentados em quadros, agrupando categorias e excertos representativos das falas (E1–E20), seguidos de interpretações analíticas que contextualizam os significados atribuídos pelos participantes.

As transcrições apresentadas, não representavam todas as falas obtidas nas entrevistas, mas sim exemplos ilustrativos das ideias mais recorrentes e relevantes identificadas ao longo da análise. A seleção dos excertos seguiu critérios de representatividade, clareza, saturação temática e contributo analítico, assegurando que cada fala escolhida expressasse, de forma objetiva, os padrões observados no conjunto das respostas.

A categorização foi realizada a partir da leitura cuidadosa e repetida das transcrições, permitindo identificar unidades de significado, que foram codificadas e agrupadas em temas.

As evidências apresentadas reflectem:

- Padrões de repetição entre diferentes participantes (recorrência);
- Similaridade de sentido e consistência nas percepções expressas;

- Falas claras e úteis para exemplificar os códigos elaborados;
- Contributo directo para a construção e interpretação das categorias finais.

Importa salientar que as evidências apresentadas funcionam como citações representativas, e não como contagem exaustiva das opiniões. A transparência do processo foi assegurada através da identificação de cada excerto com um código (E1, E2, E3...), o que reforça a credibilidade e a rastreabilidade dos dados.

Assim, garante-se que as falas seleccionadas não foram escolhidas de forma isolada, mas emergiram após comparação entre todos os participantes, mantendo coerência com os padrões identificados no conjunto dos dados analisados.

8. Limitações

Tipo de estudo: este estudo apresentou algumas limitações inerentes à abordagem qualitativa. Primeiramente, a interpretação dos dados foi influenciada pela subjectividade do pesquisador, sendo essencial a triangulação dos achados e a validação das categorias temáticas para minimizar possíveis vieses. Além disso, a amostra utilizada refletiu as percepções de um grupo específico de participantes, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações.

Resistência dos participantes: algumas pessoas sentiram-se desconfortáveis em falar sobre obesidade devido ao estigma associado ao tema. Para minimizar essa resistência, foi enfatizada a confidencialidade dos dados e a importância da pesquisa para o bem-estar colectivo. Além disso, o ambiente da entrevista foi acolhedor e livre de críticas ou interferências que pudessem constranger os participantes.

Disponibilidade de tempo dos entrevistados: os participantes encontravam-se ocupados ou com pouco tempo para dedicar à entrevista. Para contornar esse problema, as entrevistas foram agendadas de acordo com a conveniência dos participantes e tiveram duração 20-30 minutos para evitar a fadiga destes.

Dificuldade na expressão de ideias: alguns entrevistados tiveram dificuldade em expressar suas opiniões ou se sentiram inseguros ao responder. Para facilitar a comunicação, o entrevistador usou perguntas simples, claras, com uma linguagem acessível e exemplos práticos para estimular a participação.

Limitação intrínseca a estudos qualitativos conduzidos num único serviço de saúde: a amostra pode não representar plenamente a diversidade de percepções em outros bairros ou em pessoas que evitam serviços de saúde.

9. Considerações éticas

Todos os aspectos éticos foram considerados ao longo do estudo, desde a elaboração do protocolo, estudos, seleção da amostra até a publicação dos resultados, baseando-se nos pressupostos da declaração de Helsinquia 2024 e regulamentos aplicáveis. O investigador principal e seu supervisor serão os responsáveis em garantir o cumprimento dos princípios supracitados.

O protocolo foi submetido ao comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane tendo sido aprovado e registrado com o número CIBSFM&HCM/76/20.

a. Recrutamento e Consentimento informado

A participação dos utentes foi voluntária, garantindo-se o direito à autonomia e à liberdade de decisão. Antes de iniciar as entrevistas, os participantes foram devidamente informados sobre os objectivos do estudo, possíveis riscos e benefícios, assim como sobre seus direitos. Foi solicitado o preenchimento e assinatura do termo de consentimento informado, elaborado em linguagem clara e acessível. O participante teve ainda o direito de se retirar do estudo a qualquer momento, sem causar qualquer prejuízo no atendimento que fosse receber no Centro de Exames Médicos.

b. Avaliação de benefício e risco e como serão minimizados

Os riscos associados à participação eram mínimos, limitando-se ao desconforto eventual por tratar de um tema sensível, como o peso corporal ou hábitos de vida. Para minimizar esse risco, as entrevistas foram realizadas em ambiente reservado e acolhedor, promovendo uma escuta empática e sem julgamentos. Os entrevistadores foram treinados para lidar com possíveis reacções emocionais dos participantes.

Quanto aos benefícios, embora não houvesse compensação monetária, os resultados do estudo puderam contribuir para o desenho de estratégias de educação em saúde e prevenção da obesidade, com potencial impacto na qualidade de vida dos próprios utentes e da população em geral.

c. Confidencialidade/privacidade/anonimato

Foi assegurada a confidencialidade e a privacidade de todas as informações prestadas. Os dados recolhidos foram codificados, armazenados em local seguro e utilizados exclusivamente para fins de pesquisa. Nenhum dado individual foi divulgado em relatórios ou publicações. O acesso aos dados foi restrito à equipe de investigação (investigadora principal, supervisora e assistente de pesquisa), todos devidamente comprometidos com a ética e o sigilo. Os resultados foram apresentados de forma anónima e agregada, garantindo a confidencialidade e privacidade dos participantes durante todas as fases do estudo, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa científica.

10. Equipa do estudo

A equipa do estudo foi composta pela investigadora principal, um supervisor principal, um assistente de pesquisa, um digitador e um estaticista para análise de dados.

A investigadora principal (mestranda proponente) com apoio do supervisor foi a responsável pelo desenho do estudo e pela coordenação geral do estudo.

A investigadora principal participou na recolha de dados, controlo de qualidade dos instrumentos de colecta de dados, formação da equipa de estudo (assistente de pesquisa e digitador), verificação da qualidade de dados colectados através dos inquéritos ao grupo alvo, análise de dados e elaboração de relatórios de pesquisa e respectivos manuscritos devidamente apoiada pelo supervisor.

O assistente de pesquisa apoiou a pesquisadora na colecta de informação através dos inquéritos feito aos utentes.

O digitador de dados foi responsável por digitar toda a informação dos inquéritos para uma planilha Excel.

Um estaticista prestou apoio na elaboração de recolha de dados, no processamento, análise e reporte de dados.

11. Resultados

A análise qualitativa das entrevistas realizadas com os utentes do CEM permitiu identificar quatro grandes temas relacionados aos conhecimentos, atitudes e práticas sobre a obesidade: (1) Compreensão sobre a obesidade; (2) Atitudes e percepções sociais; (3) Práticas e barreiras

para hábitos saudáveis; e (4) Sugestões e expectativas dos participantes. A seguir, apresentam-se as categorias, acompanhadas de excertos ilustrativos (E1–E20) e interpretações analíticas.

a. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra final foi composta por 20 participantes, selecionados por saturação teórica após realização das entrevistas.

Quadro 3: Perfil dos utentes entrevistados

| Característica | Categoria | N (%) |
|--------------------------------|------------------|--------------|
| Sexo | Feminino | 12 (60%) |
| | Masculino | 8 (40%) |
| Idade (anos) | 18–29 anos | 5 (25%) |
| | 30–44 anos | 8 (40%) |
| | 45–59 anos | 5 (25%) |
| | ≥60 anos | 2 (10%) |
| | | |
| Escolaridade | Primário | 4 (20%) |
| | Secundário | 9 (45%) |
| | Superior | 6 (30%) |
| | Outro | 1 (5%) |
| Ocupação | Empregados | 11 (55%) |
| | Desempregados | 5 (25%) |
| | Informais | 4 (20%) |
| Local de residência | Rural | 10 (50%) |
| | Suburbana | 8 (40%) |
| | Urbana | 2 (10%) |
| Doença crónica Autoreferida | Hipertensão | 3 (15%) |
| | Diabetes | 2 (10%) |
| | Nenhuma | 15 (75%) |

O quadro 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos 20 participantes do estudo. Observou-se predomínio do sexo feminino (60%), enquanto 40% eram do sexo masculino. Quanto à faixa etária a maioria dos participantes encontrava-se entre 30 e 44 anos (40%), seguida pelos grupos 18–29 anos (25%) e 45–59 anos (25%), sendo os indivíduos com 60 anos ou mais apenas 10% da amostra.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, 45% tinham o ensino secundário, 30% ensino superior e 20% ensino primário, enquanto apenas 5% referiram outra forma de escolarização.

Em relação à ocupação, observou – se que mais da metade dos participantes encontrava-se empregada (55%), 25% estavam desempregados e 20% exerciam atividades no setor informal.

Quanto ao local de residência, predominou o contexto urbano (50%), seguido das áreas suburbanas (40%) e apenas 10% residiam em zonas rurais. Por fim, em relação à presença de doenças crónicas autorreferidas, 75% indicaram não possuir nenhuma, enquanto 15% reportaram hipertensão arterial e 10% diabetes, o que revela uma percentagem relevante de indivíduos com factores de risco para obesidade e DNTs.

Esta caracterização permite compreender o perfil dos utentes entrevistados e contextualizar os resultados obtidos nas demais dimensões analisadas.

b. Conhecimento sobre obesidade

Tabela 1. Compreensão sobre a obesidade

| Categoria | Evidências (Transcrições curtas) | Código |
|-------------------------------|---|---------------|
| Definição de obesidade | <i>“Obesidade é quando a pessoa engorda demais, o corpo já não é normal.”</i> | E3 |
| | <i>“É comer e dormir, depois o corpo fica pesado.”</i> | E6 |
| | <i>“Acho que é doença, mas aqui ninguém fala disso.”</i> | E11 |
| | <i>“É excesso de peso, mas não sei se é doença mesmo.”</i> | E2 |
| | <i>“Para mim é quando a pessoa está muito grande e não se sente bem.”</i> | E8 |
| Causas percebidas | <i>“Vem de comer muita gordura e arroz.”</i> | E1 |
| | <i>“Hoje em dia só comemos coisa comprada, isso engorda.”</i> | E5 |
| | <i>“Alguns engordam por stress, outros é de família.”</i> | E9 |

| Categoria | Evidências (Transcrições curtas) | Código |
|----------------------------------|--|---------------|
| | <i>“É comer e não se mexer, só andar de carro.”</i> | E12 |
| | <i>“Também é de beber muito refrigerante, isso faz crescer barriga.”</i> | E14 |
| Conhecimento sobre riscos | <i>“A gordura dá doenças como pressão alta e açúcar.”</i> | E7 |
| | <i>“Quem tem obesidade cansa rápido e pode morrer cedo.”</i> | E4 |
| | <i>“Já ouvi dizer que causa diabetes, mas não sei bem.”</i> | E15 |
| | <i>“Faz o coração trabalhar mal.”</i> | E10 |
| | <i>“Faz mal pra saúde, mas ninguém explica direito.”</i> | E18 |
| Fontes de informação | <i>“Aprendi na televisão, falaram que é perigoso.”</i> | E6 |
| | <i>“Na escola não ensinam isso, devia ensinar.”</i> | E13 |
| | <i>“Só ouvi falar quando uma vizinha ficou doente.”</i> | E19 |
| | <i>“Nunca ninguém explicou no hospital.”</i> | E9 |
| | <i>“Vejo mais nas redes sociais, mas cada um fala diferente.”</i> | E16 |

A análise das entrevistas revelou que os conhecimentos dos participantes sobre obesidade são, de forma geral, limitados. As evidências foram organizadas em quatro subcategorias:

- **Definição de obesidade:** a maioria definiu a obesidade como excesso de peso ou alterações no corpo, sem clareza sobre sua natureza como doença. Alguns participantes reconheceram que poderia ser uma condição médica, mas destacaram que esse assunto não é discutido amplamente.

- **Causas percebidas:** os participantes indicaram principalmente fatores relacionados à alimentação, como consumo excessivo de gordura, arroz, alimentos industrializados e refrigerantes. O sedentarismo, fatores familiares e o stress também foram mencionados, embora com menor frequência.
- **Conhecimento sobre riscos:** houve algum reconhecimento de que a obesidade pode trazer problemas de saúde, incluindo hipertensão, diabetes, sobrecarga cardíaca e cansaço rápido. No entanto, o conhecimento sobre os riscos específicos era limitado e pouco detalhado.
- **Fontes de informação:** as principais fontes de informação relatadas incluíram televisão, escola, vizinhos e redes sociais. Muitos participantes destacaram que não recebem informações claras ou consistentes sobre obesidade em unidades de saúde ou escolas.

Tabela 2. Relação do Conhecimento sobre a obesidade e as características sociodemográficas

| Categoria | Subcategoria | Tendência sociodemográfica observada | Observação |
|------------------------|----------------------------------|--|------------------------------|
| Definição de obesidade | Excesso de peso / corpo “grande” | Observado em ambos os sexos, todas as idades e níveis de escolaridade | Definição predominante |
| | Reconhecimento como doença | Mais frequente entre participantes com ensino superior | Menos frequente |
| Causas percebidas | Alimentação inadequada | Referida transversalmente em todos os grupos (sexo, idade, residência) | Principal causa identificada |

| Categoria | Subcategoria | Tendência sociodemográfica observada | Observação |
|---------------------------|---|--|-----------------------------|
| | Sedentarismo | Mais referido por participantes empregados e residentes suburbanos | Associado ao estilo de vida |
| | Fatores emocionais/genéticos | Mais referido por participantes com ensino secundário e superior | Menos explorado |
| Conhecimento sobre riscos | Doenças (hipertensão, diabetes) | Mais frequente entre participantes com ensino superior e com doença crónica | Conhecimento parcial |
| | Desconhecimento dos riscos | Mais evidente entre participantes com ensino primário | Lacuna de literacia |
| Fontes de informação | Televisão/redes sociais | Mais referido por participantes jovens (18–44 anos), independentemente do sexo ou residência | Informação variável |
| | Falta de informação nos serviços de saúde | Referida por participantes de todos os grupos sociodemográficos | Lacuna transversal |

No que se refere ao conhecimento sobre obesidade, verificou-se que a definição mais frequente entre os participantes foi a de obesidade como “excesso de peso” ou corpo “grande”, sendo esta

percepção observada transversalmente em ambos os sexos, em todas as faixas etárias e níveis de escolaridade. O reconhecimento da obesidade como uma doença foi menos frequente, sendo mais referido por participantes com nível de escolaridade superior.

Relativamente às causas percebidas, a alimentação inadequada foi mencionada por participantes de todos os grupos sociodemográficos, independentemente do sexo, idade ou local de residência, constituindo a explicação mais comum. O sedentarismo foi mais frequentemente referido por participantes empregados e residentes em áreas suburbanas, sendo associado ao estilo de vida. Já fatores emocionais e genéticos foram menos mencionados, surgindo sobretudo entre participantes com ensino secundário e superior.

Quanto ao conhecimento sobre os riscos da obesidade, alguns participantes referiram a associação com doenças como hipertensão e diabetes, sendo este reconhecimento mais frequente entre indivíduos com maior escolaridade e entre aqueles que referiram ter alguma doença crónica. Por outro lado, o desconhecimento dos riscos foi mais evidente entre participantes com ensino primário.

No que diz respeito às fontes de informação, a televisão e as redes sociais foram as mais referidas, especialmente por participantes mais jovens (18–44 anos), sem diferenças relevantes por sexo ou local de residência. A falta de informação proveniente dos serviços de saúde foi mencionada de forma transversal por participantes de todos os grupos sociodemográficos.

c. Atitudes e percepções

Tabela 3. Atitudes e percepções sociais

| Categoria | Evidências (Transcrições curtas) | Código |
|----------------------------|--|---------------|
| Autoimagem corporal | <i>“Sinto vergonha de ir à praia por causa do meu corpo.”</i> | E2 |
| | <i>“Mesmo gorda, gosto de mim assim, meu marido também gosta.”</i> | E10 |
| | <i>“Não gosto de tirar fotos, fico mal.”</i> | E4 |
| | <i>“É difícil encontrar roupa que sirva, isso dói.”</i> | E9 |

| Categoria | Evidências (Transcrições curtas) | Código |
|------------------------------|---|---------------|
| | <i>“Antes achava bonito ser gorda, agora já não.”</i> | E11 |
| Estigma e preconceito | <i>“No chapa as pessoas reclamam, dizem que ocupamos muito espaço.”</i> | E7 |
| | <i>“Chamam nomes, dizem que sou preguiçosa.”</i> | E13 |
| | <i>“As pessoas riem quando a gente passa.”</i> | E8 |
| | <i>“Até família fala que eu engordei demais, que é feio.”</i> | E3 |
| | <i>“No serviço já me disseram que devia emagrecer.”</i> | E16 |
| Percepção cultural | <i>“Aqui, quem é gorda é vista como quem tem vida boa.”</i> | E5 |
| | <i>“Na nossa cultura ser cheio é sinal de saúde.”</i> | E14 |
| | <i>“Tem homem que gosta de mulher gordinha, diz que é beleza.”</i> | E11 |
| | <i>“Antes ser magro era sinal de doença.”</i> | E1 |
| | <i>“Agora as pessoas querem ser finas, como na televisão.”</i> | E17 |
| Emoções associadas | <i>“Fico triste quando falam do meu peso.”</i> | E4 |
| | <i>“Quando tento emagrecer e não consigo, dá raiva.”</i> | E12 |
| | <i>“Às vezes como porque estou chateada.”</i> | E6 |
| | <i>“Já tentei dieta, mas passo mal, fico fraca.”</i> | E9 |
| | <i>“Quando alguém me elogia, sinto-me bem, mesmo gorda.”</i> | E15 |

As entrevistas revelaram que as atitudes e percepções dos participantes sobre obesidade refletem aspectos de autoimagem, estigma social, normas culturais e emoções associadas ao peso corporal. Foram identificadas quatro subcategorias principais:

- **Autoimagem corporal:** alguns participantes expressaram insatisfação ou desconforto com seu corpo, sentindo vergonha em situações sociais ou dificuldades em encontrar roupas adequadas. Outros relataram aceitação de sua aparência, destacando autoestima positiva ou aprovação do cônjuge.
- **Estigma e preconceito:** os participantes relataram experiências de discriminação ou comentários negativos, tanto em espaços públicos quanto em família ou trabalho. Isso incluiu críticas sobre comportamento, aparência ou excesso de peso, demonstrando que a obesidade é frequentemente estigmatizada.
- **Percepção cultural:** a obesidade foi percebida de forma ambígua na cultura local. Alguns associaram o corpo cheio a saúde ou status social, enquanto outros observaram mudanças nos padrões de beleza, influenciados pela mídia, que valorizam corpos mais magros. Também foram mencionadas preferências individuais ou culturais, como atração por mulheres com maior peso.
- **Emoções associadas:** o peso corporal gerou diversas respostas emocionais entre os participantes, incluindo tristeza, frustração, raiva ou desconforto ao tentar emagrecer. Em contraste, elogios ou aceitação social geraram sentimentos positivos, mesmo em participantes com sobrepeso ou obesidade.

Tabela 4. Relação das atitudes e percepções sociais com as características sociodemográficas

| Categoria | Subcategoria | Tendência sociodemográfica observada | Observação |
|---------------------|-----------------------|---|----------------|
| Autoimagem corporal | Insatisfação corporal | Mais frequente entre mulheres, especialmente entre 30–44 anos | Pressão social |

| Categoria | Subcategoria | Tendência sociodemográfica observada | Observação |
|-----------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------|
| | Aceitação corporal | Observada em ambos os sexos, sem diferenças claras por idade ou residência | Influência cultural |
| Estigma e preconceito | Discriminação social | Mais relatada por mulheres e participantes residentes em áreas suburbanas | Experiência social negative |
| Percepção cultural | Obesidade como prosperidade | Observada em diferentes grupos, mais evidente entre participantes com menor escolaridade | Norma cultural |
| | Mudança para valorização da magreza | Mais referida por participantes mais jovens (18–29 anos) | Influência da mídia |
| Emoções associadas | Tristeza, frustração | Mais relatada por mulheres e desempregados | Impacto emocional |
| | Alimentação emocional | Mais frequente entre mulheres e adultos, sem diferenças claras por residência | Relação com stress |

Em relação às atitudes e percepções sociais, observou-se que a insatisfação com a imagem corporal foi mais frequente entre mulheres, particularmente na faixa etária dos 30–44 anos. Por outro lado, a aceitação corporal foi referida por participantes de ambos os sexos, sem diferenças claras associadas à idade ou local de residência.

No que se refere ao estigma e preconceito, relatos de discriminação social foram mais frequentes entre mulheres e participantes residentes em áreas suburbanas. Em termos de

percepções culturais, a obesidade foi associada à prosperidade e bem-estar em diferentes grupos, sendo esta visão mais evidente entre participantes com menor nível de escolaridade. Por outro lado, a ideia de valorização da magreza foi mais referida por participantes mais jovens (18–29 anos), refletindo possíveis influências externas, como a mídia.

Quanto às emoções associadas, sentimentos de tristeza e frustração foram mais frequentemente relatados por mulheres e participantes desempregados. A alimentação emocional, caracterizada pelo consumo de alimentos em resposta a estados emocionais como *stress* ou ansiedade, foi também mais frequente entre mulheres e adultos, não se observando diferenças relevantes por local de residência.

d. Práticas e estilo de vida

Tabela 5. Práticas e barreiras para hábitos saudáveis

| Categoria | Evidências (Transcrições curtas) | Código |
|-----------------------------|--|---------------|
| Alimentação | <i>“Como muito fast food porque é o que tem perto.”</i> | E4 |
| | <i>“A comida de casa é cara, então compro o que dá.”</i> | E5 |
| | <i>“Gosto de comer arroz e batata, não consigo deixar.”</i> | E13 |
| | <i>“Verduras são caras e estragam rápido.”</i> | E9 |
| | <i>“De manhã só tomo chá com pão, depois qualquer coisa.”</i> | E1 |
| Actividade física | <i>“Só ando quando vou ao serviço, não faço mais nada.”</i> | E8 |
| | <i>“Nunca faço exercício, chego cansada.”</i> | E17 |
| | <i>“Antes jogava bola, agora não tenho tempo.”</i> | E12 |
| | <i>“Gostava de caminhar, mas aqui não tem lugar seguro.”</i> | E11 |
| | <i>“Exercício é bom, mas quem trabalha o dia todo não consegue.”</i> | E6 |
| Influência emocional | <i>“Quando estou triste, como muito.”</i> | E3 |

| Categoria | Evidências (Transcrições curtas) | Código |
|------------------------------------|---|---------------|
| | <i>“A comida me acalma.”</i> | E10 |
| | <i>“Como mesmo sem fome, só pra distrair.”</i> | E14 |
| | <i>“Quando estou nervosa, pego doce.”</i> | E7 |
| | <i>“Fico ansiosa e começo a comer sem parar.”</i> | E18 |
| Acesso à informação e apoio | <i>“Nunca recebi explicação no hospital.”</i> | E9 |
| | <i>“Não há ninguém que oriente sobre alimentação.”</i> | E15 |
| | <i>“Seria bom ter alguém pra ensinar como comer bem.”</i> | E13 |
| | <i>“Os médicos falam pouco, só dizem pra emagrecer.”</i> | E5 |
| | <i>“Às vezes queria fazer dieta, mas não sei como.”</i> | E2 |

As entrevistas indicaram que os hábitos diários dos participantes refletem comportamentos que podem contribuir para a obesidade:

- **Alimentação:** os participantes relataram preferências por alimentos de fácil acesso e alto teor calórico, como fast food, arroz e batata. Alguns mencionaram limitações financeiras ou dificuldades em adquirir e conservar verduras e alimentos mais saudáveis, adotando dietas irregulares e pouco equilibradas.
- **Atividade física:** a prática de exercício físico foi pouco frequente entre os participantes. Muitos caminham apenas quando necessário para deslocamentos, enquanto outros relataram falta de tempo, locais seguros ou motivação para realizar atividade física regularmente.
- **Influência emocional:** alguns participantes indicaram que o estado emocional influencia seus hábitos alimentares, recorrendo à comida como forma de lidar com

tristeza, ansiedade ou nervosismo, comendo mesmo sem fome ou em excesso para distrair-se.

- **Acesso à informação e apoio:** a maioria dos participantes relatou ausência de orientação formal sobre alimentação saudável ou controle de peso, mencionando pouca interação com profissionais de saúde e dificuldade em obter informações claras sobre como melhorar a dieta ou iniciar mudanças de estilo de vida.

Tabela 6. Relação entre práticas e características sociodemográficas

| Categoria | Subcategoria | Tendência sociodemográfica observada | Observação |
|----------------------|---|---|--------------------|
| Alimentação | Consumo de fast food | Mais frequente entre participantes empregados e residentes suburbanos/urbanos | Acesso facilitado |
| | Dificuldade em consumir alimentos saudáveis | Mais referida por desempregados e residentes rurais/suburbanos | Barreira económica |
| Actividade física | Sedentarismo | Mais frequente entre participantes empregados e adultos (30–44 anos) | Falta de tempo |
| | Falta de espaços seguros | Mais referida por residentes suburbanos | Barreira ambiental |
| Influência emocional | Comer por stress/ansiedade | Mais frequente entre mulheres, sem diferenças relevantes por escolaridade | Ligação emocional |
| Acesso à informação | Falta de orientação no hospital | Referida transversalmente, sem diferenças claras entre grupos | Lacuna estrutural |

Relativamente às práticas e estilo de vida, o consumo de alimentos ultraprocessados e *fast food* foi mais frequente entre participantes empregados e residentes em áreas suburbanas ou urbanas, refletindo maior acesso e conveniência. Por outro lado, a dificuldade em manter uma alimentação saudável foi mais referida por participantes desempregados e residentes em áreas rurais ou suburbanas, sendo associada principalmente a limitações económicas.

No que diz respeito à atividade física, o sedentarismo foi mais frequente entre participantes empregados e na faixa etária dos 30–44 anos, sendo frequentemente atribuído à falta de tempo. A ausência de espaços seguros para a prática de exercício físico foi mais mencionada por residentes em áreas suburbanas, configurando uma barreira ambiental importante.

A influência emocional na alimentação, particularmente o consumo de alimentos em situações de *stress* ou ansiedade, foi mais frequente entre mulheres, não se observando diferenças relevantes em função do nível de escolaridade.

Por fim, a falta de orientação adequada nos serviços de saúde foi referida por participantes de todos os grupos sociodemográficos, evidenciando uma lacuna transversal no apoio institucional.

e. Sugestões e expectativas dos participantes

Tabela 7. Sugestões e expectativas dos participantes

| Categoria | Evidências (Transcrições curtas) | Código |
|----------------------------------|--|---------------|
| Educação e sensibilização | <i>“O governo devia fazer palestras e programas na rádio.”</i> | E1 |
| | <i>“Nas escolas deviam ensinar sobre obesidade.”</i> | E8 |
| | <i>“As pessoas precisam entender que obesidade é doença.”</i> | E6 |
| | <i>“Fazer campanhas como fazem do HIV.”</i> | E12 |
| | <i>“A televisão devia falar mais disso.”</i> | E17 |
| Acesso a cuidados e apoio | <i>“Seria bom ter nutricionista no hospital.”</i> | E5 |

| | | |
|--|--|-----|
| | <i>“Os médicos só dizem pra emagrecer, mas não ajudam.”</i> | E10 |
| | <i>“Falta acompanhamento, devia ter consultas de nutrição.”</i> | E3 |
| | <i>“Queria alguém pra orientar, tipo grupo de apoio.”</i> | E9 |
| | <i>“Se tivesse lugar pra fazer exercício, eu ia.”</i> | E11 |
| Ambiente comunitário e políticas públicas | <i>“Deviam controlar fast food, principalmente perto das escolas.”</i> | E18 |
| | <i>“Os mercados só têm comida gordurosa.”</i> | E13 |
| | <i>“Fazer parques e locais pra caminhar ajudava muito.”</i> | E14 |
| | <i>“As ruas não têm espaço pra andar, só carros.”</i> | E16 |
| | <i>“Se houvesse incentivo, mais pessoas mudavam.”</i> | E19 |

Os participantes apresentaram ideias sobre como prevenir e controlar a obesidade, abrangendo educação, acesso a cuidados, apoio comunitário e políticas públicas:

- **Educação e sensibilização:** os participantes sugeriram maior investimento em campanhas de educação e sensibilização sobre obesidade, incluindo palestras, programas de rádio, ensino nas escolas e divulgação na televisão. Destacaram a necessidade de conscientizar a população sobre a obesidade como uma condição de saúde.
- **Acesso a cuidados e apoio:** foi mencionada a necessidade de acompanhamento profissional mais próximo, incluindo consultas com nutricionistas, orientação individual ou em grupos de apoio, e incentivo à prática de exercício físico em ambientes seguros e acessíveis.
- **Ambiente comunitário e políticas públicas:** alguns participantes enfatizaram a importância de intervenções no ambiente, como controle da oferta de alimentos

gordurosos próximos a escolas, criação de espaços públicos para caminhada e exercício, e políticas que incentivem mudanças de comportamento em nível comunitário.

Tabela 8. Relação das sugestões com as características sociodemográficas

| Categoria | Subcategoria | Tendência sociodemográfica observada | Observação |
|---------------------------|--------------------------------|--|--------------------------|
| Educação e sensibilização | Campanhas (rádio, TV, escolas) | Referidas por participantes de todos os grupos | Consenso geral |
| Cuidados de saúde | Presença de nutricionistas | Mais referida por participantes com ensino superior | Procura de apoio técnico |
| Ambiente | Espaços para exercício | Mais mencionada por empregados e residentes suburbanos | Limitação estrutural |
| Políticas públicas | Regulação de <i>fast food</i> | Referida por diferentes grupos, sem padrão específico | Consciência crescente |

No que concerne às sugestões apresentadas pelos participantes, a necessidade de reforço da educação e sensibilização, através de campanhas em meios de comunicação, escolas e comunidades, foi referida de forma consensual por todos os grupos sociodemográficos.

A presença de nutricionistas e o acesso a acompanhamento individualizado foram mais mencionados por participantes com nível de escolaridade superior, reflectindo maior procura por apoio técnico especializado.

A criação de espaços adequados para a prática de actividade física foi mais referida por participantes empregados e residentes em áreas suburbanas, evidenciando limitações estruturais no ambiente físico.

Por fim, a implementação de políticas públicas, como a regulação do consumo de *fast food*, foi sugerida por participantes de diferentes grupos, não se observando um padrão sociodemográfico específico.

12. Discussão

Os resultados indicam que os utentes do Centro de Exames Médicos (CEM) da cidade de Maputo compreendem a obesidade principalmente como “excesso de peso” visível, associado a hábitos alimentares inadequados e falta de actividade física. Esta percepção foi transversal aos diferentes grupos sociodemográficos, embora o reconhecimento da obesidade como doença tenha sido mais evidente entre participantes com maior nível de escolaridade, sugerindo influência da literacia em saúde. Embora alguns reconheçam a obesidade como doença, a compreensão é superficial e centrada em causas comportamentais, reflectindo padrões observados em outros contextos africanos (Okop, Agabi, & Joseph, 2025). Estudos realizados em Moçambique também apontam para níveis limitados de conhecimento sobre doenças não transmissíveis, particularmente em populações urbanas com desigualdades socioeconómicas (InCRÓNICA, 2024; INS *et al.*, 2024).

À luz do modelo KAP, observa-se dissociação entre conhecimento, atitudes e práticas: os participantes possuem algum conhecimento sobre alimentação e exercício, mas isso raramente se traduz em hábitos saudáveis. Essa dissociação foi observada em diferentes perfis sociodemográficos, incluindo participantes empregados e residentes em áreas suburbanas, onde barreiras de tempo e ambiente são mais evidentes. Este padrão é influenciado por crenças culturais, limitações económicas e barreiras ambientais. A literacia em saúde emerge como factor crítico; sem programas culturalmente adaptados, percepções e atitudes permanecem superficiais (Renzaho e Burns, 2006; OMS, 2024). Evidências africanas reforçam que intervenções baseadas apenas em informação têm impacto limitado quando não consideram o contexto social e económico dos indivíduos (Mbochi *et al.*, 2012; Holdsworth *et al.*, 2004).

As percepções culturais mostram ambivalência: corpos “cheios” podem simbolizar saúde ou prosperidade, mas também geram vergonha e estigma. Esta ambivalência foi mais evidente entre participantes com menor escolaridade, enquanto participantes mais jovens demonstraram maior valorização da magreza, possivelmente influenciada pela mídia e globalização. A heterogeneidade na autoimagem corporal, particularmente entre mulheres, indica diferentes graus de internalização do estigma, influenciando a motivação para mudanças de estilo de vida (Okop *et al.*, 2016; Puhl & Latner, 2007). Estudos em países africanos, incluindo Moçambique, têm descrito essa dualidade cultural como um factor importante na persistência da obesidade em contextos urbanos (Mocumbi *et al.*, 2018; Holdsworth *et al.*, 2004).

Em termos de práticas, os utentes reconhecem a importância de alimentação equilibrada e actividade física, mas enfrentam barreiras materiais, temporais e ambientais. Essas barreiras foram particularmente evidentes entre participantes empregados (falta de tempo) e entre aqueles residentes em áreas suburbanas e rurais (limitações de acesso a alimentos saudáveis e espaços para exercício). Este padrão reflecte a transição nutricional urbana caracterizada pelo aumento do consumo de ultraprocessados e redução da actividade física (Popkin *et al.*, 2020; Monteiro *et al.*, 2018; Macicame *et al.*, 2023; Cambaza, 2013; Mbochi *et al.*, 2012). Em Moçambique, estudos recentes indicam aumento do consumo de alimentos industrializados em áreas urbanas, associado ao crescimento da obesidade (Macicame *et al.*, 2023).

A alimentação emocional, mais frequentemente relatada entre mulheres, reforça a relação entre obesidade e saúde mental, evidenciando a necessidade de suporte psicológico (Van Strien, 2018; Luppino *et al.*, 2010). Este achado é particularmente relevante em contextos urbanos africanos, onde o *stress* socioeconómico e as mudanças no estilo de vida contribuem para padrões alimentares disfuncionais.

A análise pelo modelo ecológico da saúde mostra múltiplos níveis de influência: individual (conhecimento limitado, atitudes ambivalentes, barreiras emocionais); interpessoal (normas culturais e familiares); comunitário (escassez de alimentos saudáveis, falta de espaços para exercício, especialmente em áreas suburbanas); estrutural (factores económicos, urbanização e políticas públicas). Assim, a obesidade não é apenas resultado de escolhas pessoais, mas de influências contextuais complexas. Este enquadramento é consistente com evidências africanas que destacam o papel do ambiente alimentar e das desigualdades estruturais na epidemia de obesidade (Swinburn *et al.*, 2019; World Obesity Federation, 2024).

As sugestões dos participantes reforçam esta visão: educação contínua adaptada culturalmente, presença de nutricionistas, acompanhamento personalizado, fiscalização de *fast food*, criação de espaços para exercício, incentivo a alimentos saudáveis e acções comunitárias de apoio. Estas propostas foram referidas de forma transversal pelos diferentes grupos, embora participantes com maior escolaridade tenham enfatizado mais o acompanhamento técnico. Essas recomendações estão alinhadas com políticas nacionais e internacionais de prevenção da obesidade (OMS, 2022; Chong *et al.*, 2023; InCRÓNICA, 2024), bem como com estudos africanos que defendem abordagens multissectoriais e culturalmente adaptadas (Mbochi *et al.*, 2012; Holdsworth *et al.*, 2004).

Em síntese, intervenções exclusivamente informativas têm eficácia limitada. Estratégias integradas, combinando educação, políticas públicas, aconselhamento nutricional, suporte psicológico e acções comunitárias, são essenciais para enfrentar a obesidade em Maputo, considerando fatores comportamentais, culturais, económicos e estruturais, conforme identificado pelos próprios utentes. Estes achados reforçam a necessidade de respostas contextualizadas, alinhadas com as dinâmicas sociodemográficas e com a realidade urbana moçambicana.

13. Conclusão

Este estudo permitiu explorar os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à obesidade entre utentes atendidos no Centro de Exames Médicos da cidade de Maputo.

Os principais achados indicam que:

- O conhecimento sobre obesidade é limitado, centrado na ideia de excesso de peso e alimentação desregrada, mas pouco associado ao reconhecimento da obesidade como doença crónica.
- As atitudes e percepções revelaram ambivalência: enquanto a obesidade foi associada a tristeza, dificuldades físicas e estigma, alguns participantes a consideraram “normal” ou até sinal de prosperidade.
- As práticas relatadas mostram baixo nível de atividade física, consumo frequente de alimentos ultraprocessados e dificuldades no acesso a alimentos saudáveis, refletindo barreiras económicas, culturais e comportamentais.
- A orientação formal em saúde foi escassa, evidenciando falhas na disseminação de informação pelos serviços de saúde.
- As sugestões dos utentes convergiram para a necessidade de campanhas de sensibilização, utilização de mídia, educação alimentar nas escolas, políticas de restrição a *fast food* e maior envolvimento do governo e dos profissionais de saúde.

Os resultados do estudo não apenas corroboram achados da literatura internacional, mas também aprofundam o entendimento da obesidade em contextos urbanos africanos, nos quais factores culturais, económicos e estruturais desempenham papel central. A integração entre evidência empírica e modelos teóricos reforça a necessidade de abordagens abrangentes e contextualizadas, capazes de lidar com a complexidade do fenómeno.

Em síntese, apesar da crescente relevância da obesidade em Moçambique, persistem lacunas significativas de literacia em saúde, barreiras socioeconómicas e percepções culturais que dificultam a prevenção e o controlo da condição. Assim, as intervenções devem ir além da simples transmissão de informação, combinando políticas que alterem o ambiente alimentar, investimentos em cuidados primários com apoio prático e psicológico, e a consideração das normas e barreiras socioculturais locais.

14. Recomendações

Tabela 9. Recomendações

| Categoria / Objectivo | Recomendações principais | Implementadores | Prioridade |
|--|---|--|------------|
| Educação e sensibilização sobre obesidade | Campanhas educativas culturais e acessíveis sobre alimentação saudável e atividade física; grupos comunitários (hortas, oficinas, caminhadas); materiais educativos em línguas locais; uso de rádio, TV, escolas e mídia local. | Serviços de saúde, escolas, ONGs, associações comunitárias, líderes locais, mídia | Alta |
| Suporte individual e acompanhamento clínico | Aconselhamento nutricional personalizado; avaliação do IMC e risco de doenças crónicas; capacitação de profissionais para atendimento sem estigma; suporte psicológico para alimentação emocional, ansiedade e <i>stress</i> ; monitoramento contínuo. | Profissionais de saúde (médicos, nutricionistas, psicólogos), centros de saúde primários | Alta |
| Ambiente e políticas públicas | Regulamentação de publicidade de ultraprocessados; incentivo ao consumo de frutas e legumes; educação nutricional e atividade física nas escolas; alimentação escolar saudável; criação de espaços públicos para exercício; subsídios/incentivos para alimentos saudáveis; investimento em infraestrutura e programas comunitários. | Governo, decisores políticos, Ministério da Educação, municípios, ONGs, parceiros internacionais | Alta |

15. Referências Bibliográficas

1. Alcântara, C. M., Silva, A. N. S., Pinheiro, P. N. C., Queiroz, M. V. O. (2019) Digital technologies for promotion of healthy eating habits in teenagers. *Rev Bras Enferm.*72(2):513-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0352>
2. Bardin, L. (2011) Análise de conteúdo. Rego, LA e Pinheiro, A., Trads., Edições 70, Lisboa.
3. Bray, G. A. (2007). The epidemic of obesity and changes in food intake: The nutrition transition. *Public Health Nutrition*, 10(1A), 12–22.
4. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Utilizando a análise temática em psicologia. *Pesquisa Qualitativa em Psicologia*, 3 (2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
5. Cambaza, E. (2013). O desporto e o índice de massa corporal em jovens adultos da Cidade de Maputo. Universidade Eduardo Mondlane. 26pp.
6. Chalasani, N., Younossi, Z., Lavine, J. E., Diehl, A. M., Brunt, E. M., Cusi, K., & Sanyal, A. J. (2012). The diagnosis and management of non-alcoholic fatty liver disease: Practice guideline by the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*, 142(7), 1592–1609.
7. Chong, M. F. F., Tan, C. E., & Lim, L. L. (2023). Global strategies for obesity prevention: Accelerating action. *Obesity Reviews*, 24(5), e13577.
8. Damasceno, A., Azevedo, A., Silva-Matos, C., Prista, A., Diogo, D., Lunet, N., & Barros, H. (2009). Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Mozambique: Urban/rural differences. *BMC Cardiovascular Disorders*, 9, 1–10.
9. Drewnowski, A. (2004). Obesity and the food environment: Dietary energy density and diet costs. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 154–162.
10. Dunstan, D. W., Howard, B., Healy, G. N., & Owen, N. (2010). Too much sitting—a health hazard. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 97(3), 368–376.
11. Eckel, R. H., Alberti, K. G., Grundy, S. M., & Zimmet, P. Z. (2011). The metabolic syndrome. *The Lancet*, 375(9710), 181–183.
12. Frayling, T. M., Timpson, N. J., Weedon, M. N., Zeggini, E., Freathy, R. M., Lindgren, C. M., ... & McCarthy, M. I. (2007). A common variant in the FTO gene is associated with

- body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. *Science*, 316(5826), 889–894.
13. Frederich, R. C., Hamann, A., Anderson, S., Löllmann, B., Lowell, B. B., & Flier, J. S. (1995). Leptin levels reflect body lipid content in mice: Evidence for diet-induced resistance to leptin action. *Nature Medicine*, 1(12), 1311–1314.
 14. Fontes, F., Damasceno, A., Jessen, N., Prista, A., Silva-Matos, C., Padrão, P., & Lunet, N. (2015). Prevalence of overweight and obesity in Mozambique in 2005 and 2015. *Public Health Nutrition*, 22(17), 3118–3126.
 15. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass.
 16. Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *A descoberta da teoria fundamentada: estratégias para pesquisa qualitativa*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
 17. Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
 18. Haslam, D. W., & James, W. P. (2005). Obesity. *The Lancet*, 366(9492), 1197–1209.
 19. Holdsworth, M., Gartner, A., Landais, E., Maire, B., & Delpeuch, F. (2004). Perceptions of healthy and desirable body size in urban Senegalese women. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 28(12), 1561–1568. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802739>
 20. Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). *Inquérito Nacional de Prevalência de Doenças Não Transmissíveis*. Maputo, Moçambique.
 21. Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MISAU), & Organização Mundial da Saúde (OMS). (2024). *Inquérito nacional de prevalência e fatores de risco para doenças não transmissíveis (InCRÓNICA 2024)*. Maputo, Moçambique.
 22. Kuk, J. L., Lee, S., Heymsfield, S. B., & Ross, R. (2005). Waist circumference and abdominal adipose tissue distribution: Influence of age and sex. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(6), 1330–1334.

23. Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters*, 11(1), 1–13.
24. Lean, M. E., Han, T. S., & Morrison, C. E. (1995). Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*, 311(6998), 158–161.
25. Lirio, J., & Loose, F. (2024). Obesity trends and public health in Africa. *African Journal of Nutrition*, 10(2), 45–58.
26. Loos, R. J., & Yeo, G. S. (2014). The bigger picture of FTO: the first GWAS-identified obesity gene. *Nature reviews. Endocrinology*, 10(1), 51–61. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2013.227>
27. Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220–229.
28. Macicame, D., Martins, D., & Lopes, F. (2023). Determinants of overweight and obesity among adolescents and adults in a peri-urban area of Maputo. *Mozambique Journal of Public Health*, 15(1), 1–12.
29. Malta, D. C., Santos, R. V., & Monteiro, C. A. (2021). Obesity and non-communicable diseases in low- and middle-income countries. *Global Health Action*, 14(1), 1928256.
30. Martins, A. P. B. (2018). Obesity must be treated as a public health issue. *RAE Revista de Administração de Empresas*, 58(3), 337–341. <https://doi.org/10.1590/S0034759020180312>
31. Mbochi, R. W., Kuria, E., Kimiywe, J., Ochola, S., & Steyn, N. P. (2012). Predictors of overweight and obesity in adult women in Nairobi Province, Kenya. *BMC public health*, 12, 823. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-823>
32. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). (2021). Relatório de progresso em doenças não transmissíveis. Maputo, Moçambique. 178pp
33. Mocumbi, A. O. (2018). Prevalence of abdominal obesity in Maputo city: A cross-sectional study. *Mozambique Medical Journal*, 32(2), 45–53.
34. Monteiro, C. A., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2004). Income, diet and obesity in Brazil: A paradox of social inequalities. *Public Health Nutrition*, 7(1A), 33–39.

35. Monteiro, C. A., Moura, E. C., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2018). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: A review. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(12), 884–890.
36. Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... & Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766–781.
37. Nuttall, F. Q. (2015). Body mass index: Obesity, BMI, and health: A critical review. *Nutrition Today*, 50(3), 117–128.
38. OECD. (2022). Obesity update 2022. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/en/topics/obesity-diet-and-physical-activity.html>
Acessado em 20 de Novembro de 2024
39. Okop, K. J., Mukumbang, F. C., Mathole, T. *et al.* (2016). Percepções sobre tamanho corporal, ameaça da obesidade e disposição para perder peso entre adultos negros sul-africanos: um estudo qualitativo. *BMC Public Health* 16, 365 <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3028-7>
40. Okop, K. J., Agabi, Y. A., & Joseph, V. (2025). Weight underestimation and high cardiovascular disease risk among South African adults with obesity: implications for integrated obesity prevention. *BMC public health*, 25(1), 2087.
41. Onita, B. M., Pereira, J. L., Mielke, G. I., Barbosa, J. P. D. A. S., Fisberg, R. M., & Florindo, A. A. (2024). Fatores sociodemográficos e comportamentais da obesidade: um estudo longitudinal [Obesity sociodemographic and behavioral factors: a longitudinal study]. *Cadernos de saude publica*, 40(7), e00103623. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT103623>
42. Popkin, B. M. (2001). The nutrition transition and obesity in the developing world. *The Journal of Nutrition*, 131(3), 871S–873S.
43. Popkin, B. M., Adair, L. S., & Ng, S. W. (2020). Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition Reviews*, 78(S1), 3–21.
44. Puhl, R., & Heuer, C. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964.

45. Puhl, R., & Latner, J. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557–580.
46. Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Quinn, D. M. (2018). Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 26(1), 167–175. <https://doi.org/10.1002/oby.22029>
47. Renzaho, A., & Burns, C. (2006). Post-migration food habits of sub-Saharan African migrants in Victoria: A cross-sectional study. *Nutrition & Dietetics*, 63(2), 91–102. [doi.org](https://doi.org/10.1002/oby.22029)
48. Rosenstock, I. M. (1974) O Modelo de Crenças em Saúde e o Comportamento Preventivo em Saúde. *Monografias de Educação em Saúde*. 2(4):354-386. [doi: 10.1177/109019817400200405](https://doi.org/10.1177/109019817400200405)
49. Rosendo, A. (2020). Anthropometric indicators and metabolic risk: Guidelines for practice. Lisbon: Associação Portuguesa de Nutrição.
50. Rossi, A., Moreira, E. A. M., & Rauen, M. S.. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista De Nutrição*, 21(6), 739–748. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000600012>
51. Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814.
52. Tavares, D., Oliveira, C., & Martins, S. (2023). Obesity etiology: Multifactorial influences. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2023, 1–15.
53. Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18, 35.
54. Vaisse, C., Clement, K., Durand, E., Hercberg, S., Guy-Grand, B., & Froguel, P. (1998). Melanocortin-4 receptor mutations are a frequent and heterogeneous cause of morbid obesity. *Journal of Clinical Investigation*, 102(2), 475–481.
55. Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Bautista, L., Franzosi, M. G., Commerford, P., Lang, C. C., Rumboldt, Z., Onen, C. L., Lisheng, L., Tanomsup, S., Wangai, P., Jr, Razak, F., Sharma, A. M., Anand, S. S., & INTERHEART Study Investigators (2005). Obesity and

- the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet* (London, England), 366(9497), 1640–1649.
56. Wadden, T. A., Webb, V. L., Moran, C. H., & Bailer, B. A. (2012). Lifestyle modification for obesity: new developments in diet, physical activity, and behavior therapy. *Circulation*, 125(9), 1157–1170. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.039453>
 57. Wanderley, E. N., & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural [Obesity: a plural perspective]. *Ciencia & saude coletiva*, 15(1), 185–194.
 58. WHO. (2020). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization.
 59. WHO. (2022). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2020–2025. Geneva: World Health Organization.
 60. WHO. (2024). Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
 61. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2024. London: World Obesity Federation, 2024. 263pp. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>

16. Apêndices

Instrumento de recolha de dados

a. Guião da entrevista estruturada

O presente questionário tem como objectivo exclusivamente recolher matéria para análise de dados inerentes ao conhecimento, atitudes e práticas sobre a obesidade, na sequência da realização de uma pesquisa para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Nutrição, na Faculdade de Ciências da Universidade Eduardo Mondlane (UEM).

Pelo que, se solicita que responda como máximo de rigor, lembrando, no entanto, que não há resposta certa ou errada relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se a sua opinião sincera. Importa esclarecer que este questionário é confidencial. O seu tratamento será efectuado de forma a salvaguardar o seu anonimato.

1 - Dados Sociodemográficos

Código de identificação: _____

Data: ___/___/___ Hora de início da entrevista _____ Fim _____

Iniciais: _____ Idade ___ anos Sexo: Mascul ___ feminin ___

Local de Residência: Urbana ___; Suburbana ___; Rural _____

Escolaridade: ensino primário ___ secundário ___ superior: _____ Outro: _____

Emprego: Sim ___; Não ___. Se sim, especifique:

Sabe se tem alguma doença crónica? Caso sim, especifique (especifique)

2 - Conhecimento sobre Obesidade O que você entende

por obesidade?

Quais são, na sua opinião, as principais causas da obesidade?

Como você acha que a obesidade afeta a saúde das pessoas?

Você acredita que a obesidade é um desafio de saúde pública? Por quê?

Onde você aprendeu sobre obesidade? (Mídia, escola, serviços de saúde, etc.)

Você acredita que o conhecimento sobre obesidade é bem difundido na sociedade? Justifique sua resposta.

3 - Atitudes e Percepções sobre Obesidade

Como você percebe as pessoas que vivem com obesidade?

Você acha que existe preconceito contra pessoas obesas? Em quais situações isso ocorre?

Como você sente-se em relação ao seu peso e imagem corporal?

Você já sentiu pressão social ou familiar para mudar seu peso ou hábitos de vida? Como isso afetou você?

Como você acha que as emoções e o estresse influenciam seus hábitos alimentares?

Qual é a sua opinião sobre o tratamento e prevenção da obesidade?

Você já participou de alguma ação ou programa voltado para a conscientização sobre obesidade? Como foi essa experiência?

4 - Práticas e Estilo de Vida

Como você descreveria sua rotina diária em relação à alimentação e actividade física?

Você tem acesso a alimentos saudáveis na sua comunidade? Quais são as principais dificuldades?

Existem espaços acessíveis para prática de actividade física onde você mora?

Que tipo de alimentos você consome com mais frequência?

Que desafios você mais enfrenta para manter um estilo de vida saudável?

Você já recebeu alguma orientação sobre alimentação saudável e actividade física? Onde e como?

O que acha que poderia ser feito para incentivar hábitos mais saudáveis na sua comunidade?

6- Sugestões e Reflexões

O que acredita que poderia ser feito para melhorar a prevenção da obesidade?

Como você acha que o governo e os profissionais de saúde podem ajudar na redução da obesidade na população?

Existe algo mais que você gostaria de compartilhar sobre o tema da obesidade?

| |
|--|
| |
| |
| |

b. Consentimento informado

Folha de Informação ao Paciente

Nome da Instituição: Universidade Eduardo Mondlane - Faculdade de Ciências

Título do protocolo: Conhecimentos, atitudes e práticas dos utentes atendidos no Centro de Exames Médicos da cidade de Maputo em relação a obesidade

Investigador Principal: Yolanda Faustino Igreja, MD

Tutor: Dra. Natércia Fernandes, Medica Pediatra, PhD

Meu nome é Yolanda Igreja, sou Médica e Mestranda em ciências de nutrição, em serviço no Centro de Exames Médicos da Cidade de Maputo, Moçambique.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em estudo sobre Conhecimentos, atitudes e práticas dos utentes atendidos no Centro de Exames Médicos da cidade de Maputo em relação a obesidade. Caso aceite participar do estudo, leia atentamente este documento. Após esclarecimento das informações, assine todas as folhas e a última página, e também será assinado por mim, pesquisadora responsável, em todas as folhas. Uma das vias é sua e a outra é minha.

Justificativa: os casos de obesidade a nível mundial duplicaram e só em 2022, 2,5 bilhões de adultos (acima de 18 anos) estavam com excesso de peso. Moçambique, apresenta-se com a situação de duplo fardo epidemiológico, onde a luta contra doenças relacionadas ao comportamento alimentar inadequado, como a obesidade, vem se tornando cada vez mais prevalente nas áreas urbanas, enquanto áreas rurais ainda enfrentam altos índices de desnutrição. Este estudo visa fornecer evidências sobre o nível de conhecimento da população sobre a obesidade, bem como suas atitudes e práticas, de forma a contribuir para as intervenções devem ser direcionadas para reduzir a magnitude do problema, melhorar a saúde da população e reduzir a carga dessa doença no país.

Objectivo: este estudo tem como objectivo avaliar o conhecimento, atitudes e práticas dos utentes atendidos no CEM da cidade de Maputo em relação a obesidade.

Tipo de pesquisa: este estudo é de natureza qualitativa, de carácter descritivo e transversal, que busca captar percepções, experiências e comportamentos através de entrevistas individuais, permitindo uma análise aprofundada sobre os factores que influenciam a relação dos utentes com a obesidade e os estilos de vida saudáveis.

Seleção dos participantes: a seleção dos participantes será feita por conveniência, entre os utentes com idade igual ou superior a 18 anos que procurarem atendimento no Centro de Exames Médicos durante o período da pesquisa. Serão incluídos apenas aqueles que aceitarem participar voluntariamente e assinarem o termo de consentimento informado. Serão excluídos utentes que não preencham os critérios de inclusão, que apresentem limitações cognitivas que comprometam a resposta ou que estejam em estado de vulnerabilidade. Não haverá a inclusão de grupos vulneráveis, como crianças, grávidas ou pessoas com deficiência sem autonomia de decisão.

Participação voluntária: pelo que, não é obrigado a participar da pesquisa e que a sua eventual recusa não influenciará na prestação de qualquer serviço; poderá ainda interromper a sua participação no estudo, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo;

Procedimentos: a participação no estudo envolve uma entrevista individual semiestruturada, com perguntas abertas, conduzida presencialmente por um membro da equipe de pesquisa. As entrevistas terão duração aproximada de 20 a 30 minutos e serão realizadas num local reservado dentro do centro, garantindo conforto e sigilo. As respostas serão registadas por meio de notas e/ou gravação de áudio (com autorização prévia do participante). A análise das informações será feita através de análise de conteúdo e análise temática, respeitando os princípios éticos da pesquisa científica.

Riscos, desconfortos e inconvenientes: o estudo não envolve qualquer risco potencial, quer sejam físicos, sociais, legais ou financeiros.

Benefícios: este estudo permitirá – lhe ter conhecimentos acrescidos sobre a obesidade, contribuindo assim para a sua prevenção e/ou controle melhorando a saúde individual, bem como de uma sociedade.

Custos da participação/Compensações: não haverá incentivo para a participação incorridos pelo participante e nem alguma compensação.

Privacidade: a privacidade dos participantes será rigorosamente protegida. Nenhuma informação pessoal identificável será divulgada em qualquer etapa do estudo. O áudio das entrevistas (caso autorizado) será usado apenas para fins de transcrição e será apagado após a análise dos dados.

Confidencialidade: qualquer informação obtida no âmbito do presente estudo que o possa identificar será confidencial e não será divulgada sem a sua prévia permissão. Os dados serão armazenados de forma segura e tomadas medidas para proteger os dados pessoais contra destruição acidental ou ilícita ou perda acidental, alteração, divulgação ou acesso não autorizado.

Partilha de resultados: os resultados do estudo serão divulgados em revistas científicas. Será ainda elaborado um documento de linguagem acessível, com os principais resultados do estudo destinado ao Ministério da Saúde, Direção de Saúde da Cidade de Maputo e Centro de Exames Médicos.

Contactos: em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contacto com a direção do centro de exames médicos pelos nr +258 21302626, ou para investigadora principal pelo nr +258 82 754 6196.

Aprovação do Comité: este estudo foi aprovado pelo comité de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. Contacto: +258 21 325255

Termo de Consentimento Livre e Informado

_____, Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se pretende realizar com o título Conhecimentos, atitudes e práticas dos utentes atendidos no Centro de Exames Médicos da cidade de Maputo em relação a obesidade. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive respostas satisfatórias. Tomei conhecimento de que a informação que me foi prestada, vai de acordo com os objectivos e procedimentos concernentes no estudo. Foi-me afirmado que tenho direito de desistir no estudo a qualquer momento, sem que isso possa ter qualquer efeito sancionatório. Por isso:

Aceito participar do estudo

Não aceito participar do

estudo Local e data

Assinaturas

Assinatura do participante

Data e hora

Nome do participante (em maiúsculas)

Impressão digital do participante que não possa assinar

Assinatura do representante legal

Data e hora

(se aplicável)

Nome do representante (em maiúsculas)

Impressão digital do representante legal que não possa assinar

Assinatura da pessoa que realizou

Data e hora a

explicação do consentimento

Nome (em maiúsculas) da pessoa que realizou

Data e hora a

explicação do consentimento

Se o participante/representante legal não souber ler, uma testemunha imparcial deve também assinar este formulário:


Assinatura da testemunha imparcial

Data

Nome da testemunha imparcial (em maiúscula)

17. Anexos

a. Carta de Cobertura do SSCM


REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CIDADE DE MAPUTO
CONSELHO DOS SERVIÇOS DE REPRESENTAÇÃO DO ESTADO
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE

A
Faculdade de Ciências da Universidade
Eduardo Mondlane

MAPUTO

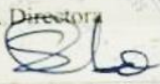
Nota nº 43 / 050¹ / DEPC / SSCM Data: 30/12/2024

ASSUNTO: Resposta ao pedido de autorização para desencadear o estudo "Conhecimentos Atitudes e Práticas dos utentes atendidos no centro dos exames médicos na cidade de Maputo em relação a obesidade, no período de Fevereiro a Maio de 2025".

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo acusa a recepção do pedido da Sra. Yolanda Faustino Igreja, Estudante de Mestrado em Ciências da Nutrição na Faculdade de Ciências da Universidade Eduardo Mondlane, na qual solicita autorização para realizar estudo com o teor retro mencionado.

Sobre a matéria, comunica-se que o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo **autoriza** a realização da actividade, devendo apresentar os resultados ao SSCM.

Sem mais do momento, queiram aceitar as nossas cordiais saudações.

A Directora

Dra. Sheila Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral Principal)

Cc: Centro de Exames Médicos
Cc: Yolanda Faustino Igreja

Av. de Maguiguana
Caixa Postal nº2217
Maputo-Moçambique

Telef: +258 21 3602767
Fax: +25821 430212
SSCM

b. Carta de Autorização da Supervisora

Faculdade de Ciências

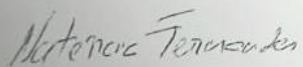
Departamento de Biologia

Curso de Mestrado em Ciências de Nutrição

Parecer do Supervisor (para a submissão de Dissertação)

Natércia Emília Pedro Fernandes, supervisora da estudante Yolanda Faustino Igreja, do curso de Mestrado em Ciências de Nutrição, tendo verificado que a dissertação "*Conhecimentos, atitudes e práticas dos utentes atendidos no Centro de Exames Médicos da cidade de Maputo em relação a obesidade*", cumpre os requisitos indicados do RCPG, e recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, 08 de Dezembro de 2025



Natércia Fernandes

c. Carta de Aprovação do CIBS



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

Dr. Vasco António Muchanga, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): **Yolanda Faustino Igreja**

Protocolo de investigação: **Versão 1.3 de Julho de 2025**

Cosentimentos informados: **Sem versão e sem data**

Instrumentos de recolha de dados: **Sem versão e sem data**

Do estudo:

TÍTULO: "Conhecimentos, atitudes e práticas dos utentes atendidos no Centro de Exames Médicos da cidade de Maputo em relação a obesidade ."

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia de 10 de junho de 2025 e que será incluída na acta **17/2025**, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número **CIBSFM&HCM/76/2025**.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 22 de Julho de 2026. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: APROVADO

Assinado em Maputo aos 21 de Julho de 2025

CIBS

FM & HCM