



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CLARISSA CRISTINA GONÇALVES CORREIA

**OBESIDADE, PRÁTICAS E SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Recife  
2020

**CLARISSA CRISTINA GONÇALVES CORREIA**

**OBESIDADE, PRÁTICAS E SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

**Área de Concentração:** Psicologia

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima de Souza Santos

Recife  
2020

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Valdicéa Alves Silva, CRB4-1260

C824o Correia, Clarissa Cristina Gonçalves.

Obesidade, práticas e sistemas de representações sociais / Clarissa Cristina Gonçalves Correia. – 2020.

226f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Fátima de Souza Santos.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2020.

Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Psicologia. 2. Peso corporal – Distúrbios do metabolismo. 3. Teoria das representações sociais. 4. SRS. 5. Práticas reais - Atos. I. Santos, Maria de Fátima de Souza (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-125)

**CLARISSA CRISTINA GONÇALVES CORREIA**

**OBESIDADE, PRÁTICAS E SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovada em: 14/02/2020

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Fátima de Souza Santos (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Isabel Pedrosa (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata Lira dos Santos Aléssio (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. João Fernando Rech Wachelke (Examinador Externo)

Universidade Federal de Uberlândia

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Livia Botelho Félix (Examinadora Externa)

Universidade Federal da Bahia

A João Luiz, Jane, Débora e Bruno, meu tudo. A Cristiano, nossa luz no céu.

## AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi feita a muitas mãos. Foram mais de quatro anos, desde a ideia para o projeto, até sua conclusão e defesa. Para mim, é muito importante registrar os mais profundos agradecimentos a todos que fizeram parte dessa história.

Primeiramente, Deus é o Senhor de todas as coisas e a Ele, todas as honras e todas as glórias. Pelo dom da vida, por estar sempre na base de tudo, principalmente nesse período em que existiram tantas mudanças, entre grandes dificuldades e também muitas conquistas.

À Professora Fátima Santos, minha eterna orientadora, que me aceitou como aluna já há tantos anos, que embarca comigo em meus devaneios, norteia meus impulsos e me ensina muito além de teorias e normas: a ter postura política, lutar pelos meus sonhos e fazer da minha prática profissional um motor de transformação social. Fátima me inspira pela sua coerência e integridade, pelas ideias e ideais, e pela forma como conduz a vida acadêmica e também pessoal. Observá-la é um exercício constante para o aprendizado. A maneira carinhosa como ela conduz suas relações e nos incentiva a pensar e crescer foram fundamentais em minha formação, desde a graduação, e certamente continuarão sendo enquanto eu puder exercer meu ofício. Fátima, que sorte, que privilégio e que honra poder ter caminhado contigo nessa tese. Jamais conseguirei expressar com exatidão tudo o que você significa para mim e o quanto grata sou a você. Muito, muito, muito obrigada.

A Bruno, meu marido, que assim se tornou durante o doutoramento e que me proporcionou os melhores momentos desse período, a construção do nosso lar, o matrimônio, nossas viagens e passeios, as risadas e a leveza. Ele foi, e continua sendo, o suporte e a segurança na dor e na angústia, o abraço acolhedor e as palavras consoladoras. Meu maior motivador, quem acredita, confia e valoriza minhas escolhas e me deixa fazer parte das suas. O companheiro que ouviu, mais do que ninguém, as minhas ideias, ambições, empolgações e frustrações sobre a pesquisa. A tese me tirou de diversos momentos ao seu lado e incutiu nele várias outras atribuições que antes eram divididas entre nós, devido ao meu tempo restrito. E, mesmo assim, ele continuou me oferecendo ainda mais espaço e condições para que eu pudesse trabalhar com tranquilidade. Bruno me inspira, me impulsiona ao crescimento, e nosso relacionamento me faz ter fé na vida e nas pessoas.

Aos meus pais, João Luiz e Jane, por todo o investimento em educação ao longo destes mais de 30 anos, por sempre terem nos incentivado a estudar, a sonhar e construir uma carreira. Papai sempre conta como eu ficava observando-o enquanto ele escrevia a sua tese.

Agora, os papéis se inverteram. A eles, por terem sido exemplos diários de esforço e dedicação, tornando nossas vidas estudantis e profissionais quase naturais, com disciplina e foco. À minha irmã Débora, por toda a parceria de uma vida, pela torcida, pelo carinho, por estar na primeira fila, aplaudindo e orgulhosa das minhas vitórias. Ela sabe que é recíproco e que a caçula é a maior das inspirações.

Aos meus avós, João Gonçalves e Juracy, João Correia e Benedita (*in memoriam*), pelos ensinamentos de trabalho duro, honestidade, caráter e força, aliados a doçura, cuidado e muito amor. Aos meus tios e tias, especialmente a meu tio Cristiano, que nos deixou recentemente e precocemente de forma tão abrupta e violenta e tinha tanto orgulho da sobrinha doutora. Prometemos seguir com seus ensinamentos e seu belo exemplo de homem, marido, pai e cristão. Aos meus sogros, cunhados e cunhadas, à minha primeira sobrinha Maria, minha afilhada, que nos ressignificou a expressão “amor incondicional”.

À Professora Renata Aléssio, parte fundamental da minha trajetória acadêmica, fonte de vários conhecimentos e *insights*. A sua vibração com a Psicologia nos contagia e nos impulsiona a sermos melhores e cada vez mais comprometidos com a ciência. Obrigada pela amizade, pela disposição em fazer parte da banca e por todo o afeto que construímos ao longo desses anos.

A todos os envolvidos no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, professores e funcionários, por terem me dado a oportunidade e a estrutura de continuar a aprender com cada um. Aos meus colegas da Turma de 2016, pela parceria e pelos incentivos. Aos amigos do LabInt, especialmente a Mariana Sobral, pelas trocas, questionamentos, ajudas e sugestões.

Aos meus amigos, companheiros de caminho profissional e acadêmico, desde a graduação, Raíssa Barbosa, Mariana Borelli, Melina Carvalho, Yuri Sá e Edclécia Moraes, que participaram da construção dessa tese e que me ensinam constantemente a ser melhor pesquisadora e psicóloga. A Luiza Maia, pela ajuda imensurável na revisão do texto e a Gabriel Coutinho, pelas conversas e orientações, da elaboração do projeto ao resumo em inglês. Aos amigos que a vida me trouxe, desde os mais antigos até os mais recentes, que sempre torceram e me apoiaram nas minhas decisões.

Às Professoras Renata Aléssio, Maria Isabel Pedrosa, Lívia Félix e ao Professor João Wachelke, membros da banca examinadora; à Professora Edclécia Moraes e ao Professor Yuri Sá, membros suplentes da banca; e às professoras integrantes do exame de qualificação Karina Lima e Ana Maria Justo, que aceitaram o convite de participar desses momentos

fundamentais de compartilhamento da pesquisa e que sempre foram tão educados e gentis em suas colocações, contribuindo imensamente no meu aprimoramento profissional e acadêmico.

Aos amigos da Vara de Violência Doméstica e Familiar de Igarassu, do Tribunal de Justiça de Pernambuco, que diariamente me acolheram e auxiliaram em minhas demandas, flexibilizando meus horários, compreendendo minhas ausências e limitações e me estimulando a ir além.

Aos meus clientes no consultório, os quais foram a real motivação para o desenvolvimento da pesquisa. A intenção em aprofundar os estudos nessa temática é também ter mais conhecimento para minha atuação clínica. Obrigada por terem sido, muitas vezes, interlocutores em minhas reflexões e pela tolerância com eventuais remarcações das sessões em virtude dos compromissos acadêmicos.

A todas as pessoas que participaram do estudo, me dedicando seu tempo e sua fala, confiando que eu lhes trataria com ética e respeito, meu mais sincero obrigada. Tem sido cada vez mais difícil fazer pesquisa neste país, sobretudo em Ciências Humanas. Sem uma rede que acredita e valoriza nossos trabalhos, seria impossível. Eu sou apaixonada pela pesquisa, me delicieei com cada texto lido, vibrei com cada entrevista realizada e me deleiteei pensando e analisando os dados, escrevendo e reescrevendo cada seção. Mesmo assim, foram inúmeras as dificuldades nessa trajetória, mas ver que tudo foi concluído da melhor maneira possível me faz crer que não devemos esmorecer, principalmente quando a luta é pelos excluídos.

## RESUMO

A obesidade é uma condição multifatorial, caracterizada pelo acúmulo de adiposidade no corpo. Contudo, vem-se considerando tal fenômeno como um problema social, extrapolando os âmbitos da saúde e do corpo, evidenciando-se a necessidade que os sujeitos têm de se ajustar às normas e expectativas sociais. Esta pesquisa objetivou investigar os Sistemas de Representações Sociais (SRS) que dão sentido ao fenômeno da obesidade, construídos por grupos de sujeitos obesos com maneiras distintas de lidar com o fenômeno. O Estudo A comparou indivíduos obesos que não fazem qualquer tipo de tratamento para a obesidade (Grupo 01), pessoas que estão em tratamento clínico (Grupo 02), e indivíduos que estão em processo pré-operatório de cirurgia bariátrica (Grupo 03). Foram entrevistados 06 participantes em cada grupo, a partir de um roteiro semiestruturado. O Estudo B aprofundou o processo de ancoragem dos SRS estudados, analisando conteúdos explicitados por 08 profissionais de saúde especialistas na área (cirurgiões bariátricos, endocrinologistas, nutricionistas e educadores físicos). Todas as entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas, e as análises realizadas a partir do IRAMUTEQ e da Análise Temática de Conteúdo, de Bardin. O Estudo A apontou que os SRS construídos pelos grupos são semelhantes, compostos pelos objetos “obesidade”, “corpo”, “beleza”, “saúde/doença”, “alimentação” e “cirurgia bariátrica”, mas diferem nas representações sociais associadas a cada um deles e suas relações, devido às práticas sociais desempenhadas no lidar com a obesidade. No Estudo B, percebeu-se que a obesidade é concebida como uma doença causada pela ingestão de alimentos hipercalóricos, potencializada por predisposições genéticas, incompatível com um estado de saúde e que precisa ser combatida clínica ou cirurgicamente. Praticamente não foram observadas discussões sobre os determinantes sociais envolvidos na obesidade, como escolaridade, classe socioeconômica e gênero, e as repercussões que a pressão para o emagrecimento irrestrito pode causar, como conflitos sociais e psicológicos.

Palavras-chave: Obesidade. Teoria das representações sociais. Sistemas de representações sociais. Práticas sociais.

## **ABSTRACT**

Obesity is a multifactorial condition characterised by the accumulation of adipose tissue on the body. However, obesity has now been considered a social problem, extrapolating health and human body issues, particularly in view of the need for the individuals to adjust to social standards and expectations. This research aimed to investigate the Social Representation Systems (SRS) that give meaning to the obesity phenomenon, built by groups of obese subjects that exhibit different ways of dealing with the phenomenon. Study A compared obese individuals who do not undergo any treatment for obesity at all (Group 1); subjects undergoing clinical treatment (Group 2); and individuals who are undergoing the preoperative procedures for bariatric surgery (Group 3). Six participants were interviewed in each group, based on a semi-structured script. Study B deepened the anchoring process of the SRS in study, analysing the content supplied by eight health professionals who are specialists in the field (bariatric surgeons, endocrinologists, nutritionists and physical educators). All interviews were audio-recorded and transcribed, and the analysis was carried out using IRAMUTEQ and Bardin's Thematic Content Analysis. Study A pointed out that the SRS constructed by the groups are similar, composed by the objects "obesity", "body", "beauty", "health / illness", "diet" and "bariatric surgery". However, they differ in the social representations associated to each one of them and their relationships, due to the social practices of the subjects in dealing with obesity. In Study B, it was found that obesity is conceived as a disease caused by the intake of hyper-caloric food, being also enhanced by genetic predispositions. Obesity was found to be incompatible with a healthy state of being, needing to be clinically or surgically addressed. We essentially did not observe any discussion on the social factors involved in making obesity more or less likely, such as education, social class and gender, and also on the repercussions that the social pressure for weight loss can cause, such as social and psychological conflicts.

Keywords: Obesity. Theory of social representations. Systems of social representations. Social practices.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sistema de Representações Sociais da obesidade construído pelo Grupo 01.....	71
Figura 2 – Sistema de Representações Sociais da obesidade construído pelo Grupo 02 .....	117
Figura 3 – Sistema de Representações Sociais da obesidade construído pelo Grupo 03 .....	146

## LISTA DE SIGLAS

Abeso	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ALCESTE	Analyse de Lexèmes Cooccurrent dans les Ennoncés Simples d'un Texte
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BDTD	Banco Digital de Teses e Dissertações
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP-UFPE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco
CFCH	Centro de Filosofia e Ciências Humanas
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
Crempesp	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5º versão
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIME	Federação Internacional de Medicina Esportiva
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HC	Hospital das Clínicas
Huoc	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IMC	Índice de Massa Corpórea
Imip	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
KG	Quilo
LabINT	Laboratório de Interação Social Humana
Nasf	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PPGpsi	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
RS	Representações Sociais
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

SciELO	Scientific Electronic Library Online
SRS	Sistema de Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCA	Transtorno de Compulsão Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>20</b>
2.1	A OBESIDADE COMO FENÔMENO SOCIAL .....	20
2.1.1	<b>Sobre a Obesidade: conceito, etiologia, epidemiologia e tratamentos .....</b>	<b>20</b>
2.1.2	<b>Determinantes Sociais da Obesidade .....</b>	<b>27</b>
2.1.3	<b>O Corpo e a Obesidade .....</b>	<b>31</b>
2.1.4	<b>Estigma, Preconceito e Discriminação .....</b>	<b>34</b>
2.2	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A OBESIDADE COMO OBJETO DE ESTUDO .....	38
2.2.1	<b>A Teoria das Representações Sociais .....</b>	<b>38</b>
2.2.2	<b>As Representações Sociais e a Identidade Social .....</b>	<b>42</b>
2.2.3	<b>As Representações Sociais, a Mídia, a Moda e o Sujeito Obeso .....</b>	<b>44</b>
2.2.4	<b>A Saúde como Construção Social .....</b>	<b>49</b>
2.2.5	<b>Os Sistemas de Representações Sociais e as Práticas Sociais .....</b>	<b>52</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>61</b>
<b>4</b>	<b>ESTUDO A: obesidade, práticas e sistemas de representações sociais .....</b>	<b>62</b>
4.1	PERCURSO METODOLÓGICO .....	62
4.1.1	<b>Participantes e Local da Pesquisa .....</b>	<b>62</b>
4.1.2	<b>Procedimentos de Construção de Dados .....</b>	<b>65</b>
4.1.2.1	A Investigação sobre os Sistemas de Representações Sociais .....	65
4.1.3	<b>Procedimentos de Análise dos Dados .....</b>	<b>68</b>
4.2	RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	70
4.2.1	<b>O Grupo 01 .....</b>	<b>71</b>
4.2.1.1	O Sistema de Representações Sociais .....	71
4.2.1.2	Os Objetos Sociais e suas Representações Sociais .....	73
4.2.1.2.1	<i>A Obesidade .....</i>	<i>73</i>
4.2.1.2.2	<i>A Trajetória do Corpo .....</i>	<i>74</i>
4.2.1.2.3	<i>A Obesidade Objetivada .....</i>	<i>78</i>
4.2.1.2.4	<i>As Práticas Sociais Relativas à Obesidade .....</i>	<i>92</i>

4.2.1.2.5	<i>A Obesidade Ancorada</i> .....	100
4.2.1.2.6	<i>O Corpo</i> .....	102
4.2.1.2.7	<i>A Beleza</i> .....	104
4.2.1.2.8	<i>A Saúde e a Doença</i> .....	108
4.2.1.2.9	<i>A Alimentação</i> .....	111
<b>4.2.2</b>	<b>O Grupo 02</b> .....	<b>116</b>
4.2.2.1	O Sistema de Representações Sociais .....	116
4.2.2.2	Os Objetos Sociais e suas Representações Sociais .....	118
4.2.2.2.1	<i>A Obesidade</i> .....	118
4.2.2.2.2	<i>A Trajetória do Corpo</i> .....	118
4.2.2.2.3	<i>A Obesidade Objetivada</i> .....	122
4.2.2.2.4	<i>As Práticas Sociais Relativas à Obesidade</i> .....	129
4.2.2.2.5	<i>A Obesidade Ancorada</i> .....	135
4.2.2.2.6	<i>O Corpo</i> .....	138
4.2.2.2.7	<i>A Beleza</i> .....	140
4.2.2.2.8	<i>A Saúde e a Doença</i> .....	142
4.2.2.2.9	<i>A Alimentação</i> .....	143
<b>4.2.3</b>	<b>O Grupo 03</b> .....	<b>145</b>
4.2.3.1	O Sistema de Representações Sociais .....	146
4.2.3.2	Os Objetos Sociais e suas Representações Sociais .....	148
4.2.3.2.1	<i>A Obesidade</i> .....	148
4.2.3.2.2	<i>A Trajetória do Corpo</i> .....	148
4.2.3.2.3	<i>A Obesidade Objetivada</i> .....	153
4.2.3.2.4	<i>As Práticas Sociais Relativas à Obesidade</i> .....	159
4.2.3.2.5	<i>A Obesidade Ancorada</i> .....	165
4.2.3.2.6	<i>O Corpo</i> .....	169
4.2.3.2.7	<i>A Beleza</i> .....	171
4.2.3.2.8	<i>A Saúde e a Doença</i> .....	173
4.2.3.2.9	<i>A Cirurgia Bariátrica</i> .....	174
4.2.3.2.10	<i>A Alimentação</i> .....	180
<b>5</b>	<b>ESTUDO B: a obesidade e os profissionais de saúde</b> .....	<b>184</b>
5.1	PERCURSO METODOLÓGICO .....	184
<b>5.1.1</b>	<b>Participantes e Local da Pesquisa</b> .....	<b>184</b>

<b>5.1.2</b>	<b>Procedimentos de Construção de Dados .....</b>	<b>185</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Procedimento de Análise dos Dados .....</b>	<b>185</b>
5.2	RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	186
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>195</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>204</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>218</b>
	<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista do Estudo A .....</b>	<b>221</b>
	<b>APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista do Estudo B .....</b>	<b>222</b>
	<b>APÊNDICE D – Dendrograma Resultante da Classificação</b>	
	<b>Hierárquica Descendente sobre a Obesidade do Grupo 01 .....</b>	<b>223</b>
	<b>APÊNDICE E – Dendrograma Resultante da Classificação</b>	
	<b>Hierárquica Descendente sobre a Obesidade do Grupo 02 .....</b>	<b>224</b>
	<b>APÊNDICE F – Dendrograma Resultante da Classificação</b>	
	<b>Hierárquica Descendente sobre a Obesidade do Grupo 03 .....</b>	<b>225</b>
	<b>ANEXO A – Carta de Anuência .....</b>	<b>226</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo investigar os Sistemas de Representações Sociais (SRS) que dão sentido ao fenômeno da obesidade, construídos a partir dos saberes de grupos de sujeitos obesos com maneiras distintas de lidar com a obesidade. O interesse por essa temática surgiu dos atendimentos em Psicologia Clínica que a autora realizou por cerca de 05 anos (entre 2011 e 2016) em uma operadora de serviços de saúde, no Recife, em Pernambuco. Percebeu-se uma crescente demanda para a realização de cirurgias bariátricas no serviço e, para que elas sejam realizadas, é imperativo que o paciente interessado seja acompanhado por um Psicólogo, no intuito de se compreender se ele tem condições de ser submetido a tal intervenção, considerando seus riscos e ganhos. Ao final, é elaborado um Parecer Psicológico, o qual é somado a pareceres de outras especialidades, que indicarão ou não a efetivação do procedimento.

Chamavam a atenção os discursos trazidos pelos sujeitos quando perguntados sobre os motivos que os levavam a buscar a cirurgia bariátrica. Geralmente, os relatos apontavam a saúde como a principal causa para a perda de peso, como forma de curarem ou evitarem doenças associadas, que prejudicavam a qualidade de vida da pessoa. Mas a necessidade de se ajustar às normas e expectativas sociais sempre acabava surgindo na fala dos sujeitos, muitas vezes se sobrepondo à questão da saúde. Nesse sentido, a Psicologia Social e a Teoria das Representações Sociais (TRS) se configuram como um olhar e um aporte teórico pertinentes quando se intenta debruçar-se sobre os sentidos elaborados por dados grupos acerca de um objeto social.

Esta pesquisa, pelo seu objeto e objetivo, se insere no campo da Psicologia Social da Saúde, centrada no estudo e na resolução de problemas de saúde nos diferentes contextos culturais e sociais em que se manifestam (MORIN; APOSTOLIDIS, 2002). Parte-se do pressuposto de que a doença, assim como a realidade, é resultante da relação entre a “ordem biológica” e a “ordem social”. A proposta é analisar e compreender a dinâmica psicossocial que está em jogo na construção do fenômeno social que é a obesidade (APOSTOLIDIS, 2006).

Fazendo um levantamento de produções científicas sobre o tema, sem período de busca determinado, foram acessados diversos bancos de dados virtuais públicos: o SciELO, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Periódicos em Psicologia (PePSIC), o Portal de Periódicos da Capes e o Banco Digital de Teses e Dissertações (BDTD). Além desses,

visitou-se sites de organizações ou instituições proeminentes e reconhecidas na área de obesidade, como a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso), Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde. Tais instituições divulgam dados e produzem documentos e diretrizes sobre a obesidade, conceitos, causas, diagnóstico e tratamentos, que são amplamente adotados pelos profissionais e órgãos de saúde que se detêm sobre tal temática. Foi consultado também um banco de dados físico, o Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE.

Os descritores mais usados pela pesquisadora foram “obesidade”, “corpo”, “representações”, “representações sociais” e “tratamento”. A associação entre “obesidade” e “corpo” foi a que resultou no maior número de produções selecionadas, provavelmente devido ao caráter mais generalista que tal combinação reflete, não apenas aspectos médicos, nutricionais ou psicológicos da obesidade, causas, efeitos e tratamentos. No total, foram encontradas pouco mais de 1000 produções, e através da leitura do título e do resumo, selecionou-se para leitura completa, inicialmente, 90 produções, entre artigos científicos, livros, folhetos, documentos governamentais, documentos institucionais, teses, dissertações, monografias e trabalhos de conclusão de curso, que tinham relação com o objetivo dessa pesquisa.

As ciências da saúde concentram a maior parte dos estudos. A Medicina (englobando endocrinologia, cirurgia digestiva, psiquiatria e pediatria, principalmente) e a Nutrição são as disciplinas que mais produzem sobre o tema. Esses achados vão ao encontro da revisão bibliográfica feita por Estanislau (2014) no SciELO, na qual 90% dos textos encontrados são dessas áreas. A Psicologia vem em seguida e tende a focar os aspectos psicológicos e psicopatológicos que contribuem para o aparecimento da obesidade e as repercussões psicossociais de ser obeso, assim como para a condição de vida após a cirurgia bariátrica. Em menor escala, encontraram-se textos de áreas outras, como Educação Física, História, Geopolítica e Comunicação, por exemplo. Percebeu-se que os estudos sobre obesidade tendem a ficar “obsoletos” com muita rapidez. Os dados sobre obesidade mudam quase anualmente, e os movimentos da sociedade frente a ela também se desenvolvem de maneira bastante ágil.

A obesidade é um fenômeno social que vem se transformando ao longo dos séculos e, mais recentemente, das últimas décadas. Vista como símbolo de fartura e riqueza no período

renascentista, foi a partir da década de 1970 que passou a adquirir mais efetivamente o status de doença (SEIXAS; BIRMAN, 2012). Segundo o Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde da Universidade de Washington, no mundo, quase 30% da população mundial tem sobrepeso ou é obesa. Nas últimas décadas, esse índice aumentou em todas as regiões do mundo, representando um problema de saúde pública e já sendo considerado uma epidemia<sup>1</sup>. A incidência da obesidade não para de crescer, embora mais da metade dos obesos do mundo viva apenas em dez países: Estados Unidos, China, Índia, Rússia, Brasil, México, Egito, Alemanha, Paquistão e Indonésia. Os números têm crescido até em nações cuja alimentação é reconhecida como pouco calórica, como o Japão, causando espanto e preocupação nos órgãos de saúde internacionais.

Apesar de tais dados, a alimentação continua sendo apontada como principal causador do sobrepeso e da obesidade. Em pesquisa realizada por Justo (2016) com pessoas obesas e não obesas, a alimentação aparece como elemento central às representações sociais relativas ao excesso de peso, tornando-a fator fundamental no controle de peso. Nos discursos dos sujeitos entrevistados, o comportamento alimentar surge relacionado ao binômio controle/descontrole, indicando que a questão do sobrepeso e da obesidade ainda se restringe ao âmbito do individual.

Por sua grande difusão no mundo, são diversos e muitas vezes contrários, os conhecimentos produzidos sobre a obesidade, especialmente sobre sua definição, nomenclatura, etiologia e seu tratamento. Polêmica e polissêmica, a obesidade também suscita práticas sociais e tem interessado ao estado, às ciências e às pessoas. Contudo, quem vive cotidianamente todas as facetas dessa condição, desde as possíveis complicações metabólicas até o preconceito e a discriminação na sociedade, é o sujeito que tem obesidade. Sua vida tem sido cotidianamente observada e julgada a partir de uma cultura que valoriza apenas o magro e o belo como modos de viver desejáveis e possíveis, relegando-o, na maioria das vezes, a um local de exclusão social e marginalização. As consequências desse movimento têm sido intenso sofrimento psíquico. É esse grupo que o presente estudo pretende ouvir, tentando compreender o conhecimento produzido por ele sobre ele mesmo.

Esta tese está dividida em capítulos. Inicialmente, no capítulo referente à Fundamentação Teórica, a primeira parte se detém sobre a **Obesidade como Fenômeno Social**, e aborda: o conceito de obesidade, suas múltiplas etiologias, a epidemiologia e a

---

<sup>1</sup> Disponível em <http://www.healthdata.org/research-article/global-regional-and-national-prevalence-overweight-and-obesity-children-and-adults>. Acesso em: 17 set. 2019.

prevalência dessa pelo país, os diferentes tratamentos propostos pelas ciências da saúde para essa condição, apresentando dados recentes da OMS e do Ministério da Saúde; os determinantes sociais da obesidade, como faixa etária, escolaridade, classe socioeconômica, gênero, entre outros; o corpo, considerando suas dimensões sociohistórica e cultural e sua relação com a obesidade; e questões sobre estigma, estereótipo e preconceito, construídos e direcionados à gordura e à pessoa obesa.

Na sessão seguinte, serão trazidas a **Teoria das Representações Sociais e a Obesidade**. O enfoque se dará sobre os conceitos e postulados da TRS; os processos de formação das representações, a ancoragem e a objetivação; as funções do representar socialmente; as bases da abordagem culturalista desenvolvida por Denise Jodelet; os sistemas de representações sociais e as práticas sociais; a relação entre atitude e representações sociais; as questões relativas à identidade social; as elaborações da mídia sobre a obesidade e o sujeito obeso e suas influências; e a saúde como uma construção social.

No **Estudo A: Obesidade, Práticas e Sistemas de Representações Sociais**, serão apresentados o percurso metodológico elaborado para sua realização, os resultados e as discussões relativas às entrevistas com pessoas obesas que lidam com a obesidade a partir de diferentes práticas sociais. Os participantes foram divididos em três grupos e, em cada um deles, se analisou o sistema de representações sociais construído para dar sentido à obesidade, os objetos e as representações sociais constituintes, assim como a relação desse com a prática social desenvolvida pelo grupo.

O penúltimo capítulo, o **Estudo B: A Obesidade e os Profissionais de Saúde**, surgiu a partir do interesse da pesquisadora em aprofundar o processo de ancoragem dos sistemas de representações sociais perscrutados no estudo anterior, especificamente se detendo sobre os profissionais de saúde e seu discurso biomédico, os quais foram bastante citados pelos entrevistados como uma relevante fonte de informação sobre a obesidade. Por fim, as **Considerações Finais** retomam os objetivos da pesquisa e os resultados por ela construídos, explicitando ainda suas contribuições para a área, limitações encontradas e novas possibilidades de investigação vislumbradas a partir das conclusões realizadas.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta sessão serão abordadas as bases teóricas sob as quais a pesquisa foi fundamentada.

### 2.1 A OBESIDADE COMO FENÔMENO SOCIAL

Atualmente, considera-se o fenômeno da obesidade como um problema social, extrapolando os âmbitos da saúde e do corpo individual. Nesta sessão serão explanadas como tal fenômeno pode ser compreendido socialmente.

#### 2.1.1 Sobre a Obesidade: conceito, etiologia, epidemiologia e tratamentos

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003b), a obesidade é uma condição crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo de adiposidade no corpo. No que se refere ao excesso de peso, o indivíduo pode apresentar sobrepeso ou graus I, II ou III de obesidade. Tal classificação é realizada, em sua forma mais simplificada, através do Índice de Massa Corpórea (IMC), que calcula a relação entre o peso do sujeito e o quadrado de sua estatura. O IMC abaixo de 18,5 indica baixo peso; entre 18,5 e 24,9, peso normal; entre 25 e 29,9, sobrepeso; entre 30 e 34,9, obesidade grau I; entre 35 e 39,9, obesidade Grau II; e maior que 40, obesidade Grau III, conhecida como obesidade mórbida.

Além do IMC, outros instrumentos são utilizados em uma avaliação mais criteriosa sobre a composição corporal de uma pessoa, como a medição da circunferência abdominal, pesagem hidrostática, medição por absorciometria com raios de dupla energia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia, análise de bioimpedância, medição de pregas cutâneas e calorimetria indireta (ABESO, 2016).

Os instrumentos elencados acima podem ser empregados quando há o intuito de se classificar a obesidade de acordo com seu fenótipo, considerando a forma como a gordura se distribui no corpo. Sob tal critério, a obesidade pode ser *global*, quando a gordura se encontra de maneira uniforme pelo corpo, sem privilegiar áreas específicas; *androide*, quando ela se concentra na parte superior do corpo, mais típica em homens (e por isso a referência à palavra grega *andrós*); *ginoide*, caracterizada pelo acúmulo de gordura na parte inferior do corpo, mais visualizada em mulheres (e, assim, emprega-se a mesma lógica quanto à referência à palavra grega *gyné*); e *visceral*, ao passo que a gordura se localizada principalmente no abdômen, predizendo maiores riscos de comorbidades e mortalidade, por sobrecarregar órgãos vitais (COUTINHO (coord.), 1999).

O Ministério da Saúde, em mais recente pesquisa publicada em 2019, com foco na vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, entrevistou por telefone mais de 52 mil pessoas maiores de 18 anos e residentes nas capitais do país e no Distrito Federal. De acordo com a pesquisa, estima-se que 55,7% dos brasileiros estão acima do peso (índice era de 53,5% em 2016 e 43% em 2006) e que 19,8% já se encontram com algum grau de obesidade. O excesso de peso é maior entre os homens (57,8% deles contra 53,9% das mulheres), e a obesidade cresceu mais entre as mulheres, as quais alcançaram taxas ligeiramente maiores (20,7%) que os homens (18,7%).

Quanto à faixa etária, a maior prevalência de sobrepeso é na população entre 45 e 54 anos – 64%. E com relação à obesidade, a faixa etária mais atingida é entre 55 e 64 anos – 24,6%. Em ambos os casos, são as pessoas de 18 a 24 anos as que apresentam as menores taxas (32,1% quanto ao sobrepeso e 7,4% de obesidade). No tocante à escolaridade, quanto menos anos de estudo, maiores as taxas de sobrepeso e obesidade: 61,8% das pessoas que estudaram de 0 a 8 anos têm sobrepeso e 24,5% são obesas. Esses índices caem quando se aumenta a quantidade de anos estudados: 51,3% de sobrepeso e 15,8% de obesidade em pessoas que estudaram 12 anos ou mais (BRASIL, 2019).

As capitais com maiores taxas de sobrepeso e obesidade no país são Cuiabá (60,7% e 23%, respectivamente) e Manaus (60,6% e 23%, respectivamente). Os menores índices de sobrepeso são encontrados nas cidades de São Luís (47,2%) e Teresina (48,4%). Já os de obesidade estão em São Luís (15,7%) e Curitiba (16%). Sobre a realidade regional e local, os dados da pesquisa supracitada mostram que as capitais do Nordeste, de maneira geral, têm taxas de sobrepeso menores que a média nacional. São exceções apenas Fortaleza (58,3%) e Recife (56,9%). Em relação à obesidade, o cenário muda levemente, estando Recife (21,9%), Natal (21,2%), João Pessoa (20,5%) e Fortaleza (20,2%) acima da média do país.

Os motivos clássicos causadores de obesidade – consumo de alimentos altamente calóricos e a falta de exercícios – já não mais explicam totalmente esse fenômeno (CARVALHO; MARTINS, 2004). Segundo Halpern, Rodrigues e Costa (2004), as inúmeras substâncias envolvidas na regulação do apetite e no controle de peso e as inter-relações entre os centros neuronais envolvidos evidenciam a complexidade e multifatorialidade do comportamento alimentar e da homeostase energética. A mudança do *estilo de vida* das pessoas e a modernização da produção e do trabalho aumentaram o consumo energético, mas diminuíram seu gasto, assim como reduziram o tempo das práticas de exercícios físicos. No geral, os indivíduos estão mais sedentários e isso pode interferir no peso corporal. O tempo

também influencia nas refeições, as quais estão sendo feitas mais fora de casa, com alimentos de rápido preparo (*fast foods* e produtos industrializados, com alto teor de gordura e açúcares), em maiores porções e sem a atenção adequada à mastigação e digestão, que atrapalha os mecanismos de saciedade (ABESO, 2016).

As diferentes *fases da vida* também apresentam alteração no peso corporal. Crianças que foram malnutridas na fase intrauterina tendem a acumular mais gordura na infância e na adultez, pois seu organismo acabou sendo programado para economizar no gasto energético pelo déficit que teve anteriormente. Já crianças que foram hipernutridas, ou seja, que as mães engordaram muito ou tiveram diabetes gestacional, iniciam a vida acumulando gordura. Há indícios de que, a cada parto que a mulher realiza, há um aumento de um quilo acima do peso que normalmente acompanha a idade. E um grande volume de peso ganho durante a gestação pode dificultar a emagrecimento após o nascimento da criança. É normal ainda as mulheres ganharem peso no período da menopausa devido às alterações hormonais e ao incremento da idade. E costuma haver maior perda de massa muscular e ganho de gordura na velhice, pelas mudanças naturais que acontecem com o organismo ao passar do tempo (ABESO, 2016).

Todo o balanço energético realizado pelo corpo (sistema neuroendócrino e metabolismo) é fortemente influenciado pela *carga genética* que o sujeito carrega. Identificam-se três componentes primários no sistema neuroendócrino envolvidos na fisiopatologia da obesidade: o sistema aferente, que envolve a leptina e outros sinais de saciedade e de apetite de curto prazo; a unidade de processamento do sistema nervoso central; e o sistema eferente, um complexo de apetite, saciedade, efeitores autonômicos e termogênicos, que leva ao estoque energético (ABESO, 2016). Entende-se que o obeso come mais, produz e armazena gordura com mais facilidade, queima menos calorias e gordura, mas as condições para que isso aconteça são multifatoriais e individuais, sendo muitas vezes difíceis de determinar (NUNES *et al.*, 1998). O aumento de peso de maneira excessiva é visto como um fator de risco para outras doenças, como hipertensão arterial, diabetes melito, doenças cardiovasculares, dislipidemia, cálculo biliar, esteatose hepática, gota, distúrbios respiratórios e endócrinos, câncer e transtornos psicológicos. Do total de óbitos no país, as doenças crônicas foram responsáveis, em 2016, por cerca de 74% (BRASIL, 2019).

Um estudo de revisão realizado por Marques-Lopes e colaboradores em 2004, com o objetivo fazer um levantamento das publicações científicas que versavam sobre os aspectos genéticos da obesidade, explicitou que diversas pesquisas demonstravam de maneira clara a participação do componente genético na incidência da obesidade, a qual poderia manifestar-se

em alterações do apetite ou no gasto energético. A estimativa era que entre 40% a 70% da variação do fenótipo característico da obesidade tinha um caráter hereditário. Assim, pessoas com histórico familiar de obesidade e que foram obesas na infância ou adolescência tendem a apresentar mais excesso de peso na adultez e na velhice (ABESO, 2016).

Também em um estudo de revisão integrativa, o qual analisava as produções científicas nacionais e internacionais sobre as relações entre obesidade, família e transgeracionalidade, Coradini, Moré e Scherer (2017) se debruçaram sobre 15 (quinze) pesquisas que demonstram a influência da família no processo de desenvolvimento da obesidade desde a infância, indicando que o IMC dos pais seria um importante preditor de obesidade para os filhos. Os estudos encontrados (FOX *et al.*, 2013; MASCARENHAS *et al.*, 2013, KELLY *et al.*, 2014; GEREMIA *et al.*, 2015) mostram que indivíduos com pais obesos têm mais risco de desenvolver obesidade e que a influência materna é predominante nesse cenário.

Além da existência dos fatores genéticos, já citados, existem os aspectos relacionais e culturais em atuação na dinâmica familiar e as experiências pessoais dos membros que compõem tal contexto. A pesquisa de Curtis e colaboradores (2011), a qual também faz parte do levantamento realizado pelas autoras supracitadas, concluiu que as mães apresentavam mais sentimentos de vergonha e culpa quando tinham filhos obesos que os pais. E as mães que tinham enfrentado questões relativas ao peso em sua vida tinham ainda mais dificuldades em lidar com a obesidade de seus descendentes. As autoras sugerem que isso deve acontecer porque, socialmente, ainda é esperado que as mulheres assumam a responsabilidade pela criação, cuidados e educação dos filhos, expectativas essas reproduzidas pelo sistema machista e patriarcal vigente. Curtis e seus colaboradores (2011) seguem destacando o papel fundamental que a família pode desempenhar na construção de um “ambiente obesogênico”, o qual seria um ambiente promotor de obesidade em sujeitos e populações a partir de influências, condições ou oportunidades que apresenta (como padrões alimentares e estilo de vida).

Ademais, a escolaridade dos pais e avós também parece ter impacto sobre o aparecimento do sobrepeso ou obesidade nos filhos. Em comparação com famílias com maior nível de escolarização formal, as menos favorecidas nesse aspecto apresentaram duas vezes mais chances de ter filhos obesos na adultez (CHAPARRO; KOUPIIL, 2014 *apud* CORADINI; MORÉ; SCHERER, 2017). E a história de vida dos familiares e suas crenças sobre como cuidar e nutrir as crianças impacta o ambiente dietético da família. A pesquisa de

Jingxiong e colaboradores (2007), analisada por Coradini, Moré e Scherer (2017) versa sobre a influência dos avós e suas concepções de que amar e zelar por uma criança significa alimentá-la bem e em grandes quantidades, principalmente depois de experiências com a pobreza e a fome. Eles se diferenciam dos filhos quando as crianças começam a apresentar sobrepeso ou obesidade: enquanto os pais tendem a ficar atentos e preocupados, os avós costumam interpretar a situação como força e saúde. Tais gerações atribuem significado à alimentação de maneiras distintas.

Além de todos os elementos citados, ainda ressaltam-se os fatores *psicológicos*, a depender da forma como as pessoas se relacionam com a comida, o ato de comer e seu corpo e as repercussões que seu modo de vida e sua composição corporal suscitam na sociedade; *psiquiátricos*, com a existência de diversos transtornos mentais que se relacionam com o aumento do apetite e de peso; *iatrogenia farmacêutica*, pois muitos medicamentos podem contribuir para o aumento de peso em sujeitos suscetíveis a tal; *econômicos*, pela restrição que grande parte da população sofre à escolha de alimentos e exercícios físicos condicionados por seus custos; *históricos e culturais*, pela valorização dos corpos magros como padrão de beleza e uma significativa maior pressão às mulheres; e *políticos*, pelos jogos de poder em voga entre os diferentes grupos sociais (WANDERLEY; FERREIRA, 2010; ABESO, 2016; ARAÚJO, 2016).

As causas que levam à obesidade parecem mais bem explicadas por modelos biológicos e ambientais que por modelos psicológicos. A associação entre obesidade e um déficit na capacidade volitiva ou distúrbio psicológico existiu durante muito tempo, mas hoje se mostra equivocada (embora essa visão ainda não tenha sido totalmente abolida pela população e até por profissionais de saúde). De modo geral, indivíduos obesos não apresentam mais alterações psicopatológicas que sujeitos não obesos (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; ABESO, 2016). Contudo, os sujeitos obesos que procuram tratamento exibem mais sinais de depressão, transtornos de ansiedade (transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada), transtornos de compulsão alimentar periódica e síndrome do comer noturno, transtorno de personalidade *boderline*, transtornos de estresse, distúrbios de sono, bulimia e tabagismo que a população em geral. Em consequência, tais transtornos tendem a dificultar a adesão dos sujeitos a eventuais tratamentos e a perda de peso (BLACK; GOLDSTEIN; MASON, 1992 *apud* DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; PETRIBÚ *et al.*, 2006).

Existem basicamente duas modalidades de tratamento para a obesidade e o sobrepeso. O *tratamento clínico* envolve uso de medicações, reeducação alimentar e aderência a dietas hipocalóricas, associados a exercícios físicos de frequência e intensidade adequadas. Ele seria indicado a pacientes com sobrepeso e obesidade grau I. Para pacientes com obesidade graus II e III, o tratamento clínico se configura, na maioria dos casos, como um processo demorado e pouco eficiente para grandes perdas de peso, além de alto risco para reganho de peso (FERRAZ, 2009; ALMEIDA, 2013).

Por sua vez, o *tratamento cirúrgico*, o qual ficou conhecido como cirurgia bariátrica ou cirurgia de redução de estômago, consiste em técnicas cirúrgicas que promovem intervenções no aparelho digestivo do paciente a fim de atenuar a ingestão alimentar (as chamadas “cirurgias restritivas”), atuam sobre a capacidade de absorção de gordura pelo organismo (as “cirurgias disabsortivas”) ou ambas (as “cirurgias mistas”). Esse tipo de tratamento já pode ser sugerido a pacientes com obesidade grau II que apresentam risco e comorbidades e a pacientes acometidos pela obesidade grau III (FERRAZ, 2003; ALMEIDA, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2017)<sup>2</sup>, a técnica mais utilizada no país é o *Bypass Gástrico*, uma cirurgia mista, que corresponde a cerca de 75% das intervenções realizadas. Em seguida, com 20% de incidência, aparece a Gastrectomia Vertical, conhecida como cirurgia de Sleeve, com seu caráter restritivo, que vem ganhando adeptos no país e no mundo, por ter boa eficácia também em doenças metabólicas e ser tecnicamente mais simples. Acredita-se que, em alguns anos, ela ultrapassará o *Bypass Gástrico* em número de realizações. Há ainda o *Duodenal Switch*, aplicada em aproximadamente 5% dos casos, sendo uma cirurgia mista, resultante da associação entre a gastrectomia vertical e o desvio intestinal; e a Banda Gástrica Ajustável, restritiva, que representa menos de 1% dos procedimentos realizados devido à instalação de um anel de silicone inflável, algo em desuso atualmente.

Quanto ao perfil das pessoas que procuram e se submetem à cirurgia bariátrica, em 2015, Kelles e colaboradores publicaram um estudo de revisão sistemática para conhecer o perfil do paciente submetido ao procedimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) até 2014. Foram selecionados 39 estudos, de acordo com critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pelos autores. Em média, os pacientes tinham 41,4 anos, obesidade grau III, 79% eram

---

<sup>2</sup> Levantamento disponível em <<https://www.scbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>>. Acesso em: 17 set. 2019.

mulheres e 21% eram homens, 61% tinham hipertensão como comorbidade e 22% eram diabéticos. Esses resultados foram semelhantes aos encontrados por Silva e colaboradores (2015). Em pesquisa realizada com 100 pacientes nas mesmas condições, 78% eram mulheres e 22%, homens. Eles também tinham obesidade grau III e a hipertensão foi a comorbidade mais encontrada (51%).

O panorama quanto à realização das cirurgias bariátricas vem mudando ao longo dos anos. Ainda de acordo com a SBCBM<sup>3</sup>, em 2018, foram realizadas 63.969 cirurgias bariátricas no país, das quais 49.521 foram executadas pela saúde suplementar, 11.402 pelo SUS e 3.406 custeadas pelos próprios pacientes. Em relação a 2017, esse número total cresceu 4,38%, mas, avaliando-se um período de oito anos, entre 2011 e 2018, houve um aumento de 84,73%. A entidade atribui esse aumento ao maior nível de confiança da população sobre a cirurgia e aos bons resultados obtidos na qualidade de vida dos pacientes. Contudo, observa-se também uma estagnação no número de cirurgias realizadas pela saúde suplementar nos últimos três anos, a qual teria sido impactada pelo cancelamento de mais de três milhões de contratos, devido à crise financeira e às altas taxas de desemprego.

Mesmo ampliando a assistência, com o passar dos anos, aos pacientes que têm indicação para se submeterem à cirurgia e assim desejam o SUS realizou somente cerca de 17% dos procedimentos efetuados no último ano. A SBCBM estima que, em alguns estados, uma pessoa pode demorar até 05 anos para conseguir efetivar o procedimento. No Rio de Janeiro, foram realizadas apenas 30 cirurgias, pelo SUS, em 2018. Em Pernambuco, o SUS realiza as cirurgias bariátricas em quatro serviços, no Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Hospital das Clínicas (HC), Hospital Oswaldo Cruz (Huoc) e no Instituto Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip). A SBCBM calcula que, em média, 200 cirurgias desse tipo ocorrem por mês, no estado, resultando em cerca de 2.400 anualmente, mas em 2017 somente 14% teriam acontecido nos serviços citados. Em reportagem publicada pelo jornal Folha de Pernambuco<sup>4</sup>, no mês de agosto de 2017, defendeu-se o entendimento de que tais serviços no estado não contemplam adequadamente o volume de pessoas que aguardam na fila para o procedimento.

---

<sup>3</sup> Dados disponíveis em <<https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>>. Acesso em: 17 set. 2019.

<sup>4</sup> Reportagem disponível em <<https://www.folhape.com.br/noticias/noticias/cotidiano/2017/08/30/NWS,39851,70,449,NOTICIAS,2190-OBESOS-LUTAM-POR-CIRURGIA-SUS.aspx>>. Acesso em: 17 set. 2019.

Seja qual for a modalidade escolhida para a perda de peso, essa costuma ser um processo que envolve algumas dificuldades. Isso vai de encontro à crença de que o excesso de peso é uma condição passageira e que, caso o sujeito esteja determinado a transformar seu corpo, ele rapidamente conseguirá (JUSTO, 2016). Quanto ao tratamento clínico, é comum que, durante o período, haja momentos de pouca ou nenhuma adesão, devido à grande disciplina e às privações que ele impõe, além do alto investimento financeiro, social, temporal e afetivo. A reeducação alimentar e as dietas hipocalóricas muitas vezes exigem que hábitos antigos sejam transformados ou abandonados e novos hábitos sejam incorporados, como alimentação menos calórica, porções reduzidas e exercícios físicos intensos e frequentes.

É fundamental que se reflita também sobre os significados dados à comida e ao comer na vida do sujeito. Em estudo realizado por Lima (2010), um dos casos analisados expunha a dificuldade da entrevistada em se entender na situação de obesa, quando dizia que um lado de si a impulsionava a comer (um “não eu” que ela não reconhecia, desvalorizava e queria combater) e o outro lado resistia e lutava (um “eu” desejado, o qual deveria ser o dominante). Contudo, esse último perdia e acabava se rendendo a momentos de grande ingestão alimentar, o que gerava mais ganho de peso e conseqüente insatisfação, desmotivação e tristeza.

Muitas vezes os sujeitos têm as condições necessárias e estão motivados a perder peso, mas ainda assim é complexa a promoção de tais mudanças a longo prazo, propiciando desistências e, conseqüentemente, reengorda. As variações significativas de peso, conhecidas como “efeito sanfona”, também podem gerar danos à saúde, como maiores riscos cardíacos e acúmulo de gordura no fígado (WILLIAMSON, 1996 *apud* ANDRADE; MENDES; ARAÚJO, 2004; BARBOSA-DA-SILVA *et al.*, 2014). Segundo a OMS (2003a), cerca de 95% dos obesos que fazem tratamento para emagrecimento voltam a engordar.

### **2.1.2 Determinantes Sociais da Obesidade**

Indo além dos aspectos biológicos da obesidade, existem marcadores sociais que atravessam as incidências, compreensões e vivências da obesidade, como faixa etária, escolaridade, classe socioeconômica, gênero, entre outros (FERREIRA *et al.*, 2010). Como já mencionado, de acordo com os últimos dados divulgados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), há uma relação proporcional entre o passar dos anos e o peso corporal. No tocante à escolaridade, quanto menos anos de estudo, maiores as taxas de sobrepeso e obesidade na população. A alimentação, a relação com o corpo e os cuidados em saúde são alguns dos múltiplos aspectos de privação envolvidos em um contexto social de pobreza, desigualdades e

vulnerabilidades. Ao se analisar a situação brasileira, a pobreza faz parte da história do país, decorrente da extrema desigualdade social que privilegiou por séculos as camadas dominantes e colocou a nação entre os países com maior concentração de renda do mundo (MILÁ, 2015).

O fenômeno da obesidade em contextos de pobreza e vulnerabilidade social nada tem de contraditório, pois, como dito anteriormente, a obesidade é multifatorial e apenas certas camadas da população têm acesso aos bens e serviços preconizados, pelas ciências da saúde, para a manutenção de um corpo ideal, como alimentação saudável e pouco calórica, exercícios físicos frequentes e sistemáticos e acompanhamento médico, nutricional e psicológico de qualidade. Nesse sentido, a obesidade, assim como a desnutrição, tem se configurado como uma das faces da pobreza. (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005). A questão da obesidade tem tendido a se deslocar, de maneira geral, para as classes de menor renda, principalmente quando se foca na parcela feminina da população (BRASIL, 2004).

Pesquisas mostram que a escolha e aquisição de alimentos estão pautadas no valor monetário dos insumos, não em seu valor nutricional. Os alimentos ditos “básicos” (como arroz, feijão, farinha, óleo, macarrão, açúcar, carne) são as prioridades dos sujeitos, para que se mantenham as garantias de sobrevivência, sem opções de escolhas mais refinadas (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006; FERREIRA *et al.*, 2010). Outros tipos de alimentos, como as frutas e as verduras, são considerados artigos de “luxo” e, quando podem ser comprados, são geralmente destinados às crianças, por compreender-se que elas precisariam de uma alimentação mais saudável para se desenvolverem adequadamente (FERREIRA *et al.*, 2010).

Muitas vezes, os sujeitos obesos e pobres são alertados sobre seu peso pelos profissionais de saúde, nas ocasiões que têm acesso aos serviços de saúde, e passam a incorporar o discurso médico em suas vidas. Percebem-se insatisfeitos com seu corpo e falam sobre as limitações que o excesso de peso acarretaria, como fadiga, dificuldades de mobilidade, taxas metabólicas alteradas, hipertensão, diabetes e também o estigma social. Contudo, reconhecem as dificuldades de seguir as prescrições de uma dieta mais equilibrada, exercícios físicos, acompanhamento de saúde e uma boa qualidade de sono devido às suas inúmeras atribuições sociais e aos poucos instrumentos oferecidos pelo estado. A grande maioria da população de baixa renda do país não tem recursos financeiros para comprar e preparar alimentos menos calóricos e mais saudáveis; não tem tempo e/ou dinheiro para praticar exercícios físicos de maneira adequada (em local e com supervisão apropriadas); e

não acessa os serviços de saúde básicos de maneira sistemática, como consultas com médicos, nutricionista e psicólogo, exames laboratoriais e de imagem (FERREIRA *et al.*, 2010).

Indo além, as concepções de corpo, beleza e saúde para certos grupos sociais não estão estritamente associadas à magreza. O corpo é visto de forma mais utilitária, provavelmente devido à importância da força física exigida em muitas das ocupações desempenhadas pelas classes mais carentes. Por mais que o excesso de peso possa significar menos agilidade, menor disposição para o trabalho, mais dores no corpo e maior risco para outras doenças, ele é percebido como forte e preparado para o trabalho (FERREIRA, MAGALHÃES, 2006). A dimensão estética e sexual é pouco mencionada nessas situações e, quando é, costuma-se dar preferência a corpos de formas arredondadas (CAVALCANTI *et al.*, 2007). O corpo magro é muito relacionado à doença e à fraqueza, sendo então ainda mais ameaçador que o corpo obeso, pois a doença é o maior impedimento para a realização do trabalho (ZALUAR, 1985 *apud* FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

Observam-se ainda diferenças importantes quanto ao gênero. As diferenças metabólicas e morfológicas entre homens e mulheres refletem a ação dos hormônios. Os homens sofrem, prioritariamente, a ação da testosterona, a qual aumenta a disposição de proteínas nos músculos, desenvolvendo-os mais. Já as mulheres estão submetidas ao estrogênio, o qual aumenta a gordura nas mamas, nos quadris e no tecido subcutâneo, fazendo com que a mulher acumule mais gordura e tenha menos massa muscular. A quantidade de massa muscular presente no corpo influencia no metabolismo do indivíduo, pois o músculo gasta mais energia para se manter, mesmo em repouso. Por todos esses fatores, os homens tendem a acumular menos gordura e perder peso mais facilmente, se comparados às mulheres (PARDINI, 2011). Ademais, elas precisariam de mais energia em certos períodos da vida, como na gravidez e na lactação, então seu organismo seria programado a estocar mais gordura. Além disso, a própria ocorrência de gravidez aumenta as chances de desenvolvimento de obesidade (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; COELHO, 2002).

Mas são as mulheres as mais cobradas para que correspondam ao padrão estético ideal que relaciona a beleza à magreza e à juventude. Ao homem, chega-se a admitir algum excesso de peso e a falta de rotina rígida de exercícios, resultando no que se vem chamando de *dad bod*<sup>5</sup>. Esse seria o corpo típico de um pai de família, que até pode ir algumas vezes à

---

<sup>5</sup> Em tradução livre, “corpo do papai”. Reportagens sobre o tema disponíveis em: <<http://revistadonna.clicrbs.com.br/comportamento-2/dad-body-corpo-estilo-pai-de-familia-faz-sucesso-entre-mulheres-norte-americanas/>>; <<https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/the-new-york-times/2015/05/22/dad-bod-e-o-peso-da-paternidade.htm>>;

academia, mas assume a “barriguinha” que acompanha o passar dos anos e não renuncia a nenhum hábito alimentar, como a cerveja e o churrasco aos finais de semana. Ele não é obeso nem musculoso. Essa configuração corporal seria encarada como mais humana e natural e vem agradando uma parcela da população feminina norte-americana, a qual afirma que se sentiria menos insegura com seu próprio corpo caso o parceiro tivesse um *dad bod*.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), o Brasil é um dos campeões mundiais em número de cirurgias estéticas. Devido à grande pressão social que sofrem para serem cada vez mais belas e jovens, as mulheres ainda são o grupo que mais busca intervenções estéticas (cerca de 90%), sejam elas terapêuticas, medicamentos, procedimentos ou cirurgias plásticas (LEAL *et al.*, 2010). São elas também quem mais procuram os serviços ambulatoriais de saúde para perda de peso (LEÃO *et al.*, 2015). Em pesquisa de revisão bibliográfica realizada por Alves e colaboradores (2009) sobre satisfação corporal e cultura, estudos indicam que as mulheres demonstram mais insatisfação com seu corpo que os homens. Tal insatisfação pode levar a uma visão distorcida do corpo e, conseqüentemente, a práticas como jejum, vômitos, uso de laxantes e diuréticos e até evitação de certas práticas de lazer, como ir à praia. No caso dos homens, o que se percebe mais recentemente é que o ideal de corpo se refere a músculos e força. A busca extremada por tal padrão pode também levar a comportamentos de risco, como uso de anabolizantes e até à vigorexia, que é uma percepção errônea do próprio corpo quando ele já está bastante musculoso, mas o sujeito continua se vendo fraco e magro.

Em estudo citado por Alves e colaboradores (2009) e realizado em 2006, Dohnt e Tiggermann concluíram que a partir dos seis anos de idade, um grande número de meninas já demonstra preocupação com o corpo e deseja ficar magra. De acordo com Del Piore (2009), citado por Almeida (2013), a identidade do feminino se constitui basicamente, no equilíbrio entre beleza, saúde e juventude, e a obesidade apareceria bastante oposta a esse ideal, já que levaria a percepções de feiúra, doença e decadência corporal. Assim, uma mulher obesa é vista como menos mulher que uma mulher magra.

Além do aspecto biológico que atua sobre a incidência de obesidade nas mulheres e das expectativas sociais para que elas sejam magras, em semelhante estado de pobreza para homens e mulheres, elas são ainda mais suscetíveis ao acúmulo de gordura corporal. As mulheres tendem a ocupar menos posições nos mercados de trabalho e, no geral, quando

conseguem se inserir ocupam vagas que exigem baixa qualificação profissional (e conseqüentemente, menor remuneração e maiores jornadas de trabalho), ou até desempenham o mesmo papel que o homem, mas ganham em média 25% a menos (LAVINAS, 2014). E as mulheres ainda se ocupam dos cuidados com os filhos e afazeres domésticos, seara na qual as responsabilidades ainda são predominantemente femininas. Assim, as mulheres pobres, em geral, não têm condições financeiras para a adesão a uma dieta equilibrada e nem disposição, tempo e/ou local próximo de casa para a realização de atividades físicas regulares e acompanhamento clínico de saúde.

### **2.1.3 O Corpo e a Obesidade**

Considerando a dimensão cultural do corpo, em cada época da história houve transformações no que se considerava belo, agradável à contemplação e com maior funcionalidade, valorizando-se certos atributos e comportamentos em detrimento de outros. Em alguns períodos, o cultuado e valorizado era justamente o que hoje se denomina obesidade. Na era neolítica, o símbolo de fertilidade e maternidade era a Vênus de Willendorf, uma estatueta feminina e obesa para os padrões atuais. Várias deusas e figuras míticas foram admiradas por suas formas arredondadas, coxas, seios e quadris grandes e largos. Encontraram-se evidências semelhantes em civilizações egípcias, chinesas e gregas (ECO, 2004). No período renascentista, o padrão de beleza feminino era o de formas avantajadas e voluptuosas. Os homens, para inspirarem poder, deveriam ostentar o dinheiro que possuíam e serem gordos, indicando fartura (ECO, 2004).

É a partir do século XIII, na cultura ocidental, que a valorização da beleza como sinônimo de excesso de gordura foi dando lugar ao padrão que se conhece nos dias de hoje. Nessa fase, as obras de arte produzidas retratam poucas figuras mitológicas ou pessoas gordas. As damas e musas passam a ser pintadas e esculpidas com formas magras e bem delineadas (CUNHA; PIRES NETO; CUNHA JÚNIOR, 2006). Começa a haver uma preocupação da sociedade com os comportamentos e com os excessos do corpo. Muita fartura e exageros passam a ser vistos como sinônimo de descontrole. Os “bons modos” passam a ser gestos contidos, calma e gentileza, principalmente na hora da alimentação. Excessos não são mais tolerados, fazendo com que a ingestão alimentar diminua gradativamente, influenciando no peso corporal dos sujeitos. A magreza vai se transformando no ideal de beleza, segundo padrões de simetria corporal e proporção entre peso e altura, porque significam boas maneiras (ELIAS, 1994 *apud* ALMEIDA, 2013).

No Brasil, Quintaneiro (1995) afirma que o padrão europeu e norte-americano chega um pouco mais tardiamente, já no século XX, à medida que os estrangeiros recém-chegados se chocavam com a corpulência dos brasileiros e criticavam os comportamentos “selvagens” dos sujeitos (STENZEL, 2002). Na década de 1980, o culto ao corpo alcança a sua máxima expressão. A procura por aulas de ginástica, roupas de academia e produtos *diet* foi crescente nesta que se chamou de “geração saúde”. Eram contraditórias as buscas incansáveis por dietas mirabolantes, pílulas emagrecedoras e *SPAs*, de um lado, e o crescimento de redes de *fast foods* e propagandas de alimentos altamente calóricos, de outro. Consultórios de especialistas passaram a cobrar preços elevados para tratar obesidade e proporcionar corpos esbeltos, bonitos e magros e assim continuam fazendo (GIOIA-MARTINS, 1998).

O corpo se configura hoje tanto social/cultural quanto individual/subjetivo. Cada cultura constrói seus próprios valores, atitudes e práticas para com o corpo. Isso pode ser expresso nas formas de andar, falar, comer, nos gestos, nas perspectivas de saúde e adoecimento, na estética, entre outros. A corporeidade humana é mediada por sistemas de símbolos e significações atribuídos culturalmente. Na interação humana, o corpo é o primeiro elemento acessado pelos sujeitos, os quais tendem a querer ser facilmente identificados como parte dessa sociedade, não como pertencente ao grupo de marginalizados e excluídos (ALMEIDA, 2013).

Atualmente, as cobranças sociais fazem com que o sujeito esteja constantemente exigindo uma melhor performance do corpo. Ser um profissional bem-sucedido, com reconhecimento e bem remunerado; ter uma família padrão (com cônjuge, filhos e um animal de estimação), em uma boa casa, numa boa cidade; e ainda ser belo, saudável e eternamente jovem faz com que as exigências que se têm sobre o corpo aumentem exponencialmente, pois ele é um dos instrumentos para que essa vida ideal seja alcançada. E o corpo nem sempre estará em condições de cumprir todas as expectativas que a sociedade e as pessoas impõem a ele.

Lançam-se mão então de inúmeras práticas (exercícios, dietas, cirurgias, tratamentos estéticos) e/ou substâncias (medicamentos, hormônios) que se propõem a regular o organismo, atuando sobre o sono, a fome, o peso, as emoções, o vigor, a atenção, a memória, a força, o estresse, a ansiedade, o sexo, entre outros. A ideia é intervir no corpo sempre que for preciso melhorá-lo, sem limites para essa metamorfose corporal. O importante é que esse “maquinário” esteja pronto para ser utilizado a qualquer momento e para qualquer finalidade (FERREIRA *et al.*, 2010).

Entendido na interface entre o individual e o social, o corpo está submetido a regimes de normatividade, que se destinam a assegurar uma certa normalidade na sociedade e que rejeitam os desviantes (FERNANDES; BARBOSA, 2016). Atualmente, os discursos hegemônicos que incidem sobre ele são o médico-científico e o cultural-sexista. O primeiro, que se estabeleceu como umas das figuras da soberania moderna legislando como se deve viver e morrer, associou a obesidade ao risco aumentado para outras doenças. O segundo se relaciona com a perspectiva cultural patriarcal e machista que introjeta nas mulheres padrões corporais e de conduta (SEIXAS; BIRMAN, 2012; ALMEIDA, 2013).

A saúde e a estética convergem ao preconizar que o padrão de corpo deve ser o magro e categorizam os sujeitos, decidindo quem terá o direito a circular e interagir pelos diversos contextos sociais. Ao sujeito obeso, se negam as possibilidades de estabelecer as relações afetivas e sexuais desejadas, o acesso às melhores posições no mercado de trabalho e o trânsito em ambientes como escolas, cinemas, teatros, aviões, transportes urbanos, praias, entre outros (ALMEIDA, 2013; ESTANISLAU, 2014.). As pessoas obesas não cabem em dados ambientes, porque não há espaço suficiente para seus corpos e para as transgressões e desobediências que eles expressam por não se moldarem às normas sociais vigentes.

O sujeito obeso é duplamente rechaçado socialmente, por ter um estigma indesejado (a gordura) e por não aparentar ter o corpo fisicamente ativo. Não basta não ser gordo, tem que se almejar o corpo esbelto, forte e sem imperfeições, como celulites, estrias, flacidez, rugas ou manchas, tornando esses ideais ainda mais difíceis de serem conquistados (JUSTO, 2016). E não ser magro já aparece como sinônimo de ser gordo, o que tem levado muitos jovens à anorexia nervosa. A objetivo é sempre parecer mais novo, mais bonito e mais saudável, e tudo isso se resumiria a ter um corpo magro (ESTANISLAU, 2014).

Para ser incluído e poder ser valorizado socialmente, a biotecnologia ajuda a remodelar os corpos o quanto for necessário. Em nome da saúde, algumas ciências, principalmente a Medicina e a Nutrição, de maneira geral, têm se contraposto à obesidade de maneira cada vez mais contundente. E a saúde vem se tornando cada vez mais submetida à aparência corporal, se tratando menos de um movimento para equilibrar mente e corpo, buscando uma harmonia, e mais de desenhar curvas e músculos, cultuando a magreza. De acordo com Santos (2008), emagrecer tem atraído cada vez mais adeptos, desde o século XX, que já deixou de ser um projeto apenas para quem está com excesso de peso, e adquiriu um caráter universal, nos mais diversos grupos sociais. É comum ouvir a anedota que versa sobre o desejo de toda mulher em perder, sempre, “dois quilinhos”.

O corpo é o principal atributo a ser considerado, em detrimento de outros, como o caráter, a moral, a competência e a sociabilidade, em uma espécie de “corpolatria”<sup>6</sup>. (MATTOS; LUZ, 2009). Contudo, não tem havido limite para tal culto, desde o uso exacerbado de técnicas de manipulação de imagem, que criam corpos irreais e inalcançáveis; passando por práticas sociais nocivas como dietas radicais e irracionais, lesões orgânicas pelo excesso de exercícios físicos, uso de anabolizantes e medicamentos para emagrecer; banalização de cirurgias plásticas; até o surgimento de distúrbios de imagem e alimentares, como anorexia e bulimia (LEAL *et al.*, 2010).

Segundo Seixas e Birman (2012), o corpo obeso se constitui como uma verdadeira zona de indistinção, sobre o qual diversas construções técnico-científicas tentam ordenar e disciplinar, tirando de cena o próprio sujeito e sua autonomia. Assim, espera-se que o sujeito obeso realmente se sinta fora dos padrões e, por isso, tente incessantemente mudar sua composição corporal e fazer parte da parcela da população que merece viver a vida. Não é contraditório então que estudos exploratórios (ALMEIDA. G. *et al.*, 2005; CAMARGO; JUSTO; JODELET, 2010) mostrem que a maioria das pessoas obesas relata sentir-se insatisfeita e quer se livrar do excesso de peso. Contudo, esse desejo é mais motivado por não querer ter o estigma da gordura e o conseqüente julgamento do outro, evidenciando que são os elementos sociais subjetivos que predominam na formação da autoimagem.

#### **2.1.4 Estigma, Estereótipo e Preconceito**

Quando se fala de obesidade, o excesso de peso nem sempre foi visto como um estigma. Como dito anteriormente, da antiguidade até o século XIII, ter um corpo arredondado e pesado era símbolo de beleza, sexualidade, riqueza, fartura e poder. Hoje, a moda e a mídia prezam por corpos esbeltos e longilíneos, e qualquer biótipo diferente tende a ser excluído desses espaços (SANTOS; NICOLAU, 2012). Goffman (1963/2004) compreende estigma como um atributo depreciativo considerado por determinado grupo. O atributo, em si, não seria estigmatizante, mas sim o valor e o julgamento negativo que o grupo confere a tal, o que pode fazer com que um mesmo atributo seja entendido de diferentes formas por grupos sociais distintos, além de poderem ser também alterados em função do momento histórico vigente.

---

<sup>6</sup> Expressão cunhada por Wanderley Codo e Wilson Sene, em 1985, que se refere a preocupações e cuidados extremos com o corpo, não em um viés estritamente no sentido da saúde, mas sim na dimensão estética (ALMEIDA, 2013).

Quando um estranho é apresentado ao grupo, buscam-se os primeiros aspectos que permitem prever a sua categoria, seus atributos, sua identidade social. E, baseando-se em preconceções, criam-se expectativas normativas em relação ao sujeito. Ainda segundo Goffman (1963/2004), o sujeito estigmatizado pode estar na condição de *desacreditado*, na medida em que seu estigma já é conhecido ou é evidente, ou na condição de *desacreditável*, quando seu estigma não é conhecido pelos demais ou não é imediatamente perceptível para eles. Goffman distingue ainda três tipos de estigma: os estigmas *físicos*, como deficiências ou alterações físicas; os estigmas de *caráter*, decorrentes ou não de outras condições anteriores, como alcoolismo, doenças mentais, desemprego, homossexualidade, entre outros; e os estigmas de *raça, nação ou religião*, os quais podem ser transmitidos entre as famílias. Comum a todos os tipos, o estigma tem as mesmas características sociológicas, “um indivíduo que pode ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que se pode impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (GOFFMAN, 1963/2004, p. 14).

Por definição, Goffman (1963/2004) dizia que quem possui um estigma não é visto como completamente humano. Assim, são feitos vários tipos de discriminações e, conseqüentemente, se observa uma redução nas chances de vida do sujeito. Tende-se a inferir diversas imperfeições sobre a pessoa a partir de uma “imperfeição” original. E o indivíduo estigmatizado geralmente tem as mesmas crenças sobre identidade que os demais membros não estigmatizados do grupo, podendo causar confusão sobre a sua percepção de si como um ser humano comum, merecedor de oportunidades e de um destino agradável. Tendo incorporado os padrões sociais vigentes em seu entorno, ele pode passar a acreditar que realmente ficou abaixo do que deveria ser e sentir vergonha de ser quem é, gerando auto-ódio e autodepreciação. Isso é percebido em situações nas quais os sujeitos que não se encaixam no padrão hegemônico de beleza e saúde, que possuem características diferentes das previstas pelo grupo, são vítimas de descréditos, brincadeiras, chacotas e piadas e muitas vezes têm suas relações de trabalho e afetivas dificultadas (MATTOS; LUZ, 2009; JUSTO, 2016). É o padrão estético que suscita tais processos, e não apenas as questões de saúde (COSTA; SOUZA; OLIVEIRA, 2012).

A gordura excessiva foi transformada como símbolo da falência moral e o obeso passou a carregar uma marca indesejável, um estigma. Criou-se então um *estereótipo* negativo do sujeito com obesidade, o qual atua nas relações intergrupais. Segundo Techio (2011), as atitudes ou condutas intergrupais acontecem à medida que as relações estabelecidas entre os

indivíduos se produzem não apenas por suas características individuais, mas também por suas inserções sociais. De acordo com a concepção de Tajfel (1982) trazida pela autora citada, os estereótipos seriam um produto normal dos processos cognitivos de categorização entre os grupos, “levando as pessoas a diferenciarem indivíduos pertencentes a diferentes grupos, simplificando ou exagerando as características de um grupo, bem como servindo para justificar e racionalizar as condutas intergrupais” (TECHIO, 2011, p. 26).

O fato de ser obeso, no atual momento sócio-histórico, desqualifica o sujeito, atribuindo a ele características como preguiça, descontrole, fraqueza, egoísmo, falta de determinação e amor próprio, indisciplina, desorganização, indecisão, passividade, não se considerando o caráter multifatorial da obesidade. Baseando-se apenas em uma única informação sobre o sujeito, o excesso de peso, criam-se tais estereótipos e preconceitos. Entende-se que ele mesmo deve controlar e vigiar o seu comportamento para evitar constrangimentos morais e sociais. Se não o faz, não é digno de respeito ou admiração (MATTOS; LUZ, 2009). A repetição de tais discursos, como já dito, tende a ser incorporada pelo sujeito com obesidade, acabando por convencê-lo de que ele é mesmo um indivíduo sem valor social. Isso pode repercutir no comportamento social e na saúde mental do sujeito, ocasionando desde isolamento social e dificuldades de estabelecer relações interpessoais saudáveis até transtornos mentais, como depressão, transtornos de ansiedade e transtornos alimentares.

De acordo com Goffman (1963/2004), o sujeito estigmatizado pode lidar com a sua realidade de diferentes formas: tentando alterar o seu atributo considerado como um estigma; desenvolvendo habilidades em áreas que seriam mais restritas a ele por conta das limitações causadas pelo estigma; ou empregando um novo significado ao caráter de sua identidade social. Assim, observa-se que o sujeito obeso pode recorrer a estratégias que diminuam as atitudes negativas em relação a si mesmo e, conseqüentemente, seu sofrimento, como meios de esconder/disfarçar ou eliminar seu excesso de peso; esforçam-se para ter destaque e sucesso em espaços fechados a ele, como a moda, a mídia, os negócios, entre outros; ou agir sobre o meio e tentar, juntamente com outros sujeitos na mesma condição e aliados, alterar a conotação negativa dada à obesidade e voltar a incutir valores positivos a tal atributo (MATTOS *et al*, 2012).

Ainda seguindo Goffman (1963/2004), ele postulava que a questão das normas sociais certamente é central para a compreensão dos processos grupais explicitados aqui, mas se deve preocupar mais com os desvios habituais que se afastam do comum do que com os desvios

pouco habituais. O sobrepeso e a obesidade atingem, como já dito, mais da metade da população brasileira atualmente, e esta é considerada como uma epidemia mundial. Ele acrescentava que há certas normas, como as associadas à beleza física, que tomam a forma de ideais e constituem modelos utópicos que praticamente ninguém alcança na vida. O autor exemplifica, contudo, que haveria um tipo de homem<sup>7</sup> que não deveria se envergonhar: “um homem jovem, casado, pai de família, branco, urbano, do Norte, heterossexual, protestante, de educação universitária, bem empregado, de bom aspecto, bom peso, boa altura e com um sucesso recente nos esportes” (1963/2004, p. 139). Assim, a grande maioria das pessoas é desqualificada pelas múltiplas normas vigentes, fazendo com que qualquer um que não consiga satisfazê-las sintam-se indigno, incompleto e inferior. Os valores de identidade gerais de uma sociedade não estão necessariamente estabelecidos em algum lugar e mesmo assim podem ser refletidos nos encontros corriqueiros na vida cotidiana (GOFFMAN, 1963/2004).

Entendendo o excesso de gordura como um estigma, o qual é figura determinante na construção de um estereótipo negativo do sujeito obeso, criou-se uma atitude hostil contra tal indivíduo apenas por ele pertencer a esse grupo que é desvalorizado socialmente, ou seja, instalou-se o **preconceito** (ALLPORT, 1979, *apud* LIMA, 2013). Segundo Jones (1972), citado por Lima (2013), o preconceito é uma atitude negativa direcionada a uma pessoa ou grupo a partir da comparação social realizada entre os grupos quando o sujeito toma a si próprio ou seu grupo como referencial positivo. A **discriminação** seria então a manifestação comportamental do preconceito, quando ações são realizadas para manter ou criar vantagens de um grupo sobre o outro percebido como de menor valor (LIMA, 2013).

O sujeito obeso enfrenta um tipo específico de preconceito, porque ele é totalmente responsabilizado pela sua condição corporal. Ele difere de outros grupos marginalizados, como os negros, mulheres, deficientes e pessoas com alguma má-formação, por exemplo, porque os estigmas que tais grupos carregam são, de maneira geral, atributos que são imutáveis, ou seja, essas pessoas já nasceram assim, foram acometidas pelo destino ou pelo ambiente. Contrapondo-se à obesidade, as pessoas diagnosticadas com anorexia são vistas como doentes e dignas de tratamento e compaixão. Já os obesos chegam a ser comparados a prostitutas e fraudadores, grupos considerados de segunda classe pela sociedade e, portanto, pouco dignos de respeito (ESTANISLAU, 2014). Como já dito, os preconceitos são construções sociais, e as teorias do senso comum também atuam como referência nas

---

<sup>7</sup> Considerando a sociedade norte-americana em que o autor estava inserido.

dinâmicas de comparação social entre os grupos. Na sessão seguinte, serão enfocadas tais teorias, seus processos de formação e como elas se relacionam com a identidade social, a mídia e a moda, a saúde e as práticas sociais desenvolvidas pelos grupos de obesos estudados.

## 2.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A OBESIDADE COMO OBJETO DE ESTUDO

No presente estudo, intenta-se discutir criticamente um problema que é mais comumente retratado em um viés científico, pela Medicina, Nutrição e Psicologia, mas geralmente de maneira parcial, tendendo a focar e responsabilizar unicamente o indivíduo obeso, como já mencionado. Propõe-se então como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), preconizada por Serge Moscovici, a qual oferece relevante aporte teórico quando o objetivo é compreender os significados e os processos a eles subjacentes elaborados pelos grupos para explicar o mundo e sua implicação nele (ALMEIDA; CUNHA, 2003).

### 2.2.1 A Teoria das Representações Sociais

Já existem, no caso da obesidade, conhecimentos produzidos pela ciência para explicar o fenômeno. Mas um dos objetivos desta pesquisa é ir um pouco além e visitar outros campos de produção de conhecimento, como os próprios obesos, suas falas e práticas, procurando saber como eles dão sentido ao objeto e a si mesmos. As representações sociais (RS) são reconstruídas e analisáveis em uma pesquisa científica e podem ser vistas na circulação dos discursos, mensagens e imagens midiáticas, nas palavras, cristalizando-se nas condutas. Devem ser analisadas considerando ainda suas articulações com elementos afetivos, mentais e sociais. Além disso, não se podem negligenciar as relações sociais que agem sobre as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual interferem (JODELET, 2001).

Abric (1998) explicava que não há, a princípio, uma realidade objetiva, mas toda ela é representada. Cada grupo ou sujeito se apropria dela e a reconstrói em seu sistema cognitivo, promovendo sua associação a um sistema de valores altamente dependente do contexto histórico, social e ideológico vigente. Assim, estudar as RS significa tentar entender o processo de construção social da realidade, ou seja, compreender como os sujeitos e os grupos enxergam o mundo e o compartilham socialmente. De acordo com Moscovici (1961/2012), as

RS têm uma função constitutiva da realidade, na qual grande parte dos participantes se movimenta. Uma representação é sempre de alguém e representação de alguma coisa.

As RS são uma forma de conhecimento do senso comum, elaborado por um participante ativo em relevante interação com um objeto culturalmente produzido, o qual revela sinais do participante e do objeto, suas marcas históricas e sociais (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011). Dessa maneira, estão no centro da investigação científica em questão, relacionados à ação, exatamente esses saberes sobre o estado da realidade (assinalados por elementos diversos: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc.). O objetivo do pesquisador é então descrevê-los, analisá-los, adentrando em suas dimensões, formas, processos e funcionamento (JODELET, 2001).

Segundo Moscovici (2009), elaboram-se RS quando se deseja familiarizar-se com o não familiar. Em suas palavras,

(...) toda violação de regras existente, um fenômeno ou uma ideia extraordinários, tais como os produzidos pela ciência ou tecnologia, eventos anormais que perturbem o que pareça ser o curso normal e estável das coisas, tudo isso nos fascina, ao mesmo tempo que nos alarma. Todo desvio do familiar, toda ruptura da experiência ordinária, qualquer coisa para a qual a explicação não é óbvia, cria um sentido suplementar e coloca em ação uma procura pelo sentido e explicação de que nos afeta como estranho e perturbador (MOSCOVICI, 2009, p. 206/207).

Nessa perspectiva, o estranho, inicialmente, não está condizente com a matriz da vida em comum. Então, para que se possa exercer algum controle sobre ele, promove-se o esforço de ancorá-lo em RS já existentes e é no circuito dessa ancoragem que ele se altera e se acomoda. Contudo, o estranho só provocará tamanha dissonância se for culturalmente relevante para o grupo em questão e for polimorfo, possibilitando a elaboração de RS sobre o objeto.

São dois processos distintos que constituem as RS nessa intenção de tornar o desconhecido em conhecido. A *ancoragem*, há pouco citada, é definida pela inserção do objeto de representação em um sistema de pensamento preexistente e, através da comparação com categorias internalizadas, cria-se uma rede de significações. Ancorar é classificar e nomear algo, atribuindo-se sentido, instrumentalizando-se o saber e enraizando o novo no sistema de pensamento (SANTOS, 2005). Um objeto é ancorado quando ele se incorpora a um sistema de categoria formado, adquirindo características de tal categoria, se reajustando para se enquadrar nela (ALMEIDA, 2005).

No processo de ancoragem estão em ação pressupostos de avaliação e julgamento (MOSCOVICI, 2009). Nesse sentido, há a *atribuição de sentido*, quando um significado e um

nome são atribuídos ao novo objeto baseado em conhecimentos anteriores; a *instrumentalização do saber*, ao se dar um valor funcional à representação, criando uma teoria usada como referência para a tradução e compreensão do mundo social; e o *enraizamento no sistema de pensamento*, pois o novo se torna familiar simultaneamente à transformação do conhecimento anterior, o qual ainda predomina (SANTOS, 2005).

Já a *objetivação* consiste em descobrir “a qualidade icônica de uma ideia; é reproduzir um conceito em uma imagem” (MOSCOVICI, 2009, p. 71/72). Transforma-se o abstrato em concreto, a partir da construção de uma imagem ou núcleo figurativo (ALMEIDA, 2005). Para tal, são necessários três movimentos. A *seleção e a descontextualização* se dão na medida em que apenas alguns elementos são fixados, ao se considerar a dispersão de informações sobre os objetos sociais. Tais elementos são retirados de seu contexto prévio em função dos significados existentes, partindo de conhecimentos anteriores, valores culturais e/ou religiosos, tradição, experiência etc. (SANTOS, 2005). A *formação de um núcleo figurativo* acontece quando há a transformação do conceito em um núcleo imaginante, integrando as imagens selecionadas. Forma-se um complexo de imagens que reproduzem nitidamente um complexo de ideias (MOSCOVICI, 2009). E por fim, há a *naturalização dos elementos*, os quais foram construídos socialmente e agora são identificados como elementos de realidade do objeto (SANTOS, 2005).

O processo de formação de RS tem como finalidade, então, “tornar a comunicação, dentro de um grupo, relativamente não problemática e reduzir o “vago” através de um certo grau de consenso entre seus membros” (MOSCOVICI, 2009, p. 208). Através de negociações conversacionais nas quais os participantes se orientam para certos modelos simbólicos, imagens e valores compartilhados, as RS são formadas, e se adquire, gradativamente, um repertório comum de interpretações e explicações, procedimentos e regras aplicáveis à vida. Ressalta-se que uma RS é compartilhada na medida em que os elementos que as constituem são construídos pela comunicação e estão relacionados por ela.

As RS desempenham na construção da realidade social basicamente quatro funções: *de saber*, servindo para dar sentido a essa realidade, facilitando a comunicação social; *de orientação*, guiando as condutas e, simultaneamente, orientando as práticas sociais e sendo geradas por essas; *identitária*, permitindo que o participante, ao compartilhar de RS com dado grupo, sinta-se pertencente a ele (e alheio ao exogrupo) e o proteja, atuando na formação de uma identidade grupal; e *justificadora*, possibilitando que as condutas adotadas com

referência nas RS construídas e compartilhadas pelo grupo sejam justificadas (ABRIC, 1998; SANTOS, 2005).

Nesta pesquisa, a abordagem culturalista, desenvolvida por Denise Jodelet, em sua obra, será um importante referencial teórico. Jodelet entende as RS como o estudo dos processos e dos produtos pelos quais os participantes e os grupos constroem e dão sentido ao seu mundo, integrando as dimensões sociais e culturais com a história. É fundamental que se realize um estudo teórico-metodológico meticuloso, para que se debruce sobre os *discursos* dos indivíduos e dos grupos que criam RS de um dado objeto; os *comportamentos e práticas sociais* que são expressos nas RS; os *documentos e registros* pelos quais se institucionalizam os discursos e as práticas; e os *meios de comunicação*, que contribuem para a manutenção e transformação das RS (ALMEIDA, 2005). A proposta do estudo não é se deter sobre a obesidade como uma condição que predispõe a doenças e limitações e que generaliza os indivíduos, mas tentar compreendê-la dentro de uma perspectiva cultural, já que ela engloba elementos naturais e simbólicos, privados e sociais e é fortemente influenciada por um rígido contexto normativo (ALMEIDA, 2013; JUSTO, 2016).

As representações sociais são uma construção do sujeito e seu grupo sobre objetos sociais. Assim, elas se originam de informações que os primeiros recebem de e sobre o objeto, imbricados ao contexto social em que estão inseridos, como já explanado (SANTOS, 2005). No caso do estudo em questão, acredita-se que as concepções que os sujeitos obesos têm em relação à obesidade devem variar em função da implicação que eles têm com tal fenômeno. Ademais, ainda segundo Santos (2005), dependem de seus hábitos lógicos e linguísticos, de tradições históricas, do acesso à informação e da estratificação de valores, da maneira como os sujeitos expressam uma resposta organizada e latente em relação ao objeto, da intensidade de suas atitudes, da posição que assumem frente a ele, além do modo como relacionam os dados de realidade.

Ao compreender que as representações sociais constituem atributos fundamentais dos grupos sociais, os autores postulam que elas podem ser, para um grupo, também um meio de afirmar as semelhanças e diferenças citadas, daí sua função identitária, como já mencionado. A pertença a um endogrupo e a diferenciação entre esse e o exogrupo exercerão papel preponderante no sentimento de identidade. E hipotetiza-se que pertenças baseadas em características físicas, como gênero, cor da pele, idade, peso, entre outros, se constituem como quadros identitários privilegiados, nos quais, apesar de poderem ser múltiplos e se imbricarem mutuamente, haveria certas pertenças mais estáveis e outras menos instáveis.

### 2.2.2 As Representações Sociais e a Identidade Social

Segundo Dechamps e Moliner (2014, p. 10), identidade seria “um fenômeno subjetivo e dinâmico, que resulta de uma dupla constatação tanto de semelhanças quanto de diferenças entre o si próprio, os outros e certos grupos”. São os traços de ordem pessoal, mais específicos de cada sujeito e que remetem às diferenças entre eles; e os de ordem social, marcadores de pertencimento de grupos e categorias e definidores da identidade social, que caracterizam o indivíduo. E cada indivíduo pode atualizar, mobilizar ou produzir identidades de acordo com os contextos em que está inserido.

As situações vividas em sociedade e o contato cotidiano com os demais leva as pessoas a refletir sobre si, a partir das informações obtidas no meio em que se encontram. São essas interações que constroem e evoluem as identidades, através de processos, sejam eles *sociocentrados*, *egocentrados* ou *intermediários*. Os processos *sociocentrados* consistem no tratamento das informações concernentes aos grupos sociais, como a categorização social e suas conseqüentes formação de estereótipos e diferenciação categorial. Já os processos *egocentrados* se referem ao tratamento das informações relativas aos sujeitos, como a comparação social. E, por fim, os processos *intermediários* aliam as informações relativas aos sujeitos às suas pertenças a diferentes grupos sociais, como a atribuição social e seu viés de autocomplacência, que versa sobre a tendência de atribuir-se sucessos a causas internas e fracassos a causas externas (DECHAMPS; MOLINER, 2014).

Os estudiosos defendem que o sentimento de identidade resulta de uma comparação paradoxal de semelhanças e diferenças. Ele seria ainda o produto de um “conjunto de características, tanto pessoais como sociais, que, longe de opor-se, combinam numa configuração particular para cada indivíduo” (DECHAMPS; MOLINER, 2014, p. 162). São diferentes processos que originam tal conjunto de características, através dos quais se constroem conhecimentos sobre si mesmos e sobre os outros.

As representações sociais modulam a complexa dinâmica de aproximações e distanciamentos entre si mesmos, os endogrupos e os exogrupos, exercendo um papel fundamental na problemática da identidade. As RS podem atuar como marcadores, produtos ou reguladores identitários. No primeiro caso, como marcadores identitários, a forma como o grupo representa os objetos sociais torna-se um meio de acentuar semelhanças entre os membros do próprio grupo, ao mesmo tempo em que diferencia intensamente as diferenças entre endogrupo e exogrupo. Essa necessidade de distinção pode induzir os sujeitos até a abdicarem de crenças antes aderidas caso elas aparentem estar associadas a grupos

antagonistas ou a aceitar crenças que nunca compartilharam se elas forem características de grupos ideologicamente próximos (DECHAMPS; MOLINER, 2014).

No que concerne às representações sociais como produtos identitários, os autores supracitados consideram que o fato de os grupos sociais terem, além das representações deles mesmos, representações da posição em que ocupam frente a outros grupos sociais também determinam a maneira como eles representam dados objetos sociais. Na relação entre o objeto social e o grupo haveria duas configurações possíveis: uma estrutural, na qual o grupo baseia sua especificidade na representação que ele faz do objeto; e uma conjuntural, que ocorre quando o grupo se vê ameaçado pelo objeto em questão e constrói uma representação que salvasse sua coesão ou sua identidade. Em todo caso, essas duas configurações podem motivar a elaboração da representação social. No primeiro caso, seria uma aposta identitária e, no segundo caso, uma aposta de coesão social. No entanto, trata-se de, em qualquer situação, assegurar a existência do grupo, fazendo das RS produtos identitários e instrumentos de afirmação do grupo. Na presente pesquisa, espera-se analisar se as diferenças entre os grupos em questão se traduzem em distintos Sistemas de Representações Sociais (SRS) construídos para dar sentido à obesidade.

Por último, Dechamps e Moliner (2014) explicitam ainda que não basta afirmar suas próprias especificidades ou as de seu grupo a partir das RS elaboradas sobre os objetos relevantes socialmente, mas que as representações de si mesmo e as representações sociais tenham certa congruência. Isso seria necessário pelo princípio de que cada sujeito precisa valorizar ou a manter uma imagem positiva de si mesmo, e a representação que ele faz do mundo é baseada nessa necessidade. Assim, as RS organizariam a percepção do espaço social do sujeito de acordo com suas aspirações e coações identitárias.

Os indivíduos e os grupos ocupam posições diferentes e hierárquicas no espaço social, que são o reflexo do poder que eles detêm dentro de dado contexto. Quanto mais poderoso o grupo, maior sua capacidade de ditar quais as normas e as representações a que os demais devem se submeter. Nos grupos dominantes, observa-se, no tocante à atribuição social, que eles creditam seus sucessos à fatores internos, resultantes de seus próprios esforços, e pouco aos fatores externos, alheios ao seu controle. Por sua vez, os grupos dominados tendem a atribuir seus fracassos aos fatores externos, como sua desfavorecida classe social de pertença, e não a fatores decorrentes de escolhas feitas por eles mesmos e que foram malsucedidas. Assim, quando esse grupo percebe que é desvalorizado em relação ao grupo poderoso, ele geralmente aceita os traços estereotipados conferidos ao endogrupo. Dechamps e Moliner

(2014, p. 131) expõem que considerar as relações de poder intergrupais “(...) permite compreender por que, a despeito da motivação à valorização de si mesmo, os membros de alguns grupos se acham constrangidos a integrar, em sua representação de si mesmo, aspectos aparentemente desvalorizantes”.

O fenômeno identitário tem caráter dinâmico, visto que a expressão manifesta da identidade poderá ser diferente em um mesmo sujeito, a depender do contexto e das situações sociais em que ele está inserido. Contudo, esse sistema identitário é também parcialmente regulado por estruturas de crenças estáveis. São essas estruturas que provavelmente dão continuidade ao sentimento de identidade, não apenas a “fidelidade” que se tem a si mesmo (DECHAMPS; MOLINER, 2014). Ainda segundo os autores citados, o sujeito não seria o único a atuar em sua própria construção identitária. Participam desse processo outros atores sociais, como as fontes de comunicação e de influência, os quais, em consequência, difundem os estereótipos e as representações sociais. Além disso, a percepção que se pode ter de certa pessoa tende a ser influenciada pelas crenças que se têm sobre a categoria a qual subentende-se que ela pertence.

### **2.2.3 As Representações Sociais, a Mídia, a Moda e o Sujeito Obeso**

A mídia exerce forte papel no fenômeno social da obesidade como construtora e disseminadora dos padrões sociais de beleza e saúde, reforçando-as e tendendo a excluir os sujeitos que não se enquadram nesse perfil. Moscovici (1961/2012) além de investigar as representações sociais sobre a psicanálise em dados grupos, também tentou compreender como ela circulava na mídia. Assim, viu surgir três sistemas de comunicação. Na *difusão*, o objetivo principal é falar sobre o objeto, não criar comportamentos unitários. Por diversas vezes, há a utilização da autoridade de um especialista para conferir legitimidade aos conteúdos expressos. A difusão concerne às massas, ou seja, “o agregado de grande parte da população de um país ou de uma cidade, que possui composição heterogênea, distribuída em grandes espaços, cuja organização em alguns planos é bastante frouxa (...) e os indivíduos (...) pertencem a grupos bastante diversos” (MOSCOVICI, 1961/2012, p. 291). Essa forma de comunicação possibilita a construção de opiniões sobre o objeto em questão.

Por sua vez, na *propagação*, há uma linguagem clara e um contexto que supõe a existência de normas cognitivas e sociais comuns, e o grupo a quem ele se dirige é determinado e relativamente organizado. A fonte de comunicação é investida de uma autoridade indiscutível e se utiliza das publicações como um instrumento para disseminar seus

pressupostos. Por essas razões, Moscovici considera que a propagação gera atitudes com relação ao objeto. A *propaganda* seria instrumento e expressão do grupo, e seu objetivo seria a produção de uma conduta, de uma ação, pela criação ou modificação da representação social do real. Surgem os estereótipos na medida em que se apresentam apenas duas opções para o grupo, uma oposta à outra, fazendo com que os sujeitos integrem totalmente uma visão ou refutem-na completamente.

Mesmo que a mídia não consiga determinar como as pessoas vão pensar, ela tem o poder de, ao menos, dizer aos seus espectadores sobre o que eles devem pensar (JUSTO, 2016). O sentido negociado pelas ciências da saúde e a mídia é de que as pessoas são responsáveis pela sua saúde e seu corpo. Por isso, há uma grande produção de conteúdos sobre essa temática. É crescente o número de pesquisas, estudos, reportagens e propagandas que enfatizam o corpo, a vida saudável, o emagrecimento e a “boa forma”. Só dependeria de cada um alcançar tais padrões e viver da maneira correta. Tal discurso tem relação com o modo como a sociedade atual vem se configurando, baseada no consumo.

Necessidades artificiais que antigamente não existiam têm surgido, impostas pelo sistema de produção, como as multinacionais, a publicidade e a moda. As pessoas têm transitado entre a necessidade vital de comer e o tipo de alimentação estabelecido como adequado, como produtos *lights*, *diets* e sem glúten, por exemplo. Não basta ser ordinário em nossa cultura, busca-se uma forma de se destacar e os bens materiais têm sido a maneira mais eficiente para tal, pois a ideia é que os atributos excepcionais do objeto sejam transferidos para seu proprietário (ESTANISLAU, 2014).

A publicidade aparece atualmente como uma das narrativas de excelência. Ela tem como um dos seus principais objetivos vender o ideal de felicidade e, por isso, é necessário que ela esteja em todos os lugares. Havendo considerável circulação de pessoas, lá está a publicidade, quase que onipresente. E assim, ela vai, além de indicando produtos a serem consumidos, ditando os ritmos da vida, moldando a sociedade com base no consumo (ESTANISLAU, 2014). Estar bem com o próprio corpo é fundamental para estar feliz e viver como nas propagandas, mesmo que, para isso, sejam altos os investimentos em tempo, dinheiro e afetos.

Ainda é pequeno o número de pessoas com sobrepeso nos anúncios publicitários, porque, para vender produtos, é preciso passar a ideia de credibilidade e beleza, a fim de que o desejo por tal item seja despertado no consumidor. Procura-se, nas campanhas, figuras que o cidadão comum possa admirar e essas seriam mulheres e homens brancos, jovens, magros,

fortes e saudáveis (SILVEIRA, 2013). Pessoas obesas são antagônicas a tais valores, como já amplamente explicitado. Devido aos seus estereótipos, a mídia e a publicidade relegaram ao sujeito gordo um outro lugar, secundário, desvalorizado e esvaziado de potenciais.

Ainda em 2003, Greenberg e colaboradores examinaram a distribuição e as características individuais de personagens com diferentes tipos de corpos, exibidos nos horários nobres da televisão norte-americana entre os anos de 1999 e 2000. Eles avaliaram pouco mais de mil personagens, constatando que 14% das mulheres e 24% dos homens tinham sobrepeso ou eram obesos, prevalência essa que não corresponde ao observado na população em geral. No caso das personagens femininas, elas foram menos propensas a serem consideradas atraentes, a interagirem com parceiros românticos e vivenciarem afetos físicos. O mesmo foi percebido nos personagens masculinos, além de eles aparecerem em mais cenas comendo que os demais personagens. Os estudiosos concluíram que tais personagens foram, basicamente, associados a características negativas.

Um estudo publicado por Melo, Farias e Kovacs em 2017 se deteve sobre 20 propagandas veiculadas na televisão que tinham como protagonistas indivíduos gordos. Eles analisaram as características desses personagens e perceberam que os atores desempenham papéis baseados nos estereótipos de “cômico”, um sujeito engraçado, palhaço, atrapalhado ou bobo; “estranho”, sendo ele censurável, repugnante ou preguiçoso; ou “fraco”, que seriam relaxados, sem noção ou incapazes. Nas peças publicitárias investigadas, os protagonistas obesos têm sua imagem utilizada para atrair a atenção do consumidor através do papel de ridículo, evidenciando, como no estudo anteriormente citado, a atribuição de traços negativos ao indivíduo obeso.

Atualmente, as indústrias da beleza e do emagrecimento já rotulam como “fora do padrão” mesmo as pessoas que não são obesas, mas não são magérrimas ou apresentam o mínimo de sobrepeso, e já as enquadram em categorias de menor valor e prestígio social (ESTANISLAU, 2014). Percebe-se que há grande interesse de tais indústrias em venderem a imagem de um corpo magro e de dado estilo de vida *fitness* como as ideais para que grande parte da população, a qual não está incluída nessa categoria, queira se encaixar e compre todas as soluções oferecidas para isso, desde cremes, roupas, alimentos, academias até a cirurgia bariátrica (FIGUEIREDO, 2009).

Concomitantemente a isso, a indústria também começou a considerar a parcela do grupo de obesos que decidiu aceitar sua condição e viver da melhor forma possível, se configurando como um público consumidor de produtos que valorizam sua beleza e atuam

para promover seu bem-estar (ALMEIDA, A. *et al*, 2006). Algumas marcas de vestuário vêm incorporando, em suas propagandas, mulheres de corpos diversos, os quais já aparecem nas campanhas representadas como uma pessoa bem resolvida, independente, segura e confiante. A intenção das marcas é gerar uma identificação nas clientes, estimulando-as à compra dos produtos para sentirem-se como nas propagandas. O objetivo das empresas é, obviamente, aumentar seus lucros, mas tais peças podem contribuir para uma maior valorização e o empoderamento dos diferentes tipos e formatos de corpo (SCUSSEL; DELLAGNELO, 2018).

Já se observam mais personalidades midiáticas que decidiram assumir seus corpos “fora do padrão” em seus trabalhos e principalmente nas redes sociais, publicando fotos e vídeos que refletem suas reais imagens e rotinas. Contudo, ao mesmo tempo em que tais posicionamentos suscitam identificação de diversas pessoas e permitem que elas também se relacionem melhor com seus corpos, geram também inúmeras críticas de pessoas que não aceitam a mudança dos padrões e as atacam, muitas vezes, de maneira violenta e impiedosa.

Um caso recentemente noticiado<sup>8</sup> é o da dançarina Thaís Carla, que alcançou projeção nacional por compor o grupo de dançarinos da cantora Anitta e ser considerada uma “gorda maior”, ou seja, ter IMC acima de 45. Em suas redes sociais, ela se diz militante do movimento *plus size* e publica diversos conteúdos sobre sua vida e a relação com seu corpo. Thaís Carla é casada com um homem eutrófico (que tem peso considerado normal e baixo percentual de gordura) e está grávida do seu segundo filho. Ela diz que é comum ser alvo de xingamentos, humilhações, críticas e preconceitos exclusivamente devido ao seu corpo e estilo de vida, e não aceitar que o seu corpo, por si só, gere tantos incômodos e agressões.

A mídia tomou para si a capacidade de legislar sobre o uso do corpo. E, na maioria das vezes, as publicações de imagens e estilos de vida, geralmente de pessoas públicas, são irreais, se utilizando de *softwares* para edição de imagem, exaltando-se um padrão de beleza inatingível (GIOIA-MARTINS, 1998). Contudo, tais efeitos são bastante reais, pois quanto maior a exposição à mídia e seus ideais, maior a insatisfação corporal, principalmente entre as mulheres (VAUGHAN; FOUNTS, 2002 *apud* ALVES, *et al.*, 2009).

Indo além, conceitua-se moda como um fenômeno social caracterizado pelas mudanças cíclicas de costumes, hábitos, gostos e escolhas da população em geral (CALANCA, 2008 *apud* AZEVEDO, GIULIANO, STEFFEN, 2017). Ela atua como

---

<sup>8</sup> Disponível em <<https://revistaquem.globo.com/QUEM-News/noticia/2019/02/thais-carla-revela-serie-de-ataques-de-gordofobia-e-chora-onde-vamos-parar-com-preconceito.html>>. Acesso em: 03 out. 2019.

importante regulador social, desde os seus primórdios, nos séculos XV e XVI, quando a burguesia europeia passou a ter poder econômico e assim, consumir alguns produtos que antes eram restritos à aristocracia, como os tecidos. A elite, até então a única detentora do poder econômico, político e social, se utilizava das vestes como uma forma de exibir sua riqueza, e as vestimentas seguem como o maior símbolo do fenômeno da moda. Segundo Godart (2010, *apud* MOURA, 2018), o princípio fundador da moda é a ostentação, visto que ela se configuraria como um elemento visível e facilmente interpretável por todos na disputa de poder entre as classes.

Das sociedades pré-industriais até os dias atuais, é possível distinguir a classe social de pertença do indivíduo a partir de sua roupa. Georg Simmel (1911/2008), um dos primeiros teóricos a se debruçar sobre o estudo da moda por um viés sociológico, postulava que a moda surgiu da necessidade das classes superiores de se diferenciar das menos favorecidas ou das classes em ascensão, no intuito de continuar gozando publicamente de seu prestígio. Ela segue atuando entre o indivíduo e a sociedade, desempenhando um papel relevante na construção identitária, na medida em que, por meio da roupa, é possível expressar-se e comunicar-se intra e intergrupos. A escolha das vestimentas indica como os indivíduos veem a si mesmos, seu grupo e os valores sociais dominantes (CRANE, 2008 *apud* AZEVEDO, GIULIANO, STEFFEN, 2017).

Atualmente, a moda atua como um sistema de regulação e pressão social, visto que as mudanças por ela criadas são acompanhadas pelo dever de adesão. Isso acontece porque as pessoas desejam se assemelhar àquelas que ocupam posição de destaque social, por seus recursos políticos, econômicos ou culturais, e que se utilizam da moda como forma de expor tais recursos. Quando há uma apropriação geral dos produtos produzidos pela moda, acarretando uma democratização deles, a elite elabora novos indumentos, a fim de se diferenciar novamente, e é esse jogo que alimenta o ciclo da moda. A mídia atua como o principal meio para sua propagação e ambas estão implicadas no ideal de manutenção do *status quo* entre as classes, pois lucram com os seus consumos (LIPOVETSKY, 2009, *apud* AZEVEDO; GIULIANO; STEFFEN, 2017).

O corpo se configura como um campo de disputa, que envolve diferentes saberes, práticas e imaginário social. Os meios de comunicação produzem ou disseminam as visões que mais os interessam, focados no maior retorno de capital que puderem por parte dos anunciantes e dos que consomem seus conteúdos (SERRA; SANTOS, 2003). No caso da obesidade, os especialistas são geralmente o Médico ou o Nutricionista, mostrando que o

discurso hegemônico é o médico-científico, e o ideal de saúde consiste em um corpo magro, como já dito (ALMEIDA, 2013). Como num ciclo vicioso, tal discurso segue sendo, cada vez mais forte, a representação de poder e de controle social (SERRA; SANTOS, 2003).

#### **2.2.4 A Saúde como Construção Social**

Saúde e doença são conceitos que devem ser considerados pela perspectiva social. Segundo Adam e Herzlich (2001), cada cultura e sociedade definem suas doenças específicas e seu ideal de saúde e bem-estar (ALMEIDA, 2013). E a instituição que assumiu o poder quando se fala dos processos biológicos e mentais dos sujeitos foi a Medicina. Ela se constituiu como ciência moderna, remetendo-se às suas origens positivistas, se autorizando a legislar e normatizar o que seja saúde ou doença (MOYSÉS; COLLARES, 2011). Mesmo quando pessoas que apresentem IMC acima de 30 digam que não se sentem doentes ou tenham comorbidades, assim elas são categorizadas. Muitas vezes, são desconsiderados os aspectos subjetivos ou a dimensão afetiva dos sujeitos, apenas valem os dados objetivos e concretos, fazendo com que a ciência e os profissionais lidem com as disfunções e não com pessoas (ALMEIDA, 2013).

Incluir a obesidade na seara das doenças a coloca imediatamente sob domínio médico. E nem sempre ela assim foi considerada, como já dito anteriormente. Apesar de já ter sido enfocada desde a antiguidade, por Hipócrates e Morgagni, a obesidade passou a ser relevante no panorama médico em meados de 1970, à medida que sua distribuição ao redor do mundo passou a trazer impactos significativos para os sistemas de saúde (SEIXAS; BIRMAN, 2012). Assim, já a partir de 1990, ela foi alçada ao status de epidemia, fazendo com que fossem tomadas medidas para reversão dessa tendência, como estratégias em saúde pública para perda e manutenção de peso (FIGUEIREDO, 2009).

As práticas dietéticas vêm se disseminando cada vez mais, pois o corpo se tornou um bem a ser conservado e um patrimônio a ser valorizado. Ele vem se constituindo como um *locus* onde se consolida o controle e discurso normalizador do saber médico, extinguindo a pluralidade que a biologia impõe à ordem da vida. E se na Antiguidade, a dietética intentava preservar a saúde através do equilíbrio corporal, no campo social e ético do cuidado de si, hoje o cenário é de uma visão patológica do excesso de peso, que designa a Medicina a se ocupar pelas diretrizes do tratamento destinado aos sujeitos obesos (SEIXAS; BIRMAN, 2012).

A Medicina ocupa, socialmente, o lugar que a religião ocupou por muitos séculos, de normatizadora e controladora da vida dos sujeitos. É ela quem estabelece as normas de como se deve agir em relação à saúde na medida em que fornece o modelo de percepção e construção de sentidos, valores e hábitos, naturalizando o que é social, biologizando a vida (FERREIRA, 2010). De acordo com Foucault (2005), nos séculos XVII e XVIII nasceu uma tecnologia disciplinar do trabalho, em escolas, hospitais, fábricas, entre outros, efetuando-se na docilização dos corpos. Suas técnicas visavam a organização dos corpos, aumentavam a força útil através do treinamento e racionalizavam e economizavam esforços no exercício de poder.

Já na segunda metade do século XVIII, surge uma nova tecnologia que, somada à primeira, intenciona massificar o homem, instituindo uma biopolítica da espécie humana. Doença e morte passam a serem considerados como fenômenos de população, e são esses que acabam por formar uma Medicina com mais função de higiene pública, “com organismos da informação, de normalização do saber e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene de medicalização da população. Portanto, problemas da reprodução, da natalidade, problema da morbidade também” (FOUCAULT, 2005, p. 291). A disciplina e a biopolítica configuram o biopoder, que se apresenta como uma nova tomada da vida pelo poder, se distinguindo da soberania porque “faz viver e deixar morrer”.

O discurso biomédico hoje, instituído como a verdade, modula e tenta se sobrepor a todos os outros saberes construídos pela sociedade (ESTANISLAU, 2014). Segundo Freidson (2009, *apud* FIGUEIREDO, 2009), a Medicina vem ocupando um lugar de destaque pela sua proposta de visar sempre o bem-estar dos sujeitos, utilizando a ciência e suas evidências para tal. Assim, ela é legitimada para controlar socialmente todos aqueles que buscam a saúde, mesmo que suas enfermidades tenham sido criadas pela própria Medicina. Como uma estratégia biopolítica, a medicalização descreve um processo pelo qual questões não médicas passam a serem definidas como problemas de saúde, doenças ou distúrbios. A obesidade teria sido mais uma dessas condições que foram medicalizadas, assim como o TDAH, a hiperatividade, o alcoolismo, a anorexia e a infertilidade (CONRAD, 1992).

Cunhado por Ivan Illich, em 1975, o conceito de medicalização foi usado para expor a invasão cada vez maior pela Medicina em áreas da vida individual. As fases da vida humana se tornaram objeto de cuidados médicos específicos, mesmo na ausência de sintomas mórbidos (BOARINI; YAMAMOTO, 2004). Ao traduzir os fenômenos humanos em fenômenos bioquímicos, por meio de suas pesquisas biocientíficas, a Medicina fornece ainda

mais expressões da medicalização na atualidade. Segundo Moysés e Collares (2011, p. 72), “no mundo da natureza, os processos e fenômenos obedecem a leis naturais. A medicalização naturaliza a vida, todos os processos e relações socialmente constituídos e, em decorrência, desconstrói direitos humanos, uma construção histórica do mundo e da vida”.

O que foge à norma, o diferente, é logo nomeado como desvio, doença, distúrbio, e o tratamento é conduzido por especialistas, medicações e intervenções. Mas pouco se fala sobre a iatrogenia causada pela medicalização da obesidade. Os sujeitos seguem sendo tratados pelas ciências da saúde de maneira pouco particularizada, o que pode levar à prescrição inadequada de medicações que causam dependência (como os inibidores de apetite); indicações de cirurgias invasivas de maneira pouco criteriosa (cirurgias bariátricas, cirurgias plásticas); e realização de dietas radicais e maléficas, sempre na perspectiva de que tudo é válido para se obter o corpo ideal e que só depende de cada um para alcançá-lo (FERREIRA, 2010; ALMEIDA, 2013).

As ciências da saúde dizem conceber a obesidade como uma condição complexa, mas o campo que se ocupa dela é apenas o biomédico. As outras disciplinas têm dificuldade em partilhar desse campo, na tentativa de oferecer outros olhares e compreensões para o fenômeno. E, mesmo assim, a prática biomédica pode ser segmentada e fragmentada. A maioria das correntes considera a obesidade uma doença, independentemente de como o excesso de gordura esteja distribuído no corpo do sujeito ou de outros indicadores de saúde. Tendo o IMC acima de 30, o sujeito já é categorizado como obeso e, conseqüentemente, como doente. Outros segmentos entendem apenas a obesidade mórbida (IMC acima de 40) como uma doença, e o sobrepeso e a obesidade Graus I e II seriam entendidos como fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades (ESTANISLAU, 2014).

Mas já surgem estudos defendendo que a obesidade sem associação com outros riscos metabólicos não aumenta os riscos de mortalidade em relação às pessoas magras. Exemplificando, uma pesquisa realizada na Universidade de York, no Reino Unido, por Kuk e colaboradores, publicada em 2018, acompanhou pouco mais de 54 mil homens e mulheres obesos ou com disfunções metabólicas. Os resultados indicaram que os obesos que não têm doenças metabólicas, ou seja, obesos metabolicamente saudáveis, não têm redução na expectativa de vida se comparados a indivíduos magros e saudáveis. Segundo os pesquisadores, a incidência de obesos metabolicamente saudáveis encontrados na amostra estudada não foi alta, cerca de 5%, mas considerando os altos números de obesidade no

mundo, milhões de pessoas estariam sendo orientadas a perder peso mesmo que o benefício para tal seja questionável.

Nesse sentido, as avaliações realizadas pelos serviços de saúde precisam ser mais individualizadas e completas, para realmente se saber se aderir a um processo de emagrecimento, custoso, trabalhoso e muitas vezes frustrante, é mesmo válido para o paciente. Tais estudos contradizem anos de pesquisa médica e indicam novas compreensões sobre o tema. Assim, cercada de polêmicas e dissensos, acredita-se que a obesidade se constitui como um objeto de representações sociais e está imbricada em um sistema de representações sociais que dão sentido à realidade de sujeitos que vivem diariamente sob essa condição.

#### 2.2.5 OS SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS PRÁTICAS SOCIAIS

Para se compreender a obesidade pelo prisma de um objeto social, deve-se ressaltar que esse não existe isolado no mundo, estando, portanto, associado a alguma representação. Conseqüentemente, as representações construídas acerca de tal objeto se encontram em articulação, inseridas em um contexto mais amplo de um sistema de representações (WACHELKE, 2005). Esses sistemas existem em constante transformação, conforme o dinamismo da realidade social. Segundo Trindade e Sousa (2009), não é possível a compreensão de fenômenos sociais complexos, como a obesidade, sem conceber a existência de sistemas de representações sociais (SRS), pois, envolvidos em determinada prática, haveria múltiplos objetos e representações sociais.

Campos (2017) reitera essa concepção, defendendo que em situações reais, é muito difícil que os sujeitos se deparem com um único objeto, guiando-se por apenas uma representação para suas práticas. Em ocasiões sociais de interações concretas ou simbólicas, mais complexas, os sujeitos constroem os SRS e, nestes sistemas, “as práticas reais, efetivas, são incorporadas como formas cognitivas pré e pós-ato, tanto no sentido da orientação das ações futuras como no julgamento (avaliação) dos atos emitidos” (CAMPOS, 2017, p. 43).

Em retomada histórica sobre o conceito de Sistemas de Representação Social na TRS, Camargo e Wachelke (2010) encontraram referências a tal ideia ainda no início dos postulados de Moscovici (1961/2012), quando ele afirmava que o SRS seria derivado do processo de ancoragem, sugerindo que as RS são realmente organizadas em rede, embora as pesquisas as focassem separadamente. Segundo os autores, em 1980, Di Giacomo apresentou uma pesquisa sobre movimentos sociais e percebeu que os resultados de protestos

organizados por estudantes eram relacionados às representações que eles faziam sobre si mesmos, sobre os líderes do momento e sobre as estratégias utilizadas no protesto. E ele afirma que não teria conseguido analisar tal movimento se tivesse se detido sobre as representações sociais em questão apartadamente.

Em seguida, Jean Paul Codol (1984), partindo do proferido por Moscovici sobre o SRS e sua relação com a ancoragem, fez diversos estudos experimentais com estudantes para tentar investigar os elementos representacionais em torno dos quais o grupo se organiza (a tarefa, os outros, o grupo e si mesmos). Ele observou que, quando se altera a representação de qualquer elemento do sistema, todos os outros elementos envolvidos também são alterados pelo grupo. Além disso, ele concluiu que, quanto maior a medida das correlações de uma representação com as outras representações, em um SRS, mais central ela é. Breakwell, em 1993, também ratificou a ideia de que as ligações entre as representações sociais são consequência da ancoragem e isso deve ser considerado nos estudos de RS. E ainda Rouquette, em 1994, segundo o levantamento realizado por Camargo e Wachelke (2010), defendia que as RS são interdependentes, visto que os objetos de representação e suas fronteiras são definidos na e pela pesquisa, não naturalmente.

Garnier, em seus estudos publicados em 1999 sobre a gênese das representações sociais, entrevistou crianças sobre “corpo”, “saúde” e “meio ambiente”, percebeu que esses mantinham relações entre si, no plano estrutural, e que isso configurava um sistema representacional. E, em 2011, Santos, Novelino e Nascimento, ao se debruçarem sobre a “maternidade”, observaram que essa se ancorava em uma rede de significados que a torna indissociável das representações também de “homem”, “mulher”, “família” e “criança”.

Dessa forma, supõe-se que um sistema de representações é ativado sempre que o sujeito é levado a se posicionar diante de um dado objeto. Almeida e Doise (2009) postulam que os conteúdos das representações sociais dependem das relações mantidas entre os grupos, ao passo em que servem para justificar determinada forma de encadeamento das relações mantendo, concomitantemente, a particularidade e a identidade de cada grupo.

Diversos estudiosos seguiram percebendo que, ao analisar o objeto social escolhido para sua investigação, existiam vários outros que apareciam relacionados e que não podiam ser ignorados, pois faziam parte da compreensão o fenômeno em questão. Citando alguns, Espíndula, Trindade e Santos (2009) ao pesquisarem mães em conflito com a lei, indicaram que as práticas educativas que elas desenvolviam não eram só orientadas pela representação de “filho que dá problema”, mas também por representações de “maternidade” e “boa mãe”,

por exemplo. Em 2010, Oliveira investigou a paternidade entre pais separados e pobres e percebeu que o objeto “paternidade” tinha relações estreitas com as RS de “masculinidade”, “maternidade”, “criança” e “família”.

Em 2011, Santos propôs um projeto de pesquisa que tinha como principal objetivo investigar possíveis ligações entre objetos diversos articulados em função da RS de família. A escolha desse objeto se deu pelo fato de ele ser muito relevante para a sociedade brasileira e uma referência nas etapas do desenvolvimento. Ao redor dele parecem figurar representações sociais de “mulher”, “homem”, “mãe”, “pai”, “sexualidade”, “filho(a)”, entre outros. Moraes (2013), na pesquisa desenvolvida em seu mestrado sobre a RS de pacientes renais crônicos sobre a hemodiálise, se deparou com a existência de um SRS composto também pela RS de “saúde”, por exemplo, e que o sistema, como um todo, guiava as práticas de saúde desse contexto. Félix (2014), em sua dissertação sobre o cuidado à saúde mental na infância, foi na mesma direção ao sugerir que representações de “maternidade”, “autismo” e “infância” se interligariam e seriam interdependentes, compondo um sistema subjacente às práticas de cuidado.

Correia, em 2015, realizando um estudo comparativo entre pais e mães de crianças diagnosticadas ou não com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), indicou os prenúncios de um SRS organizada em torno do objeto “TDAH”, que era composto por “infância”, “filho ideal”, “desempenho escolar”, “doença mental” e “especialista” e que se configurou diferentemente nos dois grupos em questão. Foram entrevistados pais ou mães de crianças sem diagnóstico de TDAH (Grupo 01) e pais ou mães de crianças diagnosticadas com o transtorno (Grupo 02). As crianças tinham entre 06 e 12 anos e estavam matriculadas em uma escola de ensino fundamental particular da cidade do Recife/PE.

Exemplificando, para o Grupo 01, a infância poderia ser nomeada como “infância normal e plena”, o típico modelo idealizado de infância idílica, bastante difundida socialmente, especialmente entre as classes sociais mais abastadas. De maneira geral, caracterizariam essa fase a brincadeira, a liberdade, a falta de responsabilidade, a curiosidade, a inocência, os passeios e a imaginação. Já para o Grupo 02, a infância foi problematizada, admitindo-se de que essa pode ser também marcada por patologias e/ou sofrimentos para as próprias crianças e para seus pais e mães. A brincadeira, a liberdade e a falta de preocupações ainda são visualizadas como elementos típicos, mas há também a menção à existência de rotinas e obrigações especialmente com os estudos e imposição de limites mais rígidos, quanto ao comportamento, âmbitos nos quais as crianças com TDAH geralmente apresentam

dificuldades. Observou-se então que a experiência e a implicação que os grupos têm com o objeto “TDAH”, através do diagnóstico ou não de seus filhos, tem relação com a forma como os sujeitos constroem suas representações sobre a infância, sugerindo que, nesse contexto e para esses grupos, tais objetos se interligam.

Nessa oportunidade de pesquisa, a percepção de que, para se compreender mais profundamente o objeto “TDAH” e seus processos de formação, principalmente a ancoragem, era indispensável reconhecer e conhecer as RS articuladas com aquele foi uma das bases para a construção do presente estudo para o doutoramento. Os resultados obtidos no mestrado da autora evidenciaram ser impossível se deter sobre um fenômeno social como a obesidade sem considerar todo o SRS formado ao redor, por mais complexo que seja lidar não apenas com um objeto e uma RS, mas com tantos quanto surgirem durante a investigação.

E, por mais que algumas pesquisas, como dito, reconheçam a existência de um SRS em determinados cenários, tal conceito ainda está em construção na TRS, como aponta a pesquisa de revisão bibliográfica realizada por Félix e colaboradoras (2016), o que dificulta ainda mais o objetivo deste estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram analisados 37 artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais entre 1993 e 2014, sendo 12 deles selecionados a partir de bases de dados nacionais e 25 encontrados no periódico *Papers on Social Representation*, devido à sua especificidade e importância na área. Ademais, foram analisadas 07 dissertações/teses brasileiras produzidas entre 2009 e 2015. Foram incluídas produções que tinham a TRS como aporte teórico e que tratavam do conceito de SRS.

As autoras observaram que há certa dispersão de definições sobre tal conceito, assim como sua coadjuvância em diversas publicações. Foram criadas quatro categorias que abarcavam as produções quanto à forma como elas explicitam o conceito de SRS. Dessas, 14 abordaram o SRS como um *conjunto de representações sociais*, versando sobre as articulações entre representações e/ou objetos sociais, essas identificadas a partir do compartilhamento de elementos. O SRS como um *conjunto de conhecimentos* foi compreendido por 09 trabalhos, os quais o relacionavam a determinadas formas ou universos de saberes, como a ciência e o senso comum. Em 05 produções, a noção de SRS foi utilizada sem definição explícita, apresentando-se como *sinônimo de representações sociais*. E, por fim, em 16 artigos não foi possível estabelecer objetivamente uma categorização sólida, e essas *noções dispersas* apareceram devido à baixa ocorrência do termo no texto, a ausência de definição e/ou pelo termo ter sido usado na caracterização de outro fenômeno/objeto.

Destacam-se nesse cenário as pesquisas realizadas por João Wachelke (em associação a outros autores), nas quais a noção de SRS perpassa diversos trabalhos, tendo como referencial a abordagem estrutural das representações sociais. Em artigo publicado em 2011, decorrente de sua tese de doutorado, Wachelke propôs, juntamente com Contarello, analisar as relações entre diferentes representações nos níveis inter e intra representações. Ao entrevistar 151 estudantes de uma universidade italiana sobre envelhecimento, ele conduziu uma pesquisa exploratória na qual solicitava aos sujeitos que completassem evocações sobre sete objetos sociais ligados ao envelhecimento (saúde, família, corpo, trabalho, tempo e morte) e avaliassem as distâncias entre eles. Essas avaliações de distância passaram por análise de similitude, enquanto análises prototípicas foram realizadas para “envelhecimento”, “morte”, “saúde” e “família”.

Concluiu-se que existem possíveis conexões de conteúdos entre elementos das representações. Baseados em Flament e Rouquette (2003), os autores consideraram que essas conexões podem ser de conjunção ou disjunção, segundo a similaridade do núcleo central, ou seja, a primeira ocorreria quando há interseção entre os elementos que constituem o núcleo central, e a segunda, quando não há. Outra possibilidade seria de que um objeto social ao qual se refere uma RS possa ser, ele próprio, um elemento central ou periférico de outra RS do mesmo SRS. Ademais, eles perceberam uma relação de conjunção entre envelhecimento e família, admitindo até que essa relação possa ser hierárquica, com a primeira subordinada à segunda.

A noção de sistemas representacionais abre possibilidades para o aprofundamento de caracterizações representacionais (WACHELKE, 2011), reforçando-se então a necessidade de mais estudos sobre o conceito, seus processos de construção e as relações entre os objetos sociais imbricados.

Parece legítimo estudar a obesidade como um possível objeto de representação social (RS) na medida em que ela é envolta de polêmicas e polissemias. Segundo Carvalho e Martins (2004), a obesidade recebe diferentes definições: a mídia, a moda e a publicidade a entendem como um estado que se desvia dos padrões de normalidade na cultura, entendendo o sujeito obeso como anormal, já que ele se afasta da ideia de sujeito normal, magro, construído em dado contexto social; e as ciências da saúde, em forma geral, a veem como uma doença, ao representar um fator gerador de impotência do corpo, reduzindo as possibilidades de viver, do indivíduo, plenamente em seu ambiente.

As formas de tratamento também são rodeadas de dúvidas e contrassensos. Há segmentos da Medicina que desacreditam os tratamentos clínicos para a obesidade e defendem a cirurgia bariátrica como única intervenção viável para a doença, principalmente quando mórbida, e até como tratamento preventivo em adolescentes a partir de 16 anos com IMC maior que 35 e adultos com IMC um pouco abaixo de 35 (ROCHA; MENDONÇA; FORTES, 2011). Já outros ressaltam a importância do acompanhamento multiprofissional qualquer que seja o tratamento escolhido pelo sujeito (FERRAZ, 2009).

De toda forma, uma grande perda de peso causa repercussões na vida do sujeito que era obeso. A cirurgia bariátrica tem grande potencial resolutivo, cerca de 70% do peso corporal pode ser eliminado após a cirurgia, mas mediante um processo complexo e longo que exige diversas alterações comportamentais, psicológicas, culturais e econômicas. E, após a cirurgia, quando o corpo que se tinha não mais se verifica, a autoimagem, o autoconceito e a autoestima são alterados, influenciando na forma de ver o mundo a partir dessa nova realidade (XIMENES, 2009).

A obesidade suscita ainda comunicações e práticas sociais, como pode ser observado pelo grande número de revistas, livros e sites sobre o tema, pesquisas sobre a etiologia da doença e o surgimento de movimentos sociais. No âmbito da moda e da publicidade, a busca por modelos magérrimas pode ser considerada um fator de exclusão, pois a maior parte da população mundial não tem esse perfil. Frente a isso, vem se discutindo e se ampliando a moda para além das medidas tradicionais, e o movimento *plus size* é um dos seus maiores expoentes, um contraponto ao padrão de beleza homogêneo atual. O termo se refere à confecção de modelagens também em tamanhos grandes e foi criado para todos poderem ter acesso a roupas que sigam as tendências da moda (ARRUDA, 2012).

Já existem organizações de direitos civis voltadas para a inclusão, defesa e o empoderamento do obeso, melhorando sua qualidade de vida, como a *National Association do Advance Fat Acceptance*, fundada em 1969, nos Estados Unidos<sup>9</sup>. Movimentos como esse são exaltados por dados setores da sociedade, mas também criticados, principalmente por instituições médicas, alegando que eles não consideram a obesidade enquanto doença crônica e os riscos que ela pode trazer à saúde do sujeito, acabando por não estimular a busca por tratamentos adequados. Além desses, políticas públicas são elaboradas para prevenção da obesidade, promoção de saúde e atendimento ao obeso em suas necessidades, como serviços

---

<sup>9</sup> Disponível em <<https://www.naafaonline.com/dev2/index.html>>. Acesso em: 17 out. 2019.

específicos, controle de alimentação em creches e escolas e academias populares, por exemplo (REIS; VASCONCELOS. BARROS, 2011).

Pode-se considerar que os maiores interessados sobre o objeto são as próprias pessoas obesas. São elas que vivenciam possíveis consequências do excesso de peso em sua vida cotidiana, dificuldades de mobilidade e complicações metabólicas. Socialmente, ainda são vítimas de preconceito e discriminação, sendo vistas de forma estereotipada. Assim, são elas os sujeitos desta pesquisa, na qual se optou pelo estudo das representações sociais a partir das práticas sociais relativas ao corpo e à obesidade. Estudos de representação social que articulam esses dois conceitos não são incomuns. Entretanto, é mais corriqueiro que os pesquisadores foquem, inicialmente, nas representações sociais de determinado objeto para compreender as práticas a eles relacionados. Mas não parece existir um caminho unívoco ou uma relação linear entre representações e práticas sociais (FÉLIX, 2014). Em sua pesquisa para o doutoramento, Félix (2016) entrevistou uma gestora e profissionais de Psicologia atuantes em Núcleos de Atenção à Saúde da Família (Nasf) a fim de investigar as práticas de cuidados formais à saúde mental infantojuvenil e as RS subjacentes a essas práticas, nesse contexto de serviço de saúde.

Segundo Almeida, Santos e Trindade (2000), as práticas sociais não são interesse apenas da TRS, mas sua relação com as representações se configura como um dos pontos centrais da teoria. Para as autoras, atualmente há um predomínio da ideia de que representações regulam as práticas sociais dos sujeitos ao mesmo tempo em que emergem das diferentes práticas sociais do cotidiano. Representações e práticas sociais são mutuamente imbricadas, em um sistema dialético, aberto e heterogêneo, continuamente expandido e reconstruídos ao longo das experiências sociais e interações (ALVES; RABELO, 1998).

No tocante à dimensão da experiência, Jodelet (2005) defende que ela deve ser situada no campo do senso comum, se estabelecendo com o conhecimento de maneira didática e se articulando com as representações sociais. A estudiosa afirma que “a experiência comporta uma dimensão cognitiva na medida em que ela favorece uma experimentação do mundo e sobre o mundo e contribui para a construção da realidade segundo categorias ou formas que são socialmente dadas” (2005, p. 32). Jodelet (1989/2005) postula que a experiência é social e também socialmente construída, pois a forma e o conteúdo que a experiência terá serão pautados nas pré-construções culturais e no estoque comum de saberes, e ela própria ainda constituirá os sentidos que o sujeito dará aos acontecimentos e às pessoas de sua vida, além de dar origem a novas significações.

Abordar as práticas sociais se faz necessário para compreender ainda mais profundamente as representações e a construção da realidade social desses sujeitos obesos. Segundo Abric (1994), citado por Campos (2017), práticas sociais são “sistemas de ação socialmente estruturados e instituídos em relação com os papéis”. A referência primordial para a noção de prática seria então a ação dos grupos, a qual compreende os componentes comportamentais, afetivos e cognitivos e que permitiria o estudo da ação a partir de instrumentos cognitivos (CAMPOS, 2017). No estudo clássico realizado por Jodelet (1989/2005) sobre a loucura, a pesquisadora percebeu que muitos dos aspectos explicitados nas práticas cotidianas relativas à loucura e aos sujeitos acometidos por ela não eram verbalizados. As políticas públicas e a criação de novos equipamentos na rede de saúde mental não causaram modificações rápidas na maneira como o grupo social compreendia e lidava com o objeto em questão.

Por sua vez, a atitude pode ser considerada como um intermediário importante na relação entre representações sociais e práticas sociais, na medida em que ela é uma das dimensões das RS (juntamente com a informação sobre o objeto e o campo de representação) e também uma predisposição à ação. Assim, pensar as atitudes e suas articulações com as RS pode auxiliar na elaboração de considerações entre as primeiras e as práticas sociais (WACHELKE; CAMARGO, 2007; MOLINER; TAFANI *apud* AGUIAR; CAMARGO; BOUSFIELD, 2017). Atitude é um conceito amplamente discutido em Psicologia Social e se refere às posições assumidas pelos indivíduos e que são partilhadas socialmente, frente às questões que lhe são postas sobre um problema ou objeto social (MONTMOLLIN, 2008).

Os sentimentos são um dos constituintes das atitudes e atuam sobre a percepção, avaliação e tomada de decisão das pessoas quanto à sua ação em relação a dado objeto social. Além deles, compõem a estrutura das atitudes as representações cognitivas, especialmente as crenças, que descrevem e avaliam o objeto em questão; e a tendência para a adoção de condutas a serem praticadas na relação com o objeto. Elas são formadas e modificadas nas situações cotidianas a partir da interação estabelecida com a sociedade, a cultura onde se está inserido e da influência de pessoas significativas (KRÜGUER, 2013).

Diante de todo o exposto anteriormente sobre como a sociedade tem lidado com a questão da obesidade, supõe-se que há pessoas que querem perder e controlar o peso, e as estratégias utilizadas nesse caso são geralmente o tratamento clínico e, em casos mais extremos, a cirurgia bariátrica. Mas se sabe ainda que há indivíduos obesos que, mesmo desejando perder e controlar o peso, não se valem desses mecanismos. A proposta de separar

os sujeitos participantes da pesquisa em grupos distintos considerando tais formas como eles lidam com a obesidade e só então abordar os saberes que eles constroem para dar sentido ao objeto permitiria ir além da descrição e análise do SRS envolvido, mas analisar também a relação entre as representações e as práticas sociais.

Ademais, entende-se que o presente estudo pode ajudar em maiores reflexões sobre o fenômeno da obesidade e seu crescimento significativo na população mundial, já sendo considerado como uma epidemia e um grave problema de saúde pública. Tal fenômeno é bastante complexo e multifatorial, exigindo assim esforços da comunidade científica para melhor compreendê-lo tentando assistir de maneira mais completa e efetiva as pessoas acometidas pela condição. Faz-se necessário também que tal temática seja enfocada não apenas pelas ciências da saúde, mas também por outras áreas do conhecimento, como a Psicologia, a Sociologia, a História, a Antropologia, a Comunicação, entre tantas outras. Assim, as produções e os saberes científicos serão múltiplos e a partir de diferentes referenciais, reconhecendo e aprofundando os vários prismas do objeto em questão, democratizando-o e problematizando o discurso médico, o qual ainda é dominante quando se fala de obesidade.

### 3 OBJETIVOS

**OBJETIVO GERAL:** Investigar os saberes construídos por pessoas obesas para dar sentido à obesidade, a partir de suas práticas sociais relativas ao fenômeno.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** (a) identificar os objetos sociais e as representações sociais que se articulam para compreender a obesidade; (b) relacionar os sistemas de representações sociais construídos pelo grupo sobre a obesidade à sua prática; (c) comparar os sistemas de representações sociais construídos pelos grupos considerando suas diferentes práticas; (d) analisar o processo de ancoragem dos sistemas de representações sociais elaborados pelos grupos estudados; (e) perscrutar os conteúdos proferidos por profissionais de saúde da área sobre a obesidade; (f) investigar se os SRS construídos pelos grupos se ancoram nos conteúdos elaborados pelos profissionais de saúde e de que forma.

## **4 ESTUDO A: OBESIDADE, PRÁTICAS E SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Neste capítulo, serão apresentadas a metodologia, os resultados e as discussões referentes ao primeiro estudo realizado nesta pesquisa. Ele se debruçou sobre os sistemas de representações sociais elaborados por pessoas com obesidade e que tinham práticas sociais distintas para lidar com tal fenômeno. Como já dito, o Estudo B, originário do Estudo A, será relatado em seguida.

### **4.1 PERCURSO METODOLÓGICO**

A pesquisa proposta tem caráter qualitativo, na medida em que se intenta debruçar sobre a realidade social, o dinamismo da vida individual e coletiva e a riqueza de significados que delas transbordam. A pesquisa qualitativa se detém sobre um universo de motivos, sentidos, significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, um nível específico das relações e dos fenômenos sociais, que não se capta nas equações, médias e estatísticas da pesquisa quantitativa (MINAYO, 2001). Assim, acredita-se que a abordagem qualitativa, através de seus instrumentos e técnicas, tendo o senso comum como sua base para investigação (MINAYO, 2012), permitirá acessar os conteúdos dos sistemas de representações sociais sobre a obesidade elaborados pelos grupos, possibilitando que se tente compreender a origem, os elementos, os contextos de produção, os processos que os constituem e a realidade compartilhada pelos sujeitos.

#### **4.1.1 Participantes e Local da Pesquisa**

Os participantes deste estudo foram divididos em três grupos (Grupo 01, Grupo 02 e Grupo 03), compostos cada um por seis homens e mulheres, a partir de suas práticas relacionadas à obesidade. São pessoas de 22 a 62 anos, as quais, de acordo com o seu IMC, têm obesidade tipo I, II ou III. De acordo com os objetivos da pesquisa, foram fixados limites no sentido de homogeneizar os grupos. Tratando-se de estudo voltado à população adulta, buscou-se sujeitos acima de 18 anos. Quanto à classe socioeconômica, são todos de classe socioeconômica média, no intuito de diminuir a variabilidade dos estilos de vida e devido à facilidade de acesso que essa tem a certas informações construídas e compartilhadas socialmente. Sob justificativa semelhante, reside a determinação da escolaridade dos participantes, de no mínimo o ensino médio completo. Em relação à escolha do IMC como

parâmetro para determinar o grau de obesidade dos participantes, ele é o referencial priorizado pela OMS, pelo seu cálculo fácil e com relativa confiabilidade.

O trabalho de campo foi iniciado após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFPE (ver APÊNDICE A). Os participantes dos Grupos 01 e 02 foram abordados a partir do *critério de conveniência*, isto é, a partir do estabelecimento de uma rede de conhecimento da pesquisadora. Eles foram contatados pessoalmente ou por telefone e convidados a fazer parte de uma pesquisa de doutorado em Psicologia, dizendo-se inicialmente que esta versava sobre a relação das pessoas com seus corpos de diferentes faixas de peso. Eram perguntados apenas seu peso e sua altura, pois para serem incluídos no estudo, era necessário que tivessem IMC acima de 30, caracterizando a obesidade grau I. Escolheu-se tal estratégia devido ao fato de que a forma como as pessoas lidam com seus corpos na sociedade midiática e “corpocêntrica” atual pode suscitar questões delicadas para cada um. Em nenhuma hipótese a pesquisadora tentou provocar constrangimentos nas pessoas, sempre procurando minimizar os riscos subsequentes ao levantamento do tema.

Após contato e aceitação da pessoa em participar, eram agendados um dia, local e horário adequados para ela. Nesse momento, informações adicionais foram deliberadamente suprimidas, no intuito de tentar facilitar a expressão espontânea do participante acerca do tema, a não ser que o participante questionasse detalhes sobre a pesquisadora ou a pesquisa, o que era prontamente respondido da forma mais objetiva possível. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ver APÊNDICE A) foi entregue ao participante após a finalização da entrevista, e o sujeito só era incluído na pesquisa quando aceitava os termos explicitados no documento, mediante sua assinatura, do pesquisador responsável e de testemunhas. O TCLE foi utilizado como forma de registrar a anuência dos sujeitos em participar do estudo, não apenas como “o instrumento ético”, meramente burocrático. Entende-se que a relação ética e empática entre o pesquisador e seus interlocutores é estabelecida e cultivada desde a elaboração do projeto, passando pelo contato e pela realização das entrevistas até a escolha dos elementos a serem analisados, procedimentos de análise, redação final do trabalho e devolutiva aos sujeitos (BORGES; BARROS; LEITE, 2013). As entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro de 2018 e março de 2019.

Caracterizando o *Grupo 01*, ele é constituído por pessoas obesas mas que, no momento da entrevista, não estavam com nenhuma prática para perda ou controle de peso (como dietas, exercícios ou medicações) nem eram acompanhadas por serviço de saúde/profissionais de

saúde voltados para o tratamento da obesidade. Ele foi formado por três homens e três mulheres, de 29 a 54 anos, com média de idade de 37 anos. Todos tinham nível superior completo e trabalhavam nas suas áreas de formação. Metade era solteiro e a outra metade, casado. Dois deles tinham obesidade grau I e quatro, obesidade grau II. A média do IMC deles foi de 33,56. Das três mulheres, uma engravidou uma vez e outra engravidou duas vezes. Três entrevistas foram realizadas na casa dos participantes e as outras três, no local de trabalho deles, com duração média de 25 minutos.

O *Grupo 02* é composto de pessoas obesas que estavam fazendo tratamento clínico para perda ou controle de peso, com acompanhamento profissional para tal, como dietas hipocalóricas, exercícios físicos sistemáticos e/ou uso de medicações. Também foi constituído por três homens e três mulheres, de 25 a 44 anos, com média de 33 anos de idade. Todos completaram a graduação e exerciam funções profissionais nas mesmas áreas. Três deles eram casados e três, solteiros ou divorciados. Nenhuma das mulheres era mãe. Quatro sujeitos já haviam perdido peso no momento da entrevista, embora declarassem que ainda desejavam perder mais. Dois deles já haviam saído do grau de obesidade II e passaram para o grau I. Os outros quatro seguiam em obesidade grau II. A média do IMC foi de 36,06. Três entrevistas foram realizadas por um *software* de comunicação remota (Skype), duas em um estabelecimento comercial de alimentação e uma no trabalho do participante. A duração média foi de 20 minutos.

O *Grupo 03* teve um processo de composição diferente dos demais. Ele foi formado por pessoas com obesidade que se encontravam em processo pré-operatório de cirurgia bariátrica, ou seja, estavam realizando todos os exames e avaliações necessárias para se submeterem ao procedimento. Eles estavam sendo acompanhados por clínicas especializadas, situadas na cidade do Recife, em Pernambuco. Os sujeitos abordados procuraram um consultório de Psicologia no intuito de serem acompanhados para receberem um Parecer Psicológico favorável à realização da cirurgia<sup>10</sup>. A Psicóloga em questão era colega da pesquisadora e se prontificou a abordar, durante o processo avaliativo, pacientes nessa condição sobre a possibilidade de contribuírem para a pesquisa. Mediante aceitação, a pesquisadora entrou em contato telefônico com eles, agendando o horário e local mais adequados para a realização da entrevista. O tempo médio das entrevistas foi de 28 minutos.

---

<sup>10</sup> Para a realização da Cirurgia Bariátrica, o Sistema Único de Saúde (SUS) e os Planos de Saúde privados exigem que o paciente seja avaliado, a priori, pelos médicos Endocrinologista e Cardiologista, por um Psicólogo e por um Nutricionista, atestando que ele está apto a ser submetido ao procedimento. Os especialistas elaboram competentes pareceres, os quais são apresentados ao final do processo pré-operatório, permitindo a realização da cirurgia.

Os participantes, nesse grupo, foram cinco mulheres e um homem. Essa distribuição está em consonância com o fato de as mulheres buscarem mais a cirurgia bariátrica, como já explicitado. Eles tinham idade entre 27 e 62 anos, com média de 37 anos. Cinco deles têm nível superior completo, e um está concluindo a graduação. Apenas uma está aposentada, e os demais trabalham nas suas áreas de formação. Dois deles têm obesidade grau II e o restante, têm obesidade grau III. A média do IMC foi de 41,46, a mais alta dos três grupos. Quatro sujeitos eram casados e dois, solteiros. Das cinco mulheres, apenas uma nunca tinha engravidado, duas engravidaram uma vez, uma engravidou duas vezes e uma engravidou três vezes. As entrevistas foram realizadas no consultório de Psicologia em questão (três), em um estabelecimento comercial de alimentação (duas) e no trabalho do participante (uma).

#### **4.1.2 Procedimentos de Construção de Dados**

Estando o participante incluído nos critérios estabelecidos e disponível a fazer parte da pesquisa, ele foi convidado e participar de uma entrevista, com um roteiro semiestruturado previamente elaborado (ver APÊNDICE B), no intuito de apreender crenças, valores, sentimentos, opiniões, fontes utilizadas pelos participantes sobre a temática. O roteiro visava possibilitar a compreensão do processo de construção das representações sociais articuladas em um sistema de representações sociais, além de investigar se e como ter práticas distintas com a obesidade se relaciona com tais construções. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas para posterior transcrição e análise.

##### *4.1.2.1 A Investigação sobre os Sistemas de Representações Sociais*

Como já amplamente dito, o conceito de Sistemas de Representações Sociais, embora antigo na Teoria das Representações Sociais, é pouco focado nos estudos da área de forma sistemática, ou seja, são poucas as pesquisas que objetivam descrever os conteúdos e processos representacionais de dados objetos considerando que eles estão articulados em um SRS. E um dos grandes desafios deste estudo foi, tendo como referência a abordagem culturalista das representações sociais desenvolvida por Denise Jodelet, elaborar uma metodologia de construção e análise dos dados que abarcasse a existência de objetos que, a depender da forma como são representados e articulados, atuam na forma como a obesidade é significada pelos grupos.

Baseado na vasta literatura já produzida sobre o tema e em sua multifatorialidade etiológica e na intenção de elaborar um instrumento de investigação que possibilitasse acessar

os conteúdos referentes ao fenômeno, a pesquisadora elencou, primeiramente, alguns possíveis objetos de representação social que poderiam compor um ou mais SRS da obesidade, a depender do grupo em questão. Todos eles já foram, de alguma maneira, expostos anteriormente, mas serão brevemente retomados. Além do objeto “obesidade” em si, o primeiro objeto a ser pensado foi “*corpo*”, pelo fato de a obesidade nele se manifestar de maneira muito visível. Como dito, o corpo é o primeiro elemento acessado pelos sujeitos na interação humana e essa é uma das razões que faz a obesidade ter tanto destaque social. Cada cultura estabelece suas normas, valores, atitudes e práticas quanto ao corpo (ALMEIDA, 2013), o que leva a sua polissemia e polêmica, o estabelecendo como um objeto representacional muito importante socialmente (JUSTO; CAMARGO; ALVES, 2014).

As ciências da saúde tomaram a obesidade como objeto próprio de seu campo, na medida em que ela é apresentada não só como uma doença, mas como uma epidemia global. São interesses de investigação seus diagnósticos, causas, prevalências, incidências e tratamentos, posicionando o Médico, de forma geral, como o especialista responsável por identificar e nomear o sujeito obeso e direcionar os caminhos para que ele saia dessa condição, restabelecendo a saúde. Um dos grandes discursos que incidem sobre o corpo é o médico-científico, que por sua relevância e valorização, tende a ser facilmente incorporado pelas pessoas (SEIXAS; BIRMAN, 2012; ALMEIDA, 2013). A forma como o grupo representa o binômio “*saúde/doença*” e se considera a obesidade uma condição de adoecimento ou não pode ser uma faceta pertinente tanto na compreensão do fenômeno como nas práticas sociais relativas a ele. Assim, esse é outro objeto que deve estar presente em um SRS sobre a temática.

Ainda no âmbito das ciências da saúde, continua sendo bastante predominante na sociedade a concepção de que a obesidade é causada apenas pelo alto consumo de alimentos calóricos e pelo sedentarismo, em detrimento da noção de multifatorialidade de sua etiologia (CARVALHO; MARTINS, 2004). Relembrando a pesquisa de Justo (2016) com pessoas obesas e não obesas, a alimentação foi um elemento central nas representações sociais relativas ao excesso de peso, compreendida como fator fundamental no controle de peso. A máxima “você é o que você come” (FISCHLER, 1995) localiza a questão do sobrepeso e da obesidade em um âmbito estritamente individual, estabelecendo uma relação direta entre eles. Médicos e Nutricionistas, principalmente, postulam ser fundamental o cuidado e a disciplina com a dieta. Contudo, a alimentação é um objeto social, com funções, valores e sentidos que variam culturalmente, economicamente, historicamente, entre outros. Hipotetiza-se que os

significados dados à comida e ao comer, como já explanado, se relacionem com a obesidade, trazendo a “*alimentação*” para o SRS em tela.

Nessa mesma direção, o “*exercício físico*” é atualmente compreendido como um meio para melhorar a performance corporal, além de possibilitar o enquadre nos padrões estéticos vigentes. As exigências relativas ao corpo aumentam gradativamente, pois todos almejam viver em plenitude o mundo do trabalho, da família, dos afetos, da sexualidade, do dinheiro, das experiências, entre outros, e o corpo precisa estar sempre pronto para suportar as expectativas impostas a ele. O Ministério da Saúde, tendo como base os postulados das ciências da saúde, vêm rechaçando o sedentarismo e atribuindo também a ele o aparecimento de doenças crônicas diversas e a diminuição da qualidade de vida. A OMS recomenda que um adulto faça, em média, 150 minutos de exercício físico moderado por semana ou 75 minutos de atividade vigorosas por semana<sup>11</sup>. Dessa forma, o “*exercício físico*” parece se articular com os demais objetos já listados quando se fala de obesidade.

No cenário atual, a saúde não é a única ambição dos sujeitos. Não basta estar fora da condição de sobrepeso ou obesidade para se manter saudável e diminuir o aparecimento de doenças futuras, como diz a Medicina, de maneira geral. Para ser valorizado e admirado socialmente, o corpo deve ser branco, magro, bem definido, sem marcas ou manchas. O conceito de “*beleza*” foi alterado ao longo do tempo e esse, hoje, ainda é o seu sinônimo. A mídia divulga e promove esse modelo, levando cada vez mais as pessoas a buscarem incessantemente atingir tal padrão. Na publicidade, é muito baixo o número de corpos obesos, pois se entende que eles não refletem o belo ou o saudável (SILVEIRA, 2013). Daí, como já dito, o aumento gritante no número de cirurgias plásticas ao longo dos últimos anos, levando o Brasil aos primeiros lugares do ranking mundial em procedimentos estéticos. Assim, obesidade e beleza frequentemente são colocados em polos opostos, o que deve influenciar na construção da autoimagem e da identidade dos grupos, levando a crer que “*beleza*” também integra o SRS em questão.

Como já explicitado, as mulheres tendem a acumular mais gordura ao longo da vida, por suas necessidades energéticas em diferentes fases da vida, como na gravidez e lactação, ou por terem mais atribuições sociais e menos tempo para os cuidados com o corpo (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; COELHO, 2002). Mas elas são mais cobradas a alcançar os padrões de beleza difundidos socialmente, chegando a construir sua identidade feminina sobre

---

<sup>11</sup> Disponível em <<http://www.saude.gov.br/component/content/article/781-atividades-fisicas/40390-atividade-fisica>>. Acesso em: 03 out. 2019.

a tríade beleza, saúde e juventude (DEL PRIORE, 2009, *apud* ALMEIDA, 2013). São elas que mais recorrem aos serviços de saúde, às cirurgias bariátricas e plásticas, além de procedimentos estéticos. Espera-se que haja, nos conteúdos observados, um recorte de “*gênero*” ao se falar da obesidade e que isso possa aparecer como mais um objeto participante da SRS analisada.

Desta feita, o roteiro de entrevista semiestruturado foi elaborado para suscitar conteúdos relativos aos objetos “obesidade”, “corpo”, “saúde/doença”, “alimentação”, “exercício físico”, “beleza” e “gênero”, permitindo também, pela própria natureza não diretiva do instrumento, que outros conteúdos não inicialmente previstos pudessem surgir.

#### **4.1.3 Procedimentos de Análise dos Dados**

Em um primeiro momento, foi realizada a transcrição textual de todas as entrevistas áudio-gravadas. Em seguida, uma leitura de todo o material foi feita, no intuito de se familiarizar com ele, facilitando a percepção de variáveis a serem consideradas. Partindo desse momento, foram realizados dois procedimentos para a análise. Primeiramente, foi utilizado um software gratuito e aberto, o IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), criado por Pierre Ratinaud, que já conta com dicionários em diversos idiomas, como o português. Ele permite realizar análises estatísticas sobre *corpus* textuais e tabelas individuais/palavras, ancorado no software R e na linguagem Python, utilizando o mesmo algoritmo de outro *software*, o ALCESTE (Analyse de Lexèmes Cooccurrent dans les Enoncés Simples d’un Texte) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Entre as possibilidades de análise dos dados textuais no IRAMUTEQ, a utilizada pelo estudo foi o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), proposto por Reinert, em 1990, e também utilizado pelo ALCESTE, no qual os segmentos de texto são classificados por seus respectivos vocabulários, repartindo o seu conjunto em função das frequências das formas reduzidas. Uma classificação estável e definitiva é obtida através do método de CHD, partindo de matrizes e cruzando segmentos textuais e de palavras, em repetidos testes do tipo chi-quadrado. O objetivo é obter classes que, concomitantemente, apresentam vocabulários semelhantes entre si e diferentes das outras classes. Tais classes são apresentadas em um dendrograma, mostrando as relações entre elas. Outra forma de apresentação dos resultados é através de uma análise fatorial de correspondência feita a partir da CHD (Análise Pós-Fatorial), que expõe em um plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis articuladas às classes dadas pela CHD (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRAMUTEQ e seu método de CHD operam com rigor estatístico, com base na coocorrência de palavras em segmentos de texto, pressupondo que o uso de campos léxicos diferentes identifica campos semânticos específicos, assim a utilização de um determinado vocabulário pode apontar para uma maneira de pensar um objeto. Dessa forma, é possível avaliar a relação entre os conteúdos e as características das unidades de significação (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). É necessário que o *corpus* seja monotemático e tenha uma coerência e que seja volumoso o suficiente para considerar o elemento estatístico (CAMARGO; JUSTO, 2013).

As entrevistas realizadas formaram três *corpora* distintos, cada um referente a um grupo e contendo todas as entrevistas por grupo. Tais *corpora* foram preparados como o software instrui e lançados no sistema para análise. É recomendado pelo criador do programa que os dados sejam usados com confiança, é preciso que, em cada *corpus*, mais de 65% das unidades textuais façam parte das classes que ele propõe. Todos os resultados obtiveram valores significativos, permitindo à autora se debruçar sobre as classes e tentar compreender os conteúdos das entrevistas (ver APÊNDICES D, E e F).

Tendo em vista que a pesquisadora realizou uma leitura prévia de todo o material, percebeu-se, contudo, que existiam ainda mais elementos passíveis de análise que os fornecidos pelo software. Portanto, os dados do IRAMUTEQ foram utilizados como “pano de fundo” para a análise de conteúdo subsequente, possibilitando à autora mais uma gama de informações no processo de reflexão sobre os dados obtidos. As classes fornecidas pelo dendrograma foram tomadas como grandes indicadores de análise, as quais apontavam para possíveis objetos integrantes dos sistemas de representações sociais construídos e os conteúdos das representações sociais a eles articulados.

Assim, subsequentemente, em todo o conteúdo se buscou aprofundar a interpretação dos sentidos, referenciada principalmente na técnica de análise temática de conteúdo, qualitativa, desenvolvida por Bardin (1977/2009). Essa se configura como um conjunto de técnicas que intenta realizar inferências sobre os contextos de produção de mensagens específicas e suas reverberações em determinada realidade. Ela tem duas funções a se destacar, por permitir que se verifiquem hipóteses e/ou questões elaboradas previamente sobre o objeto de estudo; e por possibilitar o acesso ao que não está exposto nas falas dos participantes. É baseada em operações de desmembramento do texto em unidades e posterior categorização, a partir de critérios previamente definidos.

Em respeito a questões éticas que asseguram o anonimato dos sujeitos entrevistados, eles foram identificados como sujeito x.y. O x alude ao grupo de que o sujeito faz parte (1 referente ao Grupo 1, 2 referente ao Grupo 2, e 3, ao Grupo 03; e o y está relacionado a um número que foi dado ao sujeito, por ordem alfabética).

Após a transcrição das entrevistas, a autora identificou no material tudo o que se referia à “obesidade”, que é o centro da investigação, no intuito de apreender qual a representação social construída pelos sujeitos de cada grupo sobre esse objeto. A partir dessas, o esforço se deu em compreender quais outros objetos eram apontados pelos elementos constituintes da RS de obesidade. Essa compreensão não se deu de maneira imediata, exigindo um contínuo movimento de “ida e volta” ao material, para que se pudesse concluir quais objetos comporiam um SRS sobre a obesidade.

Foram considerados também os resultados do IRAMUTEQ e os objetos e conteúdos que ele indicava em seu dendrograma, além da comparação com a hipótese inicial, baseada na literatura sobre o tema, sobre a forma como o SRS estaria composto e organizado. O propósito, em seguida, foi “desenhar” o SRS como um esquema, mostrando quais objetos realmente o formariam e as relações entre eles. Aqui vale ressaltar que, no presente estudo, não foi focado quantificar ou dimensionar numericamente tais relações entre os objetos, dado o caráter qualitativo da pesquisa, a quantidade de participantes entrevistados e a abordagem culturalista das representações sociais, a qual se debruça sobre os processos e produtos pelos quais os sujeitos constroem e dão sentido aos fenômenos sociais. Serão apresentados cada objeto integrante dos SRS elaborados pelos grupos estudados, seus elementos constituintes e comuns, seus processos de formação e como eles se articulam entre si.

## 4.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente serão apresentados os dados resultantes do Estudo A e a discussão desses, de forma a tentar compreender os saberes construídos pelos grupos em questão para dar sentido à obesidade, a partir das práticas sociais de cada um dos grupos para lidar com o fenômeno. Serão relatados e discutidos os sistemas de representações sociais referentes a cada grupo, os objetos que fazem parte dos SRS, suas representações e a forma como eles se relacionam. Na sessão seguinte, serão retomados os sistemas de representações sociais de obesidade de cada um dos grupos, para que se possa analisar e discutir as diferenças entre eles.

### 4.2.1 O Grupo 01

Esse grupo foi formado por sujeitos obesos que não tinham nenhuma prática para perda ou controle de peso nem eram acompanhados por serviços de saúde/profissionais de saúde voltados para o tratamento da obesidade. Esta seção está dividida de maneira a apresentar o SRS formado pelo grupo sobre a obesidade, seus objetos e as relações entre eles; e as representações sociais elaboradas sobre cada objeto, seus processos de ancoragem e objetivação e a relação daquelas com as práticas sociais do grupo. É válido dizer que as discussões sobre os resultados deste grupo serão mais densas e longas, visto que é o primeiro contato que o leitor tem com todo o conteúdo sobre a temática. As demais seções, relativas aos Grupos 02 e 03, tendem a ser mais curtas.

#### 4.2.1.1 O Sistema de Representações Sociais

Esta análise, como já dito, iniciou-se pelo IRAMUTEQ, que considerou os conteúdos das entrevistas e o dividiu em classes distintas, que serviram de norteador para a análise de conteúdo, técnica desenvolvida por Bardin (1977/2009). No Grupo 01, a CHD fornecida pelo software mostrou quatro classes (ver APÊNDICE D). A Classe 02 foi a mais numerosa e geral e trazia palavras que remetiam à percepção que os entrevistados têm em relação ao obeso, basicamente se ele é saudável ou doente, bonito ou jovem e o que a sociedade pensa sobre ele. A Classe 04 se refere à trajetória do corpo do obeso, seus processos de ganho e perda de peso. A Classe 03 traz elementos relacionados ao exercício físico e a Classe 01, à alimentação. Aprofundando a análise, tais classes aparecem como o contorno dos blocos de sentido que compõem a representação social de obesidade construída pelo grupo. E cada um desses blocos parece se relacionar com um objeto social que compõe o SRS do fenômeno. A figura a seguir ilustra tal SRS e as relações entre os objetos.



**Figura 1: Sistema de Representações Sociais da obesidade construído pelo Grupo 01**

No centro da figura, está o objeto “*obesidade*”, pois ele é o fenômeno em estudo e em torno do qual todos os outros objetos se articulam, possibilitando uma compreensão mais aprofundada e completa dele. Ao redor de “*obesidade*” se encontram os quatro blocos de sentido que compõem sua representação social e eles foram nomeados como (em sentido horário, começando pelo lado esquerdo): “*a trajetória do corpo*”, “*a obesidade objetivada*”, “*as práticas sociais*” e “*a obesidade ancorada*”.

Aqui, o primeiro bloco traz a *trajetória do corpo* dos sujeitos, em sua condição de obesidade, suas histórias familiares, o histórico de ganho e/ou perda de peso ao longo da vida e eventuais limitações e incômodos que sentem por serem obesos (a Classe 04 da CHD traz elementos desse bloco); o segundo é referente à *obesidade como ela é objetivada*, seu conceito, sua condição ou não de doença, suas características e o que a sociedade pensaria sobre a obesidade (a Classe 02 remete a esse bloco); o terceiro bloco compreenderia as *práticas sociais relativas à obesidade* e, conseqüentemente, ao ganho e à perda de peso, como as condições que influenciam o engordar e o emagrecer, e as estratégias utilizadas para perder ou controlar o peso (atuais ou passadas, ideais ou realizadas - as Classes 01 e 03 têm a mesma ideia desse bloco); e o último bloco versaria sobre a *obesidade ancorada*, ou seja, sobre em que as redes de significação o grupo insere o objeto e onde e com quem eles acessam as informações sobre a temática.

Seguindo, ao redor de tais blocos, ligados a eles, estão os demais objetos do SRS em questão. Ao bloco da “*trajetória do corpo*” se liga o objeto “*corpo*”, ao versar sobre a construção dos corpos dos participantes, ao longo das suas vidas, na presença ou não da obesidade. Percebeu-se que tal condição perpassa todo o conceito de si que o sujeito elabora, como o excesso de peso fosse o traço mais relevante em sua autoimagem e identidade.

Ligam-se ao bloco “*obesidade objetivada*” os objetos “*saúde/doença*” e “*beleza*”. O binômio saúde/doença atua na representação que o grupo tem da obesidade, em sua conceituação primeira e que orienta boa parte das práticas sociais relativas a ela, a sua classificação ou não como doença. Essa díade aparece de maneira muito forte e significativa no SRS também por se ligar ao objeto “*alimentação*”, pois as práticas alimentares trazidas pelo grupo têm, como um dos objetivos primordiais, a promoção, manutenção ou restabelecimento da saúde, além da ligação desse com o Transtorno de Compulsão Alimentar, bastante enfatizada pelo grupo.

Já o objeto “*beleza*” se liga a esse bloco porque o grupo elenca as características físicas da obesidade e um de seus aspectos se refere à obesidade ser considerada como pouco

agradável esteticamente. Ele se relaciona também à “*beleza*” pelo fato das representações sociais de beleza do grupo, e da sociedade como um todo, compreenderem um padrão corporal baseado na magreza, oposta ao apresentado pelo indivíduo obeso.

O objeto “*alimentação*” liga-se ao bloco “*práticas sociais*” ao surgir como a principal prática desenvolvida pelo grupo em relação à obesidade. Apesar de o fenômeno ser compreendido como multifatorial, a alimentação e os exercícios físicos inadequados aparecem como os causadores da obesidade, ao mesmo tempo em que são defendidos como a melhor estratégia para perder peso. Contudo, apenas a alimentação foi considerada como objeto social, por sua polissemia e polêmica, mas tal reflexão será apresentada posteriormente.

Por fim, ao bloco “*obesidade ancorada*” se ligam todos os objetos do sistema, pois a representação social de obesidade criada pelo grupo se ancora nas RS dos demais objetos. Adiantando, esse bloco leva ao Estudo B, que se deteve sobre uma das fontes de informação mais citadas pelos participantes, os profissionais de saúde que trabalham com a temática da obesidade, e será relatado no próximo capítulo. Os objetos, suas representações e elementos aparecem tão imbricados entre si que não foi simples separá-los para apresentar didaticamente ao leitor. A seguir, serão apresentados cada um desses objetos, seus elementos constituintes e as relações que eles estabelecem entre si.

#### 4.2.1.2 Os Objetos Sociais e suas Representações Sociais

A discussão dos resultados desta sessão será apresentada em tópicos referentes aos principais sentidos atribuídos aos objetos sociais integrantes do SRS descritos acima. Tais sentidos foram divididos em categorias, cada uma sobre uma faceta da representação do objeto elaborada pelo grupo e que, por isso, podem ser distintos entre si, compreendendo elementos diferentes a depender do grupo.

##### 4.2.1.2.1 A Obesidade

Sobre os sentidos dados à obesidade, a partir dos dados fornecidos pelo IRAMUTEQ e após a Análise de Conteúdo realizada, como já dito, entendeu-se que eles se agrupam em quatro grandes blocos. Esses blocos são comuns aos três grupos, mas se diferenciam em função dos conteúdos de cada bloco e das relações que esses estabelecem com os demais objetos do SRS. Eles serão discutidos nos tópicos a seguir.

#### 4.2.1.2.2 A Trajetória do Corpo

Como já dito, esse bloco se liga diretamente ao objeto “*corpo*”, na medida em que ele fala sobre como se constituíram os corpos dos sujeitos ao longo das fases da vida, com a presença ou não da condição de obesidade. A maneira como se entende e se relaciona com o corpo é uma construção contínua e pode variar a depender do tempo que a pessoa convive com o fenômeno. Assim, a dimensão da experiência tende a ser um fator importante, como o postulado por Jodelet (2005), pois ela constitui os sentidos que os indivíduos dão ao seu entorno e a si mesmos.

A maioria do grupo afirma que não teve a infância ou a adolescência marcada pela obesidade. Eles contam ter começado a ganhar mais peso na juventude, devido ao estilo de vida “obesogênico” que tiveram, com baixa frequência de exercícios físicos e dieta pouco balanceada, principalmente pela intensa rotina de estudos e/ou trabalho. O casamento e formação da família também foi um motivo listado para a engorda, justificando a falta de tempo e a negligência em realizar atividades voltadas à própria saúde (como exercícios, acompanhamento médico e preparação de alimentos), pois o cônjuge e/ou os filhos exigiam muita atenção e dedicação, como visto nos relatos: “Eu aumentei com a gestação, aí depois você deixa de fazer as coisas que você fazia antes por causa de filho. Aí você se priva. Eu me dediquei muito aos meninos, até hoje eu me dedico muito a eles, aí você esquece de si e passa” (suj. 1.1);

Aí quando casa, você já se acomoda mais. Sente uma estabilidade. Principalmente quando vem filho. Que a gente teve filho, vamo dizer assim, rápido. Aí você tem que dar. Acaba o casal se doando para o filho. Aí as atividades têm que ser as que você pode levar o filho. E o marido que é participativo, ele ajuda a esposa. Então ele divide o tempo e acaba ficando sem tempo” (suj.1.2);

Tais justificativas estão em consonância com as já mencionadas mudanças no estilo de vida que a sociedade contemporânea vem apresentando, com muitas demandas sociais de trabalho e/ou familiares, fazendo com que muitas pessoas tirem a atenção de si mesmas e a direcionem para cumprir as expectativas sociais. O tempo têm sido cada vez mais racionado, o que acaba por estimular o consumo de alimentos industrializados, pela sua praticidade, mas aumenta a ingestão calórica. Além disso, a automação do trabalho, trazida pela revolução industrial, tem deixado as pessoas cada vez mais sedentárias, ao mesmo tempo em que aumenta suas cargas de trabalho (ABESO, 2016).

Apenas dois sujeitos disseram vivenciar a obesidade desde a infância. São eles os que parecem lidar melhor com sua condição de obeso, pois referem menos dificuldades em lidar

com ela, tanto quanto à própria exigência em emagrecer (são os que dizem querer perder menos peso) como às limitações ou incômodos que o corpo traria, pois não referem limitações ou incômodos significativos. Eles relatam ainda que também têm familiares em primeiro grau que são obesos (como pais e/ou irmãos). Tal dado mostra que esses sujeitos trazem um grau importante de aceitação em relação ao seu corpo, e isso pode ter influência pela trajetória desse corpo, que sempre esteve, ao menos, acima do peso dito ideal, permeando toda a formação da autoimagem e do autoconceito do sujeito (CAMARGO, JUSTO, JODELET, 2010).

A autoimagem e o autoconceito são perpassados também por como se vê o corpo das pessoas que compõem o contexto social dos indivíduos, pois esses tendem a atuar sobre os referenciais adotados do que é típico ou atípico. É na mediação com o outro que o participante vai constituindo sua identidade, atribui valores, se diferencia e é na família em que isso primeiro acontece (BERGER; LUCKMANN, 1985/2004). Nesse sentido, a maioria dos sujeitos desse grupo tem histórico expressivo de obesidade na família, fazendo com que o componente hereditário seja bastante forte neste grupo, como se vê nas falas: “Todo mundo é gordinho. Sempre escapa um ou dois, mas 80% é gordinho” (suj. 1.3); “é, também tem esse fator. Tenho muitos familiares gordinhos, meu pai, meu irmão” (suj.1.5).

Conforme dito anteriormente, a forma como o corpo vai exercer seu balanço energético e estocar gordura e nutrientes tem influência genética, ou seja, não depende apenas dos hábitos desempenhados individualmente (ABESO, 2016). Marques-Lopes (2004), em seu estudo de revisão, mostrou que pesquisas indicam que entre 40% e 70% do fenótipo característico da obesidade tinha influência hereditária. Sabe-se que obeso tem mais apetite, produz e armazena gordura com mais facilidade, mas elimina menos calorias e gordura, e as condições para que isso aconteça são multifatoriais (NUNES *et al.*, 1998).

Diversos estudos mencionados, como os encontrados por Coradini, Moré e Scherer (2017), também em sua revisão integrativa, mostram a grande influência da família no desenvolvimento da obesidade, desde a infância, seja pela herança genética que os sujeitos carregam de seus familiares, principalmente quando os pais também são obesos; suas concepções de infância saudável, as quais remetem à corpulência e força e rechaçam biótipos mais magros; e práticas de cuidados desempenhadas, que estimulam a alta ingestão alimentar e a preferência por comidas com mais “sustância”. Dessa forma, o indivíduo pode ser inserido em um ambiente obesogênico já nessa fase, criado pela família.

Sobre o histórico de perda ou ganho de peso, a maioria dos sujeitos diz que já chegou, em algum momento da vida, a emagrecer significativamente (mais de 10 Kg). Dois deles contam serem vítimas do “efeito sanfona”, engordando e emagrecendo sucessivamente, como no relato:

Eu digo, é aquela montanha-russa, né? (...) Desde muito tempo, eu perdia, assim, 10 Kg, aí engordava uns 10 Kg de novo. Do ano passado mesmo, até fevereiro eu emagreci quase 10 Kg, aí ganhei os 10 Kg de novo, engordei até um pouquinho mais. Aí fica nesse efeito sanfona mesmo (suj. 1.6).

Dados da OMS (2003a) indicam que aproximadamente 95% das pessoas obesas que fazem tratamento para emagrecer voltam a engordar. Contudo, apesar de muito comum em pessoas acometidas pela obesidade, o tal efeito pode trazer prejuízos à saúde, como comprometimentos cardíacos e hepáticos, pela sobrecarga metabólica que causam ao corpo. O “efeito sanfona” pode acontecer devido à dificuldade de manter rotinas muito rígidas de dietas, exercícios e/ou medicamentos a longo prazo, na tentativa de subverter, muitas vezes, o acúmulo e a distribuição de gordura corporal de cada pessoa, com grande influência genética (WILLIAMSON, 1996 *apud* ANDRADE; MENDES; ARAÚJO, 2004, BARBOSA-DA-SILVA *et al.*, 2014). Dois sujeitos dizem que nunca emagreceram de maneira significativa antes, como exemplifica o relato: “Não, sempre fui mais gordinho. Eu ‘tô’ um pouquinho acima do que eu normalmente estive, mas sempre fui mais acima” (suj. 1.5).

A dimensão da experiência pessoal em relação ao objeto e às suas práticas sociais volta a ser percebida quando os sujeitos falam de seus desejos ou planos futuros em relação ao peso. De maneira geral, quem já chegou a ter uma perda importante de peso diz ter mais vontade de voltar a perder. Isso ocorreria por eles já terem tido a vivência de ter um corpo mais aceitável socialmente, permitindo que fossem valorizados por isso e considerassem que se sentem bem assim. Eles saberiam ainda que emagrecer é possível, pois já teriam conseguido antes, entendendo o processo como mais factível. Por outro lado, os dois sujeitos mencionados anteriormente que nunca estiveram fora da condição de sobrepeso/obesidade admitem que até desejariam perder algum peso, mas, comparativamente aos demais, esse volume é menor, como já dito (uma média de 10 Kg contra uma média de 15 Kg dos primeiros sujeitos citados). A aparente melhor aceitação desses sujeitos ao próprio corpo pode explicar essa diferença, ou ainda eles podem encarar como muito dificultoso o processo de perda/manutenção de peso, sentindo-se desestimulados a tentar.

Quanto às eventuais limitações que os sujeitos experimentam por causa da obesidade, praticamente todos eles relataram que se sentem demasiadamente cansados nas atividades cotidianas e acham que o excesso de peso tem relação direta com a fadiga e falta de

disposição. Além desses, foram citadas dores no corpo, dificuldades para dormir e taxas metabólicas alteradas. Melo (2011), ao dissertar sobre as doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade, aponta estudos como *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe* e o *Swedish Obese Study*, os quais sugerem que a sobrecarga causada pelo peso elevado diminui a resistência física, provocando incapacidade funcional.

Haveria também ligações entre a obesidade e o aumento de apneia do sono e ronco, principalmente em homens, o que pode trazer prejuízos ao sono e desenvolver outras patologias, como hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e arritmias noturnas. Além desses, evidencia-se o aumento da prevalência do diabetes tipo 2, o que incluiria a obesidade, segundo os médicos, como um fator de risco cardiometabólico, como se pode ver: “Você anda um pouquinho mais do seu limite, eu já canso. Subir escada, eu não consigo subir escada, nem um andar, porque eu canso. Às vezes, você vai até botar uma calça, uma bermuda e o fato de você se esforçar um pouco mais, cansa” (suj.1.1); “(...) me limita muito em algumas coisas. Como eu te disse, a questão de dormir, do ronco” (suj. 1.6).

Praticamente todos os sujeitos disseram ter incômodos com o acúmulo de gordura na região abdominal (barriga e cintura) e que isso modifica a silhueta corporal, sendo considerado esteticamente desagradável por eles. Eles afirmam que gostariam de mudar isso em seu corpo, se pudessem, como nas falas: “Minha barriga. Se eu pudesse, eu tirava. Fazia a cirurgia. É que eu não tenho coragem. Mas tem gente que faz, né? Lipo, lipoescultura, essas coisas. Se eu pudesse, eu faria. Tirava a gordura e a barriga” (suj.1.1); “perder a barriga, que ninguém gosta de ser barrigudo, né. E no homem é perigoso. Nessa idade, por conta da questão do coração, né” (suj.1.2); “os pneuzinhos. O que me incomoda é isso aqui. Eu sentar e parecer um pudim. Aí cai pelos lados. Saindo esse aqui eu já fico feliz, já era suficiente” (suj.1.3).

Contudo, todos eles trouxeram a dimensão estética da questão, não a dimensão de saúde. Como já dito, a obesidade do tipo abdominal é a considerada, pelos estudos, a mais perigosa, por depositar gordura nos órgãos viscerais, causando doenças como esteatose hepática (COUTINHO (coord.), 1999). Somente um sujeito diz não sentir incômodo algum com seu corpo, e que o desejo de perder algum peso residiria no desejo de sentir-me menos cansado e indisposto apenas.

A queixa sobre a “barriguinha” parece ser comum a homens e mulheres, apesar de suas particularidades em relação aos ideais de beleza para cada gênero. Santos (2008)

observou em sua pesquisa sobre o corpo, o comer e a comida, na cidade de Salvador, na Bahia, que as mulheres entrevistadas diziam focar mais os exercícios físicos na metade inferior do corpo (pernas e bumbum), enquanto os homens preferiam hipertrofiar a metade superior (braços, costas e o peitoral). Mas todos os participantes disseram que se preocupavam também com o abdômen. Para a autora, um abdômen flácido e volumoso é um símbolo de decadência e de perda da juventude, pois remeteria à imagem da velhice decrepita e inútil que ninguém quer corroborar atualmente.

Contudo, Santos (2008) ressalta que a meta de manter a barriga “seca” ao longo da vida é bastante difícil de ser alcançada, devido às características naturais da composição e distribuição corporal que privilegiam o acúmulo de gordura nessa área. No caso das mulheres, isso é ainda mais acentuado, pelas alterações ocasionadas em eventuais gestações, que incluem diástase abdominal e perda de colágeno na pele. Os exercícios físicos e as dietas atuam para a diminuição global da gordura corporal, mas a própria ciência não sabe determinar qual a efetividade na perda de gordura localizada. Já a mídia tende a explorar a imagem da barriga como algo ausente, ou seja, sempre apresentando modelos com barrigas “chapadas” ou até “negativas” e continuamente propagandeando soluções diversas para eliminar ou diminuir a circunferência abdominal.

#### 4.2.1.2.3 A Obesidade Objetivada

Para o Grupo 01, em seu esforço de transformar o abstrato em concreto a partir da construção de um núcleo figurativo, a obesidade seria definida como uma condição adversa à saúde, a qual suscita riscos ao sujeito acometido, por estar associada a doenças e/ou limitações. Todos os sujeitos falam sobre saúde e doença quando questionados acerca do que pensam sobre a obesidade. Isso evidencia o quanto o conceito de obesidade está relacionado com o objeto “saúde/doença” que compõe o SRS em voga. O grupo conceitua a obesidade ancorando-as em suas noções prévias de saúde e doença. Essas, por sua vez, podem ser ou não oriundas dos conhecimentos científicos e dos interesses de cada grupo para manter sua identidade, como será visto mais adiante.

Segundo o grupo, a obesidade poderia ter múltiplas etiologias, que variam entre as pessoas: em uma *dimensão fisiológica*, seria influenciada pela herança genética; em uma *dimensão comportamental*, o estilo de vida seria determinante no aparecimento da obesidade; e em uma *dimensão mental*, a condição seria causada pela existência de uma compulsão alimentar. Os sujeitos mencionam uma ou mais condições acima quando falam sobre as

origens da obesidade, como pode ser visualizado nas falas a seguir: “Se vem dos pais, dos avós, né? Que eram assim e a pessoa tem essa herança. Aí não é doença (suj. 1.4);

Pode ser que, em certas pessoas, seja compulsivo, seja doença, e em algumas não. No caso da pessoa até, “eu quero fazer, eu quero perder”, mas não consegue. Eu acho que é assim. Eu acho que depende das pessoas. Eu acho que tem muito psicológico, tem muito do dia a dia dela. Não sei, eu acho que é assim (...) Eu acho assim, quando não é uma doença, eu acho que a pessoa não se cuida. Não está se preocupando com a saúde (suj.1.1).

A definição de obesidade como doença, para esse grupo, varia a partir da etiologia da condição. Caso a obesidade seja causada por uma compulsão alimentar manifesta no sujeito, ela seria uma doença. Mas se ela ocorrer pelo estilo de vida desenvolvida pela pessoa ou for originária de uma herança genética, ela não seria uma doença, mas sim uma condição ou uma característica individual. E em todos os casos, eles convergem ao compreender que a obesidade predisporia o aparecimento de doenças, colocando a saúde em perigo, caso seja levada ao extremo. Esse é o único grupo que diferencia a obesidade quanto à sua condição de doença considerando a sua etiologia. Tal percepção indica que, para o grupo, a obesidade, para ser doença, deve ser causada por outra doença, nesse caso uma de natureza mental, a compulsão alimentar. E eles não trazem exemplos de outras patologias que poderiam causar a obesidade.

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2017), o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) consiste na ingestão, em dado período de tempo, de uma grande quantidade de alimento (rapidamente, até sentir-se desconfortavelmente saciado, mesmo sem fome, com vergonha e/ou com culpa), acompanhado da sensação de não ter controle sobre tal ingestão. Os episódios compulsivos devem ocorrer, ao menos, uma vez por semana, por três meses. O sofrimento pela condição é uma marca indissociável do quadro de compulsão. Sua prevalência entre a população americana é de 1,6% nas mulheres e 0,8% nos homens. Tal transtorno ocorre em pessoas de peso normal ou em pessoas com sobrepeso/obesidade. Apesar de constantemente associado ao sobrepeso e à obesidade, a maioria dos indivíduos acometidos por essas não se envolvem em episódios de compulsão alimentar recorrentes.

Já o estilo de vida do sujeito é compreendido como algo resultante de suas próprias escolhas, em um âmbito estritamente individual. Então, nesse caso, quando a obesidade é causada pela falta de autocuidado, não seria alçada à categoria de doença. E, por fim, ao ser fruto da hereditariedade, a tendência a engordar seria um traço da pessoa, como uma

característica, o que exigiria dela atenção e práticas redobradas ao longo da vida para não se transformar em uma obesidade, incluindo tal fator também em um âmbito individual.

De acordo com tais critérios, os sujeitos do grupo não se consideram doentes, pois nenhum deles relaciona a sua obesidade à compulsão alimentar. Todos eles dizem ter ganhado peso pelo estilo de vida que adotaram, com uma rotina de vida muito atribulada pelo trabalho e pela família, além da dificuldade de aderirem a uma dieta balanceada por gostarem bastante de alimentos hipercalóricos. De fato, nenhum deles refere, em suas falas, ser ou sentir-se doente por ser obeso.

Apenas um sujeito acrescenta ao seu ganho de peso o fator da iatrogenia farmacêutica, pois desde a infância faz uso de medicações corticoides para tratamento de asma, como no relato: “Passei por um tratamento que usava muito corticoide. Então eu engordei. Então, até meus 15 anos, 16 anos, eu era acima do meu peso (...) O peso que eu engordei foi o peso dos remédios que eu tomava” (suj.1.1). Nesse sentido, estudos mostram que o uso prolongado de medicações dessa natureza pode aumentar a retenção de líquido e o apetite, assim como influenciar na redistribuição da gordura corporal, concentrando-a principalmente no abdômen (PETERSON, 2004 *apud* LONGUI, 2007).

Há ainda uma questão a ser refletida sobre a nomeação do objeto “obesidade” e se o sujeito se considera obeso. Conforme previsto no roteiro, eles são questionados sobre como se classificariam em uma escala de peso, podendo se perceberem como sujeitos com baixo peso, peso normal, sobrepeso ou obesidade. Como já dito, todos os sujeitos participantes do estudo são considerados obesos, de acordo com o cálculo do IMC, variando apenas o grau de obesidade, em I, II ou III. Contudo, metade dos sujeitos do Grupo 01 não se considera obesa, mas sim com sobrepeso, enquanto a outra metade diz estar em situação de obesidade, realmente, como nas falas a seguir: “Eu acho que eu já ‘tô’ com sobrepeso. Muito alto” (suj.1.2); “Eu ‘tô’ obeso, eu tenho consciência disso” (suj.1.3).

Isso pode indicar que, para muitas pessoas, o obeso ainda é identificado como aquela pessoa com grande volume de gordura corporal, a qual sofre de diversas limitações e comorbidades, como dificuldades de locomoção e várias doenças cardíacas, metabólicas, endócrinas, ósseas e/ou musculares associadas, o que seria de importante gravidade para a vida da pessoa. Uma pessoa que não apresenta tais sintomas ou sinais não se sente doente, mas também não seria considerada magra, seria apenas “gordinha”, ou estaria acima do peso, com sobrepeso.

Percebe-se em tais sujeitos entrevistados não se nomeiam como obesos, pois diferenciam seu estado atual dessa situação extrema que, para eles, seria o sinônimo de obesidade, visto que eles não vivenciam grandes riscos iminentes à saúde. Isso fica notório quando, por exemplo, eles dizem que fariam a cirurgia bariátrica apenas se estivessem com obesidade mórbida, ou seja, se estivessem em uma situação muito perigosa de doença e que apenas a cirurgia os tiraria do risco de morrer, como nos recortes de fala: “Então, cirurgia, em último caso. No meu caso, eu faria em último caso” (suj.1.1); “Olhe, cirurgia é o extremo. Quando você já está no limite no seu emocional, quando você vê na cirurgia aquele milagre que vai acontecer” (suj.1.2); “Mas cirurgia para mim só se eu tivesse obesidade mórbida, e só tem que fazer a cirurgia” (suj.1.3). A palavra “obesidade”, para essa parcela do grupo, vem acompanhada de outra palavra, “mórbida”, como se a obesidade fosse apenas desse tipo, do grau III. Eles consideram os demais tipos, os graus I e II, como equivalentes ao sobrepeso, por não causarem tanto prejuízo na vida cotidiana.

Podem estar envolvidos nesse cenário duas situações. A primeira estaria relacionada ao estigma que a gordura tem na sociedade e à resistência que as pessoas podem ter em assumirem estar nesse lugar, que é julgado negativamente e marginalizado. É comum observar a evitação à palavra obeso, seja para referir-se a si próprio ou aos demais. Muitas vezes são utilizados adjetivos substitutivos como “gordinho”, “cheinho”, “fortinho”, “parrudo” ou outros advérbios de modo como “estar acima do peso” ou “estar com sobrepeso”. Por exemplo, a Revista “Boa Forma” não nomeia, em suas reportagens sobre moda e corpo, as modelos *plus size* como tal, mas utiliza as expressões “modelos com curvas”, ou “tops curvilíneas”<sup>12</sup>. Prefere-se o emprego de tais expressões para falar sobre uma pessoa na tentativa de que não soe como uma ofensa, pois chamar alguém de obeso seria o mesmo que chamar de relaxado, negligente, preguiçoso, descuidado, indisciplinado e irracional, sempre no sentido de desqualificar o indivíduo baseado em uma única informação sobre ele, seu peso.

A segunda situação se refere à falta de conhecimento formal ou sobre si mesmo. Os sujeitos podem não ter acessado as informações exatas sobre os critérios utilizados pela Medicina para categorizar a obesidade. E assim, de fato, não sabem a diferença entre as faixas de peso e suas classificações, de acordo com o IMC, como visto na fala seguinte: “Eu estou em grau 1, se não me engano. Sobrepeso né” (suj.1.6). É comum a veiculação na mídia de

---

<sup>12</sup> Disponível em <<https://boaforma.abril.com.br/estilo-de-vida/modelos-com-curvas-apareceram-27-vezes-na-nyfw-um-recorde/>>. Acesso em: 03 out. 2019.

casos sobre obesos mórbidos e suas tentativas de saírem dessa condição e restabelecerem a qualidade de vida, por meio de reportagens ou *reality shows*. As pessoas só se interessam em acompanhar processos de perdas massivas de peso, pois a mudança de vida originárias desses emagrecimentos seriam bem mais significativas que as causadas por perdas de 5 Kg ou 10 Kg, que é a média do Grupo 01 (9,5 Kg). Isso influenciaria os telespectadores a associarem a obesidade, de uma forma geral, apenas a casos extremos de obesidade mórbida.

Ademais, elas podem também não estar acompanhando com precisão a evolução do seu peso e não terem percebido que já estariam na faixa da obesidade. Contudo, no caso do grupo em tela, quando questionados sobre seu peso e sua altura, todos pareceram estar cientes do seu peso com alguma exatidão, o que levaria a crer que a sua autoexclusão da categoria “obesidade” se daria por entraves em se admitir obeso ou por desconhecimento dos critérios utilizados para tal.

Para grande parte das ciências da saúde, a obesidade é uma doença, mesmo que o sujeito não se sinta assim. Pensou-se inicialmente que considerar a obesidade dessa forma teria relação direta com as práticas desenvolvidas pelos sujeitos desse grupo para lidar com a obesidade, porque tornar algo uma doença tende a desresponsabilizar, ao menos em parte, o sujeito por sua condição, na medida em que seu aparecimento pode estar condicionado também ao acaso. Nos estudos que refletem sobre doenças mentais, é muito comum os sujeitos por elas acometidos relatarem grande alívio quando são diagnosticados, pois esse nomeia um estado alheio ao sujeito e dá a ele um referencial externo para algo que ele desconhecia e não sabia lidar.

Nomear um estado mental como doença legitima o existir do sujeito e o coloca em um lugar reconhecido pela ciência e pela sociedade, o de vítima, além de tirar dele a ideia de que o sofrimento era causado exclusivamente pelas suas posturas e ações no mundo. Na pesquisa, já citada, de Correia (2015), os pais de crianças com TDAH explanavam que o momento de diagnóstico de seus filhos foi permeado por alívio, devido ao respaldo que eles sentiram quando foi explicado que o complexo comportamento das crianças não se devia a sua má maternidade ou paternidade, mas a um distúrbio neurobiológico.

Hipotetizou-se que internalizar a existência de uma doença poderia levar os sujeitos a aceitarem melhor seus corpos obesos, na medida em que eles poderiam exigir menos de si mesmos em relação às práticas de perda e controle de peso, por terem sido acometidos por fatores também externos à sua vontade e que dificultariam muito o caminho para se alcançar um corpo magro, dentro do padrão, mesmo que eles não tenham sintomas mórbidos em sua

condição de obesidade. Não foi o que aconteceu no Grupo 01. Justamente por não se considerarem doentes, e a metade nem se entende como obesa, eles dizem ser possível emagrecer caso adotem novas práticas de perda e controle de peso, embora não tenham, de maneira geral, pretensões de ficarem magros, mas apenas diminuam as limitações e incômodos que sentem, assim como o risco para o surgimento de outras doenças no futuro.

Pode-se perceber, nesse grupo, a *função justificadora* e a *função identitária* das representações sociais. O grupo compreende a obesidade como doença ou não a partir da sua etiologia, e determina sua gravidade baseado no grau de limitações e riscos que ela acarreta. Assim, não se incluir no rol dos doentes influencia os sujeitos a não se submeterem a tratamentos de saúde para emagrecimento ou controle de peso, justificando sua prática de não empregarem estratégias para tal. Além disso, não se reconhecerem como doentes pode aliviar o pesado estigma que eles já carregam por serem obesos, ao não atribuir mais um traço negativo. Dessa forma, ao se sentirem ameaçados pelo objeto “doença”, o grupo constrói uma representação sobre si que possa manter sua coesão e uma identidade positiva frente a outros grupos, especialmente aos obesos mórbidos, eles sim, doentes.

Em relação ao que caracterizaria a obesidade, o grupo traz elementos diversos, que se agrupam em características *físicas*, como a presença de gordura excessiva (distribuída pelo corpo ou localizada em alguma área específica) e marcas como estrias e celulites, como exemplifica o participante: “É gordura, celulite, estria, tudo isso” (suj.1.6). Esse conjunto tornaria a pessoa obesa menos atraente fisicamente, ponto esse que se articula com o objeto “*beleza*”, como já mencionado. A gordura tem sido fortemente associada à feiúra e considerada como um aspecto que deve ser eliminado a todo custo. Mesmo em pessoas sem sobrepeso ou obesidade, observa-se a ojeriza que se tem a ela, resultando em inúmeras práticas direcionadas para a sua eliminação, como exercícios, dietas e procedimentos estéticos cirúrgicos e não cirúrgicos.

Por ser marcado pelo excesso de gordura, o corpo obeso não parece ser visualizado pelos sujeitos como digno de admiração por seus atributos físicos, ou seja, não seria cultuado como belo em uma sociedade que tem como padrão de beleza um corpo magro, bem definido e sem marcas. Contudo, para o grupo, a pessoa obesa ainda pode ser considerada bonita, caso tenha um rosto com feições agradáveis, como forma de compensar o corpo obeso. Tal ponto será retomado mais adiante, ao se discutir a representação social de beleza elaborada por esse grupo e suas articulações com a obesidade.

Seguindo, há menção também das características *fisiológicas* da obesidade, a partir do aparecimento de comorbidades como diabetes, hipertensão, comprometimentos músculo-esqueléticos (dores, inchaços, inflamações nos músculos, articulações, tendões e/ou ligamentos), distúrbios do sono, como ronco ou apneia noturna, além do risco aumentado para outras doenças, como nos trechos: “Uma pessoa obesa não tem uma saúde adequada. Já está com sobrepeso, já está acima do peso, eu penso no coração, penso nos órgãos, em si. Essa pessoa não vive bem, não dorme bem” (suj.1.1); “Doenças, desencadeia uma série de coisas, principalmente as doenças, doenças de pressão, até chegar na diabetes, e outras coisas mais...” (suj.1.4); “E também o cansaço, dores no corpo. Tem riscos, né? De infarto, né? De trombose, né? Eu tenho as pernas muito grossas, varizes, né? E aí tem esses riscos que eu acho que são os mais evidentes, o infarto e a trombose” (suj.1.6).

As ciências da saúde têm nesse ponto seu principal argumento. Ela retrata a obesidade como absolutamente limitante e perigosa para a vida e que deve ser combatida com ações, como já dito (ABESO, 2016). Assim, a Medicina toma o fenômeno para si e o normatiza de acordo com seus pressupostos, nomeando o sujeito como doente, desconsiderando outros elementos nesse contexto, pois saúde, como já dito, não significa apenas a ausência de doença (SEIXAS; BIRMAN, 2012; ALMEIDA, 2013).

As características *fisiológicas* da obesidade descritas acima suscitariam características *funcionais*, que seriam a diminuição da disposição e do ânimo para a realização de atividades do dia a dia e da capacidade para fazer exercícios físicos sistemáticos. Esses foram referidos como os principais fatores que afetam a qualidade de vida do grupo e uma das principais motivações para eventuais perdas de peso, como percebido nos relatos: “(...) essa pessoa não tem condições de fazer uma atividade física” (suj.1.1); “ Fui dar um tiro, uma carreirinha de um canto a outro, vixe.... Não ‘tá’ bom” (suj.1.3).

Os sujeitos mencionam que a obesidade pode causar doenças e que isso seria uma característica do fenômeno, inclusive, mas pouco parecem estar preocupados em ser acometidos por elas, pois não estão implicados em nenhum processo para sair da condição de obesidade. Isso pode se dever ao fato de a média de idade desse grupo ser de 37 anos, ou seja, eles ainda são jovens e não vivenciam doenças graves que poderiam ser relacionadas à obesidade. Esse grupo não parece ser, atualmente, motivado concretamente para emagrecer por não se considerar sujeitos doentes, logo, não precisam se submeter a tratamentos sistemáticos para a obesidade, seja ele de qual modalidade for, como já amplamente discutido

anteriormente. Quando eles falam sobre um eventual desejo de perder peso os motivos trazidos são basicamente estéticos, os quais serão descritos e aprofundados mais adiante.

Por fim, a obesidade teria ainda características *sociais*, sobretudo a questão do preconceito. Eles dizem que o sujeito obeso é vítima constante de preconceito, pois as pessoas tendem a responsabilizá-lo integralmente por sua condição, como se lhe faltassem os predicados necessários para que ele consiga atingir e manter o padrão ideal de corpo e, assim, sair deste grupo desvalorizado. O sujeito obeso seria muito visado pelos demais, como se seu grande volume corporal fosse uma afronta às normas sociais vigentes em relação ao peso, uma transgressão impossível de ser ignorada. Por ter o estigma da gordura, ele seria percebido como um sujeito de segunda classe, que não merece crédito ou confiança, pois se ele não consegue controlar seu peso também deve falhar em outras áreas da vida, como ilustrado nas falas: “A maioria das pessoas acha que é doença, acha que é preguiça, às vezes. Há vários estigmas envolvidos” (suj.1.5);

Até mesmo numa relação de trabalho, se você for fazer uma entrevista, você tem duas pessoas, se for homem ou mulher. Se for gorda, a magra, mesmo se tiver menos competência, quem tiver entrevistando, mesmo que subjetivamente, “essa pessoa aqui se cuida, tem mais qualidade de vida, é mais alegre, mais positiva, vai agregar aqui na minha empresa. E o que ela não tem de conhecimento, no dia a dia, ela absorve”. Já o contrário, a mulher pode ser super competente, a pessoa pode ser super competente, mas vai dizer, “pô, esse cara é preguiçoso. Eu quero uma pessoa mais dinâmica aqui. Ele vai trazer minha equipe ‘pra’ baixo”. Então ele vai ficar sempre em segundo lugar (suj.1.2).

Apenas um dos sujeitos entrevistados atribuiu à pessoa obesa traços positivos, como alegria, animação, simpatia e jovialidade. Contudo, ele afirma que tais características seriam empregadas pela necessidade que a pessoa sentiria de compensar o estigma negativo que lhe é atribuído socialmente: “Eu acho que o gordinho ele é mais animado, é mais alegre. Que como, teoricamente, ele sente essa pressão da sociedade ‘pra’ que ele se molde a uma estética que a mídia lhe impõe, ele tende a compensar isso sendo mais alegre, mais animado” (suj.1.2). Claude Fischler (1995), em sua extensa obra sobre o corpo e suas transformações históricas, postula que também é possível que o indivíduo com excesso de peso seja percebido como mais fácil de conviver, mais aberto à comunicação e à empatia que o magro. Mas acrescenta que, na nossa época, há uma verdadeira obsessão pela magreza e uma alta rejeição à obesidade.

Em uma pesquisa realizada na França, Fischler (1995) percebeu que havia um duplo estereótipo dos obesos, que compreendia traços como alegria, bom humor, simpatia e bom

gosto e também doença, depressão, egoísmo, irresponsabilidade e descontrole. O primeiro estereótipo seria, então, o do “obeso benigno”, e o segundo, do “obeso maligno”. Para o estudioso, no fundo, a sociedade nutre suspeita sobre o indivíduo obeso porque o corpo obeso evidenciaria, para os demais, uma violação às regras de distribuição e reciprocidade da riqueza social, no caso, a comida. Como forma de compensar esse débito e ser minimamente incluída no jogo social, a pessoa acabaria sendo empurrada a desempenhar os papéis sociais que esperam deles, como o do gordo engraçado e bonachão. E parece que, quando se emagrece, perde-se a capacidade de fazer rir ou ser o motivo da risada, porque o indivíduo pode, finalmente, desempenhar outras funções no grupo na medida em que, apenas assim, ele é verdadeiramente percebido como um membro legítimo e sem débitos. Após ter perdido mais de 60 Kg após submeter-se à uma cirurgia bariátrica, o comediante Leandro Hassum diversas vezes refutou, na mídia, as críticas recebidas de que teria “perdido a graça”, alegando que sua capacidade humorística não estava baseada apenas no seu excesso de peso<sup>13</sup>.

A obesidade seria marcada também por uma questão de gênero. Inicialmente, pensou-se que esse elemento apareceria nos conteúdos produzidos pelos grupos como um objeto de representação social, integrante do SRS da obesidade. Contudo, por mais que praticamente todos os sujeitos entrevistados mencionem, em algum momento de suas falas, essa questão de gênero, considerou-se que as noções de homem e mulher construídas e compartilhadas pelos grupos não atuam diretamente na forma como eles entendem a obesidade, pois essa não parece ser qualificada ou compreendida em função de tais noções. Essas surgem mais como uma característica da obesidade que atingiria mulheres e homens de maneiras distintas.

É consenso no grupo que a mulher é mais cobrada socialmente para ser excelente em seus diversos papéis, como o de esposa, mãe, profissional, filha, entre outros, como dizem os sujeitos: “Eu acho que mulher é mais cobrada. A mulher tem sempre, eu acho assim, tem que ser perfeita. A mulher tem que ser uma boa mulher, uma boa mãe, uma boa profissional. Eu acho que a mulher é muito mais cobrada na sociedade hoje, do que o homem” (suj.1.1); “Eu acho que a mulher é mais cobrada e ela se cobra mais, eu acho” (suj.1.3). Ela assumiria mais funções que o homem, principalmente no âmbito doméstico, na medida em que ao homem ainda é esperado que ele seja apenas o provedor financeiro da família. À mulher, exige-se que, mesmo quando ela também contribui nos rendimentos da casa, ela tenha a incumbência de cuidar dos filhos ou de parentes em estado de atenção (como idosos ou pessoas com

---

<sup>13</sup> Disponível em <<http://ego.globo.com/beleza/noticia/2016/04/leandro-hassum-rebate-criticas-de-que-ficou-sem-graca-apos-emagrecer.html>>. Acesso em: 03 out. 2019.

necessidades especiais, causadas por doenças ou acidentes), da alimentação, da limpeza, das compras, em suma, tudo o que se refere à manutenção de um lar, aumentando sua carga horária de trabalho não remunerado em relação aos homens (LAVINAS, 2001).

Além disso, ela ainda deve estar atenta em sua saúde, pois precisa se manter saudável para realizar suas atribuições, e em seu aspecto estético, para permanecer atraente fisicamente para o/a parceiro/a afetivo-sexual, resultando em uma alta procura por procedimentos estéticos (invasivos ou não invasivos), nos quais elas são a maioria dos clientes (LEAL *et al.*, 2010). Isso faz com que a mulher acabe internalizando essas obrigações determinadas culturalmente e se cobre mais para garantir o pleno funcionamento das suas vidas profissionais, familiares e afetivo-sexuais.

No tocante à obesidade, todos os sujeitos dizem que, nesse sentido, a mulher é mais exigida para ser e se manter magra. Estando ambos em situação de obesidade, é menos tolerado à mulher que permaneça nessa condição, quando ao homem permite-se que tenha até algum acúmulo de gordura, o *dad bod* já citado anteriormente, o qual pode ser considerado como desejável, por trazer naturalidade e conforto às mulheres ao se relacionarem com homens que não são tão rígidos em suas cobranças na busca pelo “corpo ideal”. Haveria uma discriminação maior à mulher, pois, ao homem, a gordura pode ser vista até como sinônimo de força, mas, na mulher, ela é sempre vista como desleixo e descuido, como diz o participante: “O homem gordo é um homem forte. A mulher gorda é obesa, preguiçosa. Que não se cuida” (suj.1.2). Não são assinaladas as variáveis que interferem no processo de engorda feminino, como sua fisiologia, que predispõe ao maior acúmulo de gordura, a gravidez e a lactação, a variação hormonal e a falta de recursos financeiros e tempo no autocuidado, devido às suas baixas remunerações e à sua alta carga laboral dentro e fora de casa (LAVINAS, 2001).

Assim, se a obesidade tivesse um rosto e um corpo, poder-se-ia afirmar que eles são femininos, por serem elas a maioria dos acometidos pelo fenômeno atualmente. Esse rosto expressaria certo cansaço, resultantes dos intensos encargos destinados à mulher e da maior discriminação social sofrida por estar nessa condição. E esse cenário se retroalimentaria, pois as mulheres apresentam mais facilidade em engordar, pelos fatores listados acima, ao mesmo tempo em que também têm mais dificuldade em emagrecer, pelas mesmas razões, ainda somadas aos entraves psicológicos que ela enfrentaria ao internalizar a fraqueza e incapacidade a ela atribuídas por não conseguir estar dentro dos padrões de corpo preconizados pela sociedade. Esse corpo teria ombros pesados, pela constante exigência por

excelência, e seria marcado por gorduras localizadas e pelas estrias e celulites, tão abominados atualmente, principalmente pelas mulheres, e que são os grandes incômodos dos sujeitos entrevistados neste grupo.

É interessante trazer ainda, neste tópico, um aspecto citado por todos os sujeitos do grupo, que é o vestuário e sua dimensão estética. Eles trazem muito comumente a roupa como uma referência para saberem se engordaram mais do que o esperado e se precisam perder algum peso. Dizem manter roupas antigas, as quais não usam mais por não caberem ou terem mais o caimento que costumavam ter antes de engordarem, como uma forma de saberem quanto deseja emagrecer. A maioria dos entrevistados relata que a quantidade de peso que desejam perder seria a suficiente para poder voltar a usar tais roupas antigas ou roupas com uma modelagem que, no momento, não lhe favoreceria esteticamente. Os relatos a seguir ilustram essa questão: “Você sempre quer ter um corpo melhor, se vestir bem. Tanto é que eu tenho minha calça lá, de quando eu era solteiro, porque minha meta é voltar ‘pra’ ela” (suj.1.2); “Só uns dois quilinhos realmente mais magra, para poder caber direitinho na roupa, aí tava perfeito” (suj.1.6);

Só que tem dia que você quer perder peso, quer estar mais bonita, quer pôr uma roupa mais ajustada ao seu corpo. Tem dia que eu me olho no espelho, boto um vestido, por exemplo, e o vestido está me deixando gorda, aí não uso mais o vestido. Aí vou procurar outra roupa, que ajuste, que me deixe mais magra (suj. 1.1).

Observa-se a influência da moda na percepção do próprio corpo e na construção de suas identidades, como já dito anteriormente. A moda dita tendências e todos querem sentir-se incluídos, ao terem a possibilidade de acessar os modelos e estilos que são difundidos pela mídia, compreendidos como bonitos e usados por pessoas de destaque social. À medida que a indústria produz apenas vestimentas que podem ser consumidas por dada parcela da população, ela nega à parcela excluída o direito de se expressar a partir das suas escolhas identitárias. Vestir-se vai muito além de proteger o corpo das intempéries da natureza, ao estabelecer sistemas de significados pelas quais se constroem e se difundem determinadas ordens sociais. A moda é um meio pelo qual os grupos sociais se constituem, se diferenciam e se comunicam (LIPOVETSKY, 2009, *apud* AZEVEDO, GIULIANO, STEFFEN, 2017).

Flügel (1966), citado por Azevedo, Giuliano e Steffen (2017), afirma que a aparência é a primeira impressão que os demais formam sobre alguém e suas escolhas indumentárias fornecem boa parte das informações que serão expressas. O teórico alega que as roupas usadas pela pessoa podem refletir, quase que imediatamente, elementos sobre o seu gênero, sua ocupação, nacionalidade e classe, por exemplo. Dito isso, além de todos as restrições

sofridas pelos indivíduos obesos, a dificuldade no acesso à moda pode interferir em sua construção e expressão da individualidade e também em suas relações sociais, quando a ele não são oferecidas todas as possibilidades de vestuário para que possa escolher o que mais lhe representa e agrada. Assim, o movimento *plus size* consiste no ideal de democratização da moda. Seu surgimento reside na necessidade de inclusão das pessoas obesas na moda, sem que, para isso, elas precisem se enquadrar em um único padrão de corpo aceitável, que é o da magreza (ARRUDA, 2012).

O último ponto a ser elencado nesta seção discorre sobre o que a sociedade pensaria acerca da obesidade, segundo o grupo. Praticamente todos os sujeitos entrevistados dizem que a gordura é estigmatizada socialmente, tendo sido transformada em um símbolo de falência moral. Para eles, o indivíduo obeso é visto como alguém doente, preguiçoso, acomodado, descuidado e indisciplinado, como se a obesidade fosse somente um resultado direto do seu estilo de vida irresponsável, irracional e inconsequente. Não são levados em consideração todos os outros fatores que influenciam na condição, como os já mencionados componentes genéticos, fisiológicos, psicológicos, psiquiátricos, históricos, culturais, políticos, econômicos e sociais, como visto nas falas adiante:

Eu acho que ainda a sociedade, existe muito preconceito. Que mulher bonita ou o homem bonito tem que ser aquele malhado, sarado, né? Todo mundo acha que as pessoas magras são as pessoas mais saudáveis que as obesas. Eu acho que ainda existe um preconceito em relação a isso (...) É como se fosse um foco de *bullying*. Quando é criança, adolescente, no colégio, eles são focos de *bullying*, né? Quando você parte para a faculdade, você pode até ser excluído pelo seu corpo. Você nem conhece a pessoa, mas é excluída pelo seu corpo. Então eu acho que as pessoas obesas ainda sofrem preconceito (suj.1.1);

Que é gordo porque quer. "ah, olha o gordinho ali comendo. Vá emagrecer". Acho que a pessoa é gorda porque come muito. E às vezes nem é, eu tenho muitos amigos que são vaidosos e são gordinhos. Então, não tem a ver com alimentação. Tem a ver com seu biotipo, como eu tinha dito. Então varia muito, mas as pessoas pensam que é gordo porque quer. "Vai para uma academia". As pessoas são muito preconceituosas (suj.1.3).

O estigma da gordura geraria preconceito e discriminação, pois o indivíduo obeso é desacreditado, não é visto como completamente humano. A ele, são restringidos os locais de circulação e o acesso a oportunidades e colocações, pelo fato de que a ideia sobre ele, de maneira geral, é a de que seja irracional, incapaz de controlar a si mesmo, já que não controla o seu corpo (SANTOS, 2008). Essa exclusão é percebida, pelo grupo, como altamente nociva aos indivíduos, porque podem acarretar prejuízos emocionais e sociais graves, como o aparecimento de transtornos mentais (depressão, ansiedade, compulsão, ideação suicida) e

desajustes sociais (isolamento, frustrações), conforme dito no relato a seguir: “O obeso quando ele é excluído, ele transforma aquela obesidade em doença. Ele se sente só, e acho que ele deve pensar, “o que eu vou fazer nesse mundo só? Vou comer, vou ficar no meu mundinho aqui” (suj.1.2).

A pessoa que sofre esse movimento de marginalização pode acabar acreditando que não é digno ou merecedor de valorização e começar a sentir vergonha de ser quem é, diminuindo sua autoestima e suas potencialidades. E mesmo que os padrões e ideais sociais de corpo sejam, muitas vezes, cruéis e irreais para a maioria da população, os próprios indivíduos se sentem pressionados a alcançá-los para serem considerados admiráveis e incluídos (GOFFMAN, 1963/2004), principalmente os mais jovens.

Observou-se que os participantes pouco falam sobre eventuais experiências de preconceito e discriminação que tenham vivenciado. Eles não se colocam nesse lugar de exclusão, objetivamente, e não usam a primeira pessoa do plural (nós) quando respondem a tal questionamento, mas sim a terceira pessoa do plural (eles). Contudo, seus relatos indicam que eles não se sentem totalmente incluídos socialmente: “O maior problema hoje, que eu enxergo no gordo, é que ELE fica naquela rotina, naquele ciclo vicioso que ELE não sai. Não enxerga uma fronteira, um espaço além daquilo ali” (suj.1.2). Apenas um sujeito relatou já ter sido discriminado, classificando essa situação como muito ruim e acrescentando ao fato de que ser negro também foi preponderante nesse contexto: “E o gordo, e o preto, além de preto é gordo. É mais ou menos assim que funciona. Já sofri preconceito esse tipo, e é muito ruim, chega a dar vontade de chorar” (suj.1.3).

A forma como o grupo objetiva a obesidade suscita reflexões sobre a questão identitária, como já mencionado. As ciências da saúde advogam que o indivíduo obeso é doente e precisa se submeter, o quanto antes, aos tratamentos preconizados por elas, sejam eles clínicos e/ou cirúrgicos, psicológicos e/ou psiquiátricos. Ele viveria em um constante risco de saúde, como se a qualquer momento seu peso fosse desencadear outras doenças, diminuindo sua qualidade e expectativa de vida. Mas os relatos do grupo não apontam para essa direção. Eles parecem saber de todo o discurso médico difundido socialmente e reproduzem grande parte dos conteúdos compartilhados pela ciência, mas não agem ou se sentem como doentes, e isso está em direta relação com as práticas desenvolvidas por eles no lidar com a obesidade. Tratamento seria para quem tem sintomas de doença e se sente doente, o que não é o caso deles.

Por sua vez, a sociedade até poderia considerar a obesidade como uma doença, mas aos obesos não se destinam atitudes e ações de compreensão, tolerância, auxílio e compaixão, como é comum a pessoas que estão doentes e são percebidas como vítimas. O obeso vivencia um grau de preconceito e discriminação muito específico, pois seu estigma não é imutável, mas entendido como algo fruto do seu próprio comportamento inadequado. Ao obeso, se comparam as prostitutas e os corruptos, pessoas que têm estigmas de caráter e não físicos e são considerados de segunda classe, indignos de respeito (GOFFMAN, 1963/2004; ESTANISLAU, 2014). Então, ser doente, nesse contexto, não os poupa de nenhum cenário negativo, não os traz amparo ou referência, pelo contrário, imputa ainda mais opressão e exclusão.

No Grupo 01, o seu processo identitário é constituído por um constante movimento de aproximações e afastamentos, no intuito de proteger a integridade do grupo. Quando eles se sentem ameaçados por concepções do exogrupo, ou seja, dos indivíduos não obesos, que os relegam a uma segunda classe social, se incorporam ao endogrupo e defendem sua imagem, postulando o exogrupo como intolerante e incapaz de compreender a todas as facetas de sua condição. Nesse grupo, nota-se a busca pela congruência em relação à autoimagem grupal. Aqui, os sujeitos do grupo não aceitam os traços estereotipados que lhes são conferidos pelo exogrupo ao não se considerarem doentes ou fracassados apenas por estarem em situação de obesidade. Mas, em outras situações, observa-se que eles mesmos internalizam os discursos sociais que entendem a obesidade como algo negativo, se levado ao extremo, causada, prioritariamente, pelo estilo de vida inadequado, perigosa para a manutenção da saúde. Admitem então que precisam alterar suas práticas para evitarem chegar em nível grave e sentirem-se melhores consigo mesmos.

Desta feita, o grupo 01 parece se identificar em uma zona intermediária entre a saúde e a doença, em um constante “vir a ser”. Ele não se categoriza como doente, pois não sente sintomas significativos ou experimenta incapacidades ou limitações sérias por conta do seu peso, então não precisa se submeter a tratamentos de natureza alguma e realmente não o faz. Contudo, ele admite que a obesidade pode ser um fator de risco para sua saúde e qualidade de vida, principalmente na velhice, assim como põe em xeque suas possibilidades de ocupar locais de destaque e prestígio socialmente, pois ao sujeito obeso, certas inserções são dificultadas, como já dito. Logo, expressa querer perder algum peso, apenas para diminuir eventuais perigos e melhorar sua estética, porque deseja sentir-se bonito, atraente e capaz de

acessar os mais diversos espaços sociais, como a moda, a mídia e a publicidade. Ele não é doente, mas pode vir a ser. Também não perde peso, mas pode vir a perder.

#### *4.2.1.2.4 As Práticas Sociais Relativas à Obesidade*

Esta seção discorre sobre as práticas sociais desenvolvidas pelos sujeitos para lidar com a obesidade e com a perda/controlar de peso. Como já dito, entende-se que, para uma ação ser considerada uma prática social ela precisaria ser um comportamento sistemático bem definido e coletivamente compartilhado, compreendendo componentes comportamentais, afetivos e cognitivos (CAMPOS, 2017). Em relação à obesidade, constata-se que as ciências da saúde estabelecem sua condição de doença e a forma adequada de lidar com ela, que são os tratamentos clínicos ou cirúrgicos, a depender do caso. O discurso biomédico atua como a norma, neste cenário, se sobrepondo a qualquer outro discurso que advogue algo diferente. O poder e prestígio conquistados pela Medicina ao longo dos séculos a permitem normatizar e controlar a vida das pessoas, estabelecendo como se deve agir em relação à saúde, naturalizando o social e biologizando a vida (FOUCAULT, 2005, ESTANISLAU, 2014).

Não se admite, para a Medicina, que um sujeito possa conviver com a obesidade de maneira saudável, ou seja, sem prejuízo à sua qualidade de vida e ao seu funcionamento orgânico pleno. Ela postula que, mesmo que o indivíduo não apresente sintomas ou comorbidades, se ele não sair dessa faixa de peso perigosa, no futuro, a obesidade e sua ação inflamatória atingirão órgãos vitais e o metabolismo, originando outras doenças (ABESO, 2016). Mas a saúde pública, que atende a maior parte da população brasileira, apesar de seus esforços, ainda não consegue atingir todos os seus usuários e oferecer acompanhamento especializado de Médicos, Nutricionistas ou Psicólogos. O mesmo acontece com o acesso à orientação por profissionais de educação física na prática de exercícios físicos regulares ou ainda a disponibilidade de espaço adequado para tal, na comunidade.

Sem acesso à educação e assistência especializada no que se refere aos cuidados com saúde, corpo, alimentação e exercícios físicos, a população fica bastante suscetível à influência do que é veiculado na mídia. Mas, ao mesmo tempo em que a publicidade e a moda expõem e cobram para que o padrão de beleza do corpo magro seja alcançado, propagandeiam inúmeras opções de alimentos hipercalóricos e altamente palatáveis e que também simbolizam um status social que a parcela da população desassistida não tem. Poder frequentar e consumir uma comida que aparece na televisão significa compartilhar hábitos e práticas típicos de grupos abastados financeiramente e culturalmente mais valorizados socialmente.

Exemplificando, em reportagem publicada pela Revista Caras<sup>14</sup>, MC Loma, uma adolescente da periferia do Recife, em Pernambuco, que ganhou fama após a grande disseminação de um videoclipe no qual ela cantava e dançava uma música de funk de composição própria, fala sobre a emoção de poder comer, aos 15 anos, um lanche do McDonald's pela primeira vez.

Ademais, vale ressaltar que, por mais que a própria ciência veicule que a obesidade tem causalidade multifatorial, ainda para quem consiga ter acesso a eles, seus tratamentos são, de forma geral, pouco particularizados e muito restritos. É comum que, por isso, muitos indivíduos não obtenham o sucesso que esperam em seus processos de emagrecimento ou manutenção do peso, gerando frustrações e desistências, além do “efeito sanfona”. A ciência parece ainda tentar buscar, por exemplo, uma dieta alimentar ideal, que seja universal e possa prolongar a vida dos sujeitos, garantindo sua saúde. Nesse projeto, a comida é concebida quase como um medicamento, pois o essencial é nutrir o corpo, mesmo que para isso as preferências e os hábitos alimentares devam ser colocados em segundo plano (LUPTON, 1996 *apud* SANTOS, 2008).

Entretanto, nem todas as pessoas acometidas pela obesidade estão implicadas em processos de perda/controlado de peso, como os participantes do Grupo 01. Assim, por mais que eles reconheçam e concordem com os postulados pelas ciências médicas sobre os riscos da obesidade, no momento, não desenvolvem as práticas sociais por ela estabelecidas em relação ao fenômeno. Considerou-se, neste estudo, que essa seria então uma outra possibilidade de prática social. Esperou-se que as práticas descritas e empregadas por cada grupo e os sistemas de representações sociais construídos sobre a obesidade estejam mutuamente imbricados. No caso do Grupo 01, essa mútua relação foi observada quando eles explanam que a obesidade é uma doença apenas quando causada por outra doença, a compulsão alimentar, admitindo-se então que se submeta a tratamento. Mas os sujeitos entrevistados pensam que a sua obesidade tem uma etiologia diferente, sendo causada pelo seu estilo de vida. Assim, a prática desenvolvida pelo grupo não é aquela preconizada pela Medicina.

Sobre as condições que influenciam no surgimento da obesidade, todos os sujeitos do grupo disseram que a rotina de trabalho atribulada e/ou as demandas familiares atuam nesse contexto, por diminuírem o tempo que se teria para ações destinadas ao autocuidado, como a prática de exercícios e alimentação adequada. Além disso, a maioria deles refere ter dificuldades para aderir a dietas muito restritivas por gostarem bastante de comer alimentos

---

<sup>14</sup> Disponível em <<https://caras.uol.com.br/atualidades/mc-loma-se-emociona-ao-comer-lanche-do-mcdonalds-pela-primeira-vez.phtml>>. Acesso em: 03 out. 2019.

hipercalóricos, como visto no relato: “Porque eu gosto de comer. A grande questão é que eu gosto muito de algumas coisas que engordam. O principal é Coca-Cola. Eu adoro Coca” (suj. 1.5); “Não vou mentir, eu gosto também de comer e eu acho que eu deveria comer menos, mas a gente come mais” (suj. 1.6).

Dois sujeitos trazem ainda que a ansiedade é um fator complicador, por perceberem que comem mais quando ansiosos ou angustiados: “Tem dia que de tarde que a gente está atacada, é tanta coisa para fazer, vem o estresse. Aí vai ali e a gente volta com saco de salgadinho e passa a tarde todinha e já vai amenizando” (suj. 1.3); “Se eu não tivesse comido as coisas que eu comi eu estava bem mais estressada” (suj. 1.6). Um sujeito fala sobre a iatrogenia farmacêutica, como já dito. E um conta que seu principal entrave seria estabelecer uma rotina de exercícios: “Agora voltar a malhar ‘tá’ difícil” (suj. 1.3).

Dito isso, praticamente todos os sujeitos do Grupo 01, em consonância com as normas biomédicas, dizem ser necessário, para perder e manter o peso, cuidar da alimentação, realizar exercícios físicos regulares, empregando muito foco e disciplina nesse processo. Somam ainda a importância do equilíbrio emocional. Essa ressalva à importância da saúde mental no emagrecimento vem ganhando espaço entre os profissionais de saúde sobretudo devido à ligação da obesidade com a compulsão alimentar, bastante difundida socialmente. Faz-se necessário então o emprego de recursos que visem o desenvolvimento de competências como disciplina, determinação e perseverança (mencionadas como fundamentais no processo de emagrecimento), Percebe-se que todas essas medidas se inserem em um âmbito estritamente individual, corroborando a percepção de que a obesidade é vista como algo que se insere na vida pessoal e de total responsabilidade do sujeito. Apenas um entrevistado relata que é indispensável o apoio e estímulo dos que estão ao redor, sendo esse o único elemento que não estaria diretamente dependente dos componentes individuais.

Especialistas vêm compreendendo que a relação com a comida tem papel preponderante nos hábitos alimentares, pois a comida tem uma função social e cultural, que se modifica nos diferentes contextos e que não pode ser negligenciada. E, em um âmbito mais individual, muitas vezes, como dito por alguns sujeitos, o alimento ocupa um lugar de alívio de frustrações e tensões vividas, interferindo diretamente no seu consumo alimentar e no balanço energético e calórico (ABESO, 2016). As falas do grupo evidenciam a centralidade da “*alimentação*” e o quanto ela está vinculada à obesidade e às noções de saúde e doença. Os aspectos mais relevantes à alimentação como objeto social serão abordados mais adiante. Mas

citar esse cuidado com a saúde mental nesse contexto vai além do binômio dieta-alimentação, ampliando o quadro de referências para o fenômeno.

Contudo, esse binômio, ainda é o mais compartilhado socialmente, mesmo que não abarque integralmente todo o fenômeno da obesidade e as pessoas por ela acometidas. Todos os sujeitos do grupo disseram que a melhor forma para sair da condição de obesidade é fazer exercícios físicos sistemáticos e aderir a uma dieta hipocalórica. Eles chamam isso de “forma natural” e classificam como mais adequada e menos invasiva para emagrecer, como demonstrado na fala a seguir:

De forma natural é a mais correta. Você ir para um nutricionista, para um endocrinologista, você ter esse acompanhamento, você mudando a sua alimentação, fazendo uma atividade física. Nem que você comece andando. Começa andando, depois vai correndo, depois vai fazer um crossfit, o que for. Mas, para mim, a opção mais correta é você fazer de forma natural. Você tendo um acompanhamento e fazendo passo a passo (subj. 1.1).

A dieta alimentar juntamente com o exercício físico se constituiu como um dos pilares na construção do corpo e conseqüentemente, na manutenção da saúde, no século XXI. E tais práticas acabam por penetrar a rotina cotidiana, a qual muitas vezes tem que ser ajustada para que as comportem. Como já dito, fazer exercícios físicos sistematicamente e seguir um programa alimentar definido exige que o indivíduo dedique tempo, dinheiro e disciplina, além de controlar e/ou reorganizar afetos, como desejos, sensações, fomes e ansiedades, permanentemente (SANTOS, 2008).

Em relação ao “*exercício físico*”, inicialmente se hipotetizou que ele seria um objeto social integrante do SRS da obesidade, como já dito. Contudo, analisando os conteúdos trazidos pelos sujeitos, faltaram elementos que indicassem a elaboração de representações sociais pelo grupo sobre ele, como polissemias e polêmicas, ou espessura social sobre o tema. Os entrevistados não qualificam o objeto, não o problematizam e nem o articulam com a obesidade de forma a transformar suas concepções sobre ela, caso haja mudanças em suas noções iniciais. Esse elemento atuaria de maneira semelhante ao “gênero”, aparecendo mais como prática e norma social reproduzidas que como um objeto em que as representações de obesidade se ancorariam.

Os sujeitos entendem que os exercícios físicos são necessários por toda a vida, então a atividade realizada deve ser prazerosa para o sujeito, a fim de que seja praticada continuamente. A maioria dos entrevistados diz não gostar de musculação, preferindo atividades em grupo como dança, caminhada, hidroginástica ou algum esporte. Para o grupo, os exercícios físicos teriam também a função de promover maior dinamismo à rotina,

socialização e diminuir o estresse, como mostram os relatos a seguir: “Então a prática de esportes é fundamental. Até para desopilar, para sair da sua rotina (...) E ele fazendo um exercício, ele vai ter um convívio diferente. Quer seja com a natureza, com outras pessoas numa academia, e vai estimular essa mudança de hábito dele” (suj. 1.2);

Olhe, para perder, uma atividade física que você esteja disposta a fazer por um bom tempo. (...) Escolha uma atividade que você gosta. (...) Por exemplo, eu mesma não sou de máquina, de você ficar em esteira. Eu não tenho paciência para estar em esteira, de ‘tá’ fazendo esses aparelhos, não. Eu gosto muito de dança, de hidroginástica. Então eu tenho que fazer algo que eu me estimule, que eu goste, para poder fazer toda a atividade física. Eu gosto de estar com uma pessoa de lado para estimular. Eu sozinha... eu preciso fazer de grupo. E tem que ser uma coisa bem diferente, porque se for sempre a mesma coisa, eu também já começo a abusar (...) Aparelho, máquina, não é comigo (suj. 1.1).

Os benefícios dos exercícios físicos para a saúde são amplamente comprovados e compartilhados pela comunidade científica. Ainda em 1989 a Federação Internacional de Medicina Esportiva (FIME) emitiu um posicionamento oficial intitulado “O Exercício Físico: um fator importante para a saúde”. Segundo a publicação, com o advento dos sistemas de automação do trabalho e do transporte motorizado, houve um aumento do sedentarismo no cotidiano, reduzindo as capacidades físicas da população do mundo industrializado e aumentando a prevalência de doenças cardiovasculares. A prática de atividades físicas regulares melhora o perfil lipídico do sangue; mantém a pressão arterial dentro dos limites seguros; controla o peso corporal e o diabetes melito; mantém a densidade óssea ao envelhecer; melhora a resistência e a força; diminui a incidência de doenças músculo-esqueléticas, respiratórias e depressão; e proporciona sensação de bem-estar e autoestima.

Para obter tais ganhos, seria necessário um programa sistemático de exercícios aeróbicos e anaeróbicos, com três a cinco sessões semanais, cada uma com duração entre 30 e 60 minutos e com intensidade suficiente para manter a frequência cardíaca entre 50 e 80% da máxima. É válido analisar se as atividades físicas listadas pelo grupo como mais agradáveis e interessantes preenchem os critérios estabelecidos pela ciência, para que o exercício realizado atue de maneira eficaz na saúde e qualidade de vida dos sujeitos. Em uma escala nacional, os dados publicados pela Ministério da Saúde, em 2018, mostram que apenas 38,1% da população maior de 18 anos, residente nas capitais do país, realizam atividade física obedecendo os critérios mencionados. Esse percentual é maior entre os homens (45,4%) que entre as mulheres (31,8%), observando-se a diminuição da frequência com o avanço da idade e o aumento com o nível de escolaridade. O Recife apresenta média inferior à nacional, com

37,3% da população realizando atividades físicas adequadas (44,2% dos homens e 31,8% das mulheres).

No tocante à alimentação, a maioria dos entrevistados no Grupo 01 acha que, para emagrecer, seria mais importante realizar uma reeducação alimentar que aderir a uma dieta restritiva, como visto nos relatos a seguir: “Então para mim é difícil isso. Certos alimentos eu não como. Então eu prefiro ir para o nutricionista” (suj. 1.1); “É cortar massa, cortar fritura, é manter o seu arroz e feijão com carne, todo dia. Você pode comer tudo... Eu gosto muito da parte de raízes, macaxeira... Eu acho que você reeducar, você consegue” (suj. 1.3); “A que eu mais me identifiquei mesmo, que não foi nem uma dieta, foi uma reeducação” (suj. 1.6).

Para eles, essa seria difícil de manter a longo prazo, pelo fato de cortar ou reduzir bastante certos grupos alimentares. Nesse caso, a comida é frequentemente encarada como uma vilã no processo de perda de peso. Já a reeducação alimentar consistiria em aprender a fazer melhores escolhas alimentares, prezando pelo equilíbrio na ingestão das comidas. Isso permitiria que alguns alimentos fossem consumidos eventualmente, em menores porções, facilitando a aderência ao processo de emagrecimento, tornando a comida uma aliada. Essa diferenciação entre “dieta” e “reeducação” também foi visualizada nos demais grupos.

Atualmente, são inúmeras as abordagens utilizadas na nutrição para a elaboração de um programa alimentar e é difícil visualizar um consenso na área sobre o modelo mais eficaz para o emagrecimento a ser seguido. Segundo Almeida e colaboradores (2009), o efeito dos macronutrientes e/ou alimentos em dietas para emagrecimento não está esclarecido de forma definitiva. Contudo, os profissionais da área já começam a concordar sobre a necessidade de considerar, nesse contexto, aspectos como aceitação, motivação, estratégias de acompanhamento, preferências individuais em relação às dietas de emagrecimento, além das características individuais dos pacientes.

Em oposição a essa “forma natural” para emagrecer, está o uso de medicações, o qual foi rechaçado por todo o grupo, ao alegarem que sua utilização é pontual, transitória e pode acarretar outros problemas de saúde. Os inibidores de apetite, como a Sibutramina, muito populares há alguns anos, são vistos pelo grupo negativamente, pois, mesmo que eles realmente proporcionem perdas significativas, ao se interromper o uso, haveria o reganho de peso, muitas vezes em volume superior ao perdido, além do aparecimento de efeitos colaterais diversos e/ou problemas de saúde. Seu uso seria considerado artificial, inseguro e não confiável pelos sujeitos, como ilustram as falas dos participantes: “Olhe, medicamento, eu não aprovo. Porque assim, o medicamento, você perde peso, mas, no meu caso, eu não sou de

ficar tomando remédio sempre. Então, se eu parar de tomar, eu volto a engordar. Já tomei. Cheguei a perder peso” (suj. 1.1);

Questão de medicação, não sou muito a favor. Normalmente medicação vai trazer para você uma coisa muito artificial. Enquanto você está tomando a medicação, você vai ter um metabolismo, uma diferença no processamento dos alimentos que você não vai ter normalmente. A partir do momento que você para de tomar o remédio, você volta, você vai acabar tendo aquele efeito sanfona. Emagrece muito, 20, 25 Kg tomando a medicação, aí para de tomar o remédio e volta tudo de novo (suj.1.5).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)<sup>15</sup>, há atualmente no país quatro medicações liberadas para comercialização e consumo que atuam sobre tal condição: os anorexígenos Sibutramina, a mais antiga em circulação, e Lorcaserina, a mais recente, as quais atuam sobre o sistema nervoso central, gerando a sensação de saciedade e ajudando a controlar a fome; a Liraglutida, que é injetável e reduz a motilidade do estômago, fazendo com que ele se esvazie mais lentamente e mantenha a sensação de saciedade por mais tempo, além de aumentar a secreção de insulina (era usada inicialmente no tratamento do diabetes); e o Orlistate, o qual age reduzindo a absorção de gordura pelo intestino e impede que parte da gordura consumida não seja armazenada pelo corpo.

Tais substâncias são muito polêmicas na Medicina, havendo correntes que são contra sua administração, justamente pelos riscos de dependência ou por promoverem perdas pouco significativas que não compensam os perigos que podem trazer. Os primeiros medicamentos a serem utilizados para emagrecimento foram da classe das anfetaminas, mas elas desenvolviam tolerância e reações adversas, o que dificultava seu uso clínico. Ao ano de 2011, a Anvisa emitiu a “Nota Técnica sobre a Eficácia e a Segurança dos Medicamentos Inibidores de Apetite”<sup>16</sup>, na qual discorria sobre os mecanismos de ação dos anorexígenos. Três medicamentos tiveram seus registros cancelados porque não apresentaram estudos que justificassem sua utilização para perda de peso: a Anfeparamona, o Femproporex e o Mazindol, os quais pertencem ao grupo das anfetaminas e derivados. Eles também são proibidos para uso como anorexígeno em outras partes do mundo, como EUA e Europa. Por sua vez, a Sibutramina foi reavaliada e continuou-se permitindo seu uso, mas se estabeleceu controle

---

<sup>15</sup> Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=3423550&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=219201&\\_101\\_urlTitle=sibutramina-e-remedios-para-emagrecer-entenda&inheritRedirect=true](http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3423550&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=sibutramina-e-remedios-para-emagrecer-entenda&inheritRedirect=true)>. Acesso em: 10 out. 2019.

<sup>16</sup> Disponível em

<[http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/380879/Nota\\_Tecnica\\_Anorexigenos.pdf/f47f0132-44f8-4bf0-b07b-5586299deebd?version=1.0](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/380879/Nota_Tecnica_Anorexigenos.pdf/f47f0132-44f8-4bf0-b07b-5586299deebd?version=1.0)>. Acesso em: 10 out. 2019.

mais rígido para sua venda, exigindo-se para todos os anorexígenos o receituário de controle especial.

Mas há também profissionais que defendem o uso de medicamentos para obesidade, com devido acompanhamento, como importantes adjuvantes no tratamento clínico. Na época, alguns especialistas brasileiros repudiaram<sup>17</sup> a decisão da Anvisa em relação aos anorexígenos que tiveram suas licenças suspensas, alegando que ela se amparou em estudos enviesados, preconceituosos e parciais, elaborados por pessoas que não eram especialistas na área, e que a retirada dos medicamentos impactaria o tratamento da obesidade. A Abeso disponibiliza em seu site a “Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso”, mas como a primeira versão da publicação é de 2010, anterior à nota técnica da Anvisa, ainda há nela descritas as ações, eficácias e recomendações para o uso dos anorexígenos proibidos. Contudo, no final do documento, há uma ressalva que orienta os médicos a utilizarem, como medicamento de primeira linha para o tratamento crônico da obesidade e do sobrepeso, a Sibutramina e o Orlistate, associados à dietoterapia, atividades físicas e mudanças no estilo de vida.

Sobre a cirurgia bariátrica, há um consenso no grupo sobre o momento em que ela pode ser considerada como uma estratégia válida: apenas em casos de obesidade mórbida, quando a pessoa já tentou todos os outros recursos e não obteve sucesso e precisa perder peso de forma urgente para sair do estado patológico e restabelecer sua saúde, como já mencionado. Ainda assim, eles ressaltam a importância de que o paciente seja acompanhado adequadamente por uma equipe de especialistas, por ser considerado um procedimento muito invasivo, além de entender a importância de, mesmo após a cirurgia, promover mudanças no estilo de vida. Os relatos a seguir ilustram isso: “E sou apenas a favor quando você faz com a pessoa certa. Com uma pessoa que entende que você precisa ter um acompanhamento psicológico” (suj. 1.1); “Porque mesmo com a cirurgia você tem que fazer o resto né, após, comer direitinho, ter uma vida ativa em relação a exercício, coisa assim...” (suj. 1.3);

Só que até para a própria cirurgia, envolve um pré-operatório que envolve um psicólogo, que dá todo esse suporte para você. Porque você vai perder muito peso, vai ser quase que instantâneo você ficar magro. Mas em compensação, o seu corpo vai começar a ficar flácido, só pele. Então não é só aquela cirurgia do estômago, tem as cirurgias estéticas complementares que tem que serem feitas depois (...) É você ter um acompanhamento médico, que lhe dê uma orientação. (suj. 1.2).

---

<sup>17</sup> Disponível em <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/27/5521afc9e6918.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

Os participantes não parecem cogitar realizar a cirurgia com o peso em que se encontram, ainda que, segundo a Medicina, quatro deles já preencham os critérios de indicação, por terem IMC acima de 35. Isso mostra que ainda há uma preferência pelo tratamento clínico, neste grupo, excluindo-se o recurso da medicação. Isso pode se dever ao fato de esse tipo de tratamento ser o mais acessível e conhecido pelos sujeitos, pois que todos referiram ter vivenciado experiências com tais estratégias.

Reiterando, todos os sujeitos dizem já terem realizado exercícios físicos regulares como forma para perder/manter o peso. A maioria deles também aliou aos exercícios, à dieta. Um deles diz ter feito uso de medicação. O grupo expressa saber da importância de implementar tais práticas em suas rotinas, por já as ter realizado em outros momentos da vida e ter sentido as repercussões positivas em seu cotidiano, independente na quantidade de peso que foi perdida. Assim, todos alegam sentir vontade de retomar essas práticas e até planejam como o farão, mas menos em uma perspectiva de ficarem magros e mais na intenção de ganharem em qualidade de vida, como já mencionado.

Diante de todo o exposto até então, pode-se debruçar sobre as atitudes expressas pelo grupo frente à obesidade e seus elementos constituintes. Percebe-se que os sujeitos têm atitudes diferentes em relação ao objeto “obesidade” quanto à sua gravidade. De maneira geral, eles manifestam uma atitude negativa quando se referem à obesidade mórbida, seus riscos e os prejuízos que causam à vida cotidiana do indivíduo, como limitações de mobilidade, dores, doenças e o preconceito vivido socialmente. Nesse caso, eles até cogitariam se submeterem a uma cirurgia bariátrica, a qual é considerada bastante invasiva e complexa, mas de grande valia em situações extremas como essa. Mas eles não se reconhecem dessa forma, como já mencionado, então a atitude que expressam em relação à essa obesidade menos grave, não incapacitante e prejudicial mais em sua dimensão estética e social não é negativa, embora também não seja positiva. Nenhum dos sujeitos entrevistados exalta a obesidade que vive como algo a ser buscado ou valorizado, mas não a demoniza como costumam fazer as ciências médicas. Eles não se enquadram na categoria “doente” e consideram a sua obesidade mais como uma característica individual.

#### *4.2.1.2.5 A Obesidade Ancorada*

No processo de atribuir sentido à obesidade, o Grupo 01 se ancora em sistemas de pensamento preexistentes diversos e cria sua própria rede de significações. Tendo em vista que a obesidade é um fenômeno que acontece no corpo, a instituição que detém o poder

quando o campo envolve os processos psicológicos e mentais dos indivíduos é a Medicina. O principal sistema de pensamentos a que os sujeitos desse grupo recorrem para dar sentido a obesidade é o biomédico. O Estudo B, como adiantou-se, se deterá justamente sobre o tal discurso e como ele ancora o SRS investigado.

A objetivação do fenômeno, como já explanado, é, sobretudo, calcada nos conceitos de *saúde* e *doença*. Retomando, a concepção dos sujeitos sobre a obesidade e sua etiologia (ainda que eles criem critérios para classificar o objeto como uma patologia, diferentemente do postulado pela ciência) e as características físicas, fisiológicas, funcionais e sociais da obesidade por eles mencionadas seguem os pressupostos difundidos pelos órgãos da saúde, como a OMS, o Ministério da Saúde, a Anvisa, e as associações médicas, como a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (Abeso), a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), para citar exemplos.

As *práticas sociais* relativas à perda de peso que consistem, basicamente, nas formas de tratamento, clínico ou cirúrgicos, também estão inseridas na seara das ciências da saúde, assim como as concepções que eles têm sobre os fatores que influenciam no desenvolvimento da obesidade e no emagrecimento. Inserem-se nesse cenário as questões relativas à “*alimentação*”, como esse objeto se relaciona com os processos de engordar, emagrecer ou manter o peso, como se articula com a noção de “*saúde/doença*”. Além desse quadro de referência biomédico, atuam também noções de “*corpo*” e “*beleza*”. A relação estabelecida com o próprio corpo varia de acordo com a maneira como ele se entende e se reconhece, a partir do seu contexto de socialização. A publicização, especialmente por parte da mídia, sobre o que é considerado belo ou não atua diretamente na formação do autoconceito, da autoimagem e autoestima, pois o olhar do outro influencia no seu próprio.

Nesse sentido, todos os sujeitos dizem consultar a internet como fonte de informações sobre a temática. Eles não indicam uma fonte específica, na rede, sinalizando que procuram no Google (ou outro site de buscas) quando precisam de alguma ajuda. Ressaltam que não confiam em qualquer conteúdo encontrado, dando preferência a sites com maior credibilidade. Eles avaliam os resultados obtidos de acordo com a reputação do emissor e com a consistência da informação, como mostra o relato: “Por que tem muita coisa na internet que é mentira, né? Aí eu sempre procuro ir em sites que são recomendados. Boto assim, aqueles que têm mais reputação, para poder me informar” (suj. 1.3). São citados ainda, em baixa frequência, revistas e artigos científicos.

Apenas dois entrevistados dizem consultar profissionais de saúde especialistas na área quando querem saber mais sobre obesidade ou perda/controlar de peso. Inicialmente, esperava-se que o grupo recorresse mais vezes aos especialistas. A baixa procura pode se dever ao fato de que, como eles não se sentem doentes nem têm queixas importantes sobre sua saúde, não sentem necessidade de ir ao profissional. Além disso, eles poderiam ainda evitar tais apontamentos, pois não querem continuar ouvindo dos médicos, por exemplo, o discurso de que a obesidade seria um risco à saúde e que eles precisam emagrecer, gerando mais exigências e cobranças. Tanto que apenas dois sujeitos ressaltam a importância de marcar consultas de saúde em breve para diminuir os incômodos causados pelo excesso de peso, porque já não vêm sendo acompanhados há algum tempo.

#### 4.2.1.2.6 O Corpo

O objeto “*corpo*”, como mencionado, aparece nas falas dos entrevistados diretamente relacionado ao primeiro bloco de elementos relativos à obesidade, o qual versa sobre as trajetórias de vida dos participantes quanto ao peso, na presença ou não da obesidade, e ao objeto “*beleza*”, pelos ideais estéticos impostos socialmente. O corpo é um objeto privilegiado para que se reflita sobre a vida social e a condição humana, por ser algo em constante construção. E é nessa construção do corpo que se embasa também a identidade, especialmente na contemporaneidade, quando aparência e essência têm sido cada vez mais confundidas. Dessa forma, é fundamental compreender os padrões corporais e de comportamento expressos e influenciados pelas diferentes culturas, pois o corpo se configura como um espaço de dominações e resistências (SANTOS, 2008).

A primeira pergunta no roteiro de entrevista questionava o sujeito sobre a relação com seu corpo. A expectativa era que, ao começar a reflexão sobre a temática falando sobre si mesmo e partindo de um objeto comum e próximo do sujeito, facilmente acessado em seu sistema de crenças, valores, representações e normas do grupo, fosse possível aumentar a implicação do sujeito em toda a entrevista. Já havia a hipótese, por parte da autora, de que esse objeto comporia o SRS da obesidade e, por ele ser de amplo espectro, poderia suscitar também a articulação com outros possíveis objetos de representação.

Foi bastante interessante observar que todos os sujeitos falaram da questão do peso imediatamente após a pergunta, embora ela não fosse sobre isso. De maneira geral, eles dizem que têm uma boa relação com o corpo, mas querem perder peso por questões de saúde e de estética, embora sem pretensões de ficar magros. A intenção seria perder entre 02 Kg e 20 Kg

(uma média entre eles de 9,5 Kg) para diminuir os riscos futuros de comorbidades e as limitações atuais, além de poderem usar melhor as roupas que já têm. A relação com o corpo, para o grupo, é claramente perpassada pelo peso.

Praticamente todos os participantes parecem ter uma atitude positiva em relação ao seu corpo, mesmo que, em seguida, já listem aspectos que gostariam de mudar nele, como o peso geral ou gorduras localizadas, como se vê nos relatos a seguir: “Não sou aquela pessoa, ‘tem que perder, perder, perder, tem que deixar de comer isso’, não. Eu sou bem resolvida com meu corpo, mas tem período que eu queria perder peso, queria me sentir melhor” (suj. 1.1); “Mas a questão de eu ser gordinha, eu não tenho problema nenhum. Hoje em dia eu não tenho problema nenhum, mas no passado eu já tive muito problema. Mas eu vi que aí era mais por conta dos outros, mesmo, não por minha causa, entendeu?” (suj. 1.6);

Eu podia estar um pouco abaixo em relação à saúde? Poderia! Mas eu sou feliz com meu corpo. Vou à praia, uso biquíni, sem me importar, fico de boa. Não tenho nenhum problema com isso. Eu aceito meu corpo do jeito que ele é. Eu poderia estar um pouquinho menorzinha, para entrar nas roupas, mas eu sou feliz com meu corpo (suj. 1.3).

Mas lembrando, eles não desempenham práticas para efetivar tal desejo, no momento. A atitude positiva em relação ao seu corpo pode se relacionar com essa falta de práticas específicas para perda de peso, os sujeitos demonstram, no momento, estarem suficientemente confortáveis em seu corpo e suas preocupações com a saúde seriam de maneira mais genérica, como uma reprodução do postulado pela Medicina.

Supõe-se que tal compreensão de corpo marcada pelo peso possa ser influenciada pela entrevista em si, pois os sujeitos sabiam que a temática abordada seria sobre os diferentes padrões de corpo, como já dito. Mas se pode ir além. A obesidade, como mencionado algumas vezes ao longo do texto, é um fenômeno que se dá no corpo e esse é o primeiro elemento acessado pelas pessoas sobre o outro. O fato de a gordura ser um estigma social já imputa ao sujeito com excesso de peso atributos negativos, os quais o acompanham, ao menos inicialmente, nas suas interações pessoais. A associação entre corpo e peso, para os sujeitos, é tão reforçada socialmente que se pode inferir que ele acaba reproduzindo tal associação sem suas falas (GOFFMAN, 1963/2004).

A dimensão funcional do corpo é ainda bastante enfatizada pelos sujeitos e utilizada como parâmetro de qualidade de vida e bem-estar. Eles dizem experimentar alguns entraves do cotidiano, como fadiga, dores, diminuição dos rendimentos e problemas de sono, mas nenhum deles é significativo ao ponto de reduzirem sua produtividade laboral ou prejudicarem suas atividades diárias (FERREIRA, 2010). Não se percebe, nesse grupo, uma

necessidade de levar o corpo à sua máxima performance, como se apenas isso garantisse um bom desempenho pessoal. Para eles, seus corpos, mesmo com a obesidade, permitem e possibilitam que atinjam seus propósitos.

Metade dos entrevistados no Grupo 01 dizem que não deveria haver um padrão ideal de corpo e de peso defendido pelas ciências da saúde e veiculado na mídia, o corpo magro e com músculos definidos. Eles relatam que o referencial de cada sujeito deveria ser seu próprio bem-estar e sua felicidade. Caso ele esteja sentindo-se bem e satisfeito com seu corpo, o peso que ele tem, por si só, não deveria ser um fator que o impulsionasse à mudança, como se vê na fala destacada: “Eu acho que se você está bem com seu corpo, tudo o que você usar, você gosta, está tudo certo. Eu não vejo isso não, de existir um padrão certo, uma altura certa. Eu acho que se a pessoa está satisfeita com seu corpo, ‘tá’ se sentindo bem, ‘tá’ se achando bonita, motivada, ‘tá’ tudo certo” (suj. 1.1).

Dois sujeitos dizem que o padrão de corpo deveria estar relacionado à questão da saúde e não do peso apenas, ou seja, as pessoas deveriam ter corpos que os mantivessem saudáveis, independentemente de estarem ou não com o peso acima do preconizado pela Medicina: “Na minha cabeça, o ponto de vista essencial é a questão de saúde. Não precisa você estar fortíssimo, malhado, não sei o que, mas precisa que você esteja com suas taxas boas, sem aumento de risco, essas coisas todinhas” (suj. 1.5). E apenas um sujeito diz que o padrão de peso deveria ser mesmo o atual, baseado no peso e altura do sujeito, já adotado em larga escala.

Visualiza-se neste cenário uma diferença no grupo, a utilização de argumentos subjetivos (a percepção que o sujeito tem sobre si mesmo) *versus* argumentos objetivos (ausência de doença e cálculos de IMC) para falar sobre o padrão corporal. Contudo, praticamente todos os entrevistados não concordam com as cobranças sociais que incidem sobre eles para alcançarem tal padrão apenas para que sejam mais valorizados e admirados pelos demais. O peso, somente ele, não deveria ser um critério para o preconceito e a discriminação, pois ele não reflete a trajetória de vida do sujeito, suas qualidades, habilidades e potencialidades, nem necessariamente suas condições de saúde.

#### 4.2.1.2.7 A Beleza

O considerado belo varia entre as culturas e com o passar do tempo. Como já dito, da era neolítica até o período renascentista, o padrão de beleza para as mulheres era o corpo voluptuoso e curvilíneo. Para os homens, ser gordo mostrava que eram abastados

financeiramente, o que se traduzia em poder (ECO, 2004). A partir do século XIII os padrões começaram a ser alterados e os excessos e ostentações comportamentais passaram a ser rechaçados, como a fartura alimentar, reduzindo os tamanhos dos corpos (ELIAS, 1994 *apud* ALMEIDA, 2013). No século XX somaram-se a isso os postulados médicos em relação à obesidade e sua oposição à saúde, provocando um culto ao corpo generalizado, principalmente entre as classes mais privilegiadas financeiramente. Os ideais de beleza fundiram-se aos de saúde, suscitando uma corrida aos consultórios médicos e espaços de beleza, sempre almejando ser ainda mais belo e mais saudável (GOIA-MARTINS, 1998).

Mas os referenciais de beleza atuais são bastante restritos, alcançáveis apenas por uma pequena parcela da população. Não basta estar fora da faixa de obesidade para incluir seus corpos e rostos nos padrões de beleza: corpos magros, mas com boa definição muscular e baixo percentual de gordura e sem marcas como celulites, estrias, flacidez; e rostos sem rugas, manchas, com perfeita simetria, lábios carnudos, narizes pequenos, sobrancelhas arqueadas, arcos zigomáticos (“maçãs do rosto”) proeminentes e emoldurados por cabelos lisos. E para tal, exige-se do sujeito altos investimentos de tempo, dinheiro e afeto. Tais recursos não estão tão facilmente disponíveis para a esmagadora maioria da população brasileira e mundial, mas os padrões seguem sendo esses (JUSTO, 2016).

Assim, procedimentos estéticos têm sido cada vez mais propagandeados como algo possível e acessível. O aumento do número de pessoas oferecendo tais serviços e facilidades no pagamento tem levado muitas pessoas a se submeterem a cirurgias e/ou manipulações sem muitos critérios, fazendo subir a quantidade de complicações posteriores. Na ânsia de alcançar a beleza a qualquer custo diante da ganância de vender o máximo de serviços possível, muitas vezes os pacientes não são esclarecidos acerca dos riscos inerentes aos procedimentos ou os negligenciam, mesmo quando eles são considerados de baixa complexidade.

Já em 2006, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) apontava que a Cirurgia Plástica era a área de atuação médica com maior taxa de processos. Em 2008, ele publicou um estudo alegando que 97% dos médicos que respondiam a processos ético-administrativos, no conselho, na área de cirurgia plástica ou procedimentos estéticos não tinham título de especialista<sup>18</sup>. A revista IstoÉ publicou em agosto de 2018 uma reportagem<sup>19</sup> que trazia o acréscimo no volume de queixas envolvendo tal área, segundo o próprio Cremesp. No ano de 2015, 10 denúncias foram realizadas, em 2016 foram 27 e em 2017

---

<sup>18</sup> Disponível em <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1065>>. Acesso em: 03 out. 2019.

<sup>19</sup> Disponível em <<https://istoe.com.br/vaidade-em-risco/>>. Acesso em: 03 out. 2019.

ocorreram 68 representações junto à autarquia. Ressalta-se que tais dados devem ser subnotificados, porque diversas pessoas não chegam a denunciar os profissionais por descrença no judiciário ou falta de estrutura emocional para enfrentarem os trâmites típicos de casos como esse, ainda de acordo com a reportagem.

Sujeitos obesos, geralmente, não são considerados bonitos, pelo excesso de gordura, e nem saudáveis, por não aparentar ter o corpo fisicamente ativo. Por mais que tenha se visto mais campanhas publicitárias que apresentam atores obesos e atrizes obesas, ainda falta representatividade desse público no meio midiático, o qual é o responsável por ditar os padrões beleza em nossa cultura (ESTANISLAU, 2014). Assim, as pessoas em condição de obesidade tendem a seguir sentindo que seu corpo e sua beleza não são valorizados, mas excluídos.

O movimento *plus size* vem na contramão desse discurso médico-científico/patriarcal-sexista e vai além de sua intenção inicial de ampliar as modelagens da indústria da moda, tornando-a acessível para todas as pessoas. Atualmente, ele atua na construção de novas possibilidades de beleza, ressaltando que ela pode ser encontrada e incentivada em outras composições e outros formatos corporais. Surgem, nesse contexto, concursos de beleza, editoriais de moda, campanhas publicitárias e lançamento de produtos voltados para pessoas com excesso de peso, tentando dar espaço para que essas possam circular, ser vistas e atendidas, empoderando os corpos fora dos padrões vigentes (ARRUDA, 2012; SANTOS; NICOLAU, 2012).

Os participantes do Grupo 01 vão nessa direção ao compreender beleza como um estado de espírito que engloba uma boa autoestima, autocuidado e autoaceitação. Eles dizem que cada pessoa precisa se achar bonita e se valorizar para que os demais também a achem. Ser bonito partiria, inicialmente, de uma posição assumida consigo mesmo, resultado de um trabalho de estruturação psíquica individual. “Se você não se ama primeiro, como você quer que as pessoas lhe amem?” (suj. 1.2); “Se você não se achar também bonito, ninguém vai me achar. Eu sou feliz com meu corpo, eu sou feliz com a minha aparência (suj. 1.3).

Recoloca-se aí, mais uma vez, o caráter individual, e não coletivo, de dados constructos sociais, como a beleza. No lugar de problematizar os motivos que levam os padrões de beleza a serem tão restritivos, que é manter o *status quo* social, no qual apenas um pequeno grupo detém o poder sobre os demais, ditando os hábitos de produção e consumo (SANTOS, NICOLAU, 2012), responsabiliza-se o indivíduo por suas questões, exigindo dele mais esse esforço de ter que ir contra as normativas para preservar sua integridade

psicológica, moral e social. E ele acaba internalizando mais essa função, mesmo que o seu entorno o impulse para o caminho contrário.

O Grupo 01 alega que é possível ser obeso e bonito, porque não existe uma relação direta entre beleza e peso. Mas é necessário que a pessoa se ame, se cuide, se valorize, pois seriam esses os atributos que saltam aos olhos dos demais e os fazem ser classificados como belos, como mostra a fala a seguir: “Eu acho que não vejo por que uma pessoa estar gorda, é feia, uma pessoa estar magra, é bonita. Não acho uma relação direta não” (suj. 1.5).

Dois dos entrevistados dão como exemplo o caso das modelos *plus size*, que são conhecidas por sua beleza, o que é exemplificado pelos relatos: “A gente vê as *plus size*, aquelas modelos *plus size*, bonitas (...) Essas modelos *plus size*, elas são todas bem resolvidas. Elas aceitam o seu corpo” (suj. 1.1); “Em tantas modelos também, *plus size* estão super lindas e gordinhas” (suj. 1.6). Contudo, vale aqui trazer a reflexão sobre o corpo de tais modelos e quem são elas. Têm se falado bastante, atualmente, sobre a forma como vêm se classificando essas modelos e se elas, realmente, fazem jus ao termo *plus size*. Estabeleceu-se que o manequim referente a essa categoria deve ser igual ou maior que a numeração 44 aqui no país, o que não se refere necessariamente à obesidade.

Campanhas publicitárias e marcas de roupas vêm divulgando notícias sobre a inclusão de modelos *plus size*, detentoras de outros padrões corporais, em seus quadros de modelos. Entretanto, o que se vê são mulheres que realmente não são magérrimas, como as modelos que habitualmente trabalham nesse meio, mas que também não têm corpos com sobrepeso ou obesos. Isso tem gerado críticas, inclusive de personalidades da mídia, as quais advogam que tais notícias geram ainda mais cobranças e exigências para mulheres que até então nem se consideram gordas, mas têm corpos parecidos com tais modelos e podem já se enquadrar em tal categoria ainda excludente<sup>20</sup>.

Por outro lado, mesmo que as marcas sejam, basicamente, apenas motivadas economicamente para promover diversidade em uma indústria que nunca incentivou tal movimento, contratar modelos com corpos mais comuns pode incentivar as mulheres a estabelecerem relacionamentos mais positivos consigo mesmas. Um estudo realizado por Clayton, Ridgway e Hendrickse e publicado em 2017, com 49 mulheres, mostrou que as

---

<sup>20</sup> Um Caso recente foi o da campanha da marca de lingerie “Victoria Secret”, que noticiou a contratação da sua primeira modelo *plus size*, a qual estreará uma campanha com apelo para esse público consumidor mais diversificado. A marca recebeu diversas críticas, pois a modelo em nada aparenta ser gorda, se assemelhando ao padrão “comum” de mulher, aquela que tem muitas curvas e não é magérrima. Ela vestiria tamanho 44, e a média de corpo da mulher americana é entre 46 e 48. Disponível em <<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/10/14/diversidade-em-campanha-da-victorias-secret-recebe-criticas-chegou-tarde.htm>>. Acesso em: 03 out. 2019.

participantes expressaram melhor satisfação corporal e menos comparação social quando viam imagens de modelos *plus size* ao invés de modelos magras.

Um dos participantes do Grupo 01 “compartimentaliza” a beleza, dizendo que existem a “beleza de corpo”, quando ele é magro, bem definido e sem marcas, e a “beleza de rosto”, no qual se valorizam as feições simétricas, delicadas e sem manchas ou rugas, opinião observado no relato a seguir: “Têm tantos gordinhos e gordinhas bonitos, né? E rosto principalmente, né? Eu acho que sempre têm” (suj. 1.4). Assim, dizer que uma pessoa é “bonita de rosto” pode ser encarado como um elogio, mas na verdade, tende a ser uma crítica velada ao seu corpo, pressionando-o para o emagrecimento e a adesão aos padrões vigentes. Tal classificação soa como se o indivíduo não pudesse ser considerado totalmente bonito, pois, apesar de ter um belo rosto, seu corpo não é valorado positivamente.

A metade dos sujeitos relata, durante a entrevista, que se sente bonito atualmente, mesmo se dizendo acima do peso, como se vê nos relatos destacados: “Eu me acho bonita, acho meu sobrinho bonito” (suj. 1.3); “Ah, eu acho super normal. Eu me acho bonita” (suj. 1.6). E a outra a metade não afirma se sentir feio, mas parece achar que precisaria emagrecer para se reconhecer verdadeiramente bonito, embora isso não seja uma questão problemática no momento. Esses sujeitos não indicam outros fatores, que não o peso, como influenciadores para não se acharem plenamente bonitos, ainda que digam não associar feiúra à gordura. Essa dissonância no grupo pode indicar o quanto a questão da beleza vem sendo mais enfocada socialmente, a partir dos movimentos contra-hegemônicos que têm surgido, como o *plus size*. Isso fortalece a relação entre os objetos “*beleza*” e “*corpo*” comparativamente aos demais grupos, pois aqui alguns sujeitos já parecem diversificar os padrões de beleza, mesmo que outros ainda aparentem estar fixados na normativa da magreza.

Mesmo com as dúvidas e críticas existentes a uma maior exposição de corpos diversos nos meios de comunicação, as quais argumentam desde a romantização e o conformismo da obesidade (segundo a Medicina) até a indústria da moda se valendo do crescente interesse desse público principalmente para aumentar suas vendas e margens de lucro, é inquestionável que a temática vem sendo mais discutida, na tentativa de diversificar os padrões de beleza, incluindo maiores parcelas da população.

#### 4.2.1.2.8 A Saúde e a Doença

O binômio saúde/doença estabelece ligações com a obesidade a partir de seus blocos de sentido “*obesidade objetivada*” e “*obesidade ancorada*”, assim como também estabelece

ligação com o objeto “*alimentação*”. Buscar a saúde é tentar aumentar a expectativa de vida, para as culturas ocidentais, evitando ao máximo a morte. Prolongar a vida e a juventude é uma preocupação da humanidade desde os primórdios. Os mais diversos grupos sociais criam tecnologias para a preservação do corpo, e manter a saúde, afastando a doença, é uma das principais vias para tal (SANTOS, 2008).

Ser saudável não engloba apenas a dimensão da ausência da doença, e esse postulado foi criado na tentativa de se superar tal concepção estritamente biomédica. Assim, a OMS (2006), em sua clássica conceituação de saúde, desde 1947, diz que ela é também um estado de “completo bem-estar físico, psíquico e social”. Mas, ao longo dos anos, passou-se a questionar se é possível alcançar a saúde se ela significar esse pleno estado de harmonia e bem-estar, em um mundo globalizado que ainda não conseguiu garantir direitos básicos como liberdade, igualdade, educação, segurança e cultura para todos. De toda forma, em consonância com essa noção de saúde alinhada ao modelo holístico e de conotação positiva, as práticas de saúde não se restringem a agir sobre as causas diretas que ameaçam a saúde, mas também as causas predisponentes, o que leva a alterações do que seja o risco.

Segundo Viagrello (1999), citado por Santos (2008), as ciências e seus estudos têm fornecido, atualmente, mais informações sobre o risco, o que tende a influenciar as ações dos indivíduos, diferentemente do que se costuma ver nos anos passados. Isso também acaba por gerar mais ansiedade e responsabilização, quando adoecer passa a ser resultado de cálculos do risco e da ação sobre eles. A obesidade seria um exemplo bastante ilustrativo, nesse cenário, na medida em que é considerada uma patologia porque predispõe a outras patologias, no futuro, mesmo que, no presente, os demais indicadores de saúde não mostrem tal situação. Assim, o risco se refere aos acontecimentos futuros ligados a práticas do presente.

Ademais, em uma sociedade que vive da aprovação alheia, não basta ser saudável, há que parecer saudável. Práticas extremas como programas exaustivos de exercício, uso de suplementos alimentares sem acompanhamento e substâncias anabolizantes, procedimentos estéticos altamente invasivos e perigosos e dietas muito restritas podem ajudar, em um primeiro momento, a alcançar tal aparência de saúde, mas podem também estimular o desenvolvimento de transtornos de imagem, além do aparecimento de doenças graves, levando até ao óbito.

Ilustrando, uma patologia que vem sendo mais discutida nos últimos anos é a rabdomiólise, a qual consiste, literalmente, na ruptura do músculo esquelético. Isso causa a liberação de enzimas que não são absorvidas pelos rins e levam à falência desses órgãos se

não tratadas adequadamente, podendo ser fatal. Episódios de exercício agudo ou severo podem aumentar muito a probabilidade de seu aparecimento, principalmente se associados à utilização de alguns tipos de suplementos alimentares e anabolizantes (UCHOA; FERNANDES, 2003; CRIDDLE, 2003 *apud* LOPES; COSTA, 2013).

O Grupo 01 conceitua *saúde* como ausência de doença e sinônimo de bem-estar. Já *doença* seria uma condição limitante, que põe em risco a vida do indivíduo. Tais concepções compõem a rede de significações na qual o grupo ancora suas representações de obesidade. Os sujeitos se colocam como vivenciando, no momento, esse estado de ausência de condições limitantes que representam perigo à vida e associado ao bem-estar. Logo, não se identificam como doentes e suas práticas sociais corroboram essa concepção.

Essa conceituação de saúde e doença, na qual uma está imbricada na outra, tende a ser facilmente compreendida e difundida (ALMEIDA, 2013). Ela atende aos interesses das ciências da saúde, porque coloca todos os aspectos relativos ao ser humano sob suas tutelas, em uma proposta de ciência que a tudo responde. A medicalização da vida é um movimento pelo qual a Medicina invade cada vez mais campos individuais, mesmo na ausência de sintomas patológicos (BOARINI; YAMAMOTO, 2004). Ela se ocupa em traduzir todos os fenômenos humanos em bioquímicos, o que aumenta seu grau de confiança e credibilidade entre as pessoas. A Medicina fez isso com diversos fenômenos, como o TDAH, o alcoolismo, a infertilidade, a anorexia e a bulimia e também com a obesidade (CONRAD, 1992).

Assim, praticamente todos os sujeitos dizem que é possível ser obeso e saudável, pois a obesidade é multifatorial e a saúde depende bastante do estilo de vida do sujeito, de sua genética e não apenas de seu peso. Elas afirmam que manter bons hábitos de saúde, como alimentação balanceada e prática de exercícios físicos, possibilita aos indivíduos conservarem boas taxas metabólicas, diminuindo eventuais limitações e riscos futuros, exemplificado nas falas adiante: “Mas eu acho que é possível ser gordinho e ser saudável (...) Como eu te disse, tem tanta gente magra e tem muitos problemas de saúde, é mais uma questão mesmo de balancear” (suj. 1.6);

Sim. É possível. Agora passa muito pelo estilo de vida. A pessoa pode estar acima do peso, faz exercícios físico regularmente, tem as taxas boas, essas coisas todas. A obesidade é considerada por si só, sozinha, um fator para aumentar risco, essas coisas todas, mas se vier acompanhada desses outros fatores positivos esse risco diminui muito. Então eu acho que é possível (suj. 1.5).

Elas chegam a citar pessoas que são atletas profissionais e precisam manter grande volume corporal para alcançar bons rendimentos, como segue o relato: “Tem muitos

jogadores de esportes hiper obesos, eles precisam desse peso para poder praticar o esporte deles, que é um esporte de força, e são saudáveis” (suj. 1.2). O peso, para o Grupo 01, não seria um preciso preditor de saúde ou doença, pois não são apenas os critérios objetivos, como índices metabólicos e o IMC, que estão envolvidos na vivência da saúde, mas também fatores subjetivos como autoestima, boas relações interpessoais e satisfação profissional, por exemplo.

#### 4.2.1.2.9 A Alimentação

Alimentar-se é uma das necessidades básicas dos seres vivos, imprescindível para seu desenvolvimento e a manutenção da vida. Mas a forma como se dá a alimentação varia entre as diferentes espécies e, no ser humano, ao longo da história e nas diversas culturas. As ciências da saúde tendem a diferenciar “alimento” e “comida”. Eles postulam que o primeiro estaria mais ligado à dimensão fisiológica comum a toda espécie humana, natural, e o segundo compreenderia também os aspectos sociais e culturais. Contudo, essa dicotomia natureza/cultura não encontra mais eco nos estudos de representação social. Segundo Denise Amon (2014), Moscovici (2007) defendia que tal oposição deveria ser questionada no sentido de reconstruir a unidade entre sociedade e natureza, uma natureza-histórica. Assim, em seu livro “A Psicologia Social da Comida”, a autora supracitada assume uma não distinção entre comida e alimento, considerando que toda comida é alimento e todo alimento é comida.

Embora se comungue com o pressuposto teórico trazido por Amon (2014), no presente estudo, optou-se por nomear esse objeto social como “*alimentação*”, não no sentido de diferenciá-lo de comida, mas por se considerar que esse termo remeteria mais amplamente aos elementos que comporiam tal prática social relativa à obesidade e perda/controle de peso e menos à ideia de ações com a comida, como servir ou cozinhar. Além de falarem da comida, em si, seus diversos tipos e como os valoram, os sujeitos falaram sobre suas relações com a comida, como e onde aprenderam a comer, quais as mudanças planejam implementar em seu programa alimentar e qual a ligação da alimentação com o desenvolvimento da obesidade e os projetos de emagrecimento.

Como comer é fundamental para todos os sujeitos à satisfação de suas necessidades biológicas, pode-se considerar que esse tema seja simples e suscite pouca reflexão e problematização. Contudo, diferentemente de uma outra necessidade do humano, o respirar, para a qual existe apenas disponível a opção do ar, ao se falar em alimentação são inúmeras as

possibilidades de seleção e combinação, nos mais distintos contextos. O ato de comer vai além da comida, por si só, envolvendo múltiplas dimensões. Ainda de acordo com Amon,

Uma pessoa come sentada à mesa, em reunião familiar, uma refeição completa, composta por três serviços em sequência: de entrada, uma salada; como prato principal, carne, arroz, feijão, couve, farofa; de sobremesa, uma fruta; come em louça de porcelana com jogo de talheres. Outra pessoa faz uma refeição sozinha, sentada numa cadeira na frente do computador; come um sanduíche tirado de uma embalagem plástica. Outra come sentada sobre um tijolo, direto de uma panela, a mesma comida da primeira, não aquecida, com um garfo apenas, na companhia dos colegas de trabalho. São três formas diferentes de se alimentar. Rituais religiosos também envolvem a comida em formas e ordens específicas, como as ceias judaicas e cristãs, as religiões animistas. Todas essas situações são satisfatórias do ponto de vista da sobrevivência. Entretanto, revelam distinções importantes a respeito das pessoas, seus valores, hábitos e estilos de vida (2014, p. 19).

Os diferentes tipos de comida, as formas como elas se combinam entre si e com os elementos ao redor fazem com que a prática alimentar seja uma complexa expressão da formação, estruturação e história dos grupos sociais, atuando na construção e afirmação de suas identidades, memórias, crenças e ideologias. Assim, a comida transforma as relações cotidianas e por elas é transformada (AMON, 2014).

O objeto “*alimentação*”, para o Grupo 01, aparece no Sistema de Representações Sociais da obesidade ligado, prioritariamente, ao bloco das práticas sociais, como já dito. Ele se relaciona ainda com o objeto “*saúde/doença*” na medida em que os participantes categorizam a compulsão alimentar como uma doença. O Grupo 01 diz que não tem relação de compulsão alimentar e não credita sua obesidade à falta de controle na ingestão de comida. Mas acha ser possível que a comida seja usada, por algumas pessoas, para preencher uma falta de ordem psicológica ou social, como se vê no relato do participante: “Existe a compulsão de quem é da obesidade mórbida, vamo dizer assim, com a falta de alegria na vida, de estímulo, de convivência. Talvez porque essas pessoas, na infância, podem ter vindo de um lado que não deu estrutura e suporte também” (suj. 1.2).

Como mencionado, alguns sujeitos relatam perceber que comem mais quando se sentem ansiosos, nervosos, tristes e frustrados, ou quando se sentem felizes e animados, como uma forma de gratificação ou comemoração. Outros dizem que comem muito porque gostam de comer. Ainda que a relação com a comida não envolva o extremo do desenvolvimento de uma doença mental, ela vai muito além da subsistência, como já dito.

Comer agrega pessoas, podendo transformar uma simples necessidade humana em um evento social que aproxima os indivíduos e os possibilita interações sociais importantes. Historicamente, em várias culturas, como as latinas, as famílias se reuniam para comer

cotidianamente, e esse era o momento de conversarem e criarem memórias em torno do hábito de cozinham e comerem. A refeição era cercada de uma aura quase mística, assim como o/a cozinheiro/cozinheira, e capaz, muitas vezes, de curar enfermidades, desilusões ou desentendimentos; celebrar conquistas; recompensar perdas; ou reunir pessoas queridas. Atualmente, devido à falta de tempo das pessoas e ao desenvolvimento industrial, que afetou os gêneros alimentícios quanto às suas produções, distribuições e consumos, tais momentos não são vivenciados com tanta frequência, tendo sido reservados, na maior parte das vezes, aos espaços de lazer (SANTOS, 2008).

Praticamente todos os entrevistados dizem que a maneira como se alimentam, adequada ou inadequadamente, tem muita ou total influência da forma como aprenderam a comer, com a família, como mostra o relato abaixo:

Eu fui criado, pela minha mãe, a sempre provar e comer verdura. Então se eu comia verdura desde cedo, eu cresci um adulto que come verdura. Já meus filhos não estão sendo criados comendo verdura. Então amanhã ou depois vão ter problema, né. Porque minha esposa em si, ela não come. Sai catando a cebola do prato. Aí eles já veem e não querem (subj. 1.2).

Esse cenário vai ao encontro do postulado por Curtis e colaboradores (2011), citado por Coradini, Moré e Scherer (2017) e já mencionado anteriormente, sobre o papel que a família exerce no desenvolvimento da obesidade, ao criarem um ambiente obesogênico em casa. As práticas alimentares são criadas desde o nascimento, a partir do que é apresentado e ensinado para a criança como bom, gostoso, correto e saudável, em um contexto alimentar que já existe previamente (SANTOS, 2008).

Durante muito tempo, a instituição que detinha a legitimidade para ditar normas e condutas sociais era a família. Atualmente, é a ciência que ocupa esse lugar e, mais especificamente, ao se tratar dos fenômenos da vida humana, a Medicina. Além desses, à medida que crescem, os indivíduos vão sofrendo ainda influências da mídia, da publicidade e de grupos sociais diversos na escola, no trabalho, com os amigos, entre outros, forçando-os a fazer escolhas. Assim, as práticas alimentares são passíveis de mudanças ao longo das fases da vida de acordo com os interesses e referenciais adotados (SANTOS, 2008).

Nesse sentido, praticamente todos os participantes do Grupo 01 dizem que precisam e planejam aprender a comer “melhor”, ou seja, ingerindo alimentos mais saudáveis, hipocalóricos e em menor quantidade. Relatam entender que essa mudança deve ser permanente, estendida por toda a vida e que, se encarada com disciplina e foco, se transformará em um hábito. A maior parte do grupo, como trazido anteriormente, dá preferência a um “equilíbrio alimentar” na seleção e no consumo dos diferentes tipos de

alimentos, acrescentando mais nutrientes à sua rotina alimentar e diminuindo calorias, gorduras e doces, mas sem cortá-los totalmente, isto é, sem fazer dietas restritivas e difíceis de serem mantidas por um longo período de tempo. Isso pode ser exemplificado nos trechos a seguir:

E não é passando fome não, é só mudar o hábito. Em vez de botar um macarrão ou um arroz, você bota um feijão, que pode comer, muita verdura. Boto um ovo completo, bota carne à vontade. Só não pode colocar a massa. Cortar pão. Cortar pizza. Não que você vá deixar de comer, mas na semana, evitar. Aí, no final de semana, libera (suj. 1.2);

É você que tem que comer arroz integral e não arroz branco, está beleza. Eu como arroz integral. Não é gostoso, isso aí eu não vou dizer porque não é verdade, mas eu não tenho problema. Eu comia muito arroz integral e muito mato. Era couve, era rúcula, era brócolis, era cebola, eu até dividia com os meninos o vinagrete (suj. 1.3).

Esse posicionamento dos sujeitos suscita algumas questões importantes a serem discutidas. Inicialmente, percebeu-se que todos os sujeitos distinguem os alimentos, basicamente, em função dos seus potenciais para promover ganho de peso e os classificam como *bons* ou *ruins*. Os *bons* seriam aqueles que promovem saúde e não engordam, nutrindo o corpo de maneira adequada e trazendo benefícios para o seu funcionamento, além de prevenirem o aparecimento de doenças. Como exemplos, eles citam as frutas, verduras, legumes, produtos integrais, carne, frango, peixe, ovo, sucos naturais e tubérculos. Percebe-se que os itens listados são, em sua maioria, comidas mais naturais, ou seja, pouco industrializadas.

Já os alimentos ruins são os que engordam, por serem hipercalóricos, e não são saudáveis, por causarem alterações nas taxas metabólicas (por exemplo, aumento no colesterol, glicemia, triglicerídeos) ou doenças cardíacas, vasculares, respiratórias ou ósseas (como infartos, trombozes, asma, osteoporose, entre outros). Eles listam, nessa categoria, alimentos como os doces, refrigerantes, massas, frituras, cereais, biscoitos e os *fast-foods*. Aqui, eles mencionam mais alimentos processados ou industrializados. Para o grupo 01, o principal critério que determina se um programa alimentar é adequado ou inadequado é, principalmente, o tipo de comida consumido. A quantidade dos alimentos ingeridos teria uma importância diminuída se comparada à primeira. É preponderante, no processo de busca pela saúde e emagrecimento, comer “melhor” que comer “menos”.

Retomando o papel da ciência nesse contexto, ela vem contribuindo para a formação de novas representações sobre a comida e o comer. A difusão social dos conteúdos e discursos elaborados no âmbito das pesquisas fornece mais elementos na atribuição de sentidos e

significados que os grupos dão à alimentação. Termos como carboidratos, lipídios, proteínas, vitaminas, antioxidantes, cancerígenos, entre outros, já compõem o repertório linguístico de boa parte da população mundial, assim como conhecimentos sobre a anatomia do sistema digestório e seus processos (SANT'ANNA, 2003, *apud* SANTOS, 2008). Esses são incorporados em toda a rede de significações construída para compreender o mundo e as implicações nele, do nascimento ao fim da vida.

Refere-se, à expressão “dieta”, a noção de controle e rigidez alimentar, elaborados com base nos pressupostos científicos. O objetivo principal da dieta seria proporcionar e manter a saúde, em sua concepção biomédica e, secundariamente, conseguir um corpo dentro dos padrões ideais. Inicialmente, fazia dieta quem tinha alguma patologia e precisava restringir a ingestão de alimentos prejudiciais ou aumentar o consumo de alimentos auxiliares do restabelecimento da saúde ou as elites que concretizavam no corpo a expressão de seu poder. Hoje, tal prática é prescrita indiscriminadamente, pelas ciências da saúde, para todos (LUPTON, 1996 *apud* SANTOS, 2008). A dieta pode ser usada ainda como uma forma de prevenir doenças, purificar a alma (em uma dimensão espiritual/religiosa), proporcionar beleza ou como estratégia de socialização (SANTOS, 2008).

Justamente pelo caráter rígido e objetivo das dietas, voltadas apenas para atingir metas, atualmente, os entrevistados parecem ter uma atitude negativa em relação a essa prática alimentar. Ela implicaria muito esforço, controle e abdicção, que até poderia suscitar bons resultados no emagrecimento ou controle de peso, mas não seriam factíveis de serem mantidas por muito tempo. Assim, os indivíduos têm tentado negociar consigo mesmos e com os profissionais de saúde formas de contornar certas restrições, na intenção de preservarem o prazer em comer, por exemplo.

Daí surgiu a noção de “equilíbrio alimentar”, como um caminho para melhorar o padrão de consumo de insumos da população, mas sem eliminar os componentes neuroquímicos, afetivos e sociais ligados à alimentação (SANTOS, 2008). Por fim, baseado nas respostas dos entrevistados, a atitude em relação a essa prática parece ser mais positiva se comparada à dieta, por passar a ideia de que é possível aprender a selecionar os melhores alimentos, aumentando a variabilidade das comidas e não diminuindo, e ainda permitindo que se mantenham certas preferências individuais, mesmo que em pouca frequência e quantidade, a alimentos percebidos como *ruins*, mas que fazem parte das suas práticas alimentares. Percebe-se que tal atitude positiva pode gerar uma maior adesão dos indivíduos a essa prática e, conseqüentemente, provocar melhorias em seus programas alimentares. Dito isso, seguir-

se-á para a análise do próximo grupo estudado, o qual desenvolve diferentes práticas sociais para lidar com a obesidade.

#### **4.2.2 O Grupo 02**

O Grupo 02 foi constituído por sujeitos que, à época das entrevistas, estavam realizando alguma prática social visando a perda de peso, como reestruturação de programas alimentares (dietas ou reeducação alimentar), exercícios físicos regulares e/ou uso de medicações, acompanhados por profissionais de saúde. Vale lembrar que todos os entrevistados eram obesos, dois deles, com a recente perda de peso, estavam com obesidade grau I, e os demais eram obesos grau II. Visto que o Grupo 01 já foi apresentado, esta seção será mais objetiva e focará nas particularidades e diferenças percebidas entre esse e o primeiro grupo.

##### **4.2.2.1 O Sistema de Representações Sociais**

Iniciando a análise do material elaborado pelos sujeitos, o IRAMUTEQ forneceu, para esse grupo, cinco classes na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizada (ver APÊNDICE E). No geral, os resultados foram parecidos com os do Grupo 01. A Classe 03 foi a mais numerosa e trouxe palavras relacionadas ao sujeito obeso, a percepção dos entrevistados sobre suas características, como sua condição ou não de doente, as dimensões estética, funcional e fisiológica da obesidade e a visão da sociedade sobre o fenômeno. As unidades textuais destacadas na Classe 01 remeteram à trajetória do corpo do sujeito obeso, como ele se constituiu na presença da obesidade, seus processos de ganho e perda de peso. E as Classes 05, 04 e 02 se referiram, respectivamente, a elementos do âmbito da alimentação; medicamentos e cirurgia bariátrica; e exercícios físicos.

A partir desses indicativos, seguiu-se para a realização da Análise de Conteúdo, e cada uma dessas classes contribuiu para a visualização e delimitação dos blocos que compõem a representação social de obesidade elaborada pelo grupo. Tais blocos parecem se relacionar com um dos objetos sociais que formam o SRS do fenômeno. A seguir apresenta-se uma figura que ilustra tais blocos, objetos e relações.



**Figura 2: Sistema de Representações Sociais da obesidade construído pelo Grupo 02**

O objeto “*obesidade*” ocupa o centro da figura, por ser o fenômeno estudado pela pesquisa e em torno do qual todos os outros objetos se articulam no intuito de compreender como os sujeitos do grupo objetivam e ancoram a obesidade. Continua-se apresentando a representação social de obesidade em blocos de sentido, nomeando-os de (em sentido horário, começando pelo lado esquerdo): “*a trajetória do corpo*” do sujeito obeso, a qual versa sobre a condição de obesidade dos sujeitos e como essa se constituiu ao longo da vida, assim como a Classe 01; “*a obesidade objetivada*”, que como a Classe 03, indica conteúdos sobre o conceito de obesidade e suas características para os entrevistados e para a sociedade; “*as práticas sociais relativas à obesidade*”, a qual fala, da mesma maneira que as Classes 05, 04 e 02, sobre as condições e estratégias que influenciam a obesidade e o emagrecimento, como a alimentação, exercícios físicos, medicações e cirurgia bariátrica; e a “*obesidade ancorada*”, sobre a rede de significações em que o objeto é inserido pelo grupo e quais as fontes de informação acessados sobre o tema.

Como já dito, os Grupos 01 e 02 estruturam seus SRS de forma muito semelhante quanto aos objetos por eles trazidos, diferindo principalmente sobre os significados atribuídos. Ao bloco da “*trajetória do corpo*” se liga o objeto “*corpo*” por trazer a construção do autoconceito e autoimagem muito embasada na forma física. “*Corpo*” liga-se ainda à “*beleza*”, visto que o padrão estético enfatizado pela sociedade e também pelo grupo está muito relacionado à ausência de gordura. O bloco “*obesidade objetivada*” se liga aos objetos “*saúde/doença*”, pois os sujeitos se utilizam dessa noção para conceituarem o fenômeno e “*beleza*”, visto que os sujeitos desse grupo enfatizam bastante a questão estética como preponderante nas suas percepções de si mesmos, na condição de obesos, sendo essa uma das principais motivações para o emagrecimento.

Entre o Grupo 01 e 02, observa-se que a maior diferença quanto à estrutura dos SRS reside no fato de que, no Grupo 02, não foi observada a ligação entre o objeto “*alimentação*” e “*saúde/doença*” pois, apesar de o grupo considerar que a ansiedade influencia na ingestão alimentar, baseados na maneira como eles a vivenciam, não a configuram como uma doença mental. O objeto “*alimentação*” se liga a “*práticas sociais*” por ser compreendido como um fator preponderante no ganho e na perda de peso, assim como o exercício físico, o qual aqui também não foi considerado como objeto social pela falta de espessura social, reflexão essa que será justificada mais adiante. E, ao bloco “*obesidade ancorada*”, se ligam todos os objetos do sistema, pois é ancorado em tais noções que o grupo constrói seu SRS sobre a obesidade.

#### 4.2.2.2 Os Objetos Sociais e suas Representações Sociais

A partir dos dados mostrados no IRAMUTEQ e posterior realização da Análise de Conteúdo, foram elencados os objetos que compõem o SRS, como já dito, e os sentidos atribuídos a eles. Cada um deles será apresentado a seguir, focando em seus elementos, seus processos de formação e a ligação deles com as práticas sociais desenvolvidas pelo grupo para lidar com o fenômeno.

##### 4.2.2.2.1 A Obesidade

O primeiro objeto trazido ocupa o centro da discussão da pesquisa. Da mesma forma como no grupo anterior, como já explicado, a discussão dos resultados neste tópico será apresentada em blocos de elementos que compõem a representação social de obesidade elaborada pelo grupo. Tais blocos foram nomeados iguais aos do Grupo 01, mas eles diferem em função dos conteúdos que são suscitados e de suas relações com os objetos integrantes do SRS. Eles serão discutidos adiante.

##### 4.2.2.2.2 A Trajetória do Corpo

Este bloco se relaciona diretamente com o objeto “*corpo*”, pois discorre sobre o caminho que os corpos dos participantes trilharam ao longo da vida, tendo sido marcados ou não pela obesidade. Neste grupo, observa-se que cada fase da vida (infância, adolescência e adultez) teve suas particularidades em relação ao corpo e ao peso. Praticamente todos os sujeitos disseram ter excesso de peso desde a infância, diferentemente do Grupo 01. Eles contam que isso se deveu principalmente ao seu componente hereditário, visto que teriam

histórico significativo de obesidade na família, entre parentes de primeiro e segundo graus, ou ao componente genético, porque mesmo que não tivessem sido criados em um ambiente obesogênico ou com familiares obesos, tinham sobrepeso ou obesidade já quando crianças, como se vê nas falas a seguir: “Eu sempre tive problemas com obesidade, desde a infância” (suj. 2.2); “A minha família, ela tem uma predisposição muito grande. O meu pai morreu de infarto fulminante” (suj. 2.3); “Eu sempre tive tendência a engordar, isso já é de família, eu ter tendência a engordar (suj. 2.4); “Desde a segunda infância, eu sempre estive acima do peso, fui gordinha. E no início da adolescência, minha mãe começou a me levar para nutricionista, endocrinologista, aí eu fui até praticamente hoje” (suj. 2.5).

Entre os participantes, os dois que mais relatam insatisfação com essa condição são os que não relatam terem herdado tal traço, chegando a admitir que sua principal motivação para emagrecer é a questão estética. Isso pode ser justificado pelo fato de eles não terem tido muitas referências, na infância, de pessoas gordas na família. Não se perceber parte integrante do grupo familiar, pelas diferenças visualizadas na dimensão corporal também pode ter influenciado a busca pelo emagrecimento na adolescência, a fase típica da formação de grupos, já que ambos afirmam ter pedido peso nessa fase. Como já mencionado, a família é o primeiro contexto de socialização do sujeito, no qual começam os primeiros processos de construção identitária, ao se reconhecerem as semelhanças e diferenças, na interação com o outro (BERGER; LUCKMANN, 1985/2004).

Na adolescência, a maioria deles conta que teve uma redução no volume corporal, por um processo típico de crescimento ou porque implementaram esforços para tal, como mudanças no planejamento alimentar e/ou desenvolvimento de atividades físicas, como observado nas falas a seguir: “Então, quando eu tinha uns 12 anos, 14 anos, eu fiz uma dieta por conta própria. Eu já pesava 72 Kg, com 14 anos. Eu fiz uma dieta por conta própria, emagreci muito. Só com dieta, sem exercícios, nada. Com 15 anos eu já tava pesando 54 Kg” (suj. 2.2);

Aí, como eu sentia essa predisposição (para engordar), quando eu entrei no ensino médio, eu comecei a malhar, me cuidar, eu consegui chegar no peso ideal, na época de ensino médio. O pessoal até brincava que era o marombão. Eu investia muito tempo nisso, nessa época, para poder ir para as festas, fazer sucesso. Era outra mentalidade, né (suj. 2.3).

A puberdade se caracteriza por um período intenso de crescimento, com a maturação sexual e corporal, o que aumenta o gasto energético e a necessidade de nutrientes. Esse desenvolvimento é fortemente influenciado pelos fatores genéticos e ambientais (EISENSTEIN; COELHO, 2004). Alguns hormônios essenciais nessa fase atuam modulando

o metabolismo do tecido adiposo, como a leptina, o hormônio do crescimento, a testosterona e o estrogênio, provocando alterações no peso geral (CAMPAÑA, 2013).

O desejo de se integrar ao meio social e pertencer a um grupo pode impulsionar os adolescentes e jovens à mudança de hábitos, como a alimentação. Estudiosos postulam que, atualmente, há uma tendência maior ao consumo de *fast-foods*, por seu caráter prático, que não demanda esforços, e por eles serem associados à cultura jovem desde as últimas décadas do século XX (BLEIL, 1998 *apud* LEMOS; DALLACOSTA, 2005). Além disso, os adolescentes são mais suscetíveis à influência da mídia e aos padrões de corpo que ela veicula, por ainda estarem em processo de construção de sua identidade. Isso pode dificultar a construção da imagem corporal e até de eventual processo de perda de peso nessa fase. Pesquisas demonstram que adolescentes, especialmente as meninas, tendem a distorcer sua imagem corporal, se percebendo com mais volume corporal do que realmente têm. E os que realmente estão com excesso de peso tendem a demonstrar maior insatisfação corporal (BRANCO, HILÁRIO, CINTRA, 2005; CONTI, FRUTUOSO, GAMBARDELLA, 2005). Esse contexto acaba exigindo do adolescente obeso ainda mais suporte social e, em alguns casos, acompanhamento especializado.

Ao chegarem na juventude, durante ou depois da faculdade, os participantes alegam que retomaram o processo de engorda e, desde então, seguiram até atingirem a faixa de obesidade. Eles dizem que o estilo de vida nesse momento, muito voltado para conseguir abarcar as necessidades da graduação com alto volume de estudos, somados muitas vezes ao acúmulo das atividades laborais, como estágios ou empregos, fizeram com que os cuidados com o corpo ou com a saúde fossem colocados em segundo plano, como se vê no recorte de fala a seguir:

Eu sempre trabalhei mas, quando eu entrei na graduação, eu precisei sair do emprego e comecei a estagiar, dentro do próprio instituto, e aí minha rotina ficou pesada. Eu pegava lá de 7h da manhã, eu estudava de manhã. Depois, pegava no estágio de 12h, ficava até 18h e ainda tinha um curso de extensão, que começava de 19h. (...) No meio da graduação, eu fui meio que abduzido pelo mercado, eu fui logo contratado muito rápido (...) Aí a rotina enorme pesou (suj. 2.3).

No tocante ao histórico de perda de peso, praticamente todos os sujeitos disseram que já haviam perdido peso significativo antes, a partir, principalmente, da adesão a dietas restritivas. Metade deles relatou vivenciar o “efeito sanfona”, como visto no destaque: “Eu tenho muito isso até hoje. Eu passo... Eu engordo e emagreço, engordo e emagreço. Tem muito essa relação” (suj. 2.5). No processo de emagrecimento que eles se encontram atualmente, metade deles perdeu menos de 04 Kg, pois começaram recentemente, e a outra

metade já perdeu mais de 17 Kg. Todos parecem empenhados no processo, independente de quantos quilos intentem perder. As práticas desenvolvidas por eles serão detalhadas mais adiante.

Os sujeitos que perderam mais peso desde que começaram o processo atual de emagrecimento são os que referem querer emagrecer ainda mais, se comparados aos demais. A dimensão da experiência visualizada no Grupo 01 também pode ser percebida com esses sujeitos. Sugere-se que, por eles já terem conseguido perder considerável volume de peso até o momento, sentem-se muito motivados a continuar no processo devido ao resultado positivo que vêm alcançando. Por outro lado, os dois participantes que menos emagreceram, até o momento, são os que indicam aspirações mais modestas à perda, o que pode indicar melhor aceitação ao seu corpo. Considerar o processo como muito dificultoso e com alto nível de abdição e sofrimento resultante pode os impulsionar a reverem seus padrões e se conformar e valorizar seus corpos

Em relação às limitações que os participantes dizem enfrentar no cotidiano, devido ao excesso de peso, o resultado foi semelhante ao apresentado pelo Grupo 01. A maioria deles conta que sente ou sentia cansaço ou falta de resistência, além de dificuldades para dormir, alterações de taxas metabólicas e patologias na coluna, como se vê nos relatos a seguir: “Minha glicose também está um pouco alta, eu ‘tô’ pré-diabética (...) Mas eu estava com gordura no fígado também” (suj. 2.2); “Estava ficando cansado, meu sono estava uma porcaria. Meu sono estava horrendo. Eu dormia, mas não descansava” (suj. 2.3); “Você se sente mais lento, mais devagar ao fazer as coisas e tal” (suj. 2.6). Um dos sujeitos diz que não sente limitações em nada, afirmando que sua principal motivação para perder peso sempre foi a dimensão estética:

É, menos de funcionalidade. Antes eu tinha esse discurso, que era melhor porque minha perna é gorda e se ela fosse mais magra eu conseguiria ter menos incômodo para andar. Mas hoje, depois que eu fiz terapia, eu sei que esse discurso é para maquiagem. Na verdade, eu queria estar magra por padrão estético (suj. 2.5).

Todos esses fatores são reconhecidos, pela Medicina, como comorbidades comuns em situação de obesidade, como já explanado na seção anterior.

Sobre eventuais incômodos como seu corpo, o aspecto mais lembrado pelos entrevistados foi a gordura localizada, principalmente na área do abdômen. São citados ainda a celulite e entaves das atividades cotidianas, como se vê nas falas destacadas: “Ah, têm. Celulites na perna, na coxa” (suj. 2.1); “Tem (o que incomoda), a barriga” (suj. 2.2); “Ainda quero entrar nesse processo de perder mais 10 kg. Ali na cintura, principalmente” (suj. 2.5);

“Mas se eu fosse escolher eu queria, principalmente, as pernas, o braço e a gordura nas costas mais enxutas” (suj. 2.5); “Eu trabalho interno, então, eu estaciono o carro, chego no fórum, eu já ‘tô’ coberto de suor. Então assim, essas coisas assim que me incomodam demais” (suj. 2.6). Percebe-se que praticamente todos os incômodos listados se referem à dimensão estética do corpo e apenas um sujeito menciona a dimensão funcional. Tais relatos vão ao encontro do preconizado como padrão de beleza, que rechaça a presença da gordura, e valoriza a magreza como sinônimo de beleza e saúde.

#### 4.2.2.2.3 A Obesidade Objetivada

Quando perguntados sobre o que eles pensam sobre a obesidade, a maioria dos sujeitos diz que ela seria caracterizada pelo acúmulo de gordura, a qual causa uma série de consequências ruins para a saúde – alterações bioquímicas e metabólicas, como taxas altas, diabetes; doenças cardiorrespiratórias, como hipertensão e infartos; do sono, como o ronco e a apneia; e musculoesqueléticas, como dores na coluna e dificuldades de mobilidade, como visto nos relatos a seguir: “Falta de disposição, cardiopatias, problemas na própria pele, que inclusive, eu tenho (...), problemas no sono” (suj. 2.3);

Eu entendo que a obesidade, em si, é um processo inflamatório, com acúmulo de gordura no corpo, que causa uma série de reações (...) E ela pode vir acompanhada de alguns índices bioquímicos, químicos dependendo do indivíduo, uns mais e outros menos. Pode acarretar algumas disfunções cardiorrespiratórias ou de locomoção, de resistência (...) a questão da formação da diabetes, de você ser um cardiopata, de você ter pressão elevada, enfim... (suj. 2.1).

Ademais, a gordura seria um atributo negativo, o qual influenciaria na dimensão estética dos sujeitos, como se vê no recorte: “Eu acho que estética. Essa questão da autoestima (...) Eu não acho bonito, a pessoa obesa” (suj. 2.2). Menciona-se ainda a possibilidade de a obesidade afetar também a saúde mental do indivíduo, pois o fato de ele sofrer com preconceitos e discriminações devido ao estigma que carrega poderia prejudicar sua convivência social, autoestima e seu autoconceito:

Porque quanto maior seu manequim, maior o número de problemas que você vai ter do ponto de vista social, do ponto de vista econômico, de oportunidades, de julgamento e, se você não tiver uma cabeça que trabalha isso, vai ser complicado (suj. 2.1);

Eu acho que, querendo ou não, interfere na autoestima, na saúde mental. (...) Tanto é que, nessa fase que eu cheguei a 100kg, depois da faculdade, eu passei por período de não conseguir me relacionar com ninguém. Baixa autoestima mesmo, sabe? Eu não estava me achando bonita, nem para paquerar. (...) Foi um período bem difícil (suj. 2.2).

Todos os elementos trazidos pelos sujeitos são elencados pela Medicina como possíveis consequências do acometimento pela obesidade, como já mencionado na seção anterior. Diferentemente do Grupo 01, esse grupo não conceitua o fenômeno de acordo com a sua etiologia. De maneira geral, eles não problematizam ou citam a origem da obesidade, apenas suas repercussões para o indivíduo. E os participantes também não referem espontaneamente marcadores sociais para a obesidade, como o preconceito ou a discriminação, como fazem os do primeiro grupo. Eles trazem essas questões apenas quando questionados sobre o que a sociedade pensaria sobre a obesidade, que serão abordadas mais adiante.

Um sujeito diz considerar a obesidade, tal como ela é referenciada atualmente, mais como uma construção social que um problema de saúde. Em sua visão, diversas indústrias, como a da moda, a farmacêutica e a da beleza, lucram ao defender o padrão de beleza vigente, associado à magreza e rotulando o indivíduo obeso como doente, mesmo que ele não apresente nenhuma limitação ou alteração em seu estado de saúde devido ao seu peso. Esse sujeito conta que, durante toda a sua vida, lutou contra a obesidade, já que a apresenta desde a infância e nunca saiu dessa condição. Isso teria trazido inúmeros entraves ao longo de sua vida, menos por questões de saúde ou doença e mais pela sua dificuldade de aceitar que não tinha o padrão corporal esperado socialmente e pelos esforços que fazia para tentar se adequar a eles, que lhe causavam muito sofrimento psíquico, além de onerarem suas despesas pessoais. Atualmente, após alguns anos em processo psicoterapêutico, ele diz que consegue estabelecer uma relação melhor com seu próprio corpo, baseada no autoconhecimento, valorizando suas potencialidades e belezas, embora ainda intente perder cerca de 10 Kg apenas para diminuir incômodos estéticos.

Todos eles trazem, ao falar sobre a obesidade, a dimensão da saúde e doença, evidenciando que esse bloco também se articula, assim como no grupo anterior, com o objeto “*saúde/doença*”, compondo o SRS em estudo. Nesse grupo, a maioria dos sujeitos diz achar que o fenômeno é uma condição, ou seja, um estado em que o sujeito se encontra, e que pode causar ou se tornar, ela mesma, uma doença caso seja negligenciada, como demonstrado nos destaques: “A obesidade é um estado, na verdade. Na minha concepção, ela é um estado em que, a partir dele, você pode desencadear algumas coisas, ou não” (suj. 2.1); “Eu acho que predis põem a outros problemas se você não tomar uma série de precauções que eu acho que pessoas magras têm que tomar também” (suj. 2.5). Percebe-se aqui que a obesidade é categorizada como doença apenas em seus casos mais graves, quando há elevado

comprometimento das funções fisiológicas e funcionais do corpo, diferentemente do Grupo 01, que usa a etiologia do fenômeno como critério para sua classificação como doença ou não.

Nesse sentido, da mesma forma que o Grupo 01, os participantes não indicam se sentem doentes, pois não vivenciam, em seu estado atual, limitações ou doenças decorrentes da obesidade que diminuam significativamente sua qualidade de vida ou atividades cotidianas. Mesmo os sujeitos que já perderam considerável volume de peso não referiram, em sua fala, que antes se percebiam doentes. Soma-se a isso o fato de todos eles estarem implicados em práticas que modificam seu estilo de vida, o que os faz considerar que estão abandonando hábitos que originam doenças em busca de melhores condições de saúde, como ilustra o relato abaixo:

Por exemplo, hoje eu sou um cara obeso, se você situar por IMC. Mas todos os meus exames e taxas estão normais. Eu não me considero uma pessoa não saudável. E eu não faço nada que prejudique minha saúde. Então por exemplo, eu não estou mais me enchendo de porcaria. Eu estou livre dessas drogas. Não fumo, não bebo com frequência (suj. 2.3).

Assim, nenhum dos sujeitos cogita, no momento, se submeter à cirurgia bariátrica, por compreenderem que ela se restringe apenas a pessoas que estão seriamente acometidas por doenças e precisam perder peso urgentemente, o que não seria o caso de nenhum deles, embora digam que ainda querem perder entre 10 Kg e 30 Kg.

Todavia, é interessante observar que os participantes desse grupo, ao falarem sobre a obesidade, enfocam, principalmente, os prejuízos que ela pode causar na vida das pessoas, e essa seria sua característica principal. O Grupo 02 menciona principalmente as características fisiológicas e funcionais da obesidade, embora lembre constantemente que a perda de peso também impacta sua autoestima e autoimagem. Isso deve acontecer porque, mesmo não se considerando doentes, eles já começam a manifestar mais insatisfações com o corpo quanto ao seu funcionamento e desejam aumentar suas potencialidades, diminuindo os riscos à saúde e a sua desvalorização social, especialmente no tocante à beleza.

E, nesse sentido, percebe-se que o Grupo 02 dá uma conotação muito particular à questão da estética, o que remete às suas concepções de “*beleza*” e à ligação que esse objeto tem com a “*obesidade*”, que serão discutidos mais adiante. A dimensão estética, para esse grupo, é compreendida de uma forma mais global. Os entrevistados pouco mencionam marcas ou sinais no corpo que caracterizariam a obesidade, como celulites, estrias ou manchas, muito lembradas pelo Grupo 01. Mas eles também pouco referem outras possibilidades de valorização do indivíduo obeso por sua diversidade corporal. De acordo com o grupo, para que o tal sujeito possa ser positivamente valorado na sociedade, ele teria apenas a opção de

eliminar o máximo de peso possível, no intuito de se afastar o quanto puder do estigma da gordura. Quando ele alcançasse sua meta, a qual deveria ser fixada respeitando os limites impostos pela genética, seria permitido-lhe flexibilizar e ressignificar um pouco o padrão de beleza, valorizando-se e se aceitando mais. Diferentemente do Grupo 01, o qual se acha bonito mesmo obeso, o Grupo 02 não se considerava bonito antes de começar a perder peso ou ainda não se considera (por não ter perdido ainda o peso que gostaria).

Por não compreenderem a obesidade que eles vivenciam como doença, o Grupo 02 emprega práticas para emagrecimento justamente por achar que atenuar ou sair dessa condição é possível através de seus esforços individuais. Uma obesidade “doente” seria para o grupo muito dificilmente solucionada apenas com tratamentos clínicos, o que desmotivaria a adesão à reestruturação alimentar e atividades físicas. A Medicina, ao indicar a cirurgia bariátrica a pessoas com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades, argumenta que a adesão a dietas hipocalóricas, exercícios físicos sistemáticos e medicações não são suficientes para uma resolução eficaz da condição, e somente o tratamento cirúrgico proporciona uma perda de peso significativa e duradoura (FERRAZ, 2009). Assim, mesmo que o Grupo 01 e o Grupo 02 não se considerem doentes e acreditem que a obesidade seria apenas uma doença em casos muito severos ou quando originada de uma doença mental (segundo o primeiro grupo), eles se diferem quanto às práticas empregadas em relação à obesidade, pois o segundo se vê mais perto do adoecimento e da desvalorização que o primeiro.

Observam-se a *função justificadora* das representações sociais nesse contexto. Ao não se perceberem como doentes, os sujeitos se motivam a começar um processo de emagrecimento por acharem que a ausência de algo mais grave, como uma patologia, os torna capazes de tentarem perder peso com razoáveis chances de sucesso. Assim, evitariam que a sua obesidade, menos séria, se torne mórbida no futuro, prejudicando sua qualidade de vida. Todos os sujeitos disseram que vinham engordando nos últimos tempos. Recentemente, ou por alertas de especialistas ou por uma percepção individual, se deram conta desse ganho de peso progressivo e decidiram tentar novamente um processo de emagrecimento.

Acrescentam a isso o fato de que, ao emagrecerem, podem também se aproximar do padrão de corpo idealizado pela sociedade, embora, de maneira geral, não intentam ficar magros, pois reconhecem que sua estrutura corporal, pela influência genética e hereditária, não é condizente com esse biótipo, como já dito acima. No fundo, eles pretendem se afastar

um pouco do estigma que a gordura carrega, embora pareçam resignados que esse nunca os abandonará totalmente.

Praticamente todos eles se classificam, quanto à sua faixa de peso, como obesos, e, um acrescenta achar que se encontra com obesidade mórbida, o que realmente foi visualizado pelo cálculo do IMC. Apenas um diz achar que está com sobrepeso. Nesse grupo, parece haver maior conhecimento de si mesmos e dos critérios utilizados pelas ciências da saúde para a classificação dos sujeitos quanto ao seu IMC. Isso pode se dever ao fato, o qual será melhor abordado posteriormente, de esse grupo estar sendo acompanhado por profissionais de saúde à época da realização das entrevistas, devido ao objetivo de emagrecerem. Pressupõe-se que eles devem ter passado por avaliações de especialistas recentemente para que pudessem ser elaborados os planejamentos e as estratégias adequados aos seus interesses.

Nesse grupo, também se percebe a influência da moda na percepção do corpo, pois os sujeitos trazem a questão do vestuário como um referencial para ganho de peso, ao perceberem que certas roupas que antes lhe agradavam, com o aumento do peso, passaram a não caber mais ou não se ajustam da maneira como eles acham ideal. Eles dizem que enfrentam dificuldades em adquirir as roupas desejadas devido ao volume corporal, causando grande frustração, como se vê nos relatos a seguir: “(...) eu via, nos meus 15 anos, aquelas meninas com aqueles vestidos que eu não achava do tamanho 46” (suj. 2.1); “(...) Que eu não podia usar as roupas que eu queria, tinha que usar as que coubessem (suj. 2.2); “E, depois, eu me peguei numa situação que eu não entrava em uma roupa (...) Eu chegava em loja de departamento, roupa 06 ficava apertada aqui, mas não fechava na barriga. E roupa 05, ficava ok em cima, mas não fechava na barriga” (suj. 2.3).

Eles relatam que uma de suas motivações é poder voltar a usar algumas de suas peças preferidas ou se sentirem confiantes para comprar certos estilos de roupas: “Quando eu penso em perder peso, penso que vou poder comprar umas roupas que eu gosto” (suj. 2.2). Tais questões são percebidas, pelos sujeitos, como dificuldades enfrentadas em suas vidas pessoais, em um âmbito estritamente individual. Eles não problematizam o acesso restrito que a indústria da moda ainda impõe a seus produtos e como tal prática é excludente ao decidirem que precisam modificar seus corpos para serem incluídos.

Quanto à questão de gênero, o Grupo 02 também considera que a obesidade é vivenciada de formas divergentes por homens e mulheres. Como já explicado, hipotetizou-se que esse elemento se configuraria como um objeto social que comporia o SRS da obesidade para os grupos estudados, mas não foi o que se verificou, pois, nesse cenário de discussão

sobre a obesidade ele não é problematizado pelos sujeitos a ponto de se formarem representações sociais sobre ele.

Sobre os diferentes papéis e lugares que a mulher ocupa socialmente, é consenso entre o Grupo 02, da mesma maneira que o Grupo 01, que a mulher é mais cobrada socialmente para se manter dentro das expectativas construídas sobre ela, principalmente em relação à beleza. Ela seria ainda mais julgada e cobrada que os homens quando não segue os padrões estabelecidos. Apesar de a mulher acabar internalizando tais exigências sociais, os participantes alegam que ela não age da mesma forma em relação aos demais. A mulher daria mais valor a outros atributos em uma pessoa, além da beleza, mas o homem seria mais visual e imporiria à mulher um comportamento dentro dos padrões, mesmo que ele seja mais tolerante consigo mesmo. Os relatos a seguir demonstram isso: “Eu acho que, no geral, a mulher é mais vaidosa que o homem. Então, a mulher está sempre preocupada com uma maquiagem, em se vestir bem, em ser mais aceita. Ela não tem o botão do ‘foda-se sociedade’ tão acessível quanto o homem” (suj. 2.3);

Porque eu acho que, talvez, a mulher não olhe tanto essa questão do corpo. Ela leva em consideração outras coisas também, que coloca como prioridade em relação ao corpo. E eu acho que o homem, ele é muito visual. Acaba botando como prioridade essa questão da aparência (suj. 2.2).

No tocante à obesidade, praticamente todo o grupo diz que, justamente por ser mais exigida quanto ao padrão de beleza, a mulher sofre mais com a obesidade, como visto a seguir: “Pensam que você é meio desleixado, principalmente para mulher isso é muito associado (...) Minhas tias têm essa construção, principalmente com a mulher. Se tiver gorda é um desleixo com sua aparência, com a saúde” (suj. 2.5);

Eu acho que a sociedade deve cobrar mais às mulheres, sim. Com certeza. Deve ser pior. E é uma cobrança silenciosa, com a mulher é mais sutil do que para o homem. (...) Ninguém tira brincadeira, tira sarro, mas olha diferente. Isso deve ser muito ruim ‘pra’ mulher. Na verdade, ‘pra’ todo mundo, mas eu acredito que ‘pra’ mulher isso seja mais pesado (suj. 2.3).

Para o Grupo 02, em seu processo de criação de um núcleo figurativo para a obesidade, ela se constituiria como uma mulher com grande excesso de peso no corpo, em especial um acúmulo de gordura abdominal, o que predisporia a importantes consequências negativas para sua saúde física e mental, embora ela não fosse considerada doente. Essa não seria uma mulher bonita, pois a gordura em excesso não é considerada como bela, e seu aspecto estético também seria prejudicado pelo pouco acesso que ela teria aos produtos oferecidos pela indústria da moda. Como já dito, esse grupo conceitua a obesidade mais em seus aspectos fisiológicos, funcionais e estéticos.

Os aspectos sociais da obesidade são trazidos pelo Grupo 02 apenas quando questionados sobre o pensamento que a sociedade teria em relação à obesidade. Nesse momento, eles evocam o estigma da gordura ao dizer que as pessoas tendem a achar que pessoas obesas são preguiçosas, não têm foco e determinação, são incapazes, desleixadas, relaxadas e fracas. Afirmam que os obesos são responsabilizados por sua condição, desconsiderando a multifatorialidade da obesidade. Assim, eles são muito julgados, o que acaba causando preconceito e discriminação, como se vê nos destaques: “Pensam que é preguiça, que é gente preguiçosa, que é gente que não tem foco, determinação em alguma coisa” (suj. 2.1);

Eu acho que existe muito preconceito, em todos os sentidos. Muito julgamento que, talvez, o obeso seja menos capaz, preguiçoso. Que é falta de força de vontade. É multifatorial. É relacionado a vários aspectos. E principalmente uma criança obesa vai ter muito mais dificuldade de conseguir ser um adulto eutrófico, vamo dizer assim, do que uma criança que nunca teve esse problema (suj. 2.2);

Existe um julgamento. Por mais que a gente possa dizer se é doença ou não, ou até que ponto chega. Mas a sociedade, ela julga o obeso. Enxerga com outros olhos. Enxerga não como uma doença, como uma necessidade de mudança (...) Julga o obeso. Preconceito... Não enxerga de uma outra maneira. Não consegue associar a uma doença ou há uma particularidade que a pessoa passou na sua vida e passou a ser obeso (...) Algumas particularidades que possam existir na vida de cada um. A população, a sociedade em geral, não enxerga isso (suj. 2.4).

Os entrevistados consideram que serem atingidos por tal julgamento e desvalorização pode prejudicar a saúde mental do sujeito, ao gerar revolta por ser vítima de tão desfavorável contexto ou ao suscitar, no indivíduo, uma adesão a essa imagem negativa, diminuindo sua autoestima e minando suas potencialidades, como já mencionado.

Toda essa percepção é muito semelhante à apresentada pelo Grupo 01 e vai ao encontro da extensa produção acadêmica sobre a formação dos estigmas, preconceitos e discriminações relativos à obesidade e às consequências geradas para as pessoas, nos âmbitos individuais e sociais. Além das eventuais repercussões da obesidade no corpo e na saúde, os indivíduos acometidos têm ainda que lidar com todo o julgamento social, que o relega a uma subcategoria de humano, baseada apenas em uma única informação sobre ele, seu peso (GOFFMAN, 1963/2004).

Os participantes pouco falam, diretamente, sobre experiências preconceituosas ou discriminatórias que possam ter sofrido devido à sua condição de obesidade. Contudo, a maioria deles fala sobre o comportamento que a família, principalmente, assume frente ao seu corpo, ao dizer, durante as entrevistas, que já ouviu comentários hostis de parentes sobre o

acúmulo de gordura. O grupo relata que, especialmente na adolescência, receou ser preterido na família, nas relações afetivas ou no trabalho, por conta do seu peso. Nesse sentido, os sujeitos dizem que, ao emagrecerem, ficarão mais atraentes e incluídos, com menos risco de serem rejeitados, como visto nos recortes: “Então minha mãe sempre falava que eu era gorda, que eu não ia ter um namorado, que eu não ia ser bonita” (suj. 2.1); “Eu sei por que às vezes a minha mãe tem algumas... Por mais que não seja alguma coisa mais explícita, mas ela solta comentários de vez em quando” (suj. 2.5);

Era muito medo de rejeição, assim. Tinha muito disso. O pessoal já pensa que você é relaxado, não para entender (...) quando você é novo, você quer sair para paquerar e tal, sempre tinha muito medo de levar fora das meninas. E assim, por exemplo, eu me separei no começo do ano passado. E quando eu saí da bolha de um relacionamento de quase 11 anos, aí eu vi assim, que o mundo tava nesse negócio de crossfit e tal. Aí eu, ‘caramba’, aquela paranoia. Cheguei, inclusive, a conversar isso com o psicólogo, ‘Oh, tenho medo agora de ficar só, porque ‘tá’ todo mundo tão...’. Aí eu olhava assim, por exemplo, às vezes tinha vontade de dar em cima de alguém e nem chegava, eu acho que esse pessoal não ia curtir muito a minha vibe, não. (...) Sempre tive muito medo de rejeição e tal. (...) Então eu sempre me senti assim (na família), ‘caramba, eu ‘tô’ meio que fora do padrão aqui’ (suj. 2.6).

Distintamente do Grupo 01, o qual não se coloca nesse lugar de exclusão, o Grupo 02 se implica mais nesse contexto, e isso pode apontar para a maneira como eles vêm construindo sua imagem e identidade, e desenvolvendo suas práticas. Os entrevistados dizem que já começaram a experienciar algumas limitações por conta da obesidade, como taxas alteradas, falta de resistência física, problemas de sono e dores pelo corpo, mas ainda sem significativa gravidade. Contudo, já foram vítimas de comentários maldosos ou impertinentes quanto ao seu peso e, ao não se acharem valorizados e atraentes, têm medo de serem excluídos ou rejeitados. Não é o foco dessa pesquisa se debruçar sobre quais os fatores determinantes para que os indivíduos comecem um processo de emagrecimento/controlado de peso, mas se percebe que essa dimensão da experiência e a representação que eles elaboram sobre a obesidade atuam nesse contexto. Mesmo sem se sentirem doentes, como seriam os obesos mórbidos, e não considerarem ter um estigma moral, eles querem se afastar da condição de obesidade para poderem recuperar ou alcançarem o respeito e a consideração que eles julgam que o obeso não tem.

#### *4.2.2.2.4 As Práticas Sociais Relativas à Obesidade*

De maneira semelhante ao Grupo 01, a representação social da obesidade elaborada pelo Grupo 02 abarca o bloco das práticas desenvolvidas pelos sujeitos para lidar com o

fenômeno. Como já dito ao longo do texto, a Medicina, desde o século XVIII, vem ditando as normas sociais quando se refere à vida das pessoas e não permite que outros discursos concorram com o seu. Ao estabelecer a obesidade como uma doença, através de critérios objetivos e sem margem a outras inferências, ela determina quais práticas sociais são adequadas e desejadas para que se lide com a patologia e como elas devem ser realizadas (FOUCAULT, 2005; FERREIRA, 2010)

O Grupo 02, à época das entrevistas, encontrava-se implicado no tratamento clínico previsto para a obesidade, desenvolvendo ações sobre seu comportamento alimentar e atividades físicas. Assim, eles seguiam os pressupostos das ciências da saúde e, acompanhados por profissionais, visavam o emagrecimento. Contudo, há uma ressalva importante nesse cenário, quando os sujeitos relatam que não mais buscam a magreza em seus processos porque já tentaram em outros momentos da vida e perceberam que seus biótipos não condizem com esse ideal. Como consequência, eles passam a considerar e respeitar que a genética impõe certos limites à forma como o corpo se configura.

Por mais que relatem suas insatisfações com o excesso de peso (nas dimensões fisiológicas, funcionais e estéticas), quando questionados sobre o volume de peso que ainda intentam perder, metade dos sujeitos ainda continuaria na condição de obeso grau I e a outra metade passaria para a faixa do sobrepeso. Seus objetivos seriam se afastar da obesidade, não ficar magros, o que contraria a Medicina, em sua maioria, quando ela advoga a necessidade de sair dessa condição para alcançar a saúde.

Ao se falar sobre as condições que influenciam o surgimento da obesidade, a ansiedade foi o fator mais citado, por praticamente todos os sujeitos. Mas vale ressaltar que essa condição não foi considerada como uma doença, o Transtorno de Compulsão Alimentar, por seu caráter consciente e intencional. Eles relatam perceber que, quando ansiosos, ingerir algo gostoso (e geralmente hipercalórico) pode aliviar o estresse e as angústias, atuando muitas vezes como uma compensação por experiências negativas. Isso se vê nos destaques: “Eu acho que é de recompensa. Por exemplo, tem uma questão que, se eu tive um dia muito estressante, eu mereço comer o que eu quiser. Tipo, de fechar o olho e dizer " quero comer tal coisa” (suj. 2.1);

Então assim, se eu ‘tô’ muito ansioso ou ‘tô’ muito alegre. Quando eu vario muito as emoções, assim, sei lá, bate uma ansiedade e eu desconto muito na comida. Seja bom ou ruim. Uma válvula de escape. E assim, eu tenho respeitado minha capacidade mental bastante. Eu sei que quando eu ‘tô’ ansioso, pelo menos eu sei o porquê que eu ‘tô’ comendo demais (suj. 2.6).

Pessoas obesas, principalmente as mulheres, apresentam maior prevalência de transtornos de ansiedade e fobia social (BARRY; PIETRZAK; PETRY, 2008). E pesquisas sobre comportamento alimentar ratificam as percepções dos entrevistados, ao indicar que, ao enfrentar dificuldades para lidar com frustrações e limites, comer pode ser tranquilizante, pois localiza a angústia e ansiedade no corpo, dando alguma concretude aos sentimentos (KAHTALIAN, 1992 *apud* FIGUEIREDO, 2012). Ademais, a ansiedade ainda contribuiria para o quadro de obesidade ao dificultar a adesão ao tratamento para perda de peso, especialmente aos programas alimentares e aos exercícios físicos, porque desmotivaria os sujeitos a seguirem o planejamento previamente criado (FRANÇA *et al.* 2012).

Praticamente todos os sujeitos do Grupo 02 contam que têm ou já tiveram esse tipo de relação com a comida, na qual ela vai além da sua função de nutrir ou de dar prazer, pelo paladar e/ou por agregar pessoas, mas também diminui a ansiedade, tristeza e estresse, na medida em que distrai o sujeito de seus sentimentos ou compensa momentos ruins vividos. E tal estado de ansiedade costuma ou costumava acontecer muito frequentemente, por dificuldades enfrentadas no campo profissional, familiar, pessoal ou ainda por insatisfações com seu próprio corpo. Tal contexto, segundo o grupo, exerceu influência sobre o seu peso, como se vê nos recortes de fala abaixo:

Como eu tenho esse histórico de oscilação, de ficar oscilando peso, antes eu tinha vários guarda-roupas, eu tinha roupas de vários tamanhos. Quando eu pegava uma roupa que não cabia eu ficava bem ansiosa. Aí é como se fosse um círculo vicioso, porque eu ficava ansiosa e ficava com vontade de comer, só que eu tinha que ir emagrecer, e era bem tenso, assim (suj.2.2);

Com cinco meses logo, quando eu estava abrindo a empresa, eu comia muito. Tinha uma compulsão alimentar muito forte, uma ansiedade. Era um momento muito decisivo. A gente começou a enfrentar dificuldade financeira e eu não queria largar o osso. (...) Mas assim, hoje não tenho tanta compulsão alimentar quanto eu tinha, nessas situações de crise (suj. 2.3).

Foram citados ainda, como condições que favorecem o surgimento e a manutenção da obesidade, a rotina atribulada de atividades que demandam muito tempo e a atenção, dedicada à profissão e à família, que dificultam a prática de exercícios e os cuidados com a alimentação, como ilustra o relato abaixo:

Quando eu precisei focar mais no lado profissional. (...) Então eu tive que tomar um foco, um direcionamento na minha vida, principalmente profissional, buscando os objetivos que eu tinha traçado. Isso fez com que eu abrisse mão do exercício, do esporte, de todo um processo. (...) Sempre gostei de praia, de surfar. Então o lado profissional me levou para outros caminhos, e aí não dá mais para ir para praia no final de semana, para surfar. Tem que ficar com a família (suj. 2.4).

Eles falam ainda da preferência pela ingestão de alimentos hipercalóricos, por eles serem de fácil acesso e por serem agradáveis ao paladar: “Eu sou aquela pessoa que come e só para quando a caixa de chocolate termina” (suj. 2.1); “(...) Era o (salgado) risoli para dentro e, nos dias que eu tinha extensão, eu deixava já a reserva energética na bolsa, era (biscoito) Treloso. Era minha janta. Quando chegava em casa, eu mandava cuscuz para dentro, para repor o dia todinho” (suj. 2.3). Tais relatos foram semelhantes aos apresentados pelo Grupo 01.

Em relação às condições que atuam na perda ou controle de peso, praticamente todos os sujeitos mencionam a prática de exercícios físicos sistematicamente como fundamental para tal processo. Em seguida, ao falarem sobre a alimentação, eles afirmam que tal binômio é um dos pilares para a problemática do peso, podendo ajudar a engordar ou a emagrecer, dependendo dos hábitos empregados. E, para conseguir manter-se no processo de emagrecimentos, todos os entrevistados contam que ter foco, disciplina e força de vontade são determinantes, e um sujeito fala sobre a importância de ser acompanhado por profissionais de saúde especializados. Também nesse grupo, percebe-se que todas as práticas trazidas estão inseridas no âmbito individual, e nenhuma menção foi feita a questões sociais de suporte ou acolhimento. A multifatorialidade da obesidade segue sendo considerada superficialmente, pois quando se trata de superar a condição, são trazidos somente os elementos referentes ao binômio alimentação/exercício, como se o fenômeno fosse o mero resultado do desequilíbrio da equação “Gasto Energético X Calorias Consumidas”.

O Grupo 02 descreve como “forma natural” de perder peso o binômio alimentação/exercício, o qual seria menos invasivo e mais facilmente desenvolvido, visto que todos os sujeitos relataram já terem experienciado tais práticas, como observado na fala: “Eu acho que é o mais saudável, a dieta e os exercícios” (suj. 2.2). Percebe-se também a centralidade do objeto “*alimentação*” na relação com a obesidade, quando os entrevistados discutem e problematizam o objeto. Da mesma maneira que na seção anterior, serão aprofundados os aspectos mais relevantes sobre a alimentação como objeto social mais adiante.

Também nesse grupo, os participantes distinguem dieta de equilíbrio alimentar. Metade deles diz que, para emagrecer significativamente, é necessário aderir a um programa alimentar bastante restritivo, rígido e genérico, pois somente assim o balanço energético do corpo entraria em um déficit, ou seja, o corpo precisaria consumir a gordura em excesso para se manter ativo, já que os alimentos, que geram energia, estariam sendo consumidos em

menor quantidade, como se vê no relato: “Agora eu ‘tô’ de dieta. ‘Tô’ sem comer açúcar. Meu almoço foi 250g. (...) Por exemplo, ontem eu fui para casa e jantei 100g de batata doce e 100g de frango. Só” (suj. 2.3).

Já a outra metade do grupo diz optar por um equilíbrio alimentar, mais individualizado, no qual os participantes aprenderiam a selecionar, cozinhar e consumir os alimentos que melhor se encaixam em seus objetivos e preferências pessoais, pois as dietas restritivas são muito difíceis de serem mantidas a longo prazo e geram muito sofrimento e frustração para quem as segue, como mostram as falas: “Comer de maneira mais certa, não é que ela seja menos calórica, mas que ela seja mais funcional para o ritmo de vida que a gente tem e que é tudo muito novo” (suj.2.1); “Hoje não, eu tenho mais liberdade. Eu sigo, e a dieta que eu faço hoje ela não é tão... Com aqueles planozinhos, ela é mais aberta e aí eu consigo comer uma sobremesa e não fico com a consciência pesada” (suj. 2.5).

A reeducação alimentar, que preza por um equilíbrio na escolha e ingestão dos alimentos, não considera a comida como uma inimiga, mas uma aliada na busca pela saúde e no emagrecimento, como dito. Já na dieta, a comida seria vista como uma dificultadora do processo e, por isso, deve ser reduzida. Contudo, os dois sujeitos que aderiram a ela a encaram como mais eficaz. E, como eles têm as maiores pretensões de perda de peso entre os participantes, relatam que, mesmo assim, estão dispostos a continuar tentando para atingir seus objetivos.

No tocante ao “*exercício físico*”, também nesse grupo ele não se configurou como um objeto social do SRS em questão, pela falta de polissemia e polêmica, sendo considerado como um elemento importante do bloco das práticas sociais relativas à obesidade. A maioria dos entrevistados do grupo diz que não se afina muito à musculação, preferindo atividades em grupo, como dança, caminhada, hidroginástica ou esporte, mas dois deles afirmam que, mesmo assim, os realizam, porque teriam sido orientados que tal modalidade seria a mais eficaz para o emagrecimento, como exemplificam as falas: “Academia, eu nunca gostei. Eu prefiro fazer esporte. Eu não tenho motivação nenhuma para fazer academia, me incomoda” (suj. 2.6);

Porque assim, eu não gosto de academia. Quando eu vou na academia, é por obrigação. Eu botei na minha cabeça que é por obrigação. É como se fizesse parte da minha rotina, coisas que eu tenho que fazer, mas que não necessariamente eu gosto. (...) Mas eu, vai começar uma zumba aqui pertinho de casa, aí eu acho que eu vou fazer uma coisa assim para atrelar ao que eu gosto. Hoje, a atividade física que eu faço, eu não gosto. Eu detesto academia, eu odeio o ambiente. Acho o ó. Mas é o que eu tenho perto de mim agora, a logística é melhor (suj. 2.1).

Por treinamento de musculação, compreendem-se todos os exercícios físicos com o objetivo de contrações musculares de forma repetitiva, utilizando como resistência pesos livres, aparelhos, elásticos ou o peso próprio do corpo (CONLEY; ROZENEK, 2001 *apud* SANTOS; NASCIMENTO, LIBERALI, 2008). Há um consenso entre os pesquisadores da área que, para perder gordura e ganhar massa muscular, os exercícios de contra-resistência são muito indicados, pois eles mantêm a taxa metabólica de repouso, através do incremento da massa muscular e aumento no consumo de energia pós-treino (SANTOS, NASCIMENTO; LIBERALI, 2008).

A metade do grupo diz frequentar academias de ginásticas e realizar a musculação; um participante fazia outra modalidade; e os demais não estavam praticando exercícios no momento da entrevista. Os exercícios físicos, apesar de serem mencionados por todos os sujeitos como uma estratégia fundamental para perda de peso, são menos enfocados por eles que a alimentação, em comparação. Todos os sujeitos disseram estar engajados em algum tipo de prática alimentar, seja uma dieta ou uma reeducação alimentar, mas nem todos estavam realizando atividade físicas, como já dito. Outrossim, para além da sua atuação no emagrecimento e no ganho de músculos, o que a tornaria uma norma a ser seguida, uma “obrigação”, os sujeitos pouco trazem a dimensão do prazer nessa atividade e o quanto ela poderia agregar para a qualidade de vida e socialização do praticante, aspectos esses muito ressaltados pela literatura ao relatar seus benefícios (FIME, 1989).

Por outro lado, a medicação é citada por quase todos os sujeitos e seria vista como contrária à “forma natural”, por ser algo manipulado quimicamente, por seus efeitos colaterais indesejados e por seu caráter transitório, isto é, quando se interrompe o uso cessam também os benefícios para o emagrecimento. Assim, mesmo que metade dos entrevistados já os tenha utilizado, não o faria novamente por não achar que teve benefícios reais, como demonstram os recortes: “Não sei qual explicação, mas, nos últimos períodos, a medicação não estava nem mais fazendo o efeito que fazia antes. Só que tem os efeitos colaterais, e aí eu comecei a perceber que não valia a pena” (suj. 2.5); “E vivi uma fase que eu tomei medicamentos, mas piora. De fato, aquilo que se fala, você perde peso ali porque inibe sua vontade de comer. Mas depois você dobra, piora a situação” (suj. 2.6).

E a cirurgia bariátrica, como já mencionado anteriormente, seria válida, para o grupo, apenas em casos muito graves, quando há necessidade urgente de perda de peso para solucionar patologias associadas, como se vê nas falas: “Só se o médico dissesse assim, ‘olhe...’. E fosse um médico que eu confiasse muito, e ele dissesse: ‘Olhe, ou você faz a

bariátrica, ou você morre'. Aí opa! Se é para morrer de um jeito ou morrer de outro, é melhor morrer aqui" (suj. 2.1); "E a bariátrica é outro negócio que gera uma série de problemas psicológicos, que gera problema de fertilidade. Eu não queria. (...) Era o plano Z" (suj. 2.3). Tais relatos foram também visualizados no Grupo 01. Ambos os grupos priorizam a realização do binômio alimentação/exercícios como mais adequado à perda de peso e todos já realizaram, ao menos, um desses em seus processos de emagrecimento.

Além de aderirem a um programa alimentar e/ou a práticas de exercícios físicos, como explicitado, à época das entrevistas todos os participantes declararam estar sendo acompanhados por profissionais de Educação Física e/ou por Nutricionistas. Um deles acrescentou se consultar regularmente com um Médico Endocrinologista e outro disse ser ainda acompanhado por um psicólogo. A presença do especialista é muito forte nesse grupo, ao contrário do grupo anterior, o que pode refletir a visão muito focada nos prejuízos da obesidade que os participantes relatam, tipicamente caracterizado como o discurso biomédico.

Tendo em vista todo o exposto até o momento sobre o Grupo 02, percebe-se que a atitude dele em relação à obesidade é mais negativa que a do primeiro grupo. O Grupo 02 também não se considera doente, mas já encara a obesidade como algo negativo por essa limitar seu funcionamento e sua circulação e valorização social. O fato de eles estarem empenhados em práticas para perda de peso reflete tal insatisfação com seu corpo e com sua saúde e, principalmente, com a forma como é visto pelos demais, como uma pessoa indigna de respeito e destaque. Mesmo que os sujeitos sejam críticos quanto ao julgamento e à discriminação que o obeso sofre e não intentem ser magros, pelo seu biótipo, de maneira geral, eles seguem o movimento de querer se afastar o máximo que puderem do estigma da gordura, pois só assim conseguiriam estabelecer uma relação harmônica consigo mesmos.

#### 4.2.2.2.5 A Obesidade Ancorada

O Grupo 02, ao atribuir sentido à obesidade, ancora as representações sociais elaboradas também no discurso científico típico da área que detém o poder sobre os fenômenos do corpo, a Medicina. Apenas lembrando que o Estudo B abordará tal discurso e sua relação com a ancoragem de maneira mais detalhada a frente. O Grupo 02 objetiva a obesidade baseada nos conceitos de *saúde/doença* postulados pela Medicina, ainda mais que o primeiro grupo, ao trazer de maneira mais enfática os prejuízos que podem ser causados pelo fenômeno. Fazendo um retrospecto, eles classificam a obesidade como doença utilizando como critério a gravidade das repercussões que ela acarretaria ao corpo e, assim, como já dito,

não se incluem nessa categoria. Contudo, já imprimem esforços para diminuir o excesso de peso que possuem, pretendendo aliviar os incômodos que sentem e poder se afastar do estigma da obesidade e dos prejuízos que ela causa socialmente, como já dito. Os sujeitos parecem ter mais informações sobre sua condição, se comparados aos primeiros grupos, ao se classificarem como obesos, seguindo as orientações da OMS e dos órgãos nacionais de saúde.

As práticas sociais para perda de peso, segundo o grupo, também consistem, basicamente, nas possibilidades do tratamento clínico, com alterações na alimentação e atividade física, e cirúrgico, através da cirurgia bariátrica. Essas se incluem nas estratégias preconizadas pelas ciências da saúde, da mesma forma que suas concepções sobre quais condições atuam no desenvolvimento da obesidade e do emagrecimento. Por mais que as ciências e o grupo enfatizem o caráter multifatorial da obesidade, eles mesmos se centram, como já mencionado, apenas nas práticas alimentares e físicas do fenômeno. O objeto “*alimentação*” se relaciona com os processos de ganhar, perder ou controlar o peso. E a forma como o discurso biomédico rechaça o excesso de gordura acaba por englobar os objetos “*corpo*” e “*beleza*”, ao considerar que o corpo magro é o padrão ideal de corpo e o modelo estético a ser alcançado.

Tais postulados científicos se difundem entre a população de inúmeras formas. A mídia os divulga quando vão ao encontro de seus interesses de consumo e poder, o que influencia bastante os referenciais de saúde e beleza elaborados pelos indivíduos. A internet, cada vez mais acessível, comporta infinitas configurações de informações e foi mencionada como fonte de saber por todos os sujeitos entrevistados. Com o mesmo método explanado pelo Grupo 01, eles indicam que digitam o verbete de interesse em um site de buscas – o Google, por exemplo – e analisam as respostas apresentadas a partir da credibilidade do emissor e da razoabilidade do conteúdo.

Somados a esses, metade do grupo diz que obtém informações através do divulgado ou disponibilizado em suas redes sociais, como o Instagram e o Facebook, principalmente por perfis ou grupos voltados para a temática, e que discute além de formas saudáveis para o emagrecimento, a inclusão e valorização dos diversos padrões de corpo, não apenas o magro.

Como já dito, vem crescendo o número de pessoas que adotam, em suas redes sociais, posturas críticas em relação a esse padrão de beleza, ainda vigente, que exclui a grande maioria da população mundial, sobretudo nesse momento no qual a obesidade vem sendo considerada, pela OMS, uma epidemia global. Celebidades e pessoas anônimas com ou sem sobrepeso/obesidade vêm utilizando tais plataformas para ampliar a discussão sobre o

assunto, no intuito de estimular a sociedade a rever seus padrões e ser mais empática e tolerante com a diversidade; e também estimular quem está nessa faixa de peso a se valorizar e não ter vergonha de ser quem é. Ainda nesses contextos, o discurso médico segue recorrente, quando todos defendem a busca pela saúde, mas o uso de critérios estritamente objetivos para definir doença vem sendo repensado.

Um dos perfis citados na entrevista foi o da jornalista Alexandra Gurgel. Aos 30 anos de idade, ela acumula no Instagram mais de 450 mil seguidores; sua página no Facebook tem 124 mil curtidas; os vídeos em seu canal no YouTube somam mais de 25 milhões de visualizações; e em 2018 publicou um livro chamado “Pare de se Odiar: porque amar o próprio corpo é um ato revolucionário”. Em diversas entrevistas<sup>21</sup>, ela conta que cresceu tentando se enquadrar nos padrões de corpo vigentes, já que convive com o excesso de peso desde a infância. Já experimentou diversas dietas restritivas, medicações, procedimentos estéticos e programas de exercício, que acarretaram, em vez de saúde, compulsões, anorexia, bulimia, depressão e tentativa de suicídio.

Em 2015, Gurgel diz que foi se aproximando do movimento feminista e passou a refletir sobre seu corpo, constatando que nada havia de errado consigo mesma. O processo de autoaceitação vem desde então, e a criação do canal do YouTube serviu para, junto com as pessoas que a acompanhavam, desconstruir o estigma negativo atribuído à gordura e sua associação direta à doença. Ela relata que hoje mantém uma relação com o corpo diferente de tudo o que já viveu, baseada na compreensão, no cuidado e respeito. Conta que está atenta aos alimentos que ingere, faz exercícios, tem qualidade de vida e, por isso, não precisa emagrecer. Atualmente, além do conteúdo produzido e divulgado em suas redes sociais, atuando como *digital influencer* do *body positivity*<sup>22</sup>, ela fundou uma marca que comercializa roupas e organiza festas.

Pessoas como Alexandra Gurgel e Thaís Carla, já mencionada, dizem sentir a reação das pessoas ao se posicionarem como militantes desse tema. A reflexão que elas intentam provocar sobre a gordofobia leva inúmeras pessoas a se reconhecerem nessas práticas, seja enquanto opressores ou oprimidos, e pode suscitar uma mudança de comportamento,

---

<sup>21</sup> Disponíveis em <<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2018/09/22/alexandra-gurgel-tive-bulimia-depressao-e-tentei-me-matar-por-ser-gorda.htm>>; <<https://heloisatolipan.com.br/gente/as-pessoas-tem-medo-do-que-nao-conhecem-dispara-alexandra-gurgel-do-canal-alexandrismos-sobre-o-preconceito/>>; <<https://oglobo.globo.com/ela/youtuber-alexandra-gurgel-conta-em-livro-tortuoso-caminho-ate-aceitacao-do-proprio-corpo-23124055>>; <<https://br.vida-estilo.yahoo.com/alexandra-gurgel-desabafa-gordofobia-034349841.html>>. Acesso em: 03 out. 2019.

<sup>22</sup> Influenciadora digital da positividade do corpo, em tradução livre.

estimulando mais respeito e valorização da diversidade. Os participantes que dizem acessar tais conteúdos contam que, ainda que queiram emagrecer, passaram a aceitar melhor o fato de que nunca terão biótipos de magreza e que não precisam sofrer ou se desvalorizar por isso. Contudo, apesar da fama e do sucesso profissional, Gurgel e Thaís Carla afirmam que continuam sendo vítimas da gordofobia, ao serem apontadas e ridicularizadas apenas por serem quem são e não se esconderem, como a sociedade entende que pessoas transgressoras devem se comportar.

Ademais, a maioria dos entrevistados fala que consulta e segue as recomendações dos profissionais de saúde que a acompanha. Diferentemente do Grupo 01, no qual uma minoria admite sentir a necessidade de se consultar com especialistas, esse grupo os tem como uma fonte segura de conhecimento e informação. Isso deve influenciar no fato de que a representação social elaborada pelo grupo é basicamente ancorada nas ciências da saúde, visto que eles atuam como representantes e disseminadores de tal discurso, protegendo e fortalecendo seu endogrupo, principalmente na manutenção do poder e do prestígio que eles detêm entre a população leiga.

#### 4.2.2.2.6 *O Corpo*

Conforme mencionado na seção anterior, o Grupo 02, assim como o Grupo 01, liga o objeto “*corpo*” ao primeiro bloco de elementos na representação social da obesidade, ao discorrerem sobre a trajetória de vida do sujeito, sua construção de autoimagem e autoconceito baseado na sua concepção de corpo; e ao objeto “*beleza*”, pela maneira como os padrões difundidos socialmente e incorporados pelo grupo preconizam o afastamento da gordura. Questionadas sobre sua relação com o corpo, a maioria dos participantes disse ter vivenciado problemas com ele durante boa parte de sua vida, por conta da obesidade. Quase todos os sujeitos têm excesso de peso desde a infância. Isso marcou a maneira como eles veem a si mesmos e seus corpos e como eles estabeleciam e mantinham as relações sociais.

A infância e a adolescência foram fases especialmente difíceis para os entrevistados, por eles se sentirem desvalorizados ao estarem fora do padrão de corpo e beleza, sofrendo bastante a cobrança da família e dos profissionais de saúde para emagrecerem e sendo vítimas frequentes de chacotas na escola, por exemplo. Assim, eles relatam terem passado por momentos de isolamento social e ansiedade, que só foram trabalhados na fase adulta, com a maturidade, acesso a mais informações e recursos como a psicoterapia, além do emprego de

estratégias mais eficazes que aliassem a ainda desejada perda de peso ao equilíbrio emocional e autoaceitação.

Dessa forma, o grupo, à época das entrevistas, conta que está em processo de valorizar e gostar de si mesmo, animado com os resultados que já foram obtidos com o tratamento clínico o qual está submetido. Ele vê redução de medidas e peso ao diminuir a gordura e, a melhora nos aspectos funcionais e fisiológicos, como a qualidade do sono e mais disposição nas atividades cotidianas. Assim, os participantes dizem que vêm ficando mais confiantes e conseguindo interagir melhor com as pessoas em seu entorno. Os resultados já alcançados os motivam para persistirem no processo até atingirem suas metas. Os sujeitos têm objetivos definidos e esperam perder de 10 Kg a 30 Kg, com uma média de 18 Kg. Semelhantemente ao Grupo 01, todos eles se referiram ao peso quando questionados sobre o corpo, indicando que claramente sua percepção de corpo é perpassada pelo excesso de gordura.

A atitude em relação ao corpo era desfavorável antes de os entrevistados iniciarem o processo atual de emagrecimento. Após se engajarem nesse projeto, eles relatam que estão mais satisfeitos consigo mesmos, embora ainda elenquem elementos que desejam mudar, como se vê no relato a seguir: “Hoje eu já me sinto bem melhor. Me sinto bem com meu corpo. Mas é assim. (...) O objetivo é baixar dos 100 Kg, sair da casa dos 100 Kg. Chegar a 95 Kg e diminuir cintura, que ainda me incomoda um pouco a parte da cintura. Mas já baixei bastante” (suj. 2.5).

Como já mencionado, e evidenciando a ligação do objeto “*corpo*” com o objeto “*beleza*”, percebe-se que a melhora no aspecto estético, com a diminuição de gordura localizada e a possibilidade de voltar a usar ou comprar roupas que antes não lhe agradavam ao corpo devido ao excesso de peso é um fator relevante trazido pelos sujeitos. Assim como a dimensão funcional, que indicava uma piora na qualidade de vida e por isso os incomodava. Nesse sentido, o Grupo 02 difere do primeiro, o qual não sentia grande necessidade de melhorar seus aspectos estéticos ou funcionais, pois já se consideravam bonitos e estavam minimamente satisfeitos com a performance de seus corpos.

Praticamente todos os sujeitos alegam que não existe um padrão ideal de corpo ou peso. Eles afirmam que o referencial para cada pessoa deveria ser o seu bem-estar, independentemente de ela ser magra ou gorda, pois o seu peso não reflete, necessariamente, suas condições de saúde ou capacidades, ao contrário do que a sociedade insiste em reproduzir. As falas a seguir ilustram isso: “Definitivamente não. O padrão ideal é aquele que você se sente confortável nele. (...) Então, para a medicina, eu tenho obesidade mórbida, mas

eu faço muita coisa que gente magra não faz. Eu abro escala três vezes por dia para estralar o osso da perna” (suj. 2.1); “Eu acho que cada pessoa tem o seu padrão. Que o padrão ideal está muito mais relacionado ao que você se sentir confortável, ao que você se sentir bem” (suj. 2.4); “Ideal? Não, eu acho que não. Acho que cada um se sente à vontade como quiser. Varia de pessoa para pessoa” (suj. 2.5).

Percebe-se que eles, em toda a entrevista, evitam fazer julgamentos em relação às outras pessoas e falam pouco, inclusive, sobre a sociedade ou sobre os demais. As entrevistas do Grupo 02 são sutilmente mais curtas que as do Grupo 01 e 03, de forma geral, porque eles parecem centrar toda sua reflexão em si mesmos e em como esse processo tem sido vivenciado por eles (fazendo uso em quase toda a entrevista do pronome “eu” ou “nós”). Isso tenderia a torna-los mais introspectivos. É como se eles tentassem constantemente equacionar as opiniões e os sentimentos que eles nutrem sobre si e o que é exposto pela sociedade, já que eles sabem que, muito provavelmente, não terão o corpo ideal, mas também não querem ser eternas vítimas do preconceito que os acompanhou por quase toda a vida.

#### 4.2.2.2.7 A Beleza

A noção de beleza vem sendo discutida ao longo da pesquisa, pois ela se configura como um atributo bastante valorizado socialmente e muito difundido pela mídia e pela publicidade. A busca crescente por procedimentos antienvelhecimento, os quais se destinam a retardar os efeitos do tempo, como rugas, manchas, flacidez e marcas indesejadas, no rosto e no corpo (AGUIAR; CAMARGO; BOUSFIELD, 2017), evidencia esse cenário no qual a estética, muitas vezes, se sobrepõe a outros valores sociais e individuais, como a moral, a ética, a solidariedade e a empatia, apenas para citar alguns (MATTOS; LUZ 2009).

A dimensão estética é bastante enfatizada pelos participantes desse grupo, na medida em que, de forma geral, os entrevistados consideram que ser obeso não é totalmente compatível com ser bonito, e esse é um dos motivos que os levam a quererem perder peso. O excesso de gordura dificulta o acesso aos produtos oferecidos pela indústria da moda, a qual ainda é muito excludente apesar do movimento *plus size*, interferindo no compartilhamento de certos símbolos sociais, como o vestuário. A maneira como as pessoas se vestem tem papel significativo na questão identitária, conforme mencionado ao longo do texto, e negar tais produtos a essa enorme parcela da população prejudica a expressão de sua individualidade, a construção de sua identidade social e a pertença grupal (LIPOVETSKY, 2009, *apud* AZEVEDO, GIULIANO, STEFFEN, 2017).

Para a maioria do Grupo 02, a beleza é uma construção individual, estando ligada intimamente ao estado de espírito da pessoa, como ela se valoriza e quais os referenciais que adota para considerar alguém ou algo bonito, como se vê no relato a seguir:

(...) Porque a beleza, ela não está para os outros, está para você. Tem gente que acha que tem aquele corpo, está obeso, mas se acha bonita. Beleza não está associada à obesidade. Beleza está associada à particularidade de cada um. Tem gente que é obesa e acha que está satisfeita (suj. 2.5).

De forma semelhante ao Grupo 01, essa parte do grupo individualiza a questão da beleza, como se ela não fosse resultado de uma série de construções e negociações sociais. Surge então mais uma demanda para o sujeito se responsabilizar, furtando-se a sociedade de problematizar mais profundamente a questão e ampliar os conceitos para torná-los mais inclusivos. E dois sujeitos admitem que os critérios de beleza seriam, realmente, os definidos pelo padrão amplamente difundido socialmente, conservador e sem muitas possibilidades de mudanças. Ambos os sujeitos que expressam tal posição relatam que não se sentem bonitos com o excesso de peso e desejam perder o máximo possível para se valorizarem esteticamente.

Nesse cenário, todos os sujeitos dizem que é possível ser obeso e bonito e citam as modelos *plus size* e influenciadores digitais que, além de serem socialmente considerados bonitos, conseguem monetizar sua beleza e fazer delas um meio para atuarem profissionalmente ou difundirem suas opiniões e crenças, como observado no destaque:

E na busca de tentar melhorar isso em mim, de se achar cada vez mais bonito, de achar cada vez mais normal, eu passei a acompanhar a rotina de pessoas que também são obesas, mas que cultuam isso de uma forma muito mais natural. Se você for no meu Instagram, tem inúmeras modelos *plus size* que eu sigo e influenciadores digitais, enfim... (suj. 2.1).

Uma das participantes relata que, por muito tempo, investiu tempo e dinheiro em produtos de beleza para o rosto, como cremes, maquiagens e até medicamentos, no intuito de destacar e supervalorizar suas feições para compensar a insatisfação com o corpo, como demonstra a fala:

Mas quando era uma coisa mais crônica, mais severa, tem uma coisa que eu fazia, eu tinha outro problema que era que eu me maquiava muito. Eu tinha um cuidado excessivo com outras questões relacionadas à estética, que era mais ou menos para compensar. (...) Eu consigo me achar bonita sem maquiagem, sem estar com cabelo super arrumado, sem estar com a unha feita. Porque eu meio que tentava esconder algumas questões no meu corpo com a roupa nova, com maquiagem... E hoje em dia eu faço isso com intensidade bem menor. (...) Agora eu acho que, se eu não tivesse resolvido essa minha situação com o corpo, eu teria um padrão de consumo desses procedimentos muito maior. (suj. 2.5).

Contudo, como já dito, uma parte do grupo diz que ainda não se considera bonita por estar na condição de obesidade. Entre os que se acham bonitos, alguns passaram a crer nisso após a atual perda considerável de peso e outros disseram ter aceitado que não alcançarão o ideal de corpo e beleza preconizado socialmente, mesmo emagrecendo o que desejam, e reconsideraram os padrões que seguiam para poderem estabelecer uma maior autoestima e melhor relação consigo mesmos, evitando isolamento, frustrações e tristezas, como se vê nas falas: “Eu não me acho feio, não. E também foi muito legal dia desses, quando eu fui na loja, e tudo dava certinho. Depois que você passa do GG é lasca. Agora eu voltei para o GG, e tipo as coisas GG em mim ficam folgadas. Eu devo ir para G. Eu sonho em voltar para M” (suj. 2.3); “Hoje não, me incomoda, mas é uma coisa que eu convivo. Não é uma coisa que eu deixo de fazer coisas, de usar roupas, que eu deixo de ir para a praia porque eu tenho um braço que eu acho gordo” (suj. 2.5).

Segundo Goffman (1963/2004), essas seriam duas das estratégias empregadas pelo indivíduo estigmatizado para diminuir as atitudes negativas em relação a ele mesmo: alterar ou atenuar seu estigma, ao perder peso; ou empregar-lhe um novo significado ao considerar que existem outros padrões de beleza que não apenas o magro e ele, juntamente com aliados, pode inculcar tal valor positivo ao seu atributo.

#### 4.2.2.2.8 A Saúde e a Doença

As concepções de saúde e doença, como já mencionado ao longo do texto, se relacionam fortemente com o objeto “*obesidade*” e com a representação social criada pelo grupo para compreender o fenômeno. Atualmente, intenta-se prolongar a vida, mas com qualidade e funcionalidade, e o conceito holístico de saúde da OMS, o qual tenta se descolar da noção de doença, embora seja controverso, vai nessa direção ao defender a busca pelo estado de bem-estar físico, psíquico e social como forma de se manter saudável.

Os sujeitos do Grupo 02 comungam com o conceito da OMS, ao dizerem que *saúde* significa, basicamente, sentir-se bem fisicamente e psicologicamente, além de não ser acometido por patologias importantes. Para alcançar tal estado, seria necessário que se priorizasse bons hábitos em seu estilo de vida, para minimizar o surgimento de doenças. Por sua vez, *doença* significaria ser acometido por uma alteração no corpo ou na mente que traz prejuízos significativos para o adequado funcionamento da pessoa. O relata a seguir demonstra isso: “(...) Eu sei que o processo de saúde e doença não é só físico. É também o seu bem-estar psicológico, enfim... O estado de doença é muito relativo” (suj. 2.1). Como o Grupo

01, o grupo reproduz a concepção de saúde e doença mais difundida socialmente, o que ratifica a posição das ciências da saúde como normatizadora da vida (BOARINI; YAMAMOTO, 2004; ALMEIDA, 2013)

Nesse contexto, a maioria dos sujeitos do Grupo 02 relata ser possível estar obeso e ser saudável se a pessoa mantém bons hábitos, como atenção à alimentação, prática de exercícios físicos regulares e evitação ao consumo de bebidas alcoólicas ou cigarro. A manutenção de tal estilo de vida seria, para o grupo, fundamental para todas as pessoas, não importa qual o seu peso ou aparência, como mostra o relato abaixo:

Eu acho que predispõem a outros problemas se você não tomar uma série de precauções que eu acho que pessoas magras têm que tomar também. Se alimentar bem, fazer exercícios, tentar dormir bem. Uma coisa que eu fiz agora recentemente, que é diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas. Acho que são recomendações que são para todas as pessoas, não só para quem está acima do peso. A não ser que seja um nível de obesidade que tenha doenças associadas. Eu acho que requer outros cuidados. Mas o que eu refuto é a questão de você ser gordo, não tem nenhuma doença associada, e ser taxado como uma pessoa doente. Aí eu não concordo (suj. 2.2).

Dito isso, os participantes não se consideram doentes ao serem obesos, por não vivenciarem situações que impedem suas atividades, ainda que sintam incômodos decorrentes do peso e por desenvolverem tais práticas sociais que visariam o cuidado com o corpo e a perda ou manutenção do peso, conforme mencionado.

#### 4.2.2.2.9 A Alimentação

Considerando o Sistema de Representações Sociais sobre a obesidade em questão, o objeto “*alimentação*” se relaciona com o bloco das “*práticas sociais*”, como já dito. Mas, diferentemente do observado no Grupo 01, “*alimentação*” não se encontra diretamente ligado ao objeto “*saúde/doença*”, pois ainda que quase todos os sujeitos relatem que a ansiedade aumenta e modifica sua ingestão alimentar, eles não consideram que isso seria um Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), mas apenas um traço ou uma dificuldade que enfrentam em seus funcionamentos psíquicos. Tendo em vista que o foco da pesquisa não foi diagnosticar ou problematizar eventuais transtornos mentais, as entrevistas não forneceram elementos que permitam questionar se os episódios de ansiedade relatados pelos sujeitos configurariam o TCA.

Nesse sentido, dois sujeitos afirmam que ainda utilizam a comida como forma de aliviar ansiedades, tristezas ou estresses, ou quando se sentem felizes e satisfeitos e querem celebrar através do prazer em comer, como já foi relatado anteriormente. Três entrevistados contam que, após terem levado tal questão para seus processos psicoterapêuticos ou para os

nutricionistas, refletiram sobre tal uso da comida e consideraram que estão comendo com mais consciência e equilíbrio, observando-se os recortes de fala abaixo:

Hoje em dia não. Eu sei que, na hora que eu quiser, eu vou poder comer, se eu tiver muita vontade realmente. Ele faz muito um trabalho do que é vontade, do que é quando você ‘tá’ transferindo ansiedade para o alimento. E aí eu sei que, se eu quiser comer mesmo, eu vou comer. Às vezes eu até tenho na minha frente, mas eu paro e penso, ‘eu realmente ‘tô’ querendo comer ou vou comer só porque ‘tá’ na minha frente?’ E às vezes eu consigo não comer. A ideia dele é fazer com que eu siga meus instintos (suj. 2.2).

Sobre o ato de comer, a maioria dos sujeitos diz que está tentando comer menos e melhor, mas sem muitas restrições, dando preferência à reeducação alimentar no lugar das dietas muito rígidas, como mostra a fala a seguir: “Eu não falo nem dieta não, eu falo mesmo em aprender a comer. Eu tenho aprendido a comer. Eliminar o pão, faz tempo que eu não como pão. E, quando como, fico com aquele remorso de ter comido. Aprender a fazer as melhores escolhas” (suj. 2.4).

Os participantes contam que a decisão de substituir as dietas pela reeducação alimentar foi fundamental em seus processos de emagrecimento, pois possibilitou que eles passassem a ver a comida como algo positivo e não como algo que atrapalharia seus objetivos. Sabendo que a comida é parte vital na vida, nos âmbitos individuais e sociais, ter uma atitude favorável frente a ela pode evitar diversos sofrimentos físicos, como a fome e a hipoglicemia; mentais, como a frustração, a tristeza e principalmente a culpa; e sociais, como o isolamento. A maioria dos sujeitos relata que, em alguma das ocasiões em que aderiu a dietas muito restritivas, sentiu algum desses sinais ou sintomas, e isso se vê nos recortes: “Eu como, mas também não fico me sentindo tão culpada e no outro dia eu tento compensar” (suj. 2.2);

É uma coisa que eu melhorei também, eu passava o dia planejando que eu ia comer. (...) mas antes era muito obsessivo. O que eu ia comer, eu não podia fugir daquele plano alimentar. Se eu fugisse daquele plano alimentar eu ficava com a culpa bem forte. E era bem...Uma relação que eu tinha a sensação que eu tava aprisionada ali (suj. 2.5).

E mesmo os dois sujeitos que ainda seguem um plano alimentar bastante limitado dizem que, ao alcançarem sua meta de perda de peso, mudarão o planejamento e darão prioridade à reeducação alimentar, por considerarem ser inviável manter a dieta por muito tempo, por seus efeitos já citados: “Eu tomo Whey Protein no lanche, que tem gosto de merda, que isso aí né comida de gente, não. Não aguento mais tomar essa porcaria não. ‘Tá’ guardado, mas não é para ninguém tomar isso. Porque assim, eu quero chegar naquela situação de manutenção que eu te falei” (suj. 2.1).

O Grupo 02, ao refletir sobre seu comportamento alimentar ao longo da vida, conta que ele foi determinante em seu processo de ganho de peso apenas a partir da juventude, quando os cuidados em relação à alimentação passaram a ser negligenciados em função do estilo de vida atribulado que tinha, com a faculdade e/ou o trabalho. Por conviver com a obesidade desde a infância, o grupo diz que o seu ambiente familiar não era “obesogênico”, pois os pais, mães e familiares estavam atentos à sua comida como forma de atenuar a obesidade. Dito isso, diferentemente do Grupo 01, os participantes não referem que aprenderam a comer inadequadamente com a família, mas sim a partir da falta de tempo para se dedicar a essa prática.

Assim, metade dos sujeitos faz distinção entre os tipos de comida, classificando-os como *bons*, saudáveis e que não engordam, selecionando esses preferencialmente, como legumes, raízes e frango; ou *ruins*, hipercalóricos e que causam doenças se consumidas em excesso, como doces, massas, farináceos, refrigerantes e *fast-foods*. Todavia, a outra metade do grupo diz que não diferencia os alimentos, pois ao considerar que, em sua essência, não existiriam comidas boas ou ruins, preza pelo equilíbrio no consumo, permitindo-se todo tipo de alimento, mas atentando também para a quantidade de comida ingerida, como se vê no destaque a seguir:

E eu também encontrei um nutricionista que ele trabalha nessa linha (...) a questão do comportamento alimentar. Que você não vê o alimento como um vilão. Não tem alimento proibido. Então, desde que eu comecei a fazer com ele eu ‘tô’ conseguindo ter mais equilíbrio na minha alimentação (suj. 2.2).

Tal dissenso pode se dever ao fato de os entrevistados já terem ampla experiência com diversas práticas alimentares e optarem pela estratégia que mais lhes pareça adequadas individualmente. Nesse aspecto, alguns parecem preferir se poupar de maiores frustrações e sofrimentos, então são mais flexíveis. Outros pretendem perder ainda certo volume de peso e empregam estratégias mais objetivas e radicais para tal. Na próxima seção, será abordado como os sujeitos do Grupo 03 percebem essas e outras questões sobre a obesidade.

#### **4.2.3 Grupo 03**

Por fim, o Grupo 03 foi constituído por pessoas que estavam, à época das entrevistas, em processo pós-operatório para cirurgia bariátrica, ou seja, em fase de consulta com especialistas para que fosse avaliada a viabilidade de se submeterem ao procedimento. Todos já haviam se consultado com um cirurgião digestivo, havendo indicação formal para a realização da cirurgia. Dos sujeitos entrevistados, cinco eram mulheres e um homem. Entre eles, quatro estavam com obesidade grau III e dois com obesidade grau II, mas apresentavam

comorbidades, como osteoartroses. Dessa forma, esse grupo tinha maior média de peso entre os participantes e todos se apresentaram muito desejosos do procedimento. De maneira semelhante à exposição do Grupo 02, focar-se-ão, nesta secção, suas especificidades e as diferenças entre esse e os dois primeiros grupos.

#### 4.2.3.1 O Sistema de Representações Sociais

Utilizando o IRAMUTEQ para auxiliar na análise do material elaborado pelo grupo, a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHC), o software forneceu cinco classes (ver APÊNDICE F). Esse grupo apresentou algumas diferenças em relação aos demais. A Classe 01 foi a mais numerosa e trouxe unidades textuais que faziam menção à trajetória do corpo do sujeito ao longo da vida e sua relação com a obesidade. A Classe 03 remeteu ao âmbito da saúde e as orientações e os discursos proferidos pelos profissionais da área sobre a condição de obesidade do entrevistado. A Classe 04 se referiu à família e suas influências na escolha da cirurgia bariátrica como prática a ser adotada para lidar com o fenômeno. A Classe 02 mencionou elementos relativos à alimentação. E, por fim, a Classe 05 elencou trechos que versavam acerca do sujeito obeso, suas características e questões sobre as dimensões estéticas, funcionais e fisiológicas da obesidade.

O dendrograma possibilitou, em integração com a Análise de Conteúdo realizado, a criação de blocos de sentido sobre a RS da obesidade e, a delimitação e nomeação dos objetos construídos pelo grupo que compõem o SRS em estudo. A figura adiante ilustra todos os blocos, objetos e relações.



**Figura 3: Sistema de Representações Sociais da obesidade construído pelo Grupo 03**

Como já explicitado, o objeto “*obesidade*” é central na figura, ao ser o fenômeno estudado pela pesquisa e em torno do qual todos os outros objetos se articulam para dar

sentido à obesidade. Da mesma forma que os grupos já discutidos, apresenta-se a representação social de obesidade em blocos, nomeando-os de (em sentido horário, começando pelo lado esquerdo): “*a trajetória do corpo*”, sobre a condição de obesidade dos sujeitos e como essa se constituiu, (assim como a Classe 01); “*a obesidade objetivada*”, que indica conteúdos sobre a obesidade e suas características para os entrevistados e a sociedade (como a Classe 05); “*as práticas sociais relativas à obesidade*”, a qual discorre sobre as condições e os recursos que influenciam na obesidade e na perda de peso, como alimentação, exercícios físicos, medicações e cirurgia bariátrica (como as Classes 02 e 04); e a “*obesidade ancorada*”, sobre a rede de significações em que o grupo insere os objetos e as fontes de informação consultadas sobre a temática (como a Classe 03).

De forma semelhante aos Grupo 01 e 02, ao primeiro bloco, a “*trajetória do corpo*” se liga ao objeto “*corpo*”, percebendo-se que a construção da autoimagem e do autoconceito dos sujeitos é baseada na maneira como ele compreende seu corpo e suas potencialidades. “*Corpo*” articula-se ainda à “*beleza*”, pela manutenção de um padrão estético relacionado à ausência de gordura, enfatizado pela sociedade e pelo grupo. O bloco “*obesidade objetivada*” se aproxima dos objetos “*saúde/doença*” pela sua utilização para a definição de obesidade e suas especificidades; e com “*beleza*”, pois o grande volume de peso, característico da obesidade, continua sendo visto como desagradável esteticamente, fazendo com que os sujeitos, ao emagrecerem, intentem se beneficiar também nessa dimensão.

O bloco “*práticas sociais*” liga-se a “*alimentação*”, pois os sujeitos trazem tal objeto como o fator principal no processo de ganhar e perder peso. Ademais, articulado com esse bloco, observa-se ainda a inclusão de um novo objeto no SRS, em comparação aos grupos anteriores, “*cirurgia bariátrica*”. Essa prática define o Grupo 03 e surge como um objeto social na medida em que os sujeitos se apropriam da temática e elaboram sentidos e significados sobre ela, baseados na forma como eles já a vivenciam. “*Cirurgia bariátrica*” liga-se também à “*alimentação*”, pois tal prática é compreendida como central após a cirurgia; e à “*saúde/doença*”, por ela ser uma intervenção cirúrgica, de domínio das ciências da saúde.

O objeto “*saúde/doença*” ainda mantém relações com “*alimentação*”, ao passo que a ingestão alimentar desordenada é, segundo os sujeitos, causada por alguma condição geneticamente determinada que aumenta o apetite ou pela ansiedade, como sintoma de um quadro psicológico ou como o Transtorno de Compulsão Alimentar. Por fim, ao bloco

“*obesidade ancorada*”, se ligam todos os objetos que integram o sistema, pois o grupo elabora seu SRS sobre a obesidade ancorado nessas noções.

#### 4.2.3.2 Os Objetos Sociais e suas Representações Sociais

Em semelhante apresentação dos Grupos 01 e 02, partindo dos resultados fornecidos pelo IRAMUTEQ e pela realização da Análise de Conteúdo sequenciada, foram trazidos os objetos que compõem o SRS em questão, assim como seus sentidos e as relações que estabelecem entre si. Eles serão elencados abaixo, debruçando-se sobre seus processos de ancoragem e objetivação e suas articulações com as práticas sociais empregadas pelo grupo para lidar com a obesidade.

##### 4.2.3.2.1 A Obesidade

Da mesma maneira que os grupos anteriores, como já dito, a partir do IRAMUTEQ e da Análise de Conteúdo realizada no material relativo a esse grupo, considerou-se que a representação social do Grupo 03 sobre a obesidade engloba quatro blocos de sentido distintos, os quais serão apresentados a seguir. Apesar de os três grupos serem apresentados semelhantemente, eles compreendem diferenças entre os elementos trazidos em cada bloco, suas relações com os demais objetos sociais do SRS, e com as práticas sociais desenvolvidas por eles. A seguir, discutir-se-á tal objeto.

##### 4.2.3.2.2 A Trajetória do Corpo

A maneira como os sujeitos entrevistados viveram e vivem seus corpos é muito perpassada pelo fenômeno da obesidade, o que indica também nesse grupo a ligação desse bloco com o objeto “*corpo*”. Muitas dessas questões serão mostradas mais adiante, mas se pode adiantar que tais vivências têm ligação direta com a prática escolhida pelo grupo para lidar com o corpo e a obesidade, a cirurgia bariátrica, pois esse corpo já é visto, pelo grupo, como um inimigo e não um instrumento de vida. Assim, é urgente que ele mude e a cirurgia se configura como um recurso através do qual eles conseguirão transformar suas relações consigo mesmos.

Diferentemente do Grupo 01, no qual a maioria não teve a infância marcada pela obesidade, e do Grupo 02, no qual praticamente todos os participantes lidam com o excesso de peso desde tal fase, o Grupo 03 se divide nesse aspecto. Metade do grupo diz que sempre viveu com o sobrepeso/obesidade, e justifica isso pelo fato de a família ter um importante

histórico do fenômeno, com parentes de primeiro e segundo grau também acometidos. Observa-se nesses sujeitos o componente hereditário da obesidade, isto é, o acúmulo de gordura é muito influenciado pela herança genética dos pais e avós, pois eles não dizem ter crescido em um ambiente significativamente obesogênico, já que os familiares também eram obesos e desenvolviam práticas e controle de peso, como se vê nas falas a seguir: “Sim, minha mãe está acima do peso. Eu até fico chamando ela de gordinha e ela fica irritada. (...) Meu primo, ele também” (suj. 3.1); “Eu sempre vi minha mãe lutar muito com o peso, de fazer dieta e tudo” (suj. 3.3); “Que toda minha família é gorda. (...) Todos temos tendência de engordar. Meu pai e minha mãe e minha irmã. (...) Minha mãe também tem a tendência de engordar, porque a família dela é toda gorda, então tem a família de pai, a família de mãe” (suj. 3.5).

Os estudos mostram que, além dos hábitos, a genética atua no controle do balanço energético corporal, e pessoas que têm histórico familiar ou foram obesas na infância ou adolescência têm mais tendência a seguir com tal fenótipo na adultez e na velhice (MARQUES-LOPES, 2004; ABESO, 2016). Além disso, como no caso dos sujeitos entrevistados, a influência materna seria ainda mais significativa nesse cenário, segundo revisão integrativa realizada por Coradini, Moré e Scherer (2017). No Grupo 03, diferentemente do Grupo 02, tais sujeitos não relataram que chegaram a perder peso na adolescência e não teriam sofrido ou sucumbido às pressões sociais para se incluírem em determinados grupos. Eles dizem que apenas a partir da juventude começaram a desenvolver práticas para perda de peso.

Já a outra metade conta ter começado a ganhar mais peso na adolescência ou na juventude, devido à rotina de vida atribulada, por estudos ou trabalho, acabando por não dar a devida atenção ao seu estilo de vida, e uma delas fala que não conseguiu perder o peso ganho após a última gravidez, como observado nos destaques: “De 6 anos para cá (idade do filho) é que eu não tenho mais esse peso, entendeu?” (suj. 3.4);

Aí eu tinha duas profissões, eu trabalhava de manhã no posto de saúde, de tarde e de noite em duas escolas. Então ou você trabalhava para ter alguma coisa na vida, ou você ia para uma academia. E eu preferia trabalhar porque tinha minhas obrigações. Então fui engordando, engordando, cheguei nos 100kg, que eu cheguei a 102kg (suj. 3.6).

Somado a isso, semelhantemente ao Grupo 02, todos os sujeitos mencionam que, quando ansiosos e estressados, percebem um aumento na ingestão alimentar, principalmente de comidas hipercalóricas e palatáveis, e isso acabou influenciando no ganho de peso. Tal ponto será melhor abordado mais adiante.

Em relação ao histórico de perda ou ganho de peso, todos os sujeitos dizem que já perderam peso significativamente ao longo da vida (mais de 10 Kg), e a maioria relata que vivencia o “efeito sanfona”, ou seja, ciclos sucessivos de emagrecimento e engorda, como visto nos relatos a seguir: “Esses anos todinhos, se eu consigo, perco um pouquinho e ganho praticamente o dobro” (suj. 3.2); “Eu não consigo perder peso. Já fiz tratamento, já perdi, já voltei, já perdi, já voltei (...) No ano passado mesmo, eu gastei um monte de dinheiro (...) perdi 12 kg. Depois, voltou tudo de novo eu não consegui perder mais nenhum” (suj. 3.6). Os participantes dos Grupos 01 e 02 também relataram tal efeito, evidenciando os dados da OMS (2003a), os quais versam sobre a alta taxa de reengorda encontrada em sujeitos que se submetem a tratamento para sobrepeso/obesidade. Eles contam que as perdas de peso ocorreram, na maior parte das vezes, através das dietas restritivas realizadas, inviáveis por extenso período, como já dito ao longo do texto, e por uso de medicações inibidoras de apetite. Essas acentuam o “efeito sanfona”, na medida em que promovem grandes perdas de peso durante a administração, mas, após interrompido o uso, recolocam o indivíduo em situação de engorda. O emprego de tais práticas será retomado em discussão posterior.

O “efeito sanfona” é um dos argumentos utilizados pelos sujeitos na justificativa de terem optado pela cirurgia bariátrica. Em comparação com os outros grupos, tal aspecto aparece mais marcante no Grupo 03, abarcando a totalidade dos entrevistados. Eles contam que, além dos entraves para emagrecer, sentem ainda mais dificuldade para manter o peso conseguido, o que acarretaria novas situações de engorda. Os participantes alegam que já tentaram todas as práticas relativas ao tratamento clínico (dietas, exercícios físicos e medicações) e não tiveram sucesso em se manter fora da condição de obesidade. Então, o último recurso eficaz, para o grupo, seria o procedimento cirúrgico. Os sujeitos almejam perder entre 20 Kg e 50 Kg, com uma média de 34 Kg.

Como já visto, o Grupo 02, mesmo perdendo o peso desejado com as práticas desenvolvidas, continuaria na faixa do sobrepeso ou da obesidade (segundo o IMC), acreditando que não chegarão à magreza devido às limitações impostas por seu biótipo. No Grupo 03, ainda que emagreçam o volume de peso estipulado, praticamente todos os sujeitos também continuarão com sobrepeso, mas a explicação dada por eles para essa questão é diferente do grupo anterior. Os sujeitos contam que, apesar de acreditarem no potencial resolutivo da cirurgia e na capacidade de torná-los magros (ainda considerando seu biótipo) essa não seria a motivação principal. Eles dizem que esperam, com procedimento, perder um volume de peso que nunca conseguiram antes e assim solucionar ou amenizar os problemas

de saúde que enfrentam, além de diminuir os riscos para outras doenças, embora admitam que se beneficiariam esteticamente com o emagrecimento. Apenas uma entrevistada conta que deseja ficar realmente magra para se adequar ao padrão estético imposto pela sociedade.

O estudo supôs inicialmente que, em se submetendo a um procedimento bastante invasivo, repleto de riscos e indicado justamente por sua capacidade de possibilitar volumosa perda de peso, os sujeitos entrevistados teriam como um dos principais objetivos alcançar a faixa de peso preconizada como ideal (IMC entre 20 e 24,99) e assim saírem definitivamente da condição de sobrepeso/obesidade, mesmo que não relatassem que a estética seria uma motivação relevante. Estudos indicam que, apesar de a motivação explicitada para a cirurgia ser, geralmente, a melhoria da qualidade e expectativa de vida, os pacientes costumam ressaltar, especialmente após o procedimento, sobretudo os ganhos que tiveram na dimensão estética, social e psicológica. Eles relatam que, ao tornarem-se magros, passaram a ser mais valorizados e elogiados por seu corpo, o que aumentou sua autoestima e autoconfiança, influenciando positivamente nas interações sociais (MARCHIOLLI; MARCHIOLLI; SILVA, 2005; CASTRO *et al.*, 2010).

O grupo considerar o aspecto da beleza era esperado e condiz com o postulado pela literatura, como observado acima. Não é necessário que o sujeito fale explicitamente sobre a normativa estética como seu referencial para que ela seja percebida como tal (MOLINER; RABUSKE, 2008). Todos eles dizem que para atingirem o “ideal”, segundo os critérios do IMC, precisariam perder determinada quantidade de peso, mostrando que esse cálculo foi feito e que tal informação foi discutida com a equipe de saúde, como se vê nos recortes a seguir: “Pelo exame de bioimpedância, eu tenho que perder em torno de 60 Kg, 70 Kg. O peso, para minha altura, ideal, é em torno de 70 Kg, ou é 60 Kg e alguma coisinha” (suj. 3.1); “Mas, pelos exames que a gente já tinha feito lá na nutricionista, eu tenho que perder, em dois anos, acho que é de 25 Kg a 30 Kg. Alguma coisa assim” (suj. 3.2); “O ideal para mim seria chegar nos 60 Kg” (suj. 3.3.).

É interessante observar que, quando diretamente perguntados sobre quantos quilos eles intentam perder com a cirurgia, os sujeitos se refiram a valores que ainda os manteriam em condição de sobrepeso. Eles dizem que se achariam esteticamente “estranhos” ou envelhecidos caso perdessem tanto peso e que isso não seria uma necessidade. Afirmam que ficariam satisfeitos mesmo se já conseguissem resolver as limitações, os incômodos e receios que sentem decorrentes do peso, como observado nos trechos destacados: “Se eu perder esses 10 Kg eu já estava feliz” (suj. 3.2); “Mas assim, se eu perdesse esses 20 Kg já fazia diferença

para mim (...) Eu acho que se eu chegasse nos 80 Kg, eu tava bem” (suj. 3.3); “Eu não seria uma pessoa magra, não seria uma pessoa de 50 Kg. Eu seria uma pessoa de 70 Kg, que não é magra e não é gorda. É uma pessoa com um peso... Talvez não seja o peso ideal, como assim se diz, mas eu me sentiria muito bem” (suj. 3.5);

Eu acho que eu com 80 Kg eu vou ‘tá’ muito bem. Porque o que eu tenho hoje, eu vou perder 50 Kg e seria menos um saco de cimento dentro de mim. Porque, aquela coisa, eu não me imagino zero gordura, nem se eu malhasse tanto eu ia chegar nesse ponto. Eu imagino que um corpo saudável para mim seja em torno de 80 Kg, 75 Kg, no máximo, de peso mínimo (suj. 3.1);

Eu acho que, eu ‘tô’ com 92 Kg, eu acho que se eu ficasse com 70 Kg, eu ficava satisfeita. Porque assim, eu ‘tô’ com 62 anos e, se eu perder muito peso vai ficar estranho. Então eu acho que 20 Kg é um bocado de gordura que a gente perde, eu acho que é o suficiente. Não teria vontade de voltar a ter meus 50 kg, isso aí nem existe isso. Vou ficar esquelética. Morreu, foi? Eu acho que uns 20 Kg iam me fazer muito bem. Eu ia ficar satisfeita. E manter, né? (suj. 3.6).

De acordo com a Abeso (2016), o tratamento cirúrgico para a obesidade é considerado bem-sucedido se houver perda mínima de 50% do excesso de peso que o paciente apresenta e ele saia da faixa de obesidade mórbida (grau III), sendo necessário que tais condições de mantenham pelo período mínimo de cinco anos. Seguindo tal critério, todos os sujeitos seriam exitosos em seu processo de emagrecimento. Todavia, ao longo das entrevistas, observa-se que todos eles afirmam que também gostariam de poder eliminar as gorduras localizadas ou usar as roupas que desejam. Além disso, eles seriam menos julgados e discriminados ao não destoarem tanto dos demais. Fica evidente que esses também seriam alguns dos motivadores para tal prática. Segundo Marchioli, Marchioli e Santos (2005), o estigma da obesidade e as desvantagens enfrentadas pelos sujeitos surgem como uma das causas para a cirurgia, mas eles tendem a diminuir sua importância e enfatizar os problemas de saúde, pois tais justificativas seriam mais aceitas socialmente.

Quanto às limitações vivenciadas pelo grupo, dois sujeitos não relatam sofrer com entraves significativos devido ao peso. Os demais referem fadiga e falta de resistência, dores pelo corpo, inchaço, esteatose hepática, hipertensão, cardiopatia, neuropatia, diabetes, isolamento social e baixa autoestima. Tal cenário é bastante semelhante aos visualizados nos grupos anteriores e vai ao encontro dos relatos pela Medicina como comorbidades comuns no quadro de obesidade, como relatado ao longo da pesquisa e demonstrado nos relatos a seguir: “Eu tenho problema cardíaco, eu tenho pressão alta, eu tomo remédio para pressão há mais de 6 anos. (...) Eu tenho hipertrofia no ventrículo esquerdo por conta disso (...) Mas eu descobri que estava com gordura no fígado” (suj.3.1); “Minhas pernas incham, meus joelhos doem. É

horrível. Por exemplo, eu vou subir dois ou três andares de escada e fico ofegante. Isso me deixa muito mal” (suj. 3.5);

Eu tenho uma hérnia de disco, já faz uns cinco anos, que ela me quebra. E eu tenho problema de neuropatia muito grande, que eu tive um derrame. (...) As pernas doem, é uma coisa terrível. (...) E, para completar, faz quatro meses que eu levei uma queda. (...) Aí, hoje, os parafusos, desalinhou já um, por causa do peso. (...) Principalmente a diabetes, que está muito descontrolada (suj. 3.6).

Em relação aos incômodos que os participantes sentem em seu corpo devido atribuídos ao excesso de peso, praticamente todos eles contam que a principal insatisfação seria com o acúmulo de gordura na barriga, seguido pelas gorduras localizadas em outras partes do corpo, o excesso de peso e o grande volume corporal, como visto nos destaques: “Mas é aquela coisa, incomoda você olhar assim no espelho, depois do banho, as gorduras incomodam. Na região da barriga, especialmente na parte de baixo. Dá uma sensação estranha” (suj. 3.1); “Minha barriga. Fisicamente, minha barriga. Esteticamente, minha barriga” (suj. 3.2); “A gordura, o volume que é o meu corpo” (suj. 3.5); “Incomodar, é a barriga” (suj. 3.6). A área do abdômen, também para o Grupo 03, é a principal queixa corporal. Tais falas se alinham ao difundido como padrão de beleza, já amplamente trazido ao longo do texto, o qual postula que o belo é incompatível com a gordura.

#### 4.2.3.2.3 A Obesidade Objetivada

Esta seção se refere à forma como o grupo constrói as representações sociais de obesidade a partir do processo de objetivação. Nesse sentido, articulada com a noção de “saúde/doença”, praticamente todos os sujeitos a compreendem como uma doença, com etiologia diversa. O Grupo 03 acha que a obesidade decorre, principalmente, da grande ingestão alimentar e que essa pode ser causada pela ansiedade, configurada ou não como Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), ou por alguma questão genética que aumentaria o apetite do sujeito, como se vê nos trechos a seguir: “Eu acho que sim (é doença). Porque a pessoa não escolhe. Quando não é genético ou alguma coisa assim, eu acho que a pessoa desconta suas frustrações, como eu descontava em alguma coisa” (suj. 3.2); “Sim (é doença). Às vezes, adquirida por nós mesmos, né. O meu foi, parei de trabalhar. E, dentro de casa, fiquei ociosa e veio tudo de ruim” (suj. 3.4); “Sim, muito grave. A pessoa ganhando peso, ok. Mas a pessoa vai ganhando peso de uma forma tão irregular, que a pessoa nem percebe que está ficando, na verdade, doente. E a pessoa termina não se tratando dessa doença” (suj. 3.5);

(Têm) pessoas que têm problemas hormonais, genéticos, que têm uma dificuldade natural de perder peso e uma facilidade natural de ganhar peso. E

existem pessoas que, eu acho, usam comida como um canal de escape de emoções. (...) Aí eu não sei se isso entra na parte na compulsão, essas pessoas são compulsivas por comida de fato, mas, que é uma doença, é (suj. 3.1).

Esse é o único grupo que considera a obesidade uma doença por si só. Os grupos anteriores defendem que ela seria uma condição que pode suscitar o surgimento de outras doenças ou uma doença caso o sujeito apresente alto grau de comprometimento.

A quase totalidade dos participantes desse grupo diz ter percebido que, especialmente quanto mais ansioso, triste ou estressado, tendia ou ainda tende a comer alimentos hipercalóricos em maior quantidade e frequência que o habitual, e isso foi determinante no surgimento da obesidade (nos casos em que o indivíduo começou a ganhar peso já na adolescência ou juventude) ou na manutenção e no agravamento de sua condição (quando os participantes já se viam obesos desde a infância). Como todos eles estavam sendo acompanhados por uma Psicóloga, à época da entrevista, para serem avaliados quanto a sua condição mental de se submeterem ao procedimento cirúrgico, eles afirmam que essa questão estava sendo abordada no processo psicoterapêutico. Eles contam entender que precisam refletir sobre suas ansiedades e a relação que estabelecem com a comida, para que, mesmo após a cirurgia e consequente perda de peso, não voltem a engordar.

Segundo o grupo, a obesidade se caracterizaria pelo excesso de gordura, que traz prejuízos à vida do sujeito pelos desconfortos físicos que causa, como limitações de mobilidade e adoecimentos, além de influenciar na autoestima, como visto nos relatos a seguir: “(...) claro que ela traz malefícios. Existem gordos que tem as taxas normais, mas às vezes as taxas enganam. Por exemplo, quase todo gordinho tem gordura no fígado, e isso não é bom” (suj. 3.1); “Vem (na cabeça) uma pessoa gorda, muita gordura. (...) Penso na gordura. Na gordura em si. Deixa eu ver mais... Vem algumas comorbidades também, porque isso ‘tá’ ligado à minha família” (suj. 3.5);

Minha autoestima e a falta de coragem para fazer as coisas. Eu não tenho coragem, eu não tenho fôlego, e olha que eu faço atividade física. Mas não tenho disposição para nada.(...) Eu tentei por força própria e eu desisti. Porque você perde 5kg e aumenta 10kg. É terrível. É uma sensação de frustração mesmo, de impotência, e você não consegue mais dominar seu corpo, entendeu? (...) Eu vou ter que comprar um espelho para começar a me encarar no espelho. Que eu não tenho coragem. Eu visto a roupa e do jeito que eu vesti, eu saio, não sei se ‘tá’ boa, entendeu? (suj. 3.4).

Essa seria a principal faceta da obesidade, a capacidade de influenciar negativamente a qualidade de vida do indivíduo, seja por atuar sobre seu estado geral de saúde física ou por, devido ao estigma da gordura, desvalorizá-lo física, moral e psicologicamente, interferindo na

maneira como ele interage socialmente. Essa percepção vai ao encontro do postulado pelas ciências da saúde, as quais dizem que a obesidade traz consequência graves para o indivíduo. E que, por isso, deve ser amplamente combatida (ABESO, 2016).

Assim, a maioria dos sujeitos do Grupo 03 diz que se sente muito mal com a obesidade devido às tais repercussões que ela causa. Além disso, a dificuldade para emagrecer ou a facilidade para ganhar peso, a despeito das práticas desenvolvidas ao longo da vida, seria mais um indicador de que tal fenômeno foge ao seu controle e, por isso, é uma doença. Neste Grupo 03 observa-se que todas as características da obesidade listadas pelos participantes se referem ao prejuízo fisiológico e funcional, e eles pouco trazem características físicas sobre a aparência estética, ao contrário do Grupo 01, principalmente. Eles alçam a obesidade à categoria de doença como uma forma de dizerem que se encontram sem mais recursos para lidar com ela, pois nenhum foi eficaz nos processos de perda e manutenção do peso, restando apenas o tratamento cirúrgico como última alternativa para tirá-los desse estado refratário.

Como já dito, este grupo tem a maior média de IMC entre os entrevistados, 41,46 (contra 33,56 do Grupo 01 e 36,06 do Grupo 02). Todos os sujeitos dizem que se encontram na faixa da obesidade. E conforme mencionado, sabem o quanto de peso precisariam perder para serem considerados com peso normal, indicando estarem munidos de conhecimento e informações sobre si mesmos. Todos estão sendo acompanhados por diversas especialidades médicas, como cirurgiões digestivos, endocrinologistas, cardiologistas, além de psicólogo e nutricionista, almejando reunir pareceres técnicos sobre a viabilidade de se submeterem ao procedimento. Ademais, relatam as inúmeras vezes que já tentaram o tratamento clínico para a obesidade em suas vidas. Isso pode explicar o fato de que o discurso trazido pelos participantes é bastante calcado no discurso biomédico. Eles enfocam bastante as consequências negativas da obesidade e a crença de que o tratamento cirúrgico se configurou como a única estratégia capaz de solucionar essa questão definitivamente, o que é defendido pela Medicina (SEGAL; FADIÑO, 2002; FERRAZ, 2009; ABESO, 2016).

Observa-se a *função justificadora* das representações sociais nesse cenário. Ao considerarem a obesidade como uma doença e a si mesmos como doentes, percebe-se uma relação com a prática escolhida pelo grupo para lidar com a obesidade, a cirurgia bariátrica. Fazendo uma retrospectiva de suas vidas, suas relações com o corpo, os históricos de obesidade e as várias experiências com programas alimentares distintos, modalidades de exercícios físicos e uso de medicações, sem sucesso na perda ou controle de peso, os sujeitos passaram a admitir que a obesidade não responde aos seus esforços individuais. Seus

objetivos nunca foram plenamente alcançados e sua saúde está se deteriorando. Não haveria, para eles, outra explicação plausível para tal quadro senão o de que ele reflete uma doença, que transcende suas competências pessoais. Assim, é justificável que eles lancem mão de um recurso tão extremo como a situação em que se encontram.

Ademais, reconhecer-se como acometido por uma doença pode diminuir as frustrações sentidas pelos sujeitos quanto ao insucesso em seus processos de emagrecimento, ressignificando-os não como resultantes de suas inabilidades ou incapacidades individuais, mas como de uma alteração genética, não tão facilmente compreendida ou reconhecida. Os sujeitos entrevistados expressam certo alívio e esperança após terem decidido se submeter à cirurgia bariátrica, como se tal decisão os tirasse da condição de “fracassados” e os colocasse em uma categoria diferente, a de “pacientes”. Ser paciente, nesse contexto, parece significar estar protegido dos julgamentos alheios ao serem considerados vítimas de um processo de adoecimentos e não de um estilo de vida irresponsável e inconsequente. Pesquisas sobre saúde, especialmente no âmbito mental, demonstram que tal reação é comum e até esperada, conforme mencionado anteriormente (CORREIA, 2015).

Dessa forma, diferentemente dos Grupos 01 e 02, os integrantes do Grupo 03 parecem se identificar mais com a categoria “doente” que com “obeso”. Não se observa o grupo atuando para mudar, ou ao menos minimizar, o estigma negativo da gordura e o estereótipo criado sobre o obeso. Eles praticamente não refutam o fato de o indivíduo com obesidade ser desqualificado apenas por tal atributo, centrando-se em defender que ele não seja o único responsabilizado por sua condição, tendo em vista que foi, infelizmente, acometido por uma doença. Essa seria a verdadeira causadora de sua condição e a explicação para a inadequada ingestão alimentar que ele apresenta, não seu desleixo ou incapacidade. Percebe-se também a *função identitária* das RS, a qual possibilita ao grupo buscar alguma congruência e valorização diante dos atributos negativos que lhe são inculcados.

É interessante observar que os participantes do grupo, embora preocupados com a estética, não parecem entender que a única via possível para a beleza é a magreza. Em suas falas, percebe-se que eles admitem que se sentirão mais bonitos após o emagrecimento, sendo esse um dos fatores a lhes impulsionar para o procedimento. Mas, isso será possível mesmo que eles não estejam necessariamente magros. Diferentemente dos grupos anteriores, o Grupo 03 menciona pouco a roupa como um referencial para o emagrecimento ou engorda. Apenas dois sujeitos contam que ainda mantêm ou gostariam de comprar novamente roupas que costumavam usar quando mais magros. Eles falam que uma de suas motivações é poderem

usar novamente tais peças ou terem mais liberdade na escolha de modelos diversos, não apenas os que lhes cabem. Tal discussão será retomada ao se abordar o objeto “*beleza*” e sua ligação com “*obesidade*”.

Quanto a questão do gênero, da mesma maneira que nos grupos anteriores, ela foi considerada como um elemento constitutivo da RS de obesidade elaborada pelo grupo, e não como um objeto social. Todos os sujeitos afirmam que há diferenças sociais entre homens e mulheres em relação aos papéis que eles ocupam e às expectativas sobre eles, como observado no destaque: “A gente cria os homens para que eles sejam inertes, passem batido nessas coisas. Claro que eles carregam alguma coisa também, mas eles não se afetam da mesma maneira (com as cobranças)” (suj. 3.3); “(a mulher é mais cobrada) Como lá em casa, eu que sou o sustento, o apoio de todo mundo. Tudo é concentrado em mim” (suj. 3.6). Os homens seriam criados para dar menos valor às cobranças sociais e as mulheres seriam mais suscetíveis às pressões para que se enquadrem nos padrões criados para elas, como serem boas mães, esposas, profissionais, filhas e donas de casa, cenário esse que lhes causaria intenso sofrimento psíquico (LAVINAS, 2001).

Considerando ambos os gêneros em situação de obesidade, o grupo concorda ao dizer que a mulher é mais exigida para que esteja no padrão de corpo, beleza e saúde preconizado pela sociedade e acaba internalizando tais cobranças, buscando se encaixar em tais referenciais, como indicam as falas: “Com certeza, com certeza. Na mulher, incide demais” (suj. 3.3); “Então quando a gente não entra numa roupa, a gente acha que a culpa é nossa, quando na realidade não é. O padrão da brasileira não é sem perna, sem bunda, sem nada. Você entra numa loja e a calça não entra em você. Porque você hoje fica escrava disso” (suj. 3.4). Esse mesmo posicionamento foi visto nos demais grupos, demonstrando o que já é bastante discutido na literatura: a mulher sofre mais com as imposições do discurso patriarcal-sexista, o qual se digna a legislar sobre os corpos e os papéis destinados às mulheres como uma forma de mantê-las dominadas e subservientes aos seus interesses (SANTOS; NICOLAU, 2012).

Dito isso, para o Grupo 02, se a obesidade fosse uma figura, ela seria um corpo doente; com grande volume corporal; acometido por limitações e adoecimentos físicos, como dores, taxas metabólicas alteradas e outras patologias, e psicológicos, como baixa autoestima, isolamento social e ansiedade; precisando de uma intervenção imediata e eficaz para que sua saúde e qualidade de vida sejam restabelecidas. Ademais, esse corpo não seria facilmente identificado como bonito. Questões estéticas são menos referenciadas neste que nos outros

grupos, mas ainda assim são mencionadas, quando eles afirmam que emagrecer vai permitir que eles voltem a ser valorizados por sua beleza, algo que não acontece no momento.

De forma semelhante ao Grupo 02, os aspectos sociais da obesidade são trazidos pelo grupo somente quando questionados sobre a percepção social acerca do fenômeno. Praticamente todos os sujeitos dizem que a gordura é estigmatizada socialmente. O indivíduo obeso seria percebido como alguém que está nessa condição porque quer, pois não se cuidou o suficiente ou foi negligente com a própria saúde. Não se consideraria a multifatorialidade da obesidade ou o fato de ela ser uma doença. Daí surgiriam os preconceitos e as discriminações, pois a sociedade não seria compreensiva com o indivíduo e suas condições de saúde, reduzindo-o à sua aparência apenas. Os relatos a seguir ilustram tal aspecto: “Mas em geral existe sim preconceito, existe diferença no olhar, existe sim julgamento pelo peso que você tem. (...) No senso comum, pensam que o obeso está assim porque quer, não muda porque não quer” (suj. 3.1); “(Pensam que) A pessoa é obesa porque quer e não se dá o trabalho de cuidar do corpo, aí desconta tudo na comida, alguma coisa assim” (suj. 3.2); “Eu acho que as pessoas rotulam muito quem é gordo. E às vezes as pessoas não sabem o que levou àquilo. Eu tiro por mim. (...) Engordei porque tive vários problemas que me levaram à obesidade” (suj. 3.6);

Então é muito raro você ouvir de uma pessoa que ela entende que obesidade é uma doença que precisa ser tratada. Isso é uma informação que a gente que sabe, passa, mas a maioria das pessoas não entende isso, de jeito nenhum. Que é inclusive uma falta de informação. Para que as pessoas observem isso como uma doença, mesmo (suj. 3.5).

Nesse sentido, metade do grupo relata já ter vivenciado situações de discriminação e exclusão, seja no cotidiano, no mercado de trabalho ou com profissionais de saúde, como observado nos relatos a seguir: “Por exemplo, eu fui aprovada para o financeiro de uma empresa, uma seleção de 40 pessoas. (...) E lá ela me disse, ‘você foi aprovada para o trabalho, mas você vai ter que perder peso’” (suj. 3.4);

Existe preconceito quando você entra em algum lugar...Vamos botar em situações, quando você vai sentar no ônibus ou no avião, porra. É porque eu sempre viajo com meus pais e meus pais não se incomodam, mas com certeza as pessoas se incomodam quando sentam juntos. Eu já me incomodei quando uma pessoa é maior do que eu e senta do meu lado, que aí fica disputando para colocar o braço. Existe preconceito no mercado de trabalho também. Vou colocar no meu, Engenharia. Engenheiro ele tem um ritmo muito grande, dependendo se você for de campo. Você vai para obra e sobe e desce, sobe e desce, as pessoas olham torto para você se você for gordinho (suj. 3.1);

Assim, meu marido é magro. Nós já chegamos a ir para consulta com uma nutricionista juntos, eu e ele, e a mulher me descascou na consulta. E eu disse a ela, “você está sendo preconceituosa, porque você não viu os exames, você não sabe o que ele come, você não sabe nada”. Aí fez todo aquele...

Disse que eu era desidratada, que eu não tomava água o suficiente. Quando eu recebi os exames, mandei para ela por e-mail, mandei anexo. Aí eu disse a ela, “estou esperando seu pedido de desculpas”, e ela pediu, de fato. Porque os exames dele são péssimos, ele tem problema de gordura no fígado, ‘tá’ cheio de problema de saúde, sabe? (...) É como eu ‘tô’ dizendo a você, conversei com vários médicos e ninguém deu ouvidos ao que eu estava falando. Se eu fosse uma pessoa magra e tivesse começado a ganhar peso, iam investigar mil coisas. Mas como eu sempre fui gordinha e estava ganhando peso, é óbvio que você está comendo escondido (suj. 3.3).

Os entrevistados contam que essa é uma das motivações para saírem da obesidade, pois se sentem preteridos e querem ser novamente acreditados pela sociedade. Eles não pretendem continuar carregando o estigma da gordura, a qual lhes diminui enquanto pessoa e prejudica as relações interpessoais, provocando sofrimento. E a única participante solteira acrescenta ainda que perder peso vai ajudá-la a estabelecer novos relacionamentos afetivo-sexuais porque a possibilitará comprar as roupas que deseja, aumentando sua autoestima e autoconfiança.

O Grupo 03 é o único que problematiza o fato de a sociedade não considerar ou difundir, de maneira geral, o sujeito obeso como doente. Eles enfatizam essa questão como importante para se compreender os motivos que levam os obesos a ainda serem tão rejeitados socialmente, como se as transgressões às normas de corpo magro fossem algo voluntário, não determinado por fatores genéticos ou mentais, no âmbito da patologia. Eles parecem se sentir injustiçados pela opinião e pelo comportamento dos demais, pois esperariam que serem percebidos como doentes provocaria empatia, compaixão e amparo social, não serem relegados a uma segunda classe de cidadãos, os moralmente estigmatizados (GOFFMAN, 1963/2004; ESTANISLAU, 2014).

#### *4.2.3.2.4 As Práticas Sociais Relativas à Obesidade*

O Grupo 03, com os anteriores, se baseia no discurso biomédico para definir as suas práticas em relação à obesidade, como já dito ao longo do texto. Tal discurso tende a se sobrepôr a outros conhecimentos ao tomar para si o papel de normatizador da vida das populações quando o que está em voga são questões relativas à saúde e doença (FOUCAULT, 2005; ESTANISLAU, 2014). As ciências médicas, em sua maior parte, defendem que toda a obesidade deve ser tratada, e as de grau II (associada a outras patologias) e III devem ser abordadas cirurgicamente, pois o tratamento clínico apresentaria baixas taxas de resolutividade. Percebe-se que a decisão de se submeter à cirurgia bariátrica dos sujeitos se baseia, fundamentalmente, nesse critério de indicação. Admite-se que sua saúde já está

comprometida por estar nessa condição, mesmo dois deles relatando que não vivenciam limitações significativas em sua qualidade de vida, considerando o aspecto físico.

Questionando os entrevistados sobre o que causaria a obesidade, todos eles citam que a alimentação inadequada é a causa principal, como já mencionado. Eles afirmam que essa pode acontecer por fatores genéticos, que influenciam no aumento do apetite do indivíduo ou, principalmente, pela inclinação em utilizar a comida, geralmente hipercalórica e de fácil acesso, como forma de diminuir a ansiedade. Por sua vez, a ansiedade é entendida como decorrente de outras questões como frustrações e dificuldades na vida pessoal e profissional ou o Transtorno Alimentar Compulsivo (TAC), como visualizado nas falas a seguir: “Se eu tiver nervosa, se eu tiver agoniada, uma Coca-Cola em um pedaço de bolo gostoso me acalmam. Então eu vou ter que desviar isso para outro canto” (suj. 3.6);

Menina, antigamente, na época de prova de faculdade, eu comia que nem eu me reconhecia. Eu comia de um jeito que depois eu ficava... O marido falava, e eu, ‘não fale não, que é pior. Deixa eu quieta aqui. Depois eu choro, depois eu vou vomitar, qualquer coisa, mas deixa eu comer’. Era assim, eu descontava na comida as frustrações (suj. 3.2);

E, assim, se forem acontecendo coisas da rotina, estresses normais, então eu como. Me excedi por isso. Se eu ‘tô’ triste, eu como. Se eu ‘tô’ feliz, eu como. Se é para comemorar alguma coisa, eu como. Se é para ver os amigos, eu como. Então assim, comida tem tudo a ver, para mim, com satisfação ou com alívio (suj. 3.5)

No Grupo 01, apenas dois sujeitos citaram a questão da ansiedade e, no Grupo 02, praticamente todos os sujeitos a citaram, mas não a configuraram como um transtorno, o TCA. Apenas o Grupo 03 trouxe a ansiedade de forma mais ampla, considerando sua influência na ingestão alimentar e suas facetas de sintoma ou transtorno. A presença e centralidade de tal fator nesse grupo foi mais significativa que nos demais, provavelmente porque todos eles dizem já ter vivenciado momentos em que aliviaram suas ansiedades com a comida e por estarem em acompanhamento psicológico, abordando o tema com um profissional.

Conforme já dito, comer pode ser tranquilizante para algumas pessoas, ao situar no corpo a angústia e ansiedade decorrentes de dificuldades enfrentadas na vida cotidiana (KAHTALIAN, 1992 *apud* FIGUEIREDO, 2012). Seria fundamental então, nesse contexto, aprender a lidar com a ansiedade por outra via que não a da comida, pois a cirurgia bariátrica diminui a capacidade de armazenamento do estômago, e continuar comendo em grandes quantidades pode provocar sua distensão, causando além da reengorda, patologias em tal órgão, o qual já foi cirurgicamente intervindo e alterado em suas características originais (ABESO, 2016).

Ainda sobre as condições que influenciam a obesidade, foram citados ainda pelos sujeitos, mas em menor frequência, a rotina atribulada, a qual não permitiria a adequada atenção à saúde e o desenvolvimento de boas práticas alimentares e atividades físicas; a iatrogenia farmacêutica; o sedentarismo; problemas hormonais, os quais dificultariam a perda de peso; e o envelhecimento, citado pela primeira vez nas entrevistas. Com o passar dos anos, o corpo tende a perder massa muscular e há uma tendência maior ao acúmulo de gordura, influenciado pela diminuição das atividades físicas na velhice (pelo aparecimento de doenças ósseas e cardíacas, por exemplo) e pelas alterações hormonais típicas da menopausa ou andropausa (ABESO, 2016).

No tocante às condições necessárias para a perda de peso, segundo o grupo, praticamente todos falam da importância de ter foco e disciplina durante o processo, principalmente para seguir o programa alimentar e evitar a ingestão desordenada de alimentos. Nesse sentido, eles priorizam a reeducação alimentar à dieta, entendendo-as da mesma forma que os grupos anteriores: a primeira enfatizaria uma nova forma de se alimentar, com conhecimento, consciência e equilíbrio, possibilitando sua manutenção por toda a vida; e a segunda, por sua grande restrição, pode até ser eficaz inicialmente, mas a dificuldade em seguir suas determinações inviabilizaria sua adesão a longo prazo.

Observa-se que também no Grupo 03, todos os fatores citados são de ordem individual, ou seja, para se ter sucesso no emagrecimento, a pessoa deve empregar próprios recursos e, no máximo, contar com o auxílio de profissionais de saúde para orientação e acompanhamento. Além disso, a multifatorialidade da obesidade ainda é considerada apenas parcialmente, porque se percebe que o binômio alimentação/exercício é mais focado pelo grupo, com maior predomínio da alimentação, como se a obesidade fosse causada sobretudo pela ingestão desordenada e exagerada de alimentos. Resolvendo tal questão, ocorrerá o emagrecimento.

Quanto às práticas já empregadas pelo grupo para lidar com a obesidade, todos os entrevistados contam que já fizeram dietas bastante restritivas com o intuito de perder peso, mas não conseguiram alcançar o objetivo desejado ou manter tais programas alimentares por muito tempo, o que teria provocado novo ganho de peso, como percebido nas falas abaixo:

É, porque você começava empolgada durante uma semana, duas, depois você dizia, 'meu Deus' (...) Você dizia, 'meu Deus, que negócio ruim. Eu não aguento mais comer isso'. Aí deixava para lá. Fazia, fazia, fazia, aí vinha o resultado, aí ficava feliz. Mas depois, 'poxa, eu vou viver comendo isso? Só tem isso para eu comer, tão restrito', aí deixava para lá (suj. 3.2);

Porque na maioria das vezes tem que seguir as regras, tem que comer aquilo, um monte de mato. Não é que eu não gosto disso, eu como de tudo. Mas o fato de ter que, ter que, ter que é muito ruim. Colocar regras, assim, ‘você tem que fazer isso dessa forma, desse jeito, senão você não perde’. (...) Isso é um desconforto muito grande. E eu tinha que fazer um esforço muito grande para seguir isso. Na maioria das vezes, eu desistia pelo meio do caminho. Não era prazeroso (...) E era justamente essa proposta, de repente você tira, a partir de hoje você não come, a partir de hoje você não faz. (suj. 3.5).

O objeto “*alimentação*”, seus elementos e ligações com os demais objetos que compõem a SRS serão enfocados posteriormente.

Além disso, eles disseram que já utilizaram medicações inibidoras de apetite e realmente chegaram a perder peso, mas, como não se pode manter seu uso por tempo indeterminado, assim que interromperam, voltaram a ganhar peso, como se vê nos recortes destacados: “A época que teve mais sucesso foi quando tomei Sibutramina. E não ajudava. Quando tirou a medicação, voltou tudo. (...) A Sibutramina sobrecarrega o rim, alguma coisa assim. Me prejudicaria mais a longo prazo do que me traria benefício” (suj. 3.1); “Já fiz uso de medicação, sibutramina inclusive. Perdi o quê? 5 Kg, 7 Kg. Depois voltou tudo, porque na verdade não era natural” (suj. 3.5); “Tomei. Já fiz tratamento duas vezes. Perdi 10 Kg e engordei 12 Kg” (suj. 3.6). Essa percepção foi semelhante nos três grupos estudados, diferindo apenas quanto à média de utilização de seus participantes, pois, no Grupo 01, apenas um sujeito relatou ter feito uso e, no Grupo 02, cinco sujeitos utilizaram.

Apesar de todos reconhecerem ter perdido considerável peso com a medicação, nenhum diz que a administraria novamente porque ela, além de provocar efeitos colaterais desagradáveis e perigosos, seria transitória, não atuando na manutenção do peso, umas das principais dificuldades de quem deseja emagrecer. Isso contraria a literatura médica consultada, a qual defende a eficácia dos anorexígenos no tratamento clínico da obesidade (ABESO, 2010). Extrapola os limites desta pesquisa atribuir causa a essas posições divergentes, pois não é possível saber se as medicações anorexígenas utilizadas pelos sujeitos foram indicadas, administradas e supervisionadas da maneira preconizada pela Endocrinologia ou se, de fato, sua eficácia não é a esperada pela área da saúde.

Também no Grupo 03, não se considerou “exercício físico” como um objeto social integrante do SRS elaborado pelos mesmos motivos dos anteriores: a falta de polêmicas e polissemias em torno do tema. Todos dizem que realizaram exercícios físicos sistemáticos, mas percebem que eles funcionam como adjuvantes no emagrecimento, principalmente como um hábito saudável para tornar o corpo ativo e controlar o peso, e os destaques mostram isso: “É. Na academia eu ‘tô’, continuo. (...) Que o pessoal de lá é bem legal. Academia eu não

deixo. (...) Mesmo não gostando muito, eu vou” (suj. 3.2); “Eu tenho uma consciência corporal muito boa, muito acima da média. Eu faço pilates duas vezes por semana (...) Eu gosto de exercícios físicos, eu sinto falta, eu sinto prazer no exercício físico” (suj. 3.3); “Tanto que eu, mesmo gorda, de umas duas semanas para cá que eu não estou indo, mas diariamente eu vou para academia” (suj. 3.4).

Atualmente, a metade dos participantes conta que segue fazendo exercícios físicos regulares não visando o emagrecimento, mas para manter um estilo de vida enérgico. Eles dizem preferir atividades em grupo, como dança, caminhada e hidroginástica, ou algum esporte à musculação, como se vê nos relatos: “Eu não gosto, mas eu vou. Porque o que eu queria mesmo, até hoje, ‘tô’ esperando a sala desse pilates. É uma coisa que eu tenho vontade de fazer na academia. Aí eu faço esteira, um pouquinho de musculação, mas eu não gosto” (suj. 3.2); “Mas eu odeio ir para academia, ‘tá’ entendendo? Eu fiz esporte a vida toda (...) nadei muitos anos” (suj. 3.3); “E eu não tenho essa capacidade, não gosto de academia” (suj. 3.4). Em todas as práticas, os sujeitos dizem que foram acompanhados por especialistas diversos, como Médicos Endocrinologistas, Nutricionistas e profissionais de Educação Física.

É consenso na área da saúde que a cirurgia bariátrica não pode ser concebida como um milagre, ou seja, como uma intervenção capaz, por si só, de reverter o quadro de obesidade e prevenir seu reaparecimento a despeito das ações do próprio paciente e de sua rede de suporte familiar e especializada. Após uma minuciosa análise sobre o estado de saúde do sujeito e quais os benefícios que o procedimento pode proporcionar, ele deve ser encarado como uma etapa importante do processo, mas não a única (SEGAL; FADIÑO, 2002; MARCHIOLLI; MARCHIOLLI; SILVA, 2005). Ele possibilitaria para o indivíduo uma oportunidade de rever seus hábitos cotidianos, sua relação com o próprio corpo e as interações sociais, de maneira a construir o modo de viver que mais lhe traga qualidade, não apenas se baseando em padrões ou expectativas de outrem.

Além disso, para evitar a reengorda, são necessárias práticas subjacentes à cirurgia, como um programa alimentar saudável, visando a nutrição do sujeito; a administração de medicamentos e vitaminas, as quais atuam na absorção e reposição de nutrientes e garantem o funcionamento do organismo; e as atividades físicas, que aumentam o gasto metabólico, a massa muscular, a elasticidade da pele e o vigor físico (BASTOS *et al.*, 2013; ANTONINI *et al.*, 2014). Para isso, é essencial a continuidade dos acompanhamentos médicos, nutricional e psicológico, para que possam auxiliar o paciente a seguir com as práticas necessárias,

evitando o aparecimento de novas comorbidades e o reganho de peso com o passar dos anos (FADIÑO *et al.*, 2004; TAVARES *et al.*, 2016).

Contudo, em seus relatos, apenas metade dos entrevistados diz planejar retomar a prática de exercícios físicos logo após a cirurgia. Neste grupo percebe-se também a rejeição à musculação, mas alguns sujeitos admitem que farão tal modalidade como uma das práticas necessárias para atingir suas metas de emagrecimento, mesmo não gostando. Observa-se que a prática de exercícios é encarada como norma para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável e manutenção do peso, mas pouco se fala sobre seus benefícios nas dimensões psicológicas ou sociais, assim como observado no Grupo 02. Tais grupos parecem muito focados no peso e a prática surge apenas com essa finalidade, não se considerando que ela pode exercer outras funções. Todavia, para ser continuada, é crucial que os sujeitos a encarem como um prazer e não apenas como uma obrigação (FIME, 1989).

Por outro lado, a questão alimentar continua sendo mencionada por quase todos os sujeitos, os quais dizem estarem cientes de que precisarão mudar a maneira como se alimentam, embora enfoquem na reeducação alimentar e não em dietas restritas. Tal diferenciação será mais aprofundada ao se discutir o objeto “*alimentação*”. E apesar de estarem todos em acompanhamento psicológico à época da entrevista, apenas dois participantes relatam que planejam continuar o processo psicoterapêutico, considerando que o recurso deve auxiliar sobretudo no aspecto da ansiedade e em suas novas práticas alimentares, conforme demonstram os recortes a seguir: “É importante ter acompanhamento psicológico. Conheço pessoas que fizeram cirurgia e deixaram o acompanhamento psicológico de lado, e voltou tudo ao normal. Porque nossa cabeça, ela trai a gente muito” (suj. 3.1);

Eu espero que eu tenha um acompanhamento bom. E assim, eu preciso de ajuda de fora para poder ser ajudada. Sozinha não consegue. E eu tenho certeza que eu vou precisar disso. Assim, pela minha compulsão (...) Eu vou precisar de um acompanhamento psicológico, que eu vou ter que desviar meu pensamento para outra coisa. Eu não bebo, não fumo, não tem outra tangente. Eu tenho que descobrir outra coisa que me satisfaça, que me dê um foco para eu esquecer isso. Não vai ser fácil (suj. 3.6).

Como já dito, esse grupo inclui em seu SRS sobre a obesidade mais um objeto, a “*cirurgia bariátrica*”, o qual será retomado mais adiante.

Diante de todo o exposto, percebe-se que a atitude do Grupo 03 em relação à obesidade é bastante desfavorável. Eles a consideram uma doença (e conseqüentemente, se consideram doentes), a qual diminui sua qualidade de vida ao suscitar patologias e limitações. Ademais, ela dificultaria a circulação social do sujeito, o qual sofreria com o estigma negativo que a gordura tem, tornando-o desacreditado, para usar a expressão de Goffman (2004), o que

influencia em suas relações interpessoais nos âmbitos pessoal e profissional, muitas vezes resultando em isolamento e aniquilamento de potencialidades. Buscar um recurso complexo e extremado como a cirurgia bariátrica reflete toda a insatisfação que os sujeitos relatam sobre seu corpo, sua saúde, sobre si mesmos e suas tentativas frustradas de sair dessa condição.

Ao contrário dos outros grupos, que rechaçam a ideia difundida socialmente de que o sujeito obeso é menos capaz ou incontrolável devido ao seu excesso de peso, esse grupo reclama sobretudo o direito de ser visto como alguém doente, não inconsequente com sua saúde e seu corpo. Enxergar-se assim, mesmo que eventualmente inexistam indicadores claros sobre essa condição, pode ser entendido como uma estratégia para diminuir as exigências em relação a se enquadrar no padrão de peso e saúde através unicamente de seus esforços. Compartilha-se a responsabilidade com a genética, que lhe determinou essa patologia, e ainda com a equipe de saúde, a qual lhe possibilitou uma solução externa para o problema social e psíquico da gordura (MARCHIOLLI; MARCHIOLLI; SILVA, 2005).

#### 4.2.3.2.5 A Obesidade Ancorada

Considerando o processo de atribuição de sentido à obesidade, o Grupo 03 é o que mais ancora as representações sociais construídas no discurso científico, mais especificamente o da área médica. A CHD do IRAMUTEQ trouxe como uma classe os conteúdos proferidos pelos profissionais de saúde consultados acerca da obesidade e do estado geral do sujeito, o que não havia acontecido com nenhum outro grupo estudado. Os conceitos de *saúde/doença* são bem enfocados pelos sujeitos, principalmente quando eles se utilizam desses para definir a obesidade como uma doença. Eles enfatizam os prejuízos causados pelo fenômeno em sua saúde física, como alterações de taxas metabólicas e funcionamento de órgãos vitais, diminuição na disposição e aumento das dores pelo corpo. Além disso, as sucessivas frustrações no emagrecimento ao realizarem o tratamento clínico contribuem para o entendimento dos sujeitos quanto à natureza de doença da obesidade. São esses os motivos mais elencados pelo grupo para justificar a escolha pelo tratamento cirúrgico nessa etapa de suas vidas, demonstrando a ligação do objeto “*saúde/doença*” com “*cirurgia bariátrica*”.

Percebe-se que os acompanhamentos pelos profissionais de saúde atuam como referência para a decisão, por parte dos sujeitos, de se submeterem à cirurgia bariátrica. Em suas falas, eles demonstram estar cientes de seus quadros de saúde e de suas metas após o procedimento, indicando quais as práticas que deverão ser empregadas e como ele as realizarão. Há ainda a menção ao acompanhamento psicológico atual como um recurso muito

válido e necessário para que eles possam falar especialmente sobre a questão da ansiedade, a qual influencia bastante em sua ingestão alimentar e por isso deve ser refletida e transformada para que eles possam alcançar os resultados pretendidos.

Todas os depoimentos estão em total consonância com o preconizado sobretudo pelas associações médicas, como a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO), a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), as quais defendem a realização da cirurgia bariátrica como único recurso eficaz para a eliminação da obesidade grau II, quando acompanhada de comorbidades, e grau III. Os critérios utilizados por tais associações para indicar o tratamento cirúrgico são, basicamente, objetivos, através da constatação do insucesso anterior do tratamento clínico, cálculo do IMC do paciente, resultados de exames que comprovem a presença de alterações ou patologias e laudos técnicos que atestem a inexistência de fatores impeditivos ao procedimento (ABESO, 2016).

Admite-se então que qualquer pessoa que preencha tais critérios se beneficiará da cirurgia e sairá da condição de obesidade caso siga todas as recomendações profissionais. Contudo, percebe-se que nenhum dos participantes citou os riscos inerentes ao procedimento, por mais simples que ele seja ou por maior a perícia e experiência que o profissional escolhido tenha. Ademais, observa-se que dois sujeitos dizem não apresentar nenhuma comorbidade ou limitações significativas em seus estados, à época da entrevista, mas mesmo assim desejam emagrecer para evitar problemas futuros, demonstrando que o grupo se baseia na concepção de que estar obeso é sinônimo de estar doente, independente dos demais indicadores, como se vê nos recortes: “Meus exames não dão nada, nada, nada. Quando eu fui para consulta com o médico, ele disse, ‘olhe, talvez você tenha uma dificuldadezinha com o plano de saúde’” (suj. 3.3.);

Mas eu acho que o meu peso, para minha situação, que eu estou vivenciando, é muito pior para minha saúde. Eu preciso cuidar disso de forma drástica, já que eu tentei outras maneiras e não consegui. Eu preciso correr atrás disso enquanto ainda é tempo, enquanto minhas taxas ainda estão boas, enquanto eu ainda consigo ter uma vida normal. Mas se eu continuar dessa forma, o meu futuro não é essas coisas boas, não (...) Mas o corpo uma hora cobra. Então ‘tá’ tudo ok, mas o corpo está fazendo um esforço terrível para isso. Aí, uma hora, ele vai cobrar, sabe. O momento das doenças é quando estoura a capacidade do corpo de se regenerar. Uma hora ela chega (suj. 3.4).

Parece não se considerar, nesses casos, a possibilidade de que tais sujeitos integrem a categoria dos obesos “metabolicamente saudáveis”, sugerida por estudiosos da Universidade de York, em pesquisa publicada por Kuk e colaboradores em 2018, e que sua condição de

obesidade não leve à diminuição da expectativa de vida. Dessa forma, questionam-se os reais benefícios do emagrecimento, em situações como essa, principalmente se, para isso, os indivíduos devam lançar mão de um procedimento cirúrgico, o qual é invasivo, delicado e caro, exigindo muitos esforços do paciente, de seus cuidadores e de todo o sistema de saúde.

Para além da cirurgia bariátrica, observa-se que as demais práticas sociais relatadas pelo grupo, como os programas alimentares, os exercícios físicos e as medicações, também são as preconizadas e difundidas pelas ciências da saúde, assim como as condições elencadas por eles como atuantes no aumento, na manutenção e perda de peso e no surgimento da obesidade (BASTOS *et al.*, 2013; ANTONINI *et al.*, 2014; ABESO, 2016). A importância do objeto “*alimentação*” é muito evidente também nesse grupo, mas se percebe que ele assume uma posição ainda mais central quando os sujeitos o colocam como motivo principal para o ganho demasiado de peso. Mesmo considerando a multifatorialidade etiológica do fenômeno, todo o grupo considera que a grande ingestão alimentar é o fator preponderante neste cenário, seguida pelo sedentarismo. Por fim, os objetos “*corpo*” e “*beleza*” também se ancoram em tais noções de saúde e doença, na medida que em os sujeitos percebem que estão fora do padrão de beleza e saúde devido ao seu grande volume corporal e excesso de gordura, assim como fazem os Grupos 01 e 02.

Em relação às fontes de informações consultadas pelo grupo, já se mencionaram os profissionais de saúde. A maioria do grupo diz conversar bastante com os especialistas que lhe acompanham e que confia em seus discursos. O grande peso dado a tais agentes e seus postulados, como representantes da ciência, se evidencia na forma como os entrevistados reproduzem tais conhecimentos em suas falas, como já demonstrado ao longo da seção. Ademais, todos os sujeitos relatam consultar a Internet da mesma maneira que os grupos anteriores: digitam o verbete de interesse em um site de buscas, mais comumente o Google, e analisam os resultados apresentados segundo a credibilidade da fonte e razoabilidade do conteúdo. As falas a seguir mostram tal estratégia: “Muito de, na nossa amiga internet. Obviamente escolhendo bem as fontes, porque não dá para levar qualquer coisa em consideração” (suj. 3.1); “Internet. Sempre internet. Agora sites confiáveis, né” (suj. 3.2).

Mas surge, nesse grupo, uma fonte ainda não mencionada pelos demais grupos: pessoas que já realizaram a cirurgia bariátrica. A maioria do grupo conta que tem conversado com tais pessoas, no intuito de entenderem como foram suas trajetórias, suas dificuldades e os ganhos obtidos com o procedimento, obtendo, com isso, mais acolhimento e suporte social em sua decisão. Os participantes afirmam que tais interações se dão no âmbito pessoal, através de

pessoas conhecidas que realizaram o procedimento; no âmbito virtual, por meio de grupos em redes sociais, como o Facebook, compostos por pessoas nessas condições; ou no âmbito dos equipamentos de saúde, através de pacientes e ex-pacientes atendidos por dado serviço especializado. Isso pode ser visualizado nos relatos destacados: “E eu já vejo pelo Facebook, muitos problemas (...), e minha prima fez e foi a maior incentivadora” (suj. 3.2); “Mas na escola tem três ou quatro mães que já fizeram gastroplastia. Tem uma que é bem obesa e a gente vem conversando muito, e ela vem considerando também” (suj. 3.3.);

Entre em alguns grupos do Facebook, fui conhecendo outras pessoas que fizeram a cirurgia, para saber como era que funcionava. (...) Aí já na segunda, eu ‘não, vou pesquisar, vou conversar com as pessoas’, aí fui procurando, buscando. Eu chegava e vi uma pessoa falando sobre o assunto, eu já encostava. Uma vez na emergência, eu fui na emergência, e tinha uma mulher falando que já tinha feito, e eu me aproximei dela e ela já me indicou o grupo que participava. (...) aí eu comecei a ir para as palestras, assistir às coisas, a equipe dele é muito boa (suj. 3.4).

Por outro lado, os participantes alegam que restringem suas interações quanto à cirurgia bariátrica apenas a tais contextos ou com familiares muito próximos. Eles contam que não costumam conversar sobre a obesidade ou sobre a decisão de se submeterem ao procedimento com as demais pessoas, pois não se sentem confortáveis. As falas a seguir ilustram essa percepção: “Como se fosse uma derrota, tipo assim, ‘ah, não consegue fazer dieta, vai fazer a cirurgia’. O meu marido não (...) A gente já vinha conversando sobre isso. (...) Mas não se opôs de jeito nenhum. Ele está no dia a dia, ele sabe” (suj. 3.3); “Agora, para minha família, eu realmente não queria dizer por que eles ficam dando muito pitaco. Para eu não ter que estar explicando para todo mundo...” (suj. 3.5);

Tanta gente que criticava e dizia, ‘menina, tem caminho mais saudável. Esse é o caminho mais fácil, isso é preguiça’. Eu já vi tanta gente dizendo isso à minha prima, que só quem sabe são pouquíssimas pessoas, só as que me interessam. Porque para criticar, aparece muita gente. Minha prima disse que ia aparecer muita gente, por isso que eu nem digo. Só quem sabe são mais os amigos mesmo (suj. 3.2)

Percebe-se, em suas falas, que eles receiam serem julgados pelas pessoas em relação à prática adotada para lidar com a obesidade, pois acreditam que podem ser considerados fracos, preguiçosos e incompetentes ao escolherem o caminho mais “fácil” e “rápido” para a perda de peso, não o tratamento clínico.

Ao se considerar o elemento “cirurgia bariátrica” integrante das representações sociais elaborados pelos grupos anteriores sobre a obesidade, observa-se que tal receio tem fundamento. Ambos os grupos ressaltam que consideram a melhor estratégia para perder peso a “forma natural”, ou seja, o emprego de dietas ou reeducações alimentares e exercícios

físicos sistemáticos. E expressam que não se submetem à cirurgia bariátrica no momento, só a realizariam como último recurso, embora desejem nunca precisar. Alguns sujeitos dizem ainda que se opõem totalmente a tal recurso, por acreditarem que ele é muito invasivo e que sua eficácia é questionável, visto que várias pessoas voltaram a engordar após sua realização.

Essa posição é facilmente visualizada na sociedade, a despeito da tentativa de agentes de saúde, como as associações e sociedades médicas, de popularizar o procedimento e democratizar seu acesso. Atualmente, ainda é muito restrito ao Sistema de Saúde Suplementar, já que o SUS não consegue absorver a quantidade de pacientes que teriam indicação médica para a cirurgia bariátrica, segundo dados disponibilizados pela SBCBM. Entretanto, justamente por seus riscos e alto custo, a reticência em relação a tal cirurgia pode ser vista como uma forma de melhor aprofundar as avaliações quanto à sua indicação. O movimento não seria característico da sociedade atual, imediatista e consumista, mas poderia evitar complicações mentais e físicas previsíveis e quantidade considerável de reengorda, a qual, nessa situação, necessita mais ainda de cuidados e acompanhamento pelas alterações promovidas no sistema digestório e metabólico (MARCHIOLLI; MARCHIOLLI; SANTOS, 2005).

#### 4.2.3.2.6 O Corpo

De maneira semelhante aos Grupos 01 e 02, o objeto “*corpo*” liga-se ao primeiro bloco das RS elaboradas pelo grupo sobre a obesidade, a “*trajetória do corpo*”, pela sua construção identitária estar fortemente baseada em sua concepção de corpo, e ao objeto “*beleza*”, pelo ideário social rechaçar a gordura na construção de seus padrões estéticos. Nesse sentido, o grupo diz que a relação com seu corpo enfrenta alguns entraves devido à condição de obesidade. Metade dos entrevistados alega que não estabelece uma boa relação com seu corpo, pois o excesso de gordura que ele carrega dificulta bastante sua qualidade de vida, seja nas limitações físicas ou patologias que impõe ou por influenciar negativamente sua autoestima, interferindo em suas interações sociais.

A outra metade do grupo conta que a relação não é inteiramente ruim, mas é provável que melhore após a cirurgia, porque o emagrecimento deve sanar os incômodos decorrentes do peso. Os recortes abaixo ilustram tais cenários: “Eu não tenho muitas crises em relação ao corpo. Assim, me incomoda o fato de estar gorda, mas até a questão do estar gorda (...) o intuito maior de fazer a cirurgia é uma questão de maior disposição física” (suj. 3.3);

A pior possível. Não fico nua na frente de ninguém, não vou na praia. Como eu sempre foi uma pessoa que cultuava o corpo, então essa gordura foi o pior inimigo da minha vida. Eu já tive depressão por causa disso, até crise de pânico mesmo (...) Então para mim a cirurgia está sendo como se fosse a solução da minha vida. Que não vai ser, lógico, mas eu acho que vai melhorar 50%. Vai aumentar autoestima, aumentar a vontade de sair de casa, que eu não tenho vontade de sair de casa (suj. 3.4);

Ih, não é das boas. Eu sou muito destrambelhada, como se não tivesse noção do espaço que eu preciso. Antigamente eu não via problema, mas hoje eu me sinto muito mal pela forma que eu me tornei, pela forma física mesmo. (...) Então eu não gosto dessa forma que eu me tornei. Eu não gosto do corpo que eu tenho. É como se eu não valorizasse ele mesmo (suj. 3.5).

Em todos os entrevistados, fica nítido que o peso é um elemento central em sua relação com o corpo e como ele influencia diversos outros campos da vida que não apenas o orgânico. Assim, a atitude do grupo em relação ao corpo não é favorável, mas eles devem se sentir mais satisfeitos após a intervenção cirúrgica e sua conseqüente perda de peso.

A dimensão da funcionalidade do corpo é a mais trazida pelos entrevistados. Eles dizem que se preocupam com o fato de não conseguirem desempenhar suas atividades cotidianas com tranquilidade e eficiência, pois se cansam com facilidade, sentem-se indispostos várias vezes ao dia e constataam a presença frequente de dores pelo corpo. Com a diminuição do peso corporal, os sujeitos acreditam que essa questão será solucionada, devolvendo-lhes a capacidade de serem ativos e ágeis em suas atribuladas rotinas profissionais e familiares.

No tocante à dimensão estética, metade dos participantes admite se incomodar com esse aspecto e que essa é uma de suas motivações para o emagrecimento, embora não a principal. Dois deles não gostam da restrição vivenciada em relação à moda, como já foi mencionado. A outra metade relata que a busca pela beleza não é um de seus motivadores, mas, durante as entrevistas, percebe-se que todos eles gostariam de se beneficiar com a diminuição do volume corporal, pois acham que seriam mais atraentes ao olhar do outro caso estivessem mais afastados da situação de obesidade. Discutir-se-á a questão da beleza logo a seguir.

Todos os entrevistados afirmam não achar que deve existir um padrão ideal de corpo, e alguns mencionam que o referencial de cada pessoa deveria ser o estado em que ela se sente bem. Contudo, a maioria deles ressalta que, socialmente, esse padrão é imposto e difundido por meio da mídia e/ou da indústria da moda. Os relatos a seguir demonstram isso: “Para a sociedade sempre existe, né? Mas, para mim, não. Para mim, não. Eu ‘tô’ fazendo realmente porque está incomodando” (suj. 3.2); “Acho que o que as pessoas chamam de padrão ideal de

corpo não leva em consideração a sua estrutura óssea e a sua saúde. E eu realmente acho que estar saudável é mais importante do que esse padrão” (suj. 3.3); “Não existe (padrão ideal). Tudo bem que a mídia impõe um corpo magro e tal...” (suj. 3.5). Observa-se paradoxo da mídia, que propaga um estilo de vida magro como o ideal de saúde, ao mesmo tempo em que veicula campanhas de comidas hipercalóricas, servindo ao capitalismo em suas mais diversas vertentes (MARCHIOLLI; MARCHIOLLI; SILVA, 2005).

Observa-se que, novamente, a insatisfação dos sujeitos reside na falta de empatia e compaixão que a sociedade demonstra em relação aos indivíduos obesos, os quais deveriam ser vistos como pessoas acometidas por uma doença e não simplesmente displicentes com seu corpo, sua saúde e aparência. Eles culpabilizam a mídia por propagar uma imagem distorcida sobre tal grupo, o que gera a perpetuação do estigma da gordura e a discriminação do obeso. Eles pouco problematizam a desvalorização da pessoa obesa apenas por ela estar em tal condição, criando estereótipos negativos baseados em um único atributo dele. Sua reivindicação parecer ser sua inclusão em uma categoria estigmatizada não por seu caráter moral, mas físico, o que diminuiria sua responsabilidade sobre tal.

#### 4.2.3.2.7 A Beleza

A beleza, seus elementos, padrões e discussões vêm sendo trazida ao longo da pesquisa por sua intensa valorização social e presença constante na mídia e na publicidade. A busca por procedimentos estéticos, clínicos ou cirúrgicos, demonstra níveis de crescimento alarmantes (AGUIAR; CAMARGO; BOUSFIELD, 2017), deixando claro que aparentar ser ou ter, atualmente, é tão ou mais importante que ter ou ser (MATTOS; LUZ, 2009). Mesmo que a reflexão acerca de seus parâmetros venha também se ampliando, a partir de movimentos ou indivíduos que não aceitam a exclusão da maior parte da população, a beleza ainda se configura como um dos aspectos relevantes da construção da autoimagem e autoestima e nas interações interpessoais (SANTOS; NICOLAU, 2012; JUSTO, 2016).

No Grupo 03, observou-se que a maioria do grupo considera haver critérios para classificar uma pessoa como bonita, e ser obeso parece ser um deles. Eles dizem ainda que alguém pode ser bonito “de rosto” e/ou “de corpo”, evocando a noção de “beleza compartimentalizada” que já havia surgido anteriormente no Grupo 01. Tal posição é diferente das percebidas nos grupos anteriores, os quais entendiam que a beleza era uma construção individual, baseada fortemente no seu estado de espírito e na valorização de si mesmo. Apenas dois sujeitos do presente grupo compartilham desse entendimento. Os

recortes a seguir demonstram o modo de pensar do Grupo 03: “Não é só em relação ao corpo, eu levo muito em relação ao rosto, à harmonia do rosto” (suj. 3.1); “Que você diga, ‘ah, tudo bem ser gordinha, fora dos padrões’, mas a gente tem dificuldades de conseguir roupa, essas coisas, de se sentir bem (...) Obeso da forma que eu estou, da forma que eu me vejo, não (me vejo bonito)” (suj. 3.5).

Percebe-se, no Grupo 03, certa ambiguidade quando eles articulam “beleza” e “obesidade”. Quando questionados sobre a possibilidade de um indivíduo ser obeso e bonito, praticamente todos disseram que isso é possível e até citam as modelos *plus size* como exemplo, conforme mostram os trechos destacados: “Tem muitas obesas que são lindas. Eu acho lindas” (suj. 3.2) “Hoje em dia, têm aí os modelos *plus size* dando maior show, né. Eu acho que é, pode ser, uma gordinha bonitinha” (suj. 3.6). Mas, ao longo de suas entrevistas, ao escaparem da norma, eles se posicionam como se estar obeso não fosse compatível com ser bonito, porque o excesso de gordura deixa o corpo assimétrico e dificulta o acesso à moda e a seus produtos. Ao compartimentalizar a beleza, eles ratificam tal posição, considerando que, apesar de o indivíduo ter um rosto bonito, seu corpo segue apresentando grandes volumes de gordura, o que acaba diferenciando-o, quanto a sua beleza, de pessoas que têm o corpo dentro dos padrões e que são realmente bonitas.

De fato, praticamente todos os sujeitos não se acham bonitos, e o peso é o fator principal na construção dessa autoimagem negativa, como visto nos recortes: “De jeito nenhum, nada. É tanto que esse apartamento meu é novo e eu não botei um espelho, acredita? No dia que eu fui me pesar, tirar as medidas, eu tomei um choque com a minha imagem no espelho” (suj. 3.4); “Eu não me acho bonita e meu peso conta muito nisso. Demais” (suj. 3.5).

Todavia, percebe-se também que, para o grupo, ser bonito não significa ser magro necessariamente. É possível ser bonito com um corpo mais real, para a maior parte da população, isto é, alguém que não seria magérrimo, mas também não seria gordo, como se vê nas falas a seguir: “E o padrão da brasileira não é sem perna, sem bunda, sem nada. (...) E você acaba achando que tem que perder peso, na realidade não é. (...) Então é uma coisa do Brasil mesmo, que rotulou aquilo ali de vestir 38 a vida toda. Que não é” (suj. 3.4); “Eu acho, inclusive, as pessoas que têm um pouquinho mais de gordurinha, bonito” (Suj. 3.5). Isso é visto também, como já dito, quando os entrevistados contam que, embora saibam quanto peso deveriam perder para atingir a faixa de “peso normal”, eles indicam que ficariam satisfeitos com seus corpos caso conseguissem emagrecer o suficiente para saírem da obesidade e solucionarem suas limitações ou adoecimentos. Tal cenário pode sugerir que as discussões

sobre a diversidade dos corpos estão avançando e começam a promover mudanças sutis nos referenciais de beleza compartilhados, mesmo que a maioria da população continue sendo exposta ao padrão de corpo branco, magro e bem definido.

#### 4.2.3.2.8 A Saúde e a Doença

Da mesma forma como nos demais grupos, as noções de saúde e doença são muito utilizadas para dar sentido à obesidade, mantendo relações importantes com o objeto “obesidade” em si e ainda com “alimentação” e “cirurgia bariátrica”. Essas últimas serão mais abordadas nos tópicos a seguir. No Grupo 03, especificamente, ele assume uma importância ainda maior na medida em que o grupo classifica a obesidade como uma doença, algo não visto nos Grupos 01 e 02, e se identifica mais com a categoria de “doente” do que com a de “obeso”. Isso o coloca sob domínio da Medicina, diminuindo sua responsabilização quanto à condição vivida.

Na contramão do conceito estabelecido pela OMS (1947/2006), os sujeitos do Grupo 03 parecem entender saúde apenas como ausência de doença. Eles não consideram outras dimensões, como a funcional, psicológica ou social, por exemplo, para se perceberem saudáveis. O grupo exprime que a existência de algum fator ou até mesmo o indício de adoecimento já é o suficiente para nomear o indivíduo como doente e incluí-lo nessa categoria. Dois dos entrevistados dizem que não enfrentam, à época da pesquisa, patologias ou alterações orgânicas importantes, mas avaliam que o fato de estarem obesos já pressupõe a existência futura de comorbidades, o que cancelaria a busca pelo emagrecimento. Percebe-se que o adoecer é marcado também pelo cálculo do risco e sua ação sobre ele, não apenas por indicadores presentes (VIGARELLO, 1999 *apud* SANTOS, 2008).

Tal percepção do grupo pode se dever ao fato de que a sua condição de adoecimento é a justificativa utilizada para se submeterem à cirurgia, prática mais extrema e invasiva do rol de possibilidades para lidar com a obesidade. Até para que o sistema de saúde suplementar autorize a realização do procedimento e cubra seus custos, deve ficar provado que a indicação médica é correta e, para isso, os sujeitos, através dos pareceres e exames, devem comprovar que preenchem os critérios determinados pelas operadoras de saúde, como o IMC acima de 40 ou IMC acima de 35 associado a comorbidades. Subjacente a isso, encontra-se o desejo dos participantes em solucionar definitivamente a obesidade enquanto patologia, já que os tratamentos clínicos anteriores não foram eficazes nesse objetivo.

Nesse sentido, diferentemente dos grupos anteriores, a maioria do Grupo 03 relata que ser obeso e saudável não é uma possibilidade factível, mesmo que a pessoa não tenha, no tempo presente, indicadores de adoecimento. Os relatos a seguir demonstram tal concepção: “Como? Chega no shopping e quer tomar um sorvete daquele de 1300 calorias, como é que é saudável, o obeso? Eu acho que não. Não tem como ser, não” (suj. 3.3); “Então às vezes, quantas vezes, a pessoa ouve ‘ah, você é gordinha, mas é saudável’. Não, não é, eu sou saudável até agora, e no futuro? (...) ‘Tô’ cuidando para as coisas não se acentuarem” (suj. 3.5); “Eu não sei se tem essa opção. Porque a obesidade não faz bem. A gordura oprime tudo, dá gordura no fígado, dá gordura não sei aonde, você fica pesada, você não consegue caminhar. Eu acho que não dá para juntar as duas coisas não” (suj. 3.6).

Apenas uma entrevistada diz que é possível ser obeso e saudável caso o indivíduo tenha um estilo de vida adequado, cuidando da alimentação corretamente e realizando atividades físicas regulares: “Se souber ter uma alimentação regrada, com exercício físico, tudinho, eu acredito que tenha como” (suj. 3.2). Essa participante diz que não sente limitações decorrentes de seu peso, que sua motivação principal para a cirurgia é estética. Ela conta também que o surgimento de sua obesidade se deu a partir da grande ingestão alimentar pela ansiedade (a qual já teria sido solucionada), o que configuraria a obesidade como uma doença. Contudo, atualmente, ela já se encontra em tão elevado grau de obesidade (III) que não conseguiria mais emagrecer apenas com o tratamento clínico.

#### 4.2.3.2.9 A Cirurgia Bariátrica

Devido ao fato de os sujeitos do Grupo 03 terem escolhido a cirurgia bariátrica como prática para lidar com a obesidade, percebe-se que eles, diferentemente dos outros grupos, discorrem mais profundamente sobre a questão, trazendo novos elementos e percepções. Para isso, eles tiveram que se apropriar da temática, dando mais robustez e espessura ao objeto. Os sujeitos compreendem o procedimento a partir de seus objetivos, evidenciando a relação do objeto com sua experiência de vida. Tal dimensão da experiência parece ser fundamental nesse cenário, pois como postula Jodelet (2005), a experiência é socialmente construída, visto que a maneira como o sujeito atribuirá sentido aos acontecimentos e pessoas que passam pela sua vida está pautada em suas construções culturais e no estoque comum de saberes. Assim, a “*cirurgia bariátrica*” configurou-se, para esse grupo, como um objeto social integrante da SRS elaborada, ao ser relevante em sua constituição da realidade.

Tal objeto estabelece ligações com o bloco “*práticas sociais*” da RS de obesidade, pois por eles é elencado como mais uma estratégia para lidar com o fenômeno; e com os objetos “*saúde/doença*”, ao ser compreendido como um tratamento cirúrgico, domínio das ciências da saúde e com necessária indicação e acompanhamento de diversos profissionais da área para sua realização e eficácia; e “*alimentação*”, pois, ao intervir sobre o estômago, órgão vital no sistema digestório, a própria Medicina indica a centralidade da comida no processo de engorda e emagrecimento, fazendo com que todas os cuidados e práticas após a cirurgia englobem a questão da alimentação.

Retomando, todos os sujeitos contam que já tentaram outras práticas antes de optarem pela cirurgia bariátrica, como dietas, exercícios físicos regulares e medicações anorexígenas. Contudo, nenhuma dessas, isoladas ou combinadas, foi eficaz na perda expressiva de peso ou em sua manutenção. Assim, os entrevistados dizem que estão recorrendo ao tratamento cirúrgico como último recurso para saírem da condição de obesidade e então poderem solucionar suas dificuldades nos âmbitos físicos, psicológicos e sociais e/ou evitarem o surgimento de novos limitadores, como se vê nos destaques a seguir: “Tentei dieta com Endócrino, com Nutricionista. Sem acompanhamento, tentando mudar minha alimentação... Não consegui. (...) Eu já tentei diversas vezes e não consegui, já me frustrei muito com isso” (suj. 3.1); “E eu não tenho mais o que fazer. Passar duas horas numa academia, comer só folha e não ter resultado?” (suj. 3.4).

Tal sentido atribuído à cirurgia é semelhante ao encontrado por Castro e colaboradores (2010) em seu estudo com mulheres após a realização de cirurgia bariátrica. Os pesquisadores perceberam que suas entrevistadas compreendiam o procedimento como uma “situação extrema”, significando dizer que ela foi vista como um símbolo de “salvação”, “a luz no fim do túnel” e uma chance para “retomar suas vidas”. O mesmo cenário foi visto por Moliner e Rabuske em pesquisa publicada em 2008, realizada com indivíduos obesos também em processo pré-operatório de cirurgia bariátrica. Os entrevistados avaliaram que o tratamento cirúrgico seria o último recurso, após falhas tentativas anteriores de emagrecerem.

Eles contam que a ideia da cirurgia não é recente, ou seja, todos já vêm pensando nela como um recurso viável há algum tempo, entre seis meses e cinco anos. Relatam que alguns fatores retardaram essa decisão, como o surgimento de patologias diversas, a insegurança quanto ao procedimento ou o receio quanto à reação da família. Contudo, os participantes dizem que o agravamento da condição de obesidade os motivou para realmente decidirem ir adiante com os processos pré-operatórios.

Os entrevistados afirmaram que tiveram a ideia eles próprios a partir do contato com outras pessoas que haviam se submetido ao tratamento ou de sugestões dadas por médicos assistentes, como se vê nas falas destacadas: “Depois da minha prima, fui ver se o plano faz. Até pela minha saúde, né. (...) Depois que ela fez, aí eu disse, ‘É, prima, eu também tenho problema. Tu sabes a luta da gente, né’” (suj. 3.2); “As pessoas que eu conheço, a mulher do meu primo já fez. E a inquilina da casa de praia, que ela sempre me falou, ‘hoje eu tenho mais qualidade de vida do que antes’. Todo mundo me falava isso” (suj. 3.4); “É. Ele foi um dos que me indicou a bariátrica, o ortopedista” (suj. 3.6). Á época da entrevista, praticamente todos os pareceres haviam sido elaborados e os sujeitos estavam resolutos quanto à realização do procedimento.

Entretanto, é importante ressaltar que, como já dito, a cirurgia não pode ser vista como um “milagre”, a resposta final externa ao sujeito, que o curará da obesidade sem que ele precise se implicar no processo de maneira ativa (ANTONINI *et al.*, 2014). Para os sujeitos entrevistados, a cirurgia atuará em seu sistema digestório e funcionará como uma barreira externa, que os impedirá de comer, mesmo que eles queiram. Assim como observado nos estudos de Marchioli, Marchioli e Silva (2005) e de Moliner e Rabuske (2008), tal barreira representaria um controle externo sobre as emoções do indivíduo, que vinham sendo refletidas no ato de comer. Como ele não conseguia dar conta dessa problemática de outras formas, lança mão do procedimento cirúrgico como um recurso para que ele dê o limite em seu comportamento.

Desta feita, a cirurgia é realizada no corpo, mas as pessoas agem como se o resultado dela fosse agir nas dimensões intrapsíquica e social (autoimagem, relacionamentos interpessoais e relação com a comida). Segundo Marchioli, Marchioli e Silva (2005), o tratamento cirúrgico tem sido tomado como um novo produto de consumo ao ser mais rápido e prático do que as mudanças de hábito e estilo de vida. Assim, o sujeito praticamente não precisa se esforçar para tal, direcionando suas escolhas e responsabilidades a outrem, especialmente à Medicina. A fala abaixo ilustra tal percepção:

Eu vejo a bariátrica como uma coisa diferente. É uma coisa pontual, a partir daquele momento eu não posso mais. É um restart mesmo, uma coisa que eu não conseguiria reiniciar de outra forma, entende? É como se eu tivesse uma oportunidade de nascer novamente. É como se, agora, que o meu corpo vai estar impossibilitado de engordar, eu vou manter isso. E nesse tempo eu tenho que ver uma forma de não voltar aquilo que eu era. Então, eu vejo essa possibilidade de restartar uma coisa, me deixa muito alegre. Coisa que eu não tinha como fazer em outras oportunidades (suj. 3.5).

Retomando, sobre as práticas a serem desenvolvidas após a cirurgia, apenas metade dos sujeitos diz que farão exercícios físicos sistemáticos. O foco do grupo reside no âmbito da alimentação, pois todos mencionam a importância de se reeducarem quando a suas alimentações. De acordo com Antonini e colaboradores (2014), é fundamental que se estimulem as atividades físicas regulares, integrando inclusive profissionais de educação física às equipes multidisciplinares dos serviços especializados, a fim de monitorar e orientar as mudanças necessárias para o sucesso e a manutenção dos resultados obtidos com o procedimento.

Pouco é falado sobre a continuidade do acompanhamento psicológico (apenas dois entrevistados dizem intentar seguir com o processo psicoterapêutico), o que contraria as orientações dos especialistas na temática. O paciente, após a cirurgia, deve ser, ao menos, avaliado regularmente sobre seu funcionamento psicológico, evitando assim agravamentos previsíveis e evitáveis que prejudiquem o tratamento (SEGAL; FADIÑO, 2002; FADIÑO *et al.*, 2004). Isso evidencia o exposto acima sobre a cirurgia ser encarada como a grande solucionadora dos males que acometem os participantes, sem a necessidade da implementação de outras práticas (MARCHIOLLI; MARCHIOLLI, SILVA, 2005).

Indo adiante, a família foi um ponto muito enfocado pelos participantes, de forma que, ao analisar as falas através do IRAMUTEQ e sua CHD, ela foi definida como uma classe, conforme dito anteriormente. Todos eles disseram que o apoio de seus parentes mais próximos, como cônjuge, filhos, pai, mãe, irmãos, avós e primos, foi fundamental em sua decisão de se submeter ao procedimento e que, sem tal suporte, provavelmente não enfrentariam o processo pré-operatório. Nenhum outro grupo trouxe a família como um fator tão preponderante nas suas práticas em relação à obesidade.

Segundo os entrevistados, alguns familiares, inicialmente, podem ter se manifestado contrariamente ao procedimento, mas, após acompanharem os sujeitos às consultas com os profissionais de saúde e obtido mais informações sobre a cirurgia, passaram a compreender as suas motivações e a endossar decisão, como ilustram os recortes a seguir: “Eu até escondi um bom tempo. Eu fiz os exames caladinha. Aí, quando eu contei à minha mãe, ela me deu o maior apoio. A pessoa mais perto, né” (suj. 3.5);

Mas tinha muito medo de falar. Tinha muito medo do que meus pais iam pensar (...) Mainha demorou um tempinho. Depois que eu trouxe ela para conversar com o pessoal que ela ficou mais tranquila. Ela ficou nervosa porque as pessoas têm mania de pegar os piores exemplos para citação. Mas foram momentos de tensão. Eu tinha medo de falar com a minha mãe, eu não

sabia se ela ia me apoiar. Hoje ela está mais tranquila. Tem os medos dela, normais, que ela vai sentir, mas está me ajudando (suj. 3.1);

Quando eu pensei, meus pais não queriam. Aí, foi passando o tempo, passando o tempo e recentemente quando eu decidi que queria mesmo, quando eu vi que as coisas estavam estreitando para o meu lado, porque a situação foi ficando muito ruim. (...) Meus parentes não sabem. Quem sabe são as pessoas da minha casa e meus amigos mais próximos. E todos eles aceitaram. Meu pai, de início, não quis, mas depois que eu conversei com a médica e ele foi, e ele viu como seria o procedimento, quais os problemas de não fazer, quais os problemas de fazer e colocar na balança mesmo, ele aceitou, tranquilamente. Minha mãe me apoia super, meu pai também. Minha irmã é uma pessoa que é tranquila, assim, para ela, ela não vê problema em fazer. Meus amigos me incentivam. Então... (suj. 3.4)

Os especialistas ressaltam a importância de ter os familiares mais significativos dando o suporte adequado durante o processo da cirurgia bariátrica, pois eles, além de auxiliarem nos cuidados pós-operatórios, devem atuar para o desenvolvimento de um ambiente tranquilo e favorável para as eventuais mudanças de rotina e comportamento do paciente (MOLINER; RABUSKE, 2008; ABESO, 2016). Tavares e colaboradores, em 2016, em pesquisa sobre os aspectos psicossociais que influenciam no ganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, visualizaram que a falta de sensibilidade ou suporte familiar é um dos fatores preponderantes nesse cenário. Caso a família não esteja preparada para auxiliar nas exigências requeridas na vida após a cirurgia, ela pode ser uma das bases para o ganho de peso. É interessante reforçar que todos os integrantes do grupo disseram manter a realização da cirurgia somente em seu núcleo familiar e/ou amigos mais próximos, evitando divulgar de forma mais geral. Isso pode ser um indicativo do receio que eles têm acerca do julgamento e das críticas sobre sua decisão, como já levantado anteriormente na discussão.

Observa-se que, para o grupo, a cirurgia bariátrica é encarada como uma oportunidade de viver uma vida sem a obesidade e sem suas repercussões negativas. Eles esperam ganhar qualidade de vida, ao diminuírem suas limitações físicas e adoecimento e ainda se afastarem do fenômeno e de seu estigma, (re)assumindo um local de valorização e respeito social no contexto da normatividade. O procedimento é, por eles, visto como um evento transformador, que deve alterar decisivamente sua vida. Dele decorrerão novas rotinas, relacionamentos, sentidos de vida, valores morais e estéticos, emergindo entre as dimensões individual e social (CORREIA; MORAIS, CARVALHO, 2019). Nesse sentido, Tânia Zittoun vem, ao longo de sua obra, estudando as possíveis transições e rupturas que acontecem durante a existência do indivíduo, como forma de compreender o desenvolvimento humano. Ela pressupõe que, desde o seu nascimento, o sujeito se enreda em diversas atividades e lugares e nomeou tais

experiências, atividades, representações e sentimentos como “esferas de experiência”, ao passo que elas acontecem em determinado contexto social (ZITTOUN, 2015).

Tais esferas, constituídas por objetivos e afetos, demandam determinadas posturas e ações, possibilitando que as pessoas as reconheçam quando estão em uma delas, pois elas orientam os seus comportamentos e interações. Segundo a autora, ocasionalmente, diante de novas configurações pessoais ou sociais, faz-se necessário que o sujeito saia de uma esfera e crie outra. Essas bifurcações, nas quais os indivíduos se veem diante da decisão de tomar uma ou outra direção, exigem que eles elaborem ideias, soluções ou formas de pensar alternativas, para dar conta desses novos elementos trazidos pela recente configuração. A criação de esferas de experiência seguidas por um momento de ruptura é chamada, pela autora, de *transição* (ZITTOUN, 2009). É essencial, para que tal momento seja nomeado de transição, que o sujeito assim o perceba, durante sua ocorrência ou em retrospecto.

As transições acabam transformando três importantes aspectos da experiência humana: a identidade, quando a noção de quem se é e como se é visto pelos outros é alterada; o aprendizado, pela necessidade de incorporar novas habilidades individuais e/ou sociais; e o sentido, pois a nova esfera de experiência que está sendo elaborada deve se integrar à vida do sujeito, relacionando-se com os demais. Mas a autora ressalta que todas essas transformações devem preservar o senso de integridade e continuidade de si mesmo, e a vida se constitui na alternância, coexistência e conflitos das esferas de experiência (ZITTOUN, 2015).

Diversos eventos podem promover rupturas e transições no curso de vida da pessoa, como mudanças de emprego, migrações ou relacionamentos amorosos, os quais são experienciados de maneiras distintas. Correia, Morais e Carvalho (2019) ilustram tal teoria a partir de contextos de doença crônica e/ou tratamentos invasivos, como o tratamento hemodialítico e a cirurgia bariátrica, compreendendo-os como pontos críticos em uma análise de transformações e reajustamentos de indivíduos adultos. O adoecimento e seus tratamentos, segundo as autoras, podem refletir um fenômeno propício para reposições e inserções.

Em consonância com os postulados pelas autoras supracitadas, nesse grupo, observa-se que os sujeitos esperam que a cirurgia bariátrica seja uma transição em suas vidas, pois ela influenciaria em diversos aspectos de sua realidade. Inicialmente, o autoconceito e a autoimagem devem mudar, assim como a forma como os demais os veem, pois durante boa parte de suas vidas, eles estiveram na condição de obesidade. Suas dimensões corporais, movimentos, até a forma de comprar roupas e de se relacionar foram influenciados por tal condição. No âmbito do aprendizado, o emagrecimento significativo exigirá deles mudanças

em suas práticas e seus comportamentos, como a alimentação, novas aptidões físicas, consultas médicas regulares, entre outros. E todos esses aspectos deverão ser significados e incorporados ao sistema de crenças e valores construídos pelos sujeitos para compreender seu mundo, sendo identificados como relevantes em suas trajetórias.

Diante de todo o exposto, o grupo, de maneira geral, manifesta uma atitude positiva em relação à cirurgia bariátrica, admitindo que ela é a prática mais adequada para lidar com sua condição de obesidade no momento. Eles contam que evitaram tal recurso enquanto ainda acreditavam que a “forma natural”, o tratamento clínico, apresentaria alguma eficácia, o que não se verificou com o passar do tempo. Assim, após a busca por informações, a escolha da equipe de saúde e o suporte de seus familiares e amigos mais íntimos, os sujeitos se mostram confiantes, animados e esperançosos com a realização do procedimento, ansiando que todos os seus objetivos sejam alcançados.

#### 4.2.3.2.10 A Alimentação

Vem se falando ao longo do texto que o Grupo 03 traz o objeto “*alimentação*” a uma posição de tamanha centralidade ao entender que ela é a principal causa para a obesidade. O exercício físico também é elencado pelos sujeitos, mas, como já mencionado, ele atuaria sobretudo como adjuvante no processo de emagrecimento, ao possibilitar a manutenção do peso perdido com a diminuição e melhor seleção dos alimentos consumidos. Assim, “*alimentação*” se liga ao bloco das “*práticas sociais*” e ainda à “*cirurgia bariátrica*”, pois tal procedimento, ao intervir na capacidade de armazenamento do estômago, na secreção de substâncias e na forma como ele absorve os nutrientes, promoverá uma redução do apetite do indivíduo, ocasionando a perda de peso.

Sua ligação com o objeto “*saúde/doença*” se dá a partir da concepção dos sujeitos de que a hiperfagia pode ser causada por fatores genéticos, que influenciam no aumento do apetite, ou pela ansiedade, a qual pode ser um sintoma de problemas psicológicos enfrentados pela pessoa ou configurando o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), como já tido anteriormente. O acompanhamento psicológico realizado pelos entrevistados tem atuado para que os sujeitos, ao reconhecerem que têm um traço de ansiedade importante ou até o TCA, possam refletir sobre essa questão e aprenderem a manejar sua ansiedade, especialmente no tocante ao uso da comida hipercalórica e de fácil acesso como forma de alívio de tensões e estresses vividos no cotidiano. Alguns deles dizem ainda fazer tal uso do alimento e outros dizem que conseguiram superar esse entrave, comendo com mais consciência.

O grupo admite também que, após a cirurgia, precisará alterar seu programa alimentar, dando prioridade a alimentos menos calóricos, mais nutritivos e em menor quantidade, como se observa nos relatos: “Uma coisa mesmo que forçada, e você é forçada a fazer uma dieta porque, se eu vou estar operada, eu não vou conseguir comer o que eu comia antes” (suj. 3.3); “Então eu sei que eu não vou voltar a comer doce, porque senão eu vou voltar a ser aquilo que eu era, no caso, quem eu sou hoje. Eu sei que eu não vou poder comer massa, porque senão eu vou voltar àquilo que eu sou hoje” (suj. 3.5).

Os participantes contam que, com o procedimento, deverão aprender a comer com mais equilíbrio, contudo, sem precisar eliminar totalmente certos tipos de comida, como as hipercalóricas. Tal possibilidade os ajudará a aderir melhor ao novo programa alimentar, pois eles não deverão abandonar definitivamente suas preferências alimentares, mas apenas diminuir a frequência e as porções de consumo. Assim como nos outros grupos, o Grupo 03 faz uma distinção entre dietas, as quais seriam muito rígidas e restritivas, e a reeducação alimentar, focada em selecionar melhor os alimentos de acordo com o seu potencial nutritivo, mas sem necessariamente eliminar os alimentos muito palatáveis que já faziam parte do hábito de consumo dos indivíduos, como se vê no relato: “Eu fiz uma dieta super sofrida, gastei uma fortuna e perdi 12 Kg. Que eu acho que na realidade tem que ser a reeducação mesmo, porque essas dietas milagrosas não mantêm muito tempo não” (suj. 3.4).

Segundo os entrevistados, seu comportamento alimentar foi determinado, prioritariamente, a partir da adolescência e juventude, pois eles não foram criados em ambientes obesogênicos. A rotina atribulada de estudos e trabalho, assim como a presença da ansiedade e sua influência na ingestão alimentar, foram determinantes no surgimento da obesidade ou agravamento da condição, no caso dos que já herdaram dos familiares a tendência ao acúmulo de gordura. Assim, após a realização da cirurgia bariátrica, aprendendo a manejar a ansiedade e priorizando comer alimentos mais nutritivos e menos calóricos, os participantes acreditam que conseguirão perder o excesso de peso desejado.

Semelhantemente ao Grupo 01, todos os sujeitos classificam os alimentos como *bons*, nutritivos, que não engordam, ou seja, saudáveis, e *ruins*, hipercalóricos e pouco nutritivos. Exemplificando o primeiro tipo, eles elencam alimentos naturais como verduras, legumes, frutas, raízes, tubérculos e frango. No segundo tipo, são citados alimentos mais industrializados e processados, como lanches, massas, refrigerantes, doces e gorduras. Contudo, diferentemente do Grupo 01, percebe-se que os sujeitos enfocam bastante a quantidade de comida ingerida como fator preponderante para o ganho ou perda de peso. Isso

pode se dever ao fato de as técnicas cirúrgicas mais utilizadas atualmente atenuarem a ingestão alimentar através da diminuição do volume estomacal (FERRAZ, 2003; ALMEIDA, 2013; ABESO, 2016)

Assim, os sujeitos acreditam que o procedimento os impedirá de comer nas grandes quantidades em que eles estão habituados, e a redução dessas quantidades já será eficaz para o emagrecimento. Como mencionado, as mudanças necessárias no programa alimentar após o tratamento vão além da simples redução do volume ingerido. Em pesquisa realizada por Bastos e colaboradores, em 2013, sobre os fatores determinantes do reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica, 28% dos casos analisados apresentaram reganho de peso significativo cerca de 5,5 anos após o procedimento. Os fatores considerados pelos pesquisadores como predominantes em tal cenário foram o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados e a baixa adesão aos acompanhamentos pelos profissionais de saúde depois da cirurgia. Sobre o aspecto alimentar, foi observada a existência de uma monotonia alimentar dos sujeitos, com preferência por alimentos ricos em carboidratos simples, com alto índice glicêmico, em detrimento de vegetais e laticínios.

Segundo os pesquisadores supracitados, a alta recuperação de peso após o tratamento cirúrgico demonstra que a obesidade é uma condição crônica, potencialmente progressiva e, mesmo após o emprego de recurso invasivos e extremados, necessita de acompanhamento específico e contínuo. Por tais motivos, para que o tratamento seja bem indicado e auxilie o indivíduo em suas demandas, é fundamental que ele seja criteriosamente avaliado pela equipe multidisciplinar, contemplando sua história evolutiva do peso, uso de medicações e outras patologias, prática de atividades físicas e o histórico de sua família quanto a obesidade, questões psiquiátricas, nutricionais e sociais (ABESO, 2016).

Ademais, devem ainda ser abordados, principalmente, os fatores emocionais que relacionam ansiedade, funcionamento familiar, comportamento alimentar e imagem corporal do sujeito e de sua família (MOLINER; RABUSKE, 2008). Nesse sentido, caso seja visualizada a presença de condições significativas que possam interferir no sucesso do tratamento, deve-se encaminhar o indivíduo para acompanhamento especializado (Psicologia Clínica e/ou Psiquiatria) para que tal quadro seja focado e, posteriormente, indique-se o melhor momento para a realização do procedimento (TRAVADO *et al.*, 2004). Isso reduziria as chances de complicações futuras no âmbito psicossocial (FADIÑO *et al.*, 2004). Assim, deve a pessoa estar ciente de todos os aspectos que envolvem o tratamento cirúrgico e como ele lidará com suas questões físicas, psíquicas e sociais a partir de então, no intuito de

alcançar seus objetivos e se manter neles ao longo da vida (TAVARES *et al.*, 2016). Na seção seguinte, como já antecipado, será descrito o Estudo B, no intuito de aprofundar os processos de formação dos sistemas de representações sociais analisados até o momento.

## 5 ESTUDO B: A OBESIDADE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O presente estudo foi realizado a partir da coleta e análise dos dados do estudo anterior, as entrevistas com os grupos de pessoas obesas com diferentes práticas sociais em relação à obesidade. Ele não estava previsto inicialmente, mas foi idealizado na tentativa de aprofundar algumas questões referentes ao sistema de representações sociais construídas pelos sujeitos para dar sentido ao fenômeno, especialmente quanto à sua formação.

Percebeu-se nos resultados que boa parte dos entrevistados citava, como fontes de informação sobre a temática, os profissionais de saúde e que as noções de saúde e doença advindas do discurso biomédico são muito utilizadas para ancorar os SRS elaborados. Assim, surgiu o interesse da pesquisadora em investigar as informações e os conhecimentos que estavam sendo proferidos por tais atores sociais e como eles se relacionam com os saberes elaborados pelos sujeitos da pesquisa.

Vale ressaltar que esse não é um estudo de representação social. Sua intenção não é analisar quais as RS construídas pelos grupos entrevistados, mas investigar mais profundamente o processo de ancoragem que rege a formação dos SRS dos grupos de pessoas obesas, alvo desta pesquisa. Apresenta-se este estudo em separado do primeiro para uma melhor compreensão do leitor, pois teve método e análise particulares.

### 5.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta sessão serão expostas a construção metodológica da pesquisa e suas justificativas.

#### 5.1.1 Participantes e Local da Pesquisa

Este estudo, assim como o primeiro, teve caráter qualitativo e entrevistou oito profissionais de saúde que trabalham com a temática da obesidade, dois de cada especialidade. Foram incluídas as especialidades que atuam diretamente nas práticas sociais consideradas pelo estudo para o fenômeno (os tratamentos clínicos – programas alimentares, exercícios físicos e medicações; e o tratamento cirúrgico – a cirurgia bariátrica) e bastante citadas pelos sujeitos entrevistados no Estudo A em suas falas: os *Cirurgiões Digestivos* são os médicos assistentes na cirurgia bariátrica; os *Endocrinologistas* são os médicos especializados nas síndromes metabólicas, como a obesidade; os *Nutricionistas* se debruçam

sobre as questões alimentares; e os *Educadores Físicos* são os profissionais responsáveis pela indicação, supervisão e orientação de exercícios físicos.

Foram entrevistados quatro homens e quatro mulheres de 29 a 52 anos, com idade média de 36 anos. Seus tempos de formação variam de 05 a 29 anos, com média de 12 anos. Todos são pós-graduados. Eles foram abordados através da rede de contatos da pesquisadora e convidados a participar do estudo. As entrevistas foram realizadas entre janeiro de 2018 e abril de 2019, no local mais conveniente para os sujeitos, como suas residências ou seus locais de trabalho.

### **5.1.2 Procedimentos de Construção de Dados**

Aceitando o convite para participar do estudo, realizou-se com cada profissional uma entrevista, com roteiro semiestruturado e elaborado previamente (ver APÊNDICE C), no intuito de se deter sobre conhecimentos, crenças, valores, sentimentos e opiniões dos sujeitos sobre a temática. O roteiro, nesse estudo, também foi construído para suscitar reflexões sobre a obesidade, outros objetos sociais que estariam articulados na temática, como saúde e doença, beleza, gênero e ainda sobre as práticas sociais realizadas, como os tratamentos clínico e cirúrgico. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas para posterior transcrição e análise.

### **5.1.3 Procedimentos de Análise dos Dados**

Inicialmente, foi realizada a transcrição textual de todas as entrevistas áudio-gravadas e a leitura do material, para familiarização e facilitação da percepção de variáveis a serem consideradas. A partir de então, foram executados, essencialmente, dois procedimentos de análise, assim como no Estudo A: o IRAMUTEQ e a Análise de Conteúdo. Contudo, o software recomenda que seus resultados sejam considerados apenas se mais de 65% das unidades textuais foram classificadas, o que não ocorreu nesse estudo. Apenas 50,01% das unidades textuais fizeram parte da análise, devido à diversidade lexical dos conteúdos das entrevistas e ao seu pouco volume. Assim, os dados fornecidos pelo IRAMUTEQ foram utilizados como “pano de fundo” para a Análise de Conteúdo subsequente.

Dessa forma, buscou-se no conteúdo a interpretação dos sentidos, tendo como referência teórica a técnica desenvolvida por Bardin (1977/2009), já anteriormente explicitada. Para assegurar o anonimato dos participantes, eles foram identificados no estudo como *P.y*. O *P* faz menção a *profissionais*, e o *y*, ao número a que lhe foi atribuído, de 1 a 8.

## 5.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De maneira geral, percebeu-se que os profissionais consultados compreendem a obesidade de forma semelhante, mesmo tendo formações acadêmicas diferentes. Observa-se que o campo de saberes acessado por todos é o biomédico, com diversas referências a artigos científicos lidos e congressos de que participaram, além da experiência obtida nos atendimentos com os pacientes. É comum que eles evidenciem ainda, em seus discursos, conteúdos específicos de sua prática profissional. Os entrevistados relataram que acompanham frequentemente, nos serviços que atuam, pessoas obesas e procuram estar atualizados sobre o tema, a fim de propiciarem um melhor atendimento aos seus pacientes.

A primeira questão suscitada pelo roteiro se refere à concepção dos participantes sobre *saúde e doença*. Iniciou-se a entrevista de maneira mais abrangente para introduzir a temática aos profissionais, “aquecendo” para as perguntas subsequentes. Todos eles dizem que saúde seria o bem-estar físico e mental, como visualizado nos recortes a seguir: “Saúde, para mim, é um conceito de bem-estar, abrangendo todas as questões, físicas e psicológicas. Se sentir bem, em todos os sentidos” (suj. P.1); “Saúde, para mim, não é a ausência de doença (...) Eu acho que saúde é mais ou menos isso, saúde mental, física, espiritual. Uma otimização da performance do homem em todos os horizontes” (suj. P.2); “Saúde é você não estar só bem fisicamente, mas mentalmente. Acho que engloba não só a parte física, mas a mental também. Não andam sozinhos” (suj. P.7).

A noção estabelecida pela OMS (1947/2006), a qual chega a ser citada por alguns entrevistados, aparece novamente como o referencial adotado pelo grupo para compreender a saúde, pois foi inovadora ao se debruçar sobre o tema de maneira mais holística, incluindo as dimensões mental e social. Todos eles vão além da visão de saúde apenas como ausência de patologias, e dois deles trazem ainda a dimensão espiritual e a importância da prevenção para que tal estado de saúde possa se manter.

Doença, por sua vez, seria um desequilíbrio em alguma das dimensões citadas, causando desconforto ou prejuízo por um período considerável, conforme visto nas falas destacadas: “Doença seria algum desconforto, maior ou menor, psicológico ou físico. Qualquer um deles entraria nesse contrário à saúde” (suj. P.1); “Doença, eu diria que é qualquer coisa que interferisse nesse bem-estar físico e mental. Qualquer coisa que afete isso” (suj. P.3); “E doença é qualquer enfermidade que afete sua saúde. Problema físico, com sintomas, problemas emocionais. Que atrapalha o funcionamento normal, qualquer coisa que atrapalhe” (suj. P.8). Assim, percebe-se que o relato dos profissionais é muito semelhante ao

dos grupos do Estudo A, indicando que o discurso biomédico supracitado é bastante difundido socialmente pela ciência e por seus agentes, os especialistas na área, sendo utilizado na construção do fenômeno pelos sujeitos obesos participantes da pesquisa.

No tocante à *obesidade e sua etiologia*, todos os sujeitos falam que ela é multifatorial, determinada por fatores genéticos e hereditários; ambientais, como a alimentação inadequada e o sedentarismo; e psiquiátrico e/ou psicológico, a partir de quadros de compulsão alimentar, ansiedade e estresse. Essa percepção pode ser observada nas falas a seguir: “Existem os fatores genéticos e ambientais. O fator genético tem a ver com a hereditariedade, com o estado familiar. E os fatores ambientais têm a ver com o sedentarismo, a rotina, o estilo de vida da família, no caso da família, a alimentação” (suj. P.3); “As causas têm o componente genético, que é o genótipo, mas tem também um grande peso o ambiente em que a pessoa vive, né? Às vezes, a pessoa vive num ambiente que a gente chama de obesogênico” (suj. P.7);

Causas, tanto tem a parte ambiental, genética, social também. E o que eu vejo muito hoje aqui, obesidade por conta de ansiedade. Em criança a gente já tem muito esse tratamento de obesidade por conta de ansiedade. E a questão alimentar, que aí come em excesso. Não faz exercício, sedentarismo, que aí é a questão do balanço energético. As mudanças de alimentação, antigamente a gente tinha uma alimentação mais natural, hoje a gente tem uma mais processada. (...) A parte social, a questão de você estar em um ambiente que tem um excesso de alimentos à sua disposição, você acaba comendo porque está naquele lugar e precisa comer porque todo mundo está comendo. Ou você também tem a parte social de escassez de alimento (suj. P.8).

São citadas ainda, em menos frequência, as fases da vida, como a gravidez e o envelhecimento, e as oscilações que elas promovem no corpo; as questões sociais que interferem nos cuidados com a saúde, como a falta de acesso da população mais desfavorecida economicamente ao acompanhamento sistemático por profissionais e inclusão em espaços ou recursos que visem a promoção de saúde; e alterações metabólicas, intestinais ou hormonais que atuam no ganho de peso.

Quanto às *características* da obesidade, todos afirmam que ela é uma doença, a qual traz importantes sofrimentos físicos e emocionais para os acometidos; outras doenças, inclusive mentais; limitações de mobilidade; e diminuição de autoestima e autoconfiança. É importante ressaltar que nenhum dos entrevistados questiona a natureza da obesidade, classificando-a prontamente como uma patologia, como se vê nos relatos a seguir: “É uma doença crônica, que ao meu ver, com a cirurgia, mesmo quando ele sai da faixa de obesidade, está bem, está ótimo, mas ele continua sendo obeso” (suj. P.1); “É um excesso de peso,

importante, que pode repercutir negativamente na saúde. (...) Aí, a obesidade já seria um excesso de peso, que coloca em risco a saúde da pessoa. É uma doença” (suj. P.3); “É uma doença, é uma pandemia” (suj. P.4). Eles parecem se alinhar a boa parte das ciências da saúde nesse sentido, ao já incluírem a obesidade como doença independente de outros indicadores de saúde ou do estilo de vida adotado pelo sujeito.

Nesse aspecto, os dois primeiros grupos do Estudo A diferem dos especialistas consultados ao criarem critérios para classificar a obesidade como doença, no caso do Grupo 01, ou a reconhecerem mais como uma condição, de acordo com o Grupo 02. Apenas o Grupo 03 considera que a obesidade é uma patologia e se identifica como pessoa adoecida. Entretanto, todos os grupos concordam com a afirmação do Grupo de Profissionais de que a obesidade prejudica a qualidade de vida do indivíduo por ter repercussões negativas em sua saúde.

Seguindo com a entrevista, questionando o grupo sobre a possibilidade de uma pessoa ser obesa e saudável, metade dos sujeitos afirma que, se o indivíduo mantiver bons hábitos de saúde, como alimentação adequada e prática regular de exercícios físicos e não apresentar alterações metabólicas significativas, ele pode estar obeso e ter saúde. Esses profissionais admitiriam então a existência, mesmo que pouco frequente, do “obeso metabolicamente saudável”, como ilustram os recortes abaixo: “Depois que você adquire a obesidade, tu tens que procurar os bons hábitos. Tem que melhorar a alimentação, tem que fazer a atividade física, aí tu vai virar um obeso ativo. Tu vais estar com as tuas taxas todas controladas, vai estar se alimentando bem” (suj. P.5);

A gente, até em congresso mesmo, vê que existe o magro metabolicamente doente e existe o obeso metabolicamente sadio. Claro que, para a questão do obeso, é difícil você encontrar alguém obeso que tenha tudo completamente normal. (...) A gordura mais periférica, ela não é metabolicamente ruim. (...) Aí tem pessoas que têm excesso de peso, mais às custas da gordura subcutânea, que não é tão ruim (suj. P.3).

Já a outra metade segue dizendo ser impossível aliar obesidade e saúde, pois quando o paciente está nessa condição, mesmo que ele não tenha, no momento, indicadores clínicos ou laboratoriais de desequilíbrio no funcionamento corporal, o seu organismo já estaria trabalhando acima de sua capacidade média para manter uma boa performance. Mas, após certo período, seria insustentável para o corpo continuar atuando sobrecarregado e a consequência disso seria o adoecimento, o que demonstram os destaques a seguir: “Pode ser que isso seja, esse paciente que eu consideraria um obeso saudável, ele está numa faixa de pré-doença. Ele ainda não desenvolveu a doença ou aquela obesidade ainda não trouxe as

repercussões que ela ainda vai vir a trazer futuramente” (suj. P.10); “Já tem um calhamaço de evidências mostrando que não existe a figura do obeso saudável. É uma fantasia, um mito. (...) Agora, obeso e saudável, não existe. A gente já sabe hoje que existe um status crônico de inflamação no paciente obeso” (suj. P.2);

Eu acho que não. Porque existe o fator inflamatório por trás da obesidade. Você olha, mas as taxas estão boas, mas, por exemplo, para o corpo manter a sua glicose normal, que trabalho o pâncreas ‘tá’ tendo que ter, para produzir insulina suficiente? Então, se sua pressão está boa, que trabalho o seu coração está tendo que ter, extra, para manter isso sob controle? Então eu não acho que existe obeso saudável não. Eu acho que ele pode estar ali, naquele momento, tudo ok. Mas é meio que uma bomba relógio (suj. P.7).

É interessante observar que, mesmo no grupo de profissionais da área, há dissonâncias sobre tais aspectos, assim como foi visualizado nos grupos integrantes do estudo anterior. Os Grupos 01 e 02 alegam que é possível ser obeso e saudável se os indivíduos buscarem atividades e comportamentos que visem a promoção de saúde e assim mantenham o bom funcionamento do corpo. Já o Grupo 03 discorda dos primeiros, pois a obesidade traria sérios riscos para a saúde e, por isso, deve ser tratada adequadamente. A revisão de literatura realizada para a pesquisa já evidenciava a polêmica, com a publicação de pesquisas mais recentes, como a de Kuk e colaboradores (2018), que trazem, em seus resultados e discussões, a possibilidade de estar obeso e mesmo assim não ter fatores que diminuam a qualidade ou a expectativa de vida, contrariando a noção bastante difundida de que a obesidade é sinônimo de adoecimento.

Sobre o *gênero* e a obesidade, todos os especialistas alegam que as mulheres sofrem mais com as cobranças relativas ao corpo e à estética e acabam por se exigirem mais para se adequarem aos padrões de beleza vigentes. Assim, elas se configuram como a maioria dos sujeitos acompanhados pelo grupo quando há a intenção de emagrecer, seja nos consultórios ou nas academias de ginástica. A mulher também seria, de acordo com a maioria do grupo entrevistado, mais acometida pela obesidade, porque teria mais facilidade em acumular gordura e mais dificuldade em eliminar o peso excedente devido a questões hormonais, menor volume de massa muscular e metabolismo mais lento em comparação aos homens. Os recortes a seguir ilustram essa passagem: “Em obesidade, a maioria dos pacientes que estão sendo operados no mundo, e para a gente também, são mulheres. A grande maioria é mulher. (...) . Acho que não só pela prevalência, mas também pela busca do padrão estético” (suj. P.2); “Para mulher, a cobrança é maior. Para mulher, é como se ela tivesse relaxado. Para o homem, a tolerância é maior. A mulher procura mais o consultório, nem se compara. Acho

que 90% é mulher. Homem só vai, realmente, quando está nas últimas” (suj. P.7); “Agora, a diferença é que mulher tende a engordar mais porque tem mais gordura que massa muscular em relação a homem” (suj. P.8).

Os homens tenderiam a procurar menos os especialistas, consultando-os apenas quando já estão com algum comprometimento de saúde. Essa seria sua principal motivação para o emagrecimento, não a estética, por não serem tão exigidos socialmente para cumprirem as expectativas relativas à beleza, atentando menos para esse aspecto: “O homem, o que eu vejo em algumas situações, o homem não procura para perder peso. Ele vai para fazer exame de rotina, porque tem diabetes ou pressão alta” (suj. P.3); “O homem, se for comparar o homem e a mulher, os dois começando dieta e exercício, o homem vai perder mais do que a mulher, por conta de percentual de gordura, metabolismo, e etc.” (suj. P.4); “Homem geralmente é mais para saúde. E eles já chegam quando tem alguma alteração, quando o médico pede para vir, porque já deu alguma alteração, deu hipertensão, diabetes, gordura no fígado. Geralmente, eles procuram mais por encaminhamento” (suj. P.8). Os três grupos analisados no estudo anterior também consideraram que as mulheres são as principais atingidas pela obesidade, nos âmbitos clínicos e sociais, e elencam argumentos semelhantes aos trazidos pelo grupo de especialistas.

Seguindo o âmbito da *beleza*, todos os participantes do grupo afirmam que é possível ser obeso e bonito, pois a beleza seria um conceito pessoal, dependente dos referenciais individuais e da forma como cada um se vê e se valoriza: “Não tem absolutamente nenhuma relação. Isso é muito pessoal, como você se enxerga. Pode ser magro e forte e não se achar bonito” (suj. P.2); “Sim, com certeza (é possível ser obeso e bonito). Depende do padrão ideal de casa pessoa. Mas a magreza não é a beleza, não é o molde que serve para todo mundo não” (suj. P.4); “Então é muito relativo. Dizer que uma pessoa é feia porque é obesa, não acho. Mas é o que mais o paciente chega se queixando. Que a baixa autoestima é mais por isso” (suj. P.8).

Entre os profissionais, dois compartimentalizam a beleza em “beleza de rosto” e “beleza de corpo”, mencionando que existem muitos obesos que são “bonitos de rosto” e, por isso, são bonitos. Mas vale ressaltar que praticamente todos eles relatam, em algum momento de suas falas, que a sociedade, de maneira geral, segue relacionando beleza à magreza, acabando por interferir negativamente na autoestima das pessoas com obesidade. Essa situação motivaria a busca pelo emagrecimento, principalmente nos casos em que a cirurgia bariátrica é o tratamento escolhido para tal finalidade.

Também aqui se observa que os grupos entrevistados em ambos os estudos apresentam percepções semelhantes quanto à beleza ser um atributo que independe do peso, mas que costuma ser a ele associada pela sociedade. Por assumirem posições de influência frente aos seus pacientes e alunos, os profissionais parecem atentarem a não emitir juízos de valor ou suas opiniões pessoais quanto ao fenômeno em questão, atendo-se a critérios científicos para conduzir e orientar os tratamentos e programas desenvolvidos para seus clientes.

Por fim, sobre as *práticas sociais* possíveis para lidar com a obesidade, todos eles mencionam a dieta, os exercícios físicos e a cirurgia bariátrica, como se vê nos relatos destacados: “Isso é tudo acompanhamento com Endocrinologista, Médico, para tentar atingir a meta que ele está almejando. Nutricionista (...) Então vai ter uma equipe multidisciplinar para essa pessoa vai se trabalhar dessa forma” (suj. P.5); “Tratamento multidisciplinar. Não dá ‘pra’ você tratar obesidade sozinha, não. Você precisa do Médico, Nutricionista, Educador Físico e Psicólogo” (suj. P.7); “Sempre a reeducação alimentar, exercício e a parte de tratar a ansiedade. Aí psicólogo, outros preferem psiquiatra. Mas é o que eu sempre recomendo para os três, exercício, dieta e trabalhar a cabeça. (...) E hoje os pacientes estão com muita demanda de cirurgia” (suj. P.8).

Três acrescentam ainda o recurso medicamentoso: “E, assim como o surgimento de medicamentos novos, de cinco anos para cá, surgiram medicamentos que foram aprovados pela Anvisa, que a gente pode utilizar como recurso para perda de peso” (suj. P.3); “E aí pode ser um tratamento medicamentoso, um tratamento médico” (suj. P.4).

Independentemente da escolha, vê-se que o grupo, como um todo, afirma ser fundamental que haja, nesse contexto, um acompanhamento multidisciplinar, com Médicos, Nutricionistas, Educadores Físicos e Psicólogos. O intuito seria orientar, monitorar e solucionar ocasionais entraves durante o processo de emagrecimento, pois a obesidade é uma doença multifatorial, exigindo abordagem nos mais diversos âmbitos. Contudo, observa-se que o binômio *alimentação/exercício físico* foi considerado, também por esse grupo, como o fator preponderante no desenvolvimento da obesidade, como se ela fosse decorrente apenas do desequilíbrio entre a ingestão alimentar e o gasto energético.

Nesse contexto, à medida que os participantes mencionam que observam, com muita frequência, a compulsão alimentar como um dos fatores determinantes no surgimento ou manutenção da obesidade, foi muito enfatizada a necessidade da atuação do profissional de Psicologia nos processos de emagrecimento, conforme demonstram os recortes abaixo:

“Todos os pacientes, independente do grau de obesidade ou de sobrepeso, eu acredito que se beneficiariam de um acompanhamento psicológico” (suj. P.2); “A gente sabe que fatores emocionais, de estresse, de ansiedade, influenciam também na alimentação (...) Então daí é importante o acompanhamento do paciente (...) pelo psicólogo” (suj. P.3); “(...) associado à terapia, nos casos de compulsão. Para tratar ansiedade, depressão, os transtornos psicológicos” (suj. P.4).

As práticas relatadas pelos grupos no Estudo A (exercícios, dieta, medicação e cirurgia) para lidar com a obesidade são basicamente as mesmas elencadas pelo grupo de profissionais, visto que são esses os responsáveis pelas indicações e conduções dos tratamentos clínicos ou cirúrgico preconizados pelas ciências médicas. O grupo de profissionais vai um pouco além ao ressaltar a importância dos cuidados com a saúde mental nesse contexto, incluindo o acompanhamento psicológico no rol das práticas sociais relativas ao fenômeno. Vale ressaltar que, ao compreenderem a obesidade como uma doença, eles postulam que o indivíduo acometido por essa condição deve estar implicado em práticas para emagrecimento, desconsiderando a possibilidade de que pode se viver com a obesidade, como o Grupo 01 vive.

Todavia, percebe-se que, mesmo havendo menção do componente psicológico como atuante no processo de ganho ou perda de peso em diversas passagens das entrevistas, como visto, essa noção ampliada de saúde que engloba a saúde mental ainda é pouco assimilada e reproduzida pelos Grupos 01, 02 e 03. Apenas quatro entre os dezoito sujeitos entrevistados no estudo anterior afirmam ter realizado acompanhamento psicoterapêutico ou tentou realizá-lo durante seus processos de emagrecimento, mesmo aqueles que se submeterão ao tratamento cirúrgico. Isso pode se dever a diversos fatores, como a acesso ainda restrito a tal modalidade de saúde, no SUS e na saúde suplementar, pelo pouco número de profissionais disponíveis ou altos custos; a dificuldade dos sujeitos de reconhecerem que a psicoterapia seria uma indicação pertinente para seu caso, devido à falta de informação ou ainda ao preconceito direcionado às práticas em saúde mental.

Mais especificamente sobre a *cirurgia bariátrica*, todo o grupo alega que essa é uma prática válida caso seja bem indicada, como se vê nos recortes a seguir: “(...) a cirurgia, é comprovado cientificamente que ela diminui a mortalidade da pessoa, as doenças cardiovasculares. Tem indicação formal, hoje em dia, respaldada pela literatura” (suj. P.4);

O tratamento cirúrgico é necessário. O que a gente não pode é banalizar (...) Paciente já está com IMC acima de 35, acima de 40, já tem outras patologias associadas, como diabetes e hipertensão, e já tentou não só alimentar, como

medicamentosa também e não teve êxito. Aí eu acho que a cirurgia é uma boa opção (suj. P.8).

Em casos refratários ao tratamento clínico ou em obesidade grau III, três profissionais defendem que a cirurgia é o tratamento mais eficaz para o emagrecimento: “Mas o que se mostra mais efetivo para trazer o paciente para uma faixa de peso fora da obesidade é a cirurgia” (suj. P.1); “Eu vejo uma doença que a gente tem hoje várias ferramentas para conseguir controlar e, sem sombra de dúvidas, a melhor é a cirúrgica” (suj. P.2).

Todos eles também ressaltam ser essencial que, mesmo após a cirurgia, seja mantido o acompanhamento multidisciplinar, principalmente o psicológico. O intuito seria auxiliar o paciente a implementar um novo estilo de vida, como a adesão a um programa alimentar bem definido e a uma rotina regular de exercícios físicos; e enfrentar eventuais dificuldades nos âmbitos psicológicos e sociais, como os quadros de ansiedade, episódios depressivos, frustrações, isolamento, entre outros, evitando o surgimento de intercorrências, como outras compulsões (alcoolismo, compras, sexo) e transtornos de ansiedade e humor.

Apenas três dos entrevistados reforçam que a cirurgia bariátrica não pode ser encarada como um milagre, que por si só propiciará ao paciente o emagrecimento sem seu protagonismo e total implicação no processo, mas como uma das etapas do tratamento. A pouca menção no grupo desse pressuposto pode ter sido refletida no Grupo 03, o qual demonstrou entender a cirurgia como algo externo a eles e que funcionará como um recurso que limitará o comportamento do sujeito, não ele próprio – situação vista também em outras pesquisas, como Marchioli, Marchioli e Silva (2005) e Moliner e Rabuske (2008). Apenas metade desse grupo, como já dito, intenta realizar exercícios após a cirurgia, e dois planejam seguir com o acompanhamento psicológico.

Assim, o Estudo B aponta que diversos conteúdos trazidos pelos sujeitos participantes do Estudo A parecem, de fato, se ancorar no discurso biomédico comumente reproduzido pelos profissionais de saúde que lidam com a temática da obesidade. Como mencionado, são semelhantes os conceitos de saúde e doença; a etiologia e características da obesidade; as práticas sociais relativas ao fenômeno; e as noções de beleza. Até as polêmicas existentes na área, como a possibilidade de que exista o obeso “metabolicamente saudável” aparece nos grupos, quando eles compreendem essa questão de maneira diversa, a depender de como eles se compreendem no contexto de saúde e doença e quais as práticas sociais por eles desenvolvidas para lidar com o fenômeno.

Apesar da menção por alguns profissionais de questões sociais implicadas no processo de obesidade, como a classe social, faixa etária e o gênero, pouco se problematizam tais

aspectos. O grupo explica a obesidade, realmente, como uma patologia resultante da ingestão alimentar inadequada e da baixa frequência ou intensidade nas atividades físicas, atribuindo sua ocorrência apenas a fatores de ordem individual, de responsabilidade estrita da pessoa. Os preconceitos sofridos pelos sujeitos obesos devido ao seu peso também não são aprofundados, o que acaba por descolar o fenômeno de seu contexto social. A beleza, por exemplo, é vista como uma construção individual, e a autoestima seria resultante da maneira como ele se vê. Nesse sentido, desconsidera-se que os padrões estéticos criados e difundidos socialmente tendem a influenciar intensamente a forma como o indivíduo cria os seus próprios referenciais e os segue.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desta pesquisa foi investigar os saberes construídos por pessoas obesas para dar sentido à obesidade, a partir de suas práticas sociais relativas ao fenômeno. Ao longo das seções, explicitou-se que o ponto de partida dessa investigação comparativa seriam as diferentes práticas sociais sobre a obesidade, desenvolvidas e realizadas por pessoas obesas, para compreender se essas diferenças influenciariam no sistema de representações sociais construídos pelos sujeitos. Este foi o pilar central da pesquisa: articular práticas sociais e sistemas de representações sociais como componentes fundamentais do processo de compreensão do mundo de tais sujeitos.

Como práticas sociais, as formas como os grupos lidam com a obesidade são construídas através das suas experiências, das trocas com outros indivíduos e grupos e do acesso à informação, conhecimento, bens e serviços que variam a partir dos contextos sociais de que eles fazem parte. Assim, elaboram-se sistemas de teorias que orientam essas práticas e que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao fenômeno, justificando-as, ratificando-as ou alterando-as em um contínuo movimento de imbricação mútua (JODELET, 2001; FÉLIX, 2014). Incluem-se nesse sistema outros objetos que se articulam à obesidade e atuam na formação dos sentidos dados a ela pelos grupos.

Com base na literatura sobre a temática e nos diversos estudos realizados, em diferentes áreas do conhecimento, estabeleceu-se que seriam enfocadas três práticas sociais que contemplariam as maneiras mais comuns de se lidar com elevado excesso de peso: não realizar prática alguma com a intenção de perda ou controle de peso; submeter-se ao tratamento clínico para a condição por meio de programas alimentares, exercícios físicos e/ou medicações anorexígenas; ou optar pelo tratamento cirúrgico, através da realização de uma cirurgia bariátrica. Todos os participantes se reconheciam como adeptos de alguma dessas práticas, à época da entrevista, ainda que alguns desejassem eventualmente mudar de estratégia em outro momento de sua vida.

Os resultados da pesquisa indicaram que, embora os sistemas de representações sociais criados pelos sujeitos tenham semelhanças em suas estruturas, principalmente os Grupos 01 e 02, os objetos sociais que os compõem e as representações sociais a eles associadas variam de acordo com as práticas desenvolvidas pelos grupos, além de os objetos se articularem entre si de maneiras distintas. Retomando as especificidades de cada grupo, o Grupo 01 representa a *obesidade* como uma condição de múltiplas etiologias: se causada pela existência de uma

compulsão alimentar, a obesidade seria compreendida como uma doença e, se causada por fatores genéticos ou pelo estilo de vida, seria um estado passível de mudanças caso o sujeito imprimira esforços individuais. Ela é vista negativamente pela sociedade, bastante estigmatizada, associada a traços como preguiça, descuido e indisciplina.

Para os Grupos 01 e 02, a *saúde* seria sinônimo de bem-estar, e *doença*, um estado limitante que traz risco para a vida. Essas concepções embasam a maneira como eles concebem a obesidade e a si mesmo. Ao não vivenciarem limitações ou adoecimentos importantes decorrentes da obesidade, associados apenas aos obesos mórbidos (grau III), os Grupos 01 e 02 não se veem como doentes. Eles consideram que a melhor *prática* para o emagrecimento seria aliar um novo programa de *alimentação*, preferindo uma reeducação alimentar (baseada em alimentos bons, mais naturais) às dietas restritivas, a prática de exercícios físicos e sistemáticos. O Grupo 01 tem uma boa relação com o seu *corpo* e manifesta uma atitude positiva em relação a ele, mesmo que refiram querer mudar alguns de seus traços. Defendem que não há padrão ideal de corpo e que o peso não deveria ser um estigma social. Esse grupo é o que expressa relação mais forte entre “*beleza*” e “*obesidade*”, pois considera que existam possibilidades outras de beleza que não apenas o centrado na magreza.

Assim, o Grupo 01, ao não se reconhecer como doente, não vê necessidade em sair da condição de obesidade, engajando-se em práticas relativas ao seu tratamento (mesmo que eles digam que até gostariam de emagrecer um pouco, mas motivados por questões estéticas ou para prevenir morbidades futuras). O Grupo 01, quando ameaçado por estigmas negativos ao seu peso, atribuídos socialmente, tende a defender seu endogrupo e seu estilo de vida, refutando o estereótipo de cidadão de segunda classe, evitando se colocar em uma posição de menor valia. Assim, ele mantém a imagem positiva de seu grupo, assegurando sua existência, evidenciando as RS como produtos identitários e instrumentos de afirmação grupal (DECHAMPS; MOLINER, 2014).

O Grupo 02 compreende a *obesidade* como um acúmulo de gordura, a qual acarreta consequências negativas para a saúde, em suas dimensões fisiológica e funcional. Ela é percebida como um traço desagradável esteticamente, e seu estigma negativo pode influenciar na saúde mental do sujeito por ele ser alvo de preconceitos, prejudicando suas relações sociais e sua visão de si mesmo. Contudo, a obesidade só seria vista como uma doença em casos mais graves, quando há um comprometimento importante da qualidade de vida e das funções rotineiras do indivíduo. Os sujeitos não se veem nessa situação de doença, mas sua atitude em

relação ao *corpo*, antes do emagrecimento, é negativa. A motivação para a perda de peso reside em melhorar a performance corporal, aumentando suas potencialidades, diminuindo riscos futuros à saúde e aumentando sua valorização social, especialmente a partir da estética.

Implicado em tal desejo de ter mais inserção social, o Grupo 02 tenta se afastar da obesidade o máximo possível, mesmo considerando a existência de componentes genéticos que os impediriam de ser magros. Não se perceber como doentes parece motivar os sujeitos a iniciarem e manterem um processo de emagrecimento através do tratamento clínico, já que, sendo uma condição menos grave, seria passível de transformação a partir dos esforços individuais. Para o grupo, o nível de ansiedade mencionado não a configuraria como um transtorno mental, fazendo com que não se observe uma relação direta entre os objetos “alimentação” e “saúde/doença”.

Apesar de ser uma construção individual, a *beleza*, para o Grupo 02, viria apenas com o emagrecimento, mesmo que ela não seja sinônimo de magreza. Nos Grupos 02 e 03, percebe-se uma menor ligação entre os objetos “beleza” e “obesidade”, pois os sujeitos não veem beleza em seus corpos obesos. Esse grupo parece vivenciar a exclusão de maneira mais acentuada que o Grupo 01, internalizando mais as limitações causadas pelo excesso de peso e a discriminação social decorrente desse. Assim, eles não parecem implicados na defesa de seu endogrupo, como o Grupo 01, e, mesmo relatando não concordarem com o estigma negativo atribuído ao obeso, desejam se afastar dessa condição para recuperar o prestígio social que lhes foi negado.

Já o Grupo 03 expressa o sistema de representações sociais mais diverso ao acrescentar o objeto “cirurgia bariátrica”, baseado na sua decisão de eleger tal prática como a mais adequada para lidar com sua obesidade à época da entrevista. Articulada com a representação social de *saúde* como um estado de ausência de *doença*, sem a consideração de outras dimensões de saúde, o grupo entende a obesidade como uma doença, por si só, diferentemente dos grupos anteriores. A possibilidade de a obesidade trazer prejuízos futuros ao funcionamento do corpo, mesmo que isso não esteja sendo vivenciado no momento, já a categoriza como doença. O excesso de gordura e os prejuízos por ela causados seriam típicos da obesidade, e esse estigma também influenciaria negativamente na autoestima e nas relações interpessoais do sujeito.

Dessa forma, esse grupo é o único que se identifica como “doente”, até mais que como “obeso”. Enquanto o Grupo 01 não aceita ser encarado como doente ou de menor valia apenas pelo seu peso, o Grupo 03 questiona apenas o julgamento negativo que a sociedade tem sobre

sujeito obeso como se ele estivesse nessa situação por vontade própria. O grupo não refuta o estigma negativo atribuído à obesidade e os decorrentes processos de discriminação e preconceito, focando em defender que o obeso seja visto como doente e não como irresponsável ou inconsequente. Nesse sentido, para ser novamente valorizado socialmente, ele quer se afastar da obesidade, mesmo compreendendo que para isso ele não precisa ser magro, mas também não pode continuar gordo.

Aqui, admitindo que os sujeitos obesos, enquanto grupo social, são desvalorizados e ocupam uma posição hierárquica abaixo dos sujeitos “não obesos” (os magros, de peso normal e com sobrepeso), Dechamps e Moliner (2014) postulam que eles tendem a aceitar os traços estereotipados que lhes são conferidos. Mas, para manter alguma identidade positiva, eles atribuem tais traços a fatores externos, como terem sido acometidos pela obesidade enquanto doença, e não a suas próprias escolhas de vida. Por sua vez, o Grupo 02, em seu processo identitário, discorda das discriminações e dos preconceitos direcionados aos sujeitos obesos pelo seu peso, mas de alguma forma, também internaliza os traços negativos ao se engajar em práticas para o emagrecimento.

A recuperação da saúde e a prevenção de morbidade é o principal argumento utilizado pelos sujeitos do Grupo 03 para a realização da *cirurgia bariátrica*, um recurso estritamente médico, o qual cancelaria a posição de doente do sujeito. Apesar de a maioria do grupo não admitir que também intenta, com a perda de peso, estar em um corpo esteticamente mais aceito e valorizado, fica claro em seus discursos que essa é uma motivação importante nesse processo. Hipotetiza-se que a pouca menção direta ao aspecto da *beleza* seja intencional, uma forma de o grupo não macular sua condição de doente, o que poderia levantar questionamentos à verdadeira indicação do tratamento cirúrgico.

Nos três grupos, a despeito do discurso amplamente reproduzido da multifatorialidade da obesidade, percebe-se que a *alimentação* é o fator central. Todos os grupos consideram que o grande responsável pelo ganho exacerbado de peso é a ingestão desordenada e inadequada de alimentos hipercalóricos e pouco nutritivos, assim como seria fundamental para o emagrecimento uma reeducação alimentar que diminuísse o volume de comida ingerida e melhorasse a qualidade dos alimentos consumidos. Os motivos que causam tal quadro alimentar disfuncional seriam diversos e se relacionam com as práticas realizadas. Os Grupos 01 e 02 relatam que “comer mal e demais” pode ser por maus hábitos ou por ansiedade (configurada ou não como compulsão alimentar). Então, para solucionar a questão, bastaria os sujeitos melhorarem seus hábitos e aprenderem a lidar com a ansiedade. E assim eles o fazem

quando desejam perder peso, de maneira geral, utilizando-se prioritariamente de práticas como reeducação alimentar e manejo de ansiedade, acompanhados ou não de profissionais de saúde.

Já o Grupo 03 explica que o aumento do apetite pode ser por causas genéticas ou pela tendência de usar a comida como estratégia para diminuir a ansiedade. A “forma natural” como *prática* para perda de peso não seria suficiente para um emagrecimento importante, em sua atual condição de doença, já que impõe muitas restrições e abdições, difíceis de serem mantidas a longo prazo. Visando algo definitivo, a opção pela *cirurgia* reside na expectativa de que a intervenção atue como um limite externo, impedindo o sujeito de comer demasiadamente por fatores físicos e orgânicos, mesmo que ele não altere significativamente seu estilo de vida. Na pesquisa realizada por Justo (2016), a alimentação também foi evidenciada como um elemento central nas representações da obesidade.

Ademais, observou-se que, no interior dos grupos, existem modulações individuais das práticas em questão, como a escolha pelo programa alimentar a ser seguido, se seria mais restritivo ou flexível; a modalidade, frequência e intensidade dos exercícios físicos praticados; e a especialidade e frequência do acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde. É importante frisar que o contexto no qual os sujeitos estavam inseridos também influenciou nas práticas por eles desenvolvidas. Observou-se que aspectos *familiares, profissionais, de moradia, de saúde e financeiros* facilitavam ou dificultavam a adesão dos sujeitos às práticas relativas à obesidade, ao interferirem em seu tempo, disposição física, recursos econômicos, estabilidade emocional, incentivo, orientação e acompanhamento profissional.

No tocante à questão da *raça*, entre todos os entrevistados, apenas uma delas era negra e uma das poucas a ter mencionado claramente ter sofrido preconceito pela sua forma física e por sua etnia. Em seu relato: “além de preto, é gordo” (sic), o racismo seria predominante, seguido pela gordofobia. Como não existiram outros participantes negros, foi uma limitação desta pesquisa compreender como tais aspectos se relacionam no cotidiano dos sujeitos obesos, mas a fala da participante sugere que, na existência dos dois estigmas, eles se somam, na tentativa de excluir ainda mais o indivíduo do grupo.

Ressaltam-se ainda as diversas motivações relatadas pelos entrevistados para se engajarem nas práticas elencadas, como a adesão a um estilo de vida mais ativo, prevenir e/ou solucionar patologias ou limitações advindas do excesso de peso, alcançar o padrão de beleza criado e difundido pela sociedade, diminuir a discriminação e o preconceito sofridos, aceitar e valorizar seu corpo real, entre outros. E apesar de o presente estudo não ter como objetivo

principal investigar quais fatores psicológicos atuam no ganho e na perda de peso, ficou bastante claro, nos relatos, que atributos como disciplina, foco, determinação e persistência, muito citados pelos sujeitos, interferem relevantemente na adesão e manutenção das práticas estudadas.

Analisando especificamente o processo de ancoragem na formação das representações sociais articuladas em um sistema, os grupos expressam buscar fontes distintas de informação, mas, de maneira geral, todos eles dizem acessar conteúdos diversos na internet, prezando pela confiabilidade e reputação dos sites. Indo além, o Grupo 02 relata que consulta significativamente os profissionais de saúde sempre que precisa de informações ou orientações sobre a obesidade e as estratégias de emagrecimento que vêm realizando. E o Grupo 03 refere também que, ainda que se guie pelos especialistas, costuma visitar, nas redes sociais (Facebook e Instagram), perfis ou grupos voltados para a temática, principalmente os que versam sobre a cirurgia bariátrica.

Diante desses resultados, como já dito, foi desenhado o Estudo B, no intuito de investigar se e como os conteúdos, as informações e orientações fornecidos pelos tão citados profissionais de saúde realmente se relacionam com os saberes construídos pelos grupos, atuando no processo de ancoragem das RS. E, como visto na sessão anterior, percebeu-se que grande parte do discurso proferido pelos entrevistados se relaciona com as representações sociais elaboradas pelos sujeitos obesos sobre o fenômeno. As noções de alimentação, de saúde e doença, beleza e alimentação, as características da obesidade, suas causas e tratamentos são semelhantes a diversos elementos encontrados nas RS analisadas no Estudo A.

Todavia, percebeu-se também que conteúdos muito enfocados pelos especialistas, como a importância do acompanhamento multidisciplinar, especialmente o psicológico, durante o processo de emagrecimento e a compreensão de que a cirurgia bariátrica não pode ser encarada como um “milagre”, mas como uma das etapas desse processo, não foram vistos com o mesmo grau de importância nos relatos dos sujeitos entrevistados. Questiona-se se tais informações são enfatizadas pelos profissionais em sua consulta. Não foi um objeto da pesquisa observar o fazer profissional dos participantes. Mas, indo além, isso pode se dever ainda ao fato de que aderir a tais orientações traria mais atribuições ao sujeito, impelindo-o a assumir a centralidade do processo, especialmente no tocante à cirurgia bariátrica, que, como visto, tem como um dos elementos da RS o seu caráter externo ao sujeito e, por isso, eficaz.

De uma maneira geral, percebeu-se que, nos três sistemas de representação social estudados, mesmo tendo sido enfatizada várias vezes a multifatorialidade da obesidade, ela foi atribuída ao sujeito como algo concernente apenas à sua vida. A origem da obesidade, suas características, as formas de lidar com ela, assim como as noções de corpo, beleza e alimentação foram discutidas, pelos grupos, em seus âmbitos individuais, como se os elementos que compõem as representações sociais de tais objetos fossem resultantes, prioritariamente, da maneira como o indivíduo as enxerga e conduz. Foram poucos os sujeitos que problematizaram a obesidade socialmente, o quanto seu surgimento e agravamento também são fortemente influenciados pelo contexto social em que estão inseridos e o que se apresenta para eles como estratégias possíveis para perda e controle de peso, inclusive quanto a políticas públicas de promoção de saúde. Como visto na primeira seção desse texto, a obesidade era de domínio cultural, para apenas séculos mais tarde ser absorvida pelas ciências médicas como um objeto próprio de sua área de conhecimento, sujeita às suas normatizações.

A desconsideração dos referenciais sociais na reflexão sobre a obesidade continua promovendo uma intensa responsabilização do sujeito. O seu corpo é motivo constante de julgamento social, seja quais forem os juízes (familiares, cônjuges, colegas, empregadores, profissionais de saúde e eles mesmos) ou os argumentos utilizados pelos demais para isso (saúde, beleza, autocuidado, competência, potencialidades, entre outros). Isso fica evidente na relutância observada no Grupo 03 em falar sobre seus planos de tratamento cirúrgico com pessoas de fora de seu núcleo familiar mais próximo, dando preferência a procurarem interlocutores que já passaram pela experiência. Todo esse cenário os impele a buscar continuamente a aceitação social, seja lutando contra os estigmas atribuídos ou tentando deles se livrarem, saindo da condição de obesidade. É uma luta diária, com a qual muitos convivem por toda a vida, e que pode acarretar intenso sofrimento psíquico, como visto.

Durante toda a pesquisa, desde a definição do método, elaboração do roteiro de perguntas até a análise e discussão, fica muito claro que, ao se debruçar sobre o fenômeno da obesidade a partir dos sistemas de representação sociais criados pelos grupos, observa-se entre os objetos e suas representações um movimento de imbricamentos mútuos. Separaram-se tais elementos do SRS para facilitar a compreensão dos processos implicados na construção de sentido, mas se espera que esse recurso não limite a compreensão de que eles se atravessam e se interferem, o que impede a definição precisa e rígida de seus contornos e fronteiras. Contudo, a dificuldade em realizar tal separação pode evidenciar que os objetos elencados, de fato, estão articulados em um sistema coerente e coeso, e que as ideias construídas, aprendidas

e compartilhadas socialmente na vida cotidiana, sobre a temática, estão interconectadas em um quadro de conhecimentos que se pode chamar de sistemas de representações sociais (WACHELKE, 2016).

Diante do exposto, ainda admitindo a inserção dos objetos no mencionado SRS, ao final da tese, questiona-se a pertinência de se falar em *RS de determinado objeto*, ou se não seria preferível falar em *RS e determinado objeto*. Como dito acima, não se verificam delimitações rígidas sobre os elementos que compõem o SRS, o que necessitaria de maiores reflexões sobre como tais RS e objetos se ligam uns aos outros e até qual seria a maneira mais adequada de se referir a eles. Ademais, as práticas sociais analisadas não seriam orientadas apenas pela RS de um objeto, mas a partir de todo o sistema de representações sociais elaborado pelo grupo, que inclui objetos diversos e articulados.

Como já dito ao longo do texto, apesar de não ser recente na TRS, a noção de SRS ainda é pouco enfocada e pesquisada, o que trouxe alguns desafios na elaboração, execução e análise da pesquisa, pois são escassos os aportes teóricos e metodológicos publicados nesse campo. Especificamente sobre a questão metodológica, criou-se um percurso metodológico que pudesse responder às perguntas desenvolvidas pela pesquisadora, embora diferente do que vinha sendo realizado nas pesquisas usadas como referência (WACHELKE, 2011; MORAIS, 2018), pelo interesse em se deter mais profundamente nos conteúdos e processos de formação das RS elaboradas. Admite-se que esse percurso pode ainda ser mais aprofundado, ajustado e melhorado em estudos subsequentes, tendo em vista que a presente pesquisa foi a primeira incursão nesse contexto.

Mas, apontando caminhos possíveis de serem trilhados no futuro, considera-se pertinente tentar aliar, em estudos com objetivo de perscrutar os SRS elaborados por dado grupo social, a abordagem culturalista à estrutural, no intuito de acrescentar indicadores quantitativos à análise. O recurso da análise prototípica pode fornecer informações sobre a estrutura das representações sociais articuladas, a fim de que se possa observar *se e como* seus elementos constituintes se relacionam entre si, mensurando a força das relações entre as representações. Ademais, a realização de um estudo longitudinal com o Grupo 03 poderia se deter sobre os participantes após a cirurgia bariátrica e perda de peso, sua realidade atual e se o emagrecimento promoveu mudanças significativas no SRS por ele elaborado sobre a obesidade. Esse era um dos objetivos iniciais da pesquisa, mas que não pôde ser executado por dificuldades no campo que impediram a retomada das entrevistas em tempo hábil.

Assim, com este estudo, espera-se contribuir nas áreas de Psicologia da Saúde e Psicologia Social. Do ponto de vista teórico, a pesquisa tentou favorecer o desenvolvimento da noção de Sistemas de Representações Sociais e fortalecer a articulação entre SRS e práticas sociais. A partir das bases e dos elementos que constituem os sentidos dados à obesidade pelos grupos, pôde-se ponderar que o discurso biomédico, muitas vezes totalizante, assume o lugar de normatizador das relações nesse contexto. Provocando uma maior reflexão da obesidade enquanto fenômeno social e suas consequências sociais, espera-se ajudar na democratização da discussão do objeto nas diferentes áreas do conhecimento e no senso comum. A intenção da pesquisa foi se debruçar sobre um grupo que é excluído socialmente, produzindo conhecimento ético e comprometido ao se voltar a tal grupo e fenômeno, às questões das vidas das pessoas e colocando o conhecimento científico a seu serviço.

É importante ressaltar também as limitações desta tese. Foram analisados os relatos de grupos pequenos, logo os resultados não podem ser generalizados indiscriminadamente, pois devem ser considerados seus contextos de produção e particularidades. Ademais, não é possível precisar se a pesquisadora ter peso considerado normal, pelo cálculo do IMC, influenciou nos relatos dos participantes, mesmo havendo o cuidado de, no estabelecimento do vínculo com eles, tentar criar o espaço de fala mais confortável e livre de julgamento possível. Mesmo diante de tais limitações, espera-se que essa pesquisa e seus resultados possam suscitar reflexões sobre esse objeto polêmico, impulsionando mais pesquisas e formas de lidar com o fenômeno, científicas e/ou leigas, institucionalizadas ou não, a fim de minimizar estigmas, preconceitos e sofrimentos vivenciados pelos sujeitos obesos.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J-C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. *In*: MOREIRA, A. S. P.; DE OLIVEIRA, D. C. (orgs.) **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiana: AB Pesquisa, 1998, p. 27-38.
- AGUIAR, A. de ; CAMARGO, B.V. ; BOUSFIELD, A.B.da S. Representações Sociais e Práticas Corporais de rejuvenecimento para Mulheres de Meia-Idade. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 01, p. 47-66, 2017. Disponível em : <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/30665/21812>. Acesso em: 06 dez. 2019.
- ALMEIDA, A. C. N. de *et al.* Corpo, Estética e Obesidade: reflexões baseadas no paradigma da indústria cultura. **Estudos**, Goiânia, v. 33, n. 09/10, p. 789-812, 2006. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/download/152/118>. Acesso em: 06 dez. 2019.
- ALMEIDA, A. M. O. A Pesquisa em Representações Sociais: proposições teórico-metodológicas. *In*: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (orgs.). **Diálogos com a Teoria da Representação Social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005, p. 117-160.
- ALMEIDA, A. M. O.; CUNHA, G.G. Representações Sociais do Desenvolvimento Humano. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 01, p. 147-155, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prc/v16n1/16806.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.
- ALMEIDA, A. M. O.; DOISE, W. Estudos experimentais das representações sociais. *In*: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. (org.). **Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Theasaurus, 2009, p. 63-82.
- ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **As Práticas Sociais como Objeto de Estudo**: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. VIII Simpósio da ANPEPP. Serra Negra, 2000.
- ALMEIDA, G. A. N. de. *et al.* Percepção de Tamanho e Forma Corporal de Mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 01, p. 27-35, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a04.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.
- ALMEIDA, R. J. de. **Obesidade nos Corpos das Mulheres e os Olhares sobre os Discursos Medicalizantes**. 2013. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- ALVES, D. *et al.* Cultura e Imagem Corporal. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 05, n. 01, p. 1-20, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-107X2009000100002](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2009000100002). Acesso em: 06 dez. 2019.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Repensando os Estudos sobre Representações e Práticas em Saúde/Doença. *In*: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (orgs.). **Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 248p.

- AMON, D. **Psicologia Social da Comida**. Petrópolis: Vozes, 2014.
- ANDRADE, B. M. C.; MENDES, C. M. C.; ARAÚJO, L. M. B. Peso Flutuante no Tratamento de Mulheres Obesas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 48, n. 02, p. 276- 281, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302004000200011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302004000200011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.
- ANTONINI, V. D. S. *et al.* Comportamentos Associados à Manutenção dos Resultados Após Cirurgia Bariátrica. **Revista Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 02, p. 149-156, 2014. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n2/AO2\\_Comportamentos-associados-a-manutencao-dos-resultados-apos-cirurgia-bariatrica.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n2/AO2_Comportamentos-associados-a-manutencao-dos-resultados-apos-cirurgia-bariatrica.pdf). Acesso em: 06 dez 2019.
- APOSTOLIDIS, T. Representations Sociales et Triangulation: une application em Psychologie Sociale de la Santé. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 02, p. 211 – 226, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a11v22n2.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.
- ARAÚJO, F. M. **Relação Indivíduo-Corpo na Obesidade: análise sob o olhar de Merleau-Ponty**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.
- ARRUDA, J. S. **Moda Plus Size: uma leitura estética sobre a marca MB Curvy no ambiente online**. Monografia (Graduação em Publicidade e Propaganda) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2012.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso**. São Paulo, SP, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. São Paulo, SP, 2016.
- AZEVEDO, P. Z.; GIULIANO, P. P.; STEFFEN, C. Moda, Transformações e Compreensão dos Sujeitos Sociais. **Conexão – Comunicação e Cultura**, Caxias do Sul, v. 16, n. 32, p. 173-185, 2017. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conexao/article/view/5208/3289>. Acesso em: 06 dez. 2019.
- BARBOSA-DA-SILVA, S. *et al.* Liver Damage is Not Reverse During the Lean Period in Diet-Induced Weith Cycling in Mice. **Hepatology Research**, v. 44, p. 450 – 459, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro, 4 ed. Lisboa: Edições 70. 2009.

BARRY, D.; PIETZAK, R. H.; PETRY, N. M. Gender Differences in Associations Between Body Mass Index and DSM-IV Mood and Anxiety Disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Ann Epidemiol**, v. 18, n. 06, p. 458 – 466, 2008.

BASTOS, E. C. L. *et al.* Fatores Determinantes do Reganho Ponderal no Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, sup. 01, p. 26-32, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202013000600007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202013000600007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade**. 24 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BOARINI, M. L.; O. H. YAMAMOTO. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 59-72. 2004. Disponível em: [https://www.academia.edu/6964765/\\_Higienismo\\_e\\_Eugenia\\_discursos\\_que\\_n%C3%A3o\\_envelhecem\\_1\\_Hygienism\\_and\\_Eugenics\\_Everlasting\\_discourses\\_Maria\\_L%C3%BAcia\\_Boarini\\_Docente\\_da\\_Universidade\\_Estadual\\_de\\_Maring%C3%A1\\_Oswaldo\\_H.\\_Yamamoto\\_Docente\\_da\\_Universidade\\_Federal\\_do\\_Rio\\_Grande\\_do\\_Norte](https://www.academia.edu/6964765/_Higienismo_e_Eugenia_discursos_que_n%C3%A3o_envelhecem_1_Hygienism_and_Eugenics_Everlasting_discourses_Maria_L%C3%BAcia_Boarini_Docente_da_Universidade_Estadual_de_Maring%C3%A1_Oswaldo_H._Yamamoto_Docente_da_Universidade_Federal_do_Rio_Grande_do_Norte). Acesso em: 06 dez. 2019.

BORGES, L. de O.; BARROS, S. C.; LEITE, C. P. R. L. A. Ética na Pesquisa em Psicologia: princípios, aplicações e contradições normativas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 01, p. 146-161, 2013. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1590/S1414-98932013000100012>. Acesso em: 06 dez. 2019.

BRANCO, L. M; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. de P. Percepção e Satisfação Corporal em Adolescentes e a Relação com seu Estado Nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 06, p. 292-296, 2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000600001&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000600001&script=sci_arttext). Acesso em: 06 dez. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF, 2019.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro, 2004.

BREAKWELL, G. M. Social Representation and Social Identity. **Papers on Social Representations**, v. 02, n. 03, p. 198-217, 1993. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/247564526\\_Social\\_Representations\\_and\\_Social\\_Identity](https://www.researchgate.net/publication/247564526_Social_Representations_and_Social_Identity). Acesso em: 06 dez. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M.; JODELET, D. Normas, Representações Sociais e Práticas Corporais. **Revista Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, v. 44, n. 03, p. 456-464, 2010. Disponível em: [https://www.academia.edu/7810851/Normas\\_Representa%C3%A7%C3%B5es\\_Sociais\\_e\\_Pr%C3%A1ticas\\_Corporais](https://www.academia.edu/7810851/Normas_Representa%C3%A7%C3%B5es_Sociais_e_Pr%C3%A1ticas_Corporais). Acesso em: 06 dez. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, n. 21, p. 513-518, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016). Acesso em: 06 dez. 2019.

CAMARGO, B. V.; WACHELKE, J. The Study of Social Representations Systems: relationships involving representations on aging, AIDS and the body. **Papers on Social Representations**, v. 19, p. 24.1-24.21, 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/237076825\\_The\\_Study\\_of\\_Social\\_Representation\\_Systems\\_Relationships\\_Involving\\_Representations\\_on\\_Aging\\_AIDS\\_and\\_the\\_Body](https://www.researchgate.net/publication/237076825_The_Study_of_Social_Representation_Systems_Relationships_Involving_Representations_on_Aging_AIDS_and_the_Body). Acesso em: 06 dez. 2019.

CAMPAÑA, A. B. **A Puberdade Altera a Responsividade à Insulina do Tecido Adiposo Assim como sua Capacidade Lipogênica**. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

CAMPOS, P. H. F. O Estudo das Relações entre Práticas Sociais e Representações: retomando questões. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 01, p. 42-46, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/30664>. Acesso em: 06 dez. 2019.

CARVALHO, M. C.; MARTINS, A. A Obesidade como Objeto Complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 09, n. 04, p. 1003-1013, 2004. Disponível em: A Obesidade como Objeto Complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. Acesso em: 06 dez. 2019.

CASTRO, M. R. de. *et al.* Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 01, p. 29-36, 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/236020270\\_Cirurgia\\_Bariatrica\\_a\\_trajetoria\\_de\\_mulheres\\_obesas\\_em\\_busca\\_do\\_emagrecimento](https://www.researchgate.net/publication/236020270_Cirurgia_Bariatrica_a_trajetoria_de_mulheres_obesas_em_busca_do_emagrecimento). Acesso em: 06 dez. 2019.

CAVALCANTI, A. P. R. *et al.* Crenças e Influências sobre Dietas de Emagrecimento entre Obesos de Baixa Renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 06, p. 1567-1574, 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000600018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000600018&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

CLAYTON, R. B.; RIDGWAY, J. L.; HENDRICKSE, J. Is Plus Size Equal? The positive impact of average and plus-sized media fashion models on women's cognitive resource allocation, social comparisons, and body satisfaction. **Communication Monographs**, v. 84, n. 03, p. 406-422, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03637751.2017.1332770>. Acesso em: 06 dez. 2019.

CODOL, J. P. On The System of Representations in an Artificial Social Situation. *In*: FARR, R.; MOSCOVICI, S. (orgs.). **Social Representation**. Cambridge: University Press, p. 239–253, 1984.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control, *In*: **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209 – 232, 1992. Disponível em:

<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>. Acesso em: 06 dez. 2019.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de Peso e Insatisfação Corporal em Adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, p. 04, n. 04, p. 491-497, 2005. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000400005&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000400005&script=sci_abstract&tlng=es). Acesso em: 06 dez. 2019.

CORADINI, A. O.; MORÉ, C. L. O. O.; SCHERER, A. D. Obesidade, Família e Transgeracionalidade: Uma revisão integrativa da literatura. **Nova Perspectiva Sistemica**. São Paulo, n. 58, p. 17-37, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-78412017000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000200003). Acesso em: 06 dez. 2019.

CORREIA, C. C. G. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Representações Sociais**: a construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

CORREIA, C. C. G.; MORAIS, E. R. C.; CARVALHO, M. I. Rupturas e Transições na Idade Adulta: a hemodiálise e a cirurgia bariátrica como ponto de viragem no curso de vida. *In*: MORAIS, E. R. C. de; CRUZ, F. M. L.; SANTOS, M. F. S.; ALÉSSIO, R. L. S. **Interação Social e Desenvolvimento Humano**: interfaces entre a psicologia do desenvolvimento e a psicologia social. Recife, 2019, v. 01.

COSTA, M. A. P. da; SOUZA, M. A. de; OLIVEIRA, V. M. de. Obesidade Infantil e Bullying: a ótica dos professores. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 03, p. 653-665, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022012000300008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022012000300008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

COUTINHO, W. F. (coord.). Consenso Latino-Americano de Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 01, p. 21-67, 1999. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27301999000100003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000100003). Acesso em: 06 dez. 2019.

CUNHA, A. C. P. T. da; PIRES NETO, C. S.; CUNHA JÚNIOR, A. T. da. Indicadores de Obesidade e Estilo de Vida de Dois Grupos de Mulheres submetidas à Cirurgia Bariátrica. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v. 05, n. 3, o. 146-154, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/751/75117065005.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

DECHAMPS, J-C.; MOLINER, P. **A Identidade em Psicologia Social**: dos processos identitários às representações sociais. Petrópolis: Vozes, 2014.

DOBROW, I. J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M. Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 3, p. 63 – 67, 2002. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700014). Acesso em: 06 dez. 2019.

ECO, U (org.). **História da Beleza**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

ESPÍNDULA, D. H.; TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S. Representações e práticas educativas de mães referentes a filhos atendidos pelo Conselho Tutelar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 137-147, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a17v14n1.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

EISENSTEIN, E.; COELHO, S. C. Nutrindo a Saúde dos Adolescentes: considerações práticas. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 01, n. 01, p. 18-26, 2004. Disponível em: [http://adolescenciaesaude.com/audiencia\\_pdf.asp?aid2=225&nomeArquivo=v1n1a06.pdf](http://adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=225&nomeArquivo=v1n1a06.pdf). Acesso em: 06 dez. 2019.

ESTANISLAU, F. M. **Produção de Sentidos na Balança**: as relações entre ciência, mídia e cotidiano nos discursos de obesidade. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

FADIÑO, J. *et al.* Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 01, p. 47-51, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082004000100007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000100007). Acesso em: 06 dez. 2019.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE MEDICINA ESPORTIVA – FIME. O Exercício Físico: um fator importante para a saúde. **Revista Brasileira de Medicina Esportiva**, São Paulo, v. 03, n. 03, p. 87-88, 1989/1997. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86921997000300007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921997000300007). Acesso em: 06 dez. 2019.

FÉLIX, L. B. **(In)Visibilidades no Campo da Saúde Mental Infantojuvenil**: tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

FÉLIX, L. B. *et al.* O Conceito de Sistemas de Representações Sociais na Produção Nacional e Internacional: uma pesquisa bibliográfica. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 05, n. 02, p. 198-217, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/download/20417/19733>. Acesso em: 06 dez. 2019.

FÉLIX, L. B. **O Cuidado à Saúde Mental na Infância**: entre práticas e representações sociais. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

FERNANDES, L; BARBOSA, R. A Construção Social dos Corpos Periféricos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 01, p. 70-82, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00070.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

FERRAZ, E. M. *et al.* Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, Rio de Janeiro, 30, n. 02, p. 98-105, 2003. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0100-69912003000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-69912003000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

FERRAZ, E. M. O Trabalho em Equipe e sua Importância no Tratamento da Obesidade – A Visão do Cirurgião. *In*: XIMENES, E. G. (org.) **Cirurgia da Obesidade: um enfoque psicológico**. São Paulo: Santos Ed, p. 39-43, 2009.

FERREIRA, V, A. *et al.* Desigualdade, Pobreza e Obesidade. **Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro**, v. 15, sup. 1, p. 423-432, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700053&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700053&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. O Corpo Cúmplice da Vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 02, p. 483-490, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30435.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e Pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/17.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

FERREIRA, R. F. Algumas Considerações Acerca da Medicina Estética. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 01, p. 67-76, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100012&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

FIGUEIREDO, M. do D. **Avaliação dos Aspectos Depressão, Ansiedade, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida de Mulheres Obesas, Submetidas a Tratamento Medicamentoso Antiobesidade**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

FIGUEIREDO, S. P. de. **Medicalização da Obesidade: a epidemia em notícia**. Tese. (Doutorado em Política Científica e Tecnologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

FISCHLER, C. Obeso Benigno e Obeso Maligno. *In*: Sat'Anna, Denise (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade. p.69-80. 1995.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FRANÇA, C.L. *et al.* Contribuições da Psicologia e da Nutrição para a Mudança do Comportamento Alimentar. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n. 02, p. 337-345, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000200019](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000200019). Acesso em: 06. Dez. 2019.

GARNIER, C. La Genèse des Représentations Sociales dans une Perspective Développementale. *In*: ROUQUETTE, M. L.; GARNIER, C.(orgs). **La Genèse des Représentations Sociales**, Montreal, Canada: Nouvelles, 1999, p. 87-113.

GIOIA-MARTINS, D. F. **Obesidade: estudo de representações sociais de endocrinologistas em hospital público**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

GREENBERG, B. S. *et al.* Portrayals of Overweight and Obese Individuals on Commercial Television. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 08, p. 1342-1348, 2003.

Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/10632829\\_Portrayals\\_of\\_Overweight\\_and\\_Obese\\_Individuals\\_on\\_Commercial\\_Television](https://www.researchgate.net/publication/10632829_Portrayals_of_Overweight_and_Obese_Individuals_on_Commercial_Television). Acesso em: 06 dez. 2019.

HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. D. B.; COSTA, R. F. Determinantes Fisiológicos do Controle do Peso e do Apetite. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 04, p. 150-153, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000400002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000400002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez 2019.

JODELET, D. Experiência e Representações Sociais. *In*: MENIN, M.S.S.; SHIMIZU, A.M. (Orgs). **Experiência e Representação Social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 23-56.

JODELET, D. **Loucura e Representações Sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, p.17-44. 2001.

JUSTO, A. M. **Corpo e Representações Sociais: sobrepeso, obesidade e práticas de controle de peso**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V.; ALVES, C. D. B. Os Efeitos de Contexto nas Representações Sociais sobre o Corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 287-297, 2014. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722014000300006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000300006). Acesso em: 06 dez. 2019.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MENDÉLEZ, G.; COELHO, M. A. S. C. Fatores Associados à Obesidade Abdominal em Mulheres em Idade Reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n. 01, p. 46-51, 2002. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000100007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

KELLES, S. M. B. *et al.* Perfil de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica, Assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 08, p. 1587-1601, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1587.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

KRÜGER, H. Ideologias, Sistemas de Crenças e Atitudes. *In*: CAMINO, L.; TORRES, A. R. R.; LIMA, M. E. O.; PEREIRA, M. E. (orgs.). **Psicologia Social: temas e teorias**. Brasília: Technopolitik, 2013, p. 263-310.

KUK, J. L. *et al.* Individuals with Obesity but no Other Metabolic Risk Factors are not at Significantly Elevated all-cause Mortality Risk in Men and Women. **Clinical Obesity**, v. 08, n. 05, p. 305-312, 2018.

LAVINAS. L **Empregabilidade no Brasil: Inflexões de Gênero e Diferenciais Femininos**. Rio de Janeiro: Ipea, p. 1-24.

LEAL, V. C. L. V. *et al.* O Corpo, a Cirurgia Estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 01, p. 77-86, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100013](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100013). Acesso em: 06 dez. 2019.

LEÃO J. M. *et al.* Estágios Motivacionais para a Mudança de Comportamento em Indivíduos que Iniciam Tratamento para a Perda de Peso. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 02, p. 107-114, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n2/0047-2085-jbpsiq-64-2-0107.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

LEMOS, M. C. M.; DALLACOSTA, M. C. Hábitos Alimentares de Adolescentes: conceitos e práticas. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Umurama, v. 09, n. 01, p. 03-09, 2005. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/212>. Acesso em: 06 dez. 2019.

LIMA, A. K. M. A Construção narrativa dos Sentidos de Bioidentidade: obesidade e cirurgias bariátricas. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

LIMA, M. E. O. Preconceito. *In*: CAMINO, L.; TORRES, A. R. R.; LIMA, M. E. O.; PEREIRA, M. E. **Psicologia Social: temas e teorias**. Brasília: Technopolitik, 2013, p. 589-640.

LONGUI, C. A. Corticoterapia: minimizando efeitos colaterais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, sup. 05, p. 163-171, 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572007000700007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000700007). Acesso em: 06 dez. 2019.

LOPES, G. C.; COSTA, L. P da. Rabdomiólise Induzida pelo Exercício: biomarcadores, mecanismos fisiopatológicos e possibilidades terapêuticas. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 04, p. 59-65, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8713>. Acesso em: 06 dez. 2019.

MARCHIOLLI, A. C. D.; MARCHIOLLI, P. T. O.; SILVA, L. B. de C. As Consequências Psicossociais da Cirurgia de Redução de Estômago. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 01, p. 175-214, 2005. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/viewFile/844/869>. Acesso em: 06 dez. 2019.

MARQUES-LOPES, I. *et al.* Aspectos Genéticos da Obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 03, p. 327-228, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v17n3/21882.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

MATTOS, R. D. *et al.* Obesidade e Bullying na Infância e Adolescência: o estigma da gordura. **Demetra: Nutrição & Saúde**, Ribeirão Preto, v. 07, n. 02, p. 71-84, 2012.

Disponível em:

[https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo\\_Perfeito/publication/314558333\\_Obesidade\\_e\\_Bullying\\_na\\_infancia\\_e\\_adolescencia\\_o\\_estigma\\_da\\_gordura/links/59e3ca060f7e9b97fbeb0516/Obesidade-e-Bullying-na-infancia-e-adolescencia-o-estigma-da-gordura.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Perfeito/publication/314558333_Obesidade_e_Bullying_na_infancia_e_adolescencia_o_estigma_da_gordura/links/59e3ca060f7e9b97fbeb0516/Obesidade-e-Bullying-na-infancia-e-adolescencia-o-estigma-da-gordura.pdf). Acesso em: 06 dez. 2019.

MATTOS, R. S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao Estigma da Gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 489-507, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200014&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

MELO, F. V. S.; FARIAS, S. A. de.; KOVACS, M. H. Estereótipos e Estigmas de Obesos em Propagandas com Apelos de Humor. **Organizações e Sociedade**. Salvador, v. 24, n. 81, p. 305-324, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-92302017000200305&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-92302017000200305&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

MELO, M. E. de. **Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade**. 2011.

Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/Artigo%20-%20Obesidade%20e%20Doencas%20associadas%20maio%202011.pdf>.

Acesso em: 06 dez. 2019.

MILÁ, M. M. **Income Concentration in a Context of Late Development**: an investigation of top incomes in Brazil using tax records, 1993-2013. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Paris School of Economics, Paris, 2015.

MINAYO, M. C. Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 03, p. 621-626, 2012. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300007&script=sci_abstract&tlng=pt)

[81232012000300007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso e: 06 dez. 2019.

MINAYO, M. C. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes. P. 09-29, 2001.

MOLINER, J. de.; RABUSKE, M. M. Fatores Biopsicossociais Envolvidos na Decisão de Realização de Cirurgia Bariátrica. **Psicologia: Teoria e Prática**. Brasília, v. 10, n. 02, p. 44-60, 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872008000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000200004). Acesso em: 06 dez. 2019.

MONTMOLLIN, G. de. Le Changement D'Attitude. *In*: MOSCOVICI, S. (orgs.)

**Psychologie Sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 3 ed., 2008.

MORAIS, E. R.C. de. **Conflitos Bioéticos na Demarcação dos Limites da vida**: um estudo sobre representações sociais de eutanásia e aborto. Tese. (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

MORAIS, E. R.C. de. **Saúde e Tratamento Hemodialítico: representações sociais e um serviço de terapia renal substitutiva**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

MORIN, M; APOSTOLIDIS, T. Contexte Social et Santé. *In*: Fisher, G. (Org.). **Traité de Psychologie de La Santé**. Paris, Dunod, p. 463-469, 2002.

MOSCOVICI, S. **A Psicanálise, Sua Imagem e Seu Público**. Petrópolis: Vozes, 1961/2012.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2009

MOURA, L. L. **Moda como Expressão de Identidade no Mundo Contemporâneo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2014.

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINTISTUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 71-110.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88. 2006. Disponível em: <http://www.revipsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

OLIVEIRA, E. C. **Pai, Separado e Pobre**: entre as dificuldades e o desejo de uma paternidade plena. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, 2006. Disponível em <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Siseases**. Genebra, 2003a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Obesity and Overweigth**. Genebra, 2003b. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes\\_obesity.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes_obesity.pdf). Acesso em: 06 dez. 2019.

PARDINI, D. P. Alterações Hormonais da Mulher Atleta. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 45, n. 04, p. 343-351, 2001. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302001000400006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302001000400006&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

PETRIBÚ, K *et al.* Transtorno da Compaixão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 50, n. 05, p. 901-908, 2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302006000500011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302006000500011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. I.; BARROS, J. F. N. Políticas de Nutrição para o Controle da Obesidade Infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 625-633, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/24.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

ROCHA, Q. S.; MENDONÇA, S. S.; FORTES, R. C. Perda Ponderal após Gastroplastia em Y de Roux e Importância do Acompanhamento Nutricional – Uma Revisão de Literatura. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 1, p. 61-70, 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/mis-33844>. Acesso em: 06 dez. 2019.

SANTOS, A. P.; NICOLAU, A.; S. **Moda para Além da Medida - o Plus Size no Mercado Fashion**: de uma visão frankfurtiana a perspectiva dos estudos culturais. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Ouro Preto, Minas Gerais, 2012.

SANTOS, L. A. da S. **O Corpo, o Comer e a Comida**: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia. Salvador: EDUFBA, 2008.

SANTOS, M. F. S. A Teoria das Representações Sociais. *In*: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Org.). **Diálogos com a Teoria da Representação Social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p. 15-37.

SANTOS, M. F. S. **Compreendendo sistemas de representação: a família como exemplo**. Projeto de pesquisa aprovado pelo CNPQ, 2011.

SANTOS, M. F. S., NOVELINO, A. M.; NASCIMENTO, A. P. O Mito da Maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante? *In*: MOREIRA, A. S. P. (org.) **Representações Sociais: Teorias e Práticas**. João Pessoa: EDU, p. 269-293, 2011.

SANTOS, V. H. A.; NASCIMENTO, W. F. do; LIBERALI, R. O Treinamento de Resistência Muscular Localizada como Intervenção no Emagrecimento. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 02, n. 07, p. 34-43, 2008. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/66>. Acesso em 06 dez. 2019.

SCUSSEL, F. B. C.; DELLAGNELO, E. H. L. O Peso do Discurso: a representação da mulher plus size em campanhas publicitárias de lingerie no Brasil. **Brazilian Journal of Marketing**, São Paulo, v. 17, n. 06, p. 931-945, 2018. Disponível em: <http://www.revistabrasileiramarketing.org/ojs-2.2.4/index.php/remark/article/viewArticle/3887>. Acesso em: 06 dez. 2019.

SEGAL, A.; FADIÑO, J. Indicações e Contra-indicações para Realização das Operações Bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, sup. 03, p. 68-72, 2002. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

SEIXAS, C. M.; BIRMAN, J. O Peso do Patológico: biopolítica e vida nua. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 01, p. 13-26, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702012000100002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000100002). Acesso em: 06 dez. 2019.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. dos. Saúde e Mídia na Construção da Obesidade e do Corpo Perfeito. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 08, n. 03, p. 691-701, 2003. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000300004&script=sci_abstract&tlng=pt)

81232003000300004&script=sci\_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 dez. 2019.

SILVEIRA, B. de O. **O Consumo da Magreza. A Publicidade como Ideal de Felicidade**. 2013. 140 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SIMMEL, G. A Moda. **IARA: Revista de Moda Cultura e Arte**, São Paulo, v. 01, n. 01, p. 163-190, 2008.

STENZEL, L. M. **Obesidade**: o peso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

TAVARES, E. de R. *et al.* Contribuições de Aspectos Psicossociais no Reganho de Peso em Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica. **EVS**, Goiânia, v. 43, n. 01, p. 90-97, 2016.

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000300004&script=sci_abstract&tlng=pt)

81232003000300004&script=sci\_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 dez. 2019.

TECHIO, E. M. Estereótipos Sociais como Preditores das Relações Intergrupais. *In*: TECHIO, E. M.; LIMA, M. E. O. (Orgs). **Cultura e Produção das Diferenças**. Brasília: Technopolitik, 2011, p. 11-75.

TRAVADO, L. *et al.* Abordagem Psicológica da Obesidade Mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 03, n. 22, p. 533-550, 2004. Disponível em:

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312004000300010](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300010).

Acesso em: 06 dez. 2019.

TRINDADE, Z. A., SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. *In* ALMEIDA, A. M. O., SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das representações sociais 50 anos**. Brasília: Techno Politik Editoras, p. 101-122, 2011.

TRINDADE, Z. A.; SOUSA, L. G. S. Gênero e escola: reflexões sobre representações e práticas sociais. *In*: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. (Org.) **Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Thesaurus, 2009. p. 167-183.

UCHOA, R. B.; FERNANDES, C.R. Rabdomiólise Induzida por Exercício e Risco de Hipertermia Maligna: relato de caso. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 01, p. 63-68, 2003. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942003000100009](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942003000100009). Acesso em: 06 dez. 2019.

WACHELKE, J. Les Systèmes de Représentations Sociales. *In*: LO MONACO, G.; DELOUVÉE, S.; RATEAU, P. (org.). **Les Représentations Sociales: théories, méthodes et applications**. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2016, p. 131-134.

WACHELKE, J. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 10, n. 2, p. 313-320.

2005. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000200019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000200019&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 06 dez. 2019.

WACHELKE, J. **Structural Relationships Among Social Representations: cognem associations within a representational system**. Tese (Doutorado em Psicologia) –Università degli Studi di Padova, Itália, 2011.

WACHELKE, J.; CAMARGO, B. V. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, v. 41, n. 03, p. 379-390, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a13.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

WACHELKE, J.; CONTARELLO, A. Italian Students' Social Representations on Aging: an exploratory study of a representational system. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, p. 551-560, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722011000300016](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000300016). Acesso em: 06 dez. 2019.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Saúde e Ciência Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 01, p. 185-194, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100024](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100024). Acesso em: 06 dez. 2019.

XIMENES, E. G. Acompanhamento Psicológico Pós-Operatório: como, quando e por quê. *In*: XIMENES, E. G. (org.) **Cirurgia da Obesidade: um enfoque psicológico**. São Paulo: Santos Ed. p. 91-98, 2009.

ZITTOUN, T. Dynamics of Life-Course Transitions: a methodological reflection. *In*: Valsiner, J., MOLENAAR, P. C. M.; LYRA, M.C. D. P.; CHAUDHARY, N. **Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences**, p. 405-429, 2009.

ZITTOUN, T. Imagining One's Life: imagination, transitions and developmental trajectories. *In*: **9º Congresso Norte-Nordeste de Psicologia**. Salvador: EDUFBA, p. 127-153, 2015.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPsi

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Obesidade, Práticas e Sistemas de Representações Sociais, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Clarissa Cristina Gonçalves Correia, domiciliado na Rua das Ninfas, 189/1401, Boa Vista, Recife/PE, CEP 50070-050, Telefone (081) 9.8601.8846, e-mail: claricorreia@gmail.com.

A pesquisa está sob a orientação da Prof. Dra. Maria de Fátima de Souza Santos, Telefone: (081) 9.9961.0122, e-mail mfsantos@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

➤ **Descrição da pesquisa:** Atualmente, podemos considerar o fenômeno da obesidade como um problema social, extrapolando os âmbitos da saúde e do corpo individual. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), a obesidade é uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo de adiposidade no corpo. No Brasil, segundo os últimos dados do Ministério da Saúde, de 2014, estimou-se que 54% dos brasileiros estavam acima do peso e que 18,9% já eram obesos. As ciências da saúde advogam que a obesidade, enquanto doença, traz riscos grandes para o sujeito, à medida que aumenta os riscos para hipertensão arterial, diabetes melito, doenças cardiovasculares, dislipidemia, cálculo biliar, esteatose hepática, gota, distúrbios respiratórios e endócrinos, câncer e transtornos psicológicos, entre outros. Pode-se considerar, como o maior interessado sobre o objeto, o próprio obeso. É ele quem sofre com as possíveis consequências do excesso de peso em sua vida cotidiana, as dificuldades de mobilidade e complicações metabólicas. Socialmente, ainda é vítima de preconceitos e discriminação, sendo visto estereotipadamente, definindo a sua forma de vida muitas vezes baseado em estar adequado ou não às expectativas sociais. Assim, o objetivo desta tese de doutorado é investigar os sistemas de representações sociais construídos para dar sentido ao fenômeno da obesidade a partir dos saberes de diferentes grupos de pessoas obesas. Serão realizados dois estudos. O Estudo A será composto por entrevistas realizadas com três grupos de sujeitos obesas, a saber: o Grupo 01 – seis pessoas

que não têm nenhuma prática de perda ou controle de peso; o Grupo 02 – seis pessoas que fazem tratamento clínico para perda ou controle de peso (dietas, exercícios físicos e/ou medicações); e o Grupo 03 – seis pessoas que estão em processo pré-operatório de cirurgia bariátrica. O estudo B se deterá sobre as entrevistas de oito profissionais de saúde (Grupo Profissionais - dois cirurgiões digestivos, dois endocrinologistas, dois nutricionistas e dois educadores físicos), no intuito de investigar se e como os saberes construídos pelos sujeitos obesos (acessados no Estudo A) se ancoram nos conteúdos que tais profissionais de saúde expressam sobre a obesidade. Todas as entrevistas serão realizadas a partir de roteiros semiestruturados e todos os procedimentos serão audiogravados para posterior transcrição e análise.

➤ **RISCOS diretos** para o voluntário: Uma situação de investigação pode se configurar como constrangedora para os participantes quando eles consideram a situação como desconhecida ou se sentem julgados e avaliados. A pesquisadora tentará minimizar esse risco a partir da explicação dos objetivos da pesquisa; da garantia do anonimato e do direito do participante interromper os procedimentos a qualquer momento, podendo inclusive declinar de sua participação sem prejuízos à pesquisa; da garantia no recebimento de respostas e esclarecimentos sobre qualquer dúvida concernente aos procedimentos, riscos, benefícios do estudo, entre outros, sempre que desejado; e do bom relacionamento que se tentará estabelecer entre os participantes e a pesquisadora e entre os próprios participantes. Vale também ressaltar que as informações coletadas serão utilizadas apenas para o propósito da pesquisa ou as atividades de formação profissional, assim como o participante não arcará com custos ou receberá recompensa financeira por sua participação. Caso os procedimentos suscitem no participante a necessidade de lidar com os conteúdos evocados de forma mais intensa e sistematizada, eles serão encaminhados para serviços de saúde mental da rede pública ou, se for da preferência e disponibilidade do participante, para a rede privada de atenção à saúde, com devido encaminhamento elaborado pela pesquisadora, a fim de que se possa dar início ao acompanhamento adequado.

➤ **BENEFÍCIOS diretos e indiretos** para os voluntários: Com os resultados deste trabalho, se espera ampliar a compreensão sobre os saberes construídos sobre a obesidade por sujeitos obesos e como se dão os processos de construção e compartilhamento desses, podendo inclusive auxiliar na reflexão sobre práticas de cuidado relacionadas ao indivíduo. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados aos participantes após a conclusão do estudo e divulgados através de participação em congressos e publicação de artigos em periódicos especializados, contribuindo para a ampliação do corpo de conhecimentos que se tem produzido sobre o tema.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, audiogravados, ficarão armazenados em um pen-drive, sob a responsabilidade da pesquisadora Clarissa C. G. Correia, no Laboratório de Interação Social Humana (LabInt), Departamento de Psicologia, UFPE, no endereço Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. 9º andar. Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelo período de mínimo cinco anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos comprovadamente

decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

---

(assinatura do pesquisador)

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Obesidade e Sistemas de Representações Sociais: estudos com grupos de pessoas obesas**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA do ESTUDO A

- Dados de Identificação:
  - Idade
  - Escolaridade e Profissão
  - Renda média mensal
  - Estado civil e composição familiar
  - Grau de Obesidade (IMC)

Relação com o corpo

Padrão ideal?

Obesidade

É doença? Causas; beleza, saúde, jovialidade

Práticas Sociais – tipos, eficiência

Sociedade e obesidade

Fontes de conhecimento

Histórico Pessoal

Considera-se obeso? Convive com outras pessoas obesas?

Trajectoria do corpo; ganho e perda de peso, práticas, incômodos, limitações

Desejo de mudança?

Objetivos no emagrecimento (Apenas para os Grupos 02 e 03)

Cirurgia Bariátrica (Apenas para o Grupo 3)

## APÊNDICE C – ROTEIRO de ENTREVISTA DO ESTUDO B

### Dados de Identificação

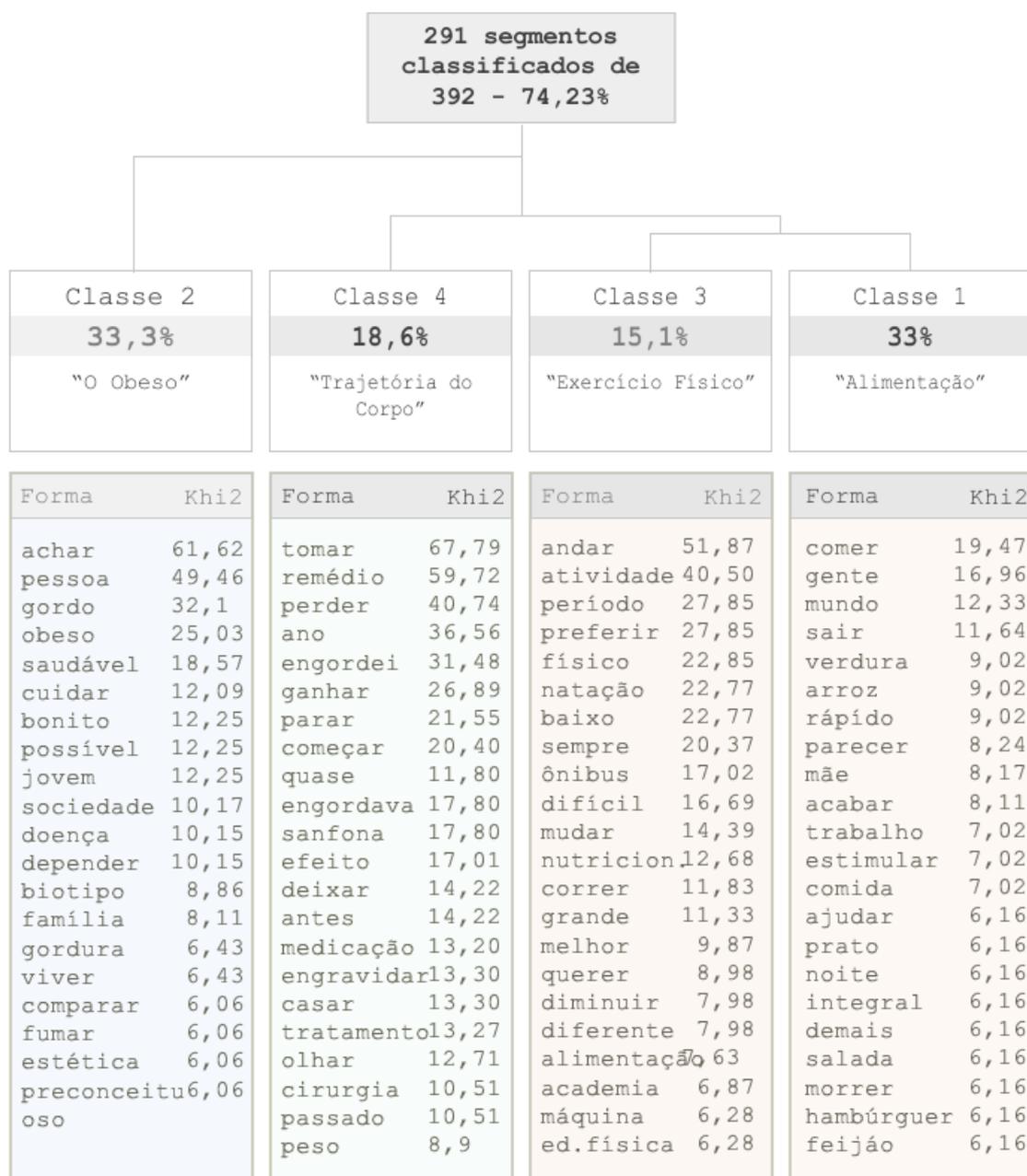
- Nome:
- Idade:
- Especialidade:
- Tempo de atuação profissional:
- Titulação máxima:

- Saúde e Doença

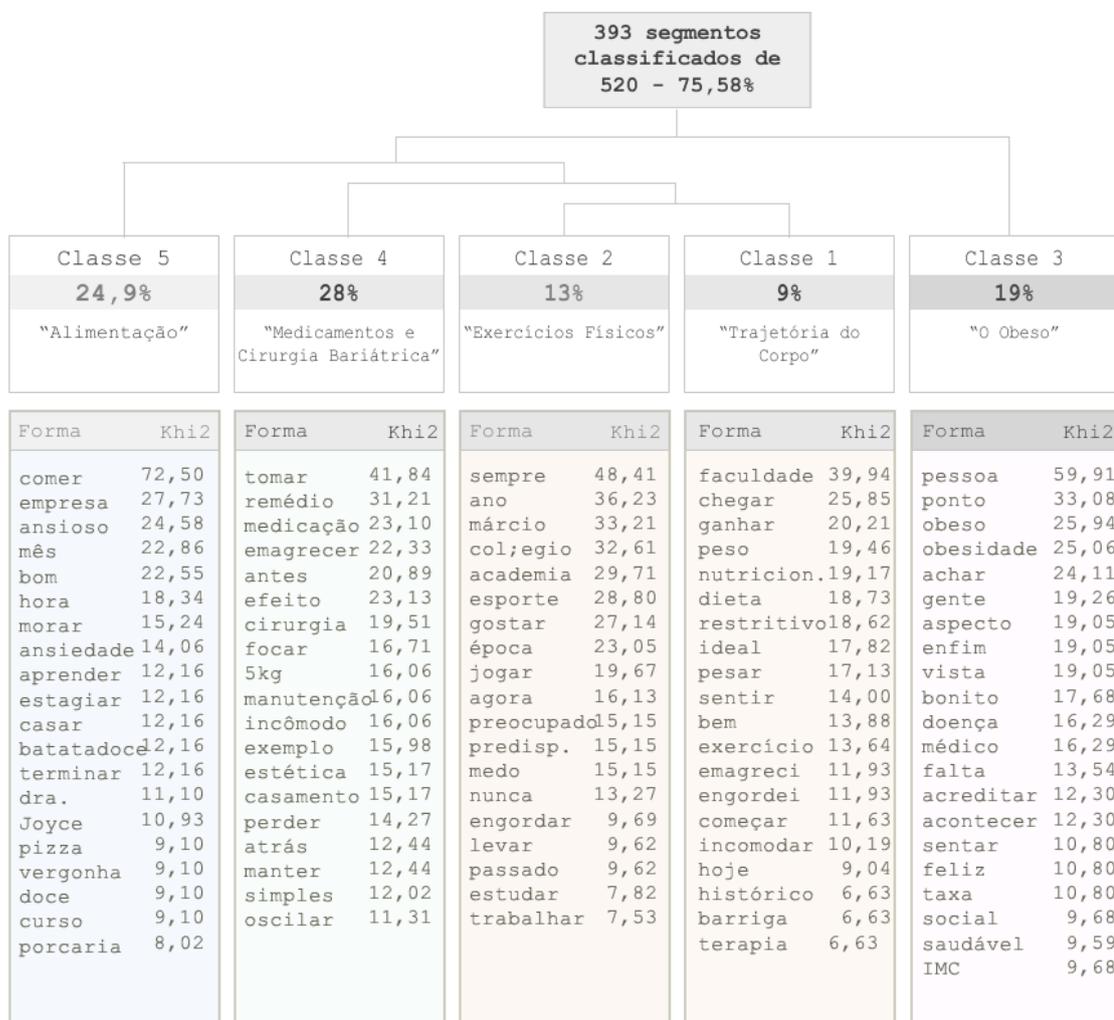
- Obesidade

É doença? Causas, formas de lidar, beleza, saúde, jovialidade

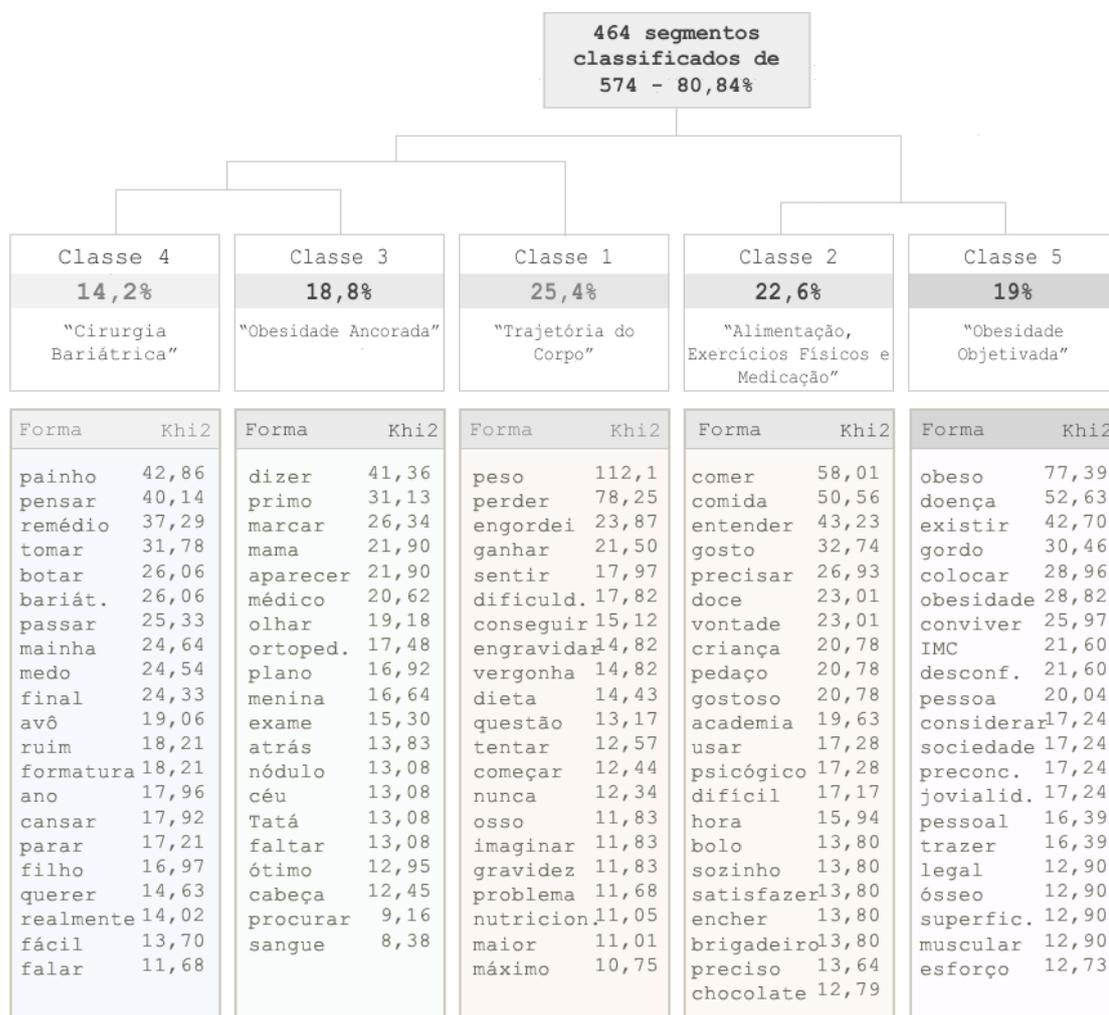
**APÊNDICE D – DENDROGRAMA RESULTANTE DA CLASSIFICAÇÃO  
HIERÁRQUICA DESCENDENTE SOBRE A OBESIDADE DO GRUPO 01**



**APÊNDICE E – DENDROGRAMA RESULTANTE DA CLASSIFICAÇÃO  
HIERÁRQUICA DESCENDENTE SOBRE A OBESIDADE DO GRUPO 02**



**APÊNDICE F – DENDROGRAMA RESULTANTE DA CLASSIFICAÇÃO  
HIERÁRQUICA DESCENDENTE SOBRE A OBESIDADE DO GRUPO 03**



**ANEXOS**  
**ANEXO A – CARTA de ANUÊNCIA**

Mariana Oliveira Sobral  
Psicóloga Clínica

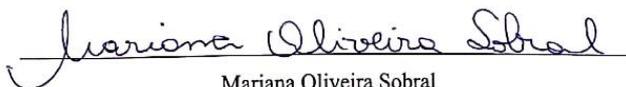
**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Clarissa Cristina Gonçalves Correia**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Obesidade e Sistemas de Representações Sociais**: estudos com grupos de pessoas obesas, que está sob a coordenação/orientação da **Profa. Maria de Fátima de Souza Santos**, cujo objetivo é investigar, a partir do referencial da Teoria das Representações Sociais, os saberes que pessoas obesas com diferentes estratégias para lidar com a obesidade, constroem para dar sentido ao fenômeno da Obesidade, neste **Consultório de Psicologia**.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a este Consultório o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 01 de Março de 2019



Mariana Oliveira Sobral

Psicóloga Clínica

CRP 02/20.893

**Mariana Oliveira Sobral**  
Psicóloga  
CRP - 02/20893

Consultório Dra. Mariana Oliveira Sobral

Rua Doze de Outubro, nº 35, Graças, Recife/PE, CEP: 52050-320.