



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

TELMA SOUZA E SILVA GEBARA

**OBESIDADE, MAGREZA, ALIMENTAÇÃO E CIRURGIA BARIÁTRICA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS COM OBESIDADE**

CURITIBA

2017

TELMA SOUZA E SILVA GEBARA

**OBESIDADE, MAGREZA, ALIMENTAÇÃO E CIRURGIA
BARIÁTRICA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS COM
OBESIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária

Orientadora: Profa. Dra. Gislei Mocelin Polli

CURITIBA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

G293 Gebara, Telma Souza e Silva.

Obesidade, magreza, alimentação e cirurgia bariátrica:
representações sociais de pessoas com obesidade / Telma
Souza e Silva Gebara; orientadora Prof^a Dra. Gislei Mocelin
Polli.

135f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,
Curitiba, 2017.

1. Obesidade. 2. Representações sociais. 3. Cirurgia
bariátrica. 4. Magreza. 5. Alimentação. 6. Psicologia social
comunitária. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-
Graduação em Psicologia/ Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 616.398

Nome: Telma Souza e Silva Gebara

Título: Obesidade, magreza, alimentação e cirurgia bariátrica: representações sociais de pessoas com obesidade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Banca examinadora

Professora Doutora Maria Cristina Antunes

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

Professora Doutora Everley Rosane Goetz

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Assinatura _____

Professora orientadora Doutora Gislei Mocelin Polli

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

*Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio dos luceros que cuando los abro
Perfecto distingo lo negro del blanco.
(Violeta Parra)*

Dedico este trabalho ao meu marido e meus filhos, pelo incessante incentivo e por toda compreensão. Dedico também à memória da minha mãe, por toda sua força e coragem e ao meu neto recém-nascido, pela enxurrada de amor e luz que trouxe à minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todos os dias da minha vida, por essa e por todas as oportunidades.

Aos meus amores Radi, Camilla, Natalia, Gabriel, Juliana, Gael e Lucas, que por acreditarem, fazem de mim uma pessoa melhor. Aos meus sogros Mufid e Genny, por sempre sentirem-se orgulhosos dos meus esforços. Aos queridos Martha, Sivia, Martita, Paschoal, Julio, Roberto, minhas sobrinhas e sobrinhos, ao meu pai e aos meus irmãos, especialmente à minha querida Rosely (Liquinha), por serem os alicerces da minha vida.

À minha orientadora, Professora Doutora Gislei Mocelin Polli, por seu apoio e amizade, além de sua dedicação, competência e especial atenção nas revisões e sugestões, mas acima de tudo pela sua generosidade, fator fundamental para a conclusão deste trabalho.

Às minhas queridas mestres, Professora Andréa Tarzia e Professora Priscila Dabaghi Barbosa, hoje minhas coordenadoras e colegas de profissão, pela oportunidade, pelo incentivo, pela amizade e pelo carinho de sempre.

À minha querida amiga Vaviane, por sempre estar presente trazendo uma palavra amiga e de incentivo.

Às minhas colegas de profissão e de trabalho, Ana Claudia e Petra, por terem se reorganizado permitindo que eu pudesse concluir o mestrado sem me afastar do meu trabalho. Também às queridas Silvana, Viviane, Lize, Rubia e Louise, por toda torcida e energia positiva. Aos meus companheiros de trabalho do CSA que comemoram comigo essa vitória.

À Universidade Tuiuti, de onde sou egressa e que agora me concede a oportunidade de galgar mais esse degrau na minha carreira profissional. A todas as professoras do Programa de Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná, por haverem contribuído na minha formação.

À minha querida colega Dra. Maria Paula Carlini Cambi e ao Dr. Giorgio Baretta, por toda a ajuda e confiança no processo de coleta de dados. A todos os participantes desta pesquisa, pela oportunidade de aprendizado, a eles dedico o meu mais profundo respeito.

Aos colegas de mestrado da turma de 2015 e 2016, pelo companheirismo desde o início dessa jornada, em especial à Adriana, Ângela e Nara.

Aos meus alunos, que muitas vezes compreenderam o meu cansaço em sala de aula, tratando-me com respeito e carinho.

RESUMO

A obesidade um problema que deixou de ser individual e desde há algum tempo se caracteriza por seu cunho social e, sendo o obeso um refém desta e a Psicologia Social Comunitária o principal ramo da Psicologia voltado aos processos de transformação e fortalecimento, esta pesquisa pretendeu identificar em adultos obesos as representações sociais da obesidade, da alimentação, da magreza e da cirurgia bariátrica. Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal de natureza descritiva e exploratória, não experimental, fundamentada com abordagem qualitativa. Os participantes foram divididos em dois grupos: cirúrgico e não cirúrgico, formados pelo mesmo número de participantes. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2016, através de entrevista em profundidade e de aplicação de questionário composto de questões abertas e fechadas. Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico SPSS, as respostas dos questionários foram codificadas e analisadas descritivamente (frequência absoluta, média e desvio-padrão). Para a análise dos dados oriundos da entrevista, foi utilizado o *software* IRaMuTeQ, desenvolvido por Pierre Ratinaud (Ratinaud, 2009; Lahlou, 2012) e licenciado por GNU GPL (v2), auxiliando na análise textual ou do conteúdo das respostas dos dois grupos. Participaram do estudo 16 adultos, sendo doze mulheres e quatro homens, com idade entre 20 e 58 anos ($M = 39,3$; $DP = 10$). Todos foram considerados obesos segundo a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), com peso corporal entre 82 kg e 143 kg ($M = 105,75$; $DP = 14,7$). O resultado do teste de silhuetas corporais indicou que os 16 pacientes pesquisados estão insatisfeitos com sua imagem corporal devido ao excesso de peso. Os *corpora* para análise das representações sociais sobre a obesidade, alimentação, magreza e cirurgia bariátrica foram gerados a partir de respostas abertas às questões sobre a representação de cada condição descrita. A representação social da obesidade se dispõe em torno de três principais eixos: os aspectos deletérios da obesidade sobre a saúde; sentimentos e percepções relacionadas ao desmerecimento social; e aos sentimentos próprios referidos. A representação social da alimentação está ancorada na preocupação com a saúde, no comportamento alimentar e em como e quanto esse comportamento pode influenciar nas suas práticas alimentares. As representações sociais da magreza surgem de forma coincidente como um estado de beleza, de felicidade e de autoconfiança, perceptivelmente almejado entre o grupo. A análise das representações sociais da cirurgia bariátrica permitiu perceber diferenças entre os grupos favorável e não favorável à cirurgia, apesar de ambos entenderem a intervenção como uma das opções de tratamento da obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Representações sociais. Cirurgia bariátrica. Magreza. Alimentação. Psicologia Social Comunitária.

ABSTRACT

Whereas the obesity is a problem that has ceased to be individual and for some time is characterized by its social nature and, being the obese a hostage of it and the community social psychology the main branch of psychology focused on the processes of transformation and strengthening, this research sought to identify, in obese adults, the Social Representations of obesity, diet, leanness and bariatric surgery. This is a cross-sectional research of descriptive and exploratory nature, not experimental, based on a qualitative approach. The participants were divided into two groups: surgical and non-surgical, formed by the same number of subjects. The data collection took place between June and August of 2016, through an in-depth interview with a questionnaire composed of open and closed questions. Data were analyzed using the SPSS statistical package, questionnaire responses were coded and analyzed descriptively (absolute, average frequency and standard deviation). For the analysis of data from the interview, the software IRaMuTeQ was used, developed by Pierre Ratinaud (Ratinaud, 2009; Lahlou, 2012) and licensed by GNU GPL (v2), contributing to the textual analysis or the content of the responses of the two groups. Sixteen adults, twelve women and four men, aged between 20 and 58 years ($M = 39,3$; $DP = 10$) participated in this study. All were considered obese according to the classification of Body Mass Index (BMI), with body weight between 82 kg and 143 kg ($M = 105,75$; $DP = 14,7$). The result of the estimations of body mass from silhouettes indicated that the 16 patients surveyed were dissatisfied with their body image due to overweight. The *corpora* for analysis of social representations about obesity, eating, leanness and bariatric surgery were generated from open answers to questions about the representation of each described condition. The social representation of obesity is based around three main axes: the deleterious aspects of obesity on health; feelings and perceptions related to social demerit and to the feelings of those surveyed. The social representation of food is anchored on the preoccupation with health, in the alimentary behavior and in how and how much this behavior can influence in their alimentary practices. The social representations of the leanness appear coincidentally like a state of beauty, of happiness and self-confidence, perceptually desired among the group. The analysis of the social representations of bariatric surgery allowed us to perceive differences between the favorable and unfavorable groups for surgery, although both groups understood the intervention as one of the treatment options for obesity.

Key words: Obesity. Social representations. Bariatric surgery. Thinness. Feeding. Community Social Psychology.

RESUMEN

Considerando la obesidad un problema que dejó de ser individual y desde hace algún tiempo se caracteriza por su naturaleza social y, siendo el obeso un rehén de la misma y la psicología social comunitaria el principal ramo de la psicología volcada a los procesos de transformación y fortalecimiento, esta investigación, pretende identificar en adultos obesos, las Representaciones Sociales de la obesidad, de la alimentación, de la delgadez y de la cirugía bariátrica. Se trata de una investigación de tipo transversal de naturaleza descriptiva y exploratoria, no experimental, fundamentada con abordaje cualitativo. Los participantes fueron divididos en dos grupos: favorables y no favorables a la cirugía bariátrica, formados por el mismo número de participantes. La colección de datos ocurrió entre los meses de junio a agosto de 2016, a través de entrevista en profundidad y de aplicación de cuestionario compuesto de preguntas abiertas y cerradas. Los datos fueron analizados por medio del paquete estadístico SPSS, las respuestas de los cuestionarios fueron codificadas y analizadas descriptivamente (frecuencia absoluta, media y desvío estándar). Para el análisis de los datos oriundos de la entrevista fue utilizado el software IRaMuTeQ, desarrollado por Pierre Ratinaud (Ratinaud, 2009; Lahlou, 2012) y licenciado por GNU GPL (v2), auxiliando en el análisis textual o de contenido de las respuestas de los dos grupos. Participaron del estudio 16 adultos, siendo doce mujeres y cuatro hombres, con edades entre 20 a 58 años ($M = 39,3$; $DP = 10$). Todos fueron considerados obesos según la clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC), con peso corporal entre 82 kg y 143 kg ($M = 105,75$; $DP = 14,7$). El resultado del test de siluetas corporales indicó que los 16 pacientes investigados están insatisfechos con su imagen corporal debido al exceso de peso. Los *corpora* para análisis de las representaciones sociales sobre la obesidad, alimentación, delgadez y cirugía bariátrica fueron generados a partir de respuestas abiertas a las preguntas sobre la representación de cada condición descripta. La representación social de la obesidad se dispone en torno de tres principales ejes: los aspectos deletéreos de la obesidad sobre la salud; sentimientos y percepciones relacionadas al desmerecimiento social y a los sentimientos propios referidos. La representación social de la alimentación está anclada en la preocupación con la salud, en el comportamiento alimenticio y en cómo y cuánto, este comportamiento puede influenciar en sus prácticas alimentarias. Las representaciones sociales de la delgadez surgen de forma coincidente como un estado de belleza, de felicidad y de autoconfianza, perceptiblemente anhelado entre el grupo. El análisis de las representaciones sociales de la cirugía bariátrica permitió percibir diferencias entre los grupos favorables y no favorables a la cirugía, a pesar de que ambos grupos entienden la intervención como una de las opciones de tratamiento de la obesidad.

Palabras clave: Obesidad. Representaciones sociales. Cirugía bariátrica. Delgadez. Alimentación. Psicología Social Comunitaria.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHD	Análise Hierárquica Descendente
CAP	Compulsão Alimentar Periódica
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DP	Desvio-Padrão
ECNT	Enfermidade Crônica não Transmissível
F	Frequência
IMC	Índice de Massa Corporal
IRaMuTeQ	Interface de R para Análise de Material Textual e Questionários
M	Média
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PICI	Percepção da Imagem Corporal Ideal
PICR	Percepção da Imagem Corporal Real
PSC	Psicologia Social Comunitária
RH	Relações Humanas
SPSS	Pacote Estatístico para as Ciências Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dendrograma da CHD do corpus representações sociais da obesidade.....	67
Figura 2 – Representações sociais da obesidade.....	77
Figura 3 – Dendrograma da CHD do corpus representações da alimentação.	79
Figura 4 – Representações sociais da alimentação.....	89
Figura 5 – Dendrograma da CHD do corpus representações sociais da magreza.	91
Figura 6 – Dendrograma da CHD do corpus representações sociais da cirurgia bariátrica.	99
Figura 7 – Representações sociais da cirurgia bariátrica.	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características da Psicologia Social Comunitária.....	33
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis socioeconômicas, peso/dieta em relação aos grupos cirúrgico e não cirúrgico...	60
Tabela 2 – Resultado do Teste de Silhueta Corporal – diferença entre PICR e PICI.....	63
Tabela 3 – Opiniões dos grupos cirúrgico e não cirúrgico relacionadas ao papel do nutricionista, do médico e da adoção de tratamento clínico no controle da obesidade.	65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 Teoria das Representações Sociais	24
3.2 Psicologia Social Comunitária	32
3.3 Comunidade.....	36
3.4 Obesidade	40
3.5 Obesidade Excludente	44
3.6 Tratamentos da Obesidade	46
3.7 Alimentação e Imagem Corporal	49
4 MÉTODO	54
4.1 Delineamento da Pesquisa.....	54
4.2 Participantes.....	54
4.3 Procedimento Ético	55
4.4 Instrumentos	56
4.5 Equipamentos	57
4.6 Local de Coleta de Dados.....	57
4.7 Procedimentos de Coleta de Dados.....	57
4.8 Riscos e Benefícios.....	58
4.9 Análise de Dados	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1 Satisfação com a Imagem Corporal	63
5.2 Representações Sociais da Obesidade	66
5.2.1 Classe 4: a obesidade como doença	68
5.2.2 Classe 3: a discriminação	70
5.2.3 Classe 5: a obesidade representa o feio.....	71
5.2.4 Classe 1: as limitações da obesidade.....	73
5.2.5 Classe 2: as dificuldades de mudança	74
5.2.6 Representações sociais da obesidade para pessoas que pretendem e não pretendem realizar a cirurgia bariátrica	76
5.3 Representações Sociais da Alimentação.....	78
5.3.1 Classe 6: a resistência	80
5.3.2 Classe 4: a preocupação	81
5.3.3 Classe 3: o matar a fome.....	82
5.3.4 Classe 2: o descontrole.....	83
5.3.5 Classe 1: o alimento e sentimento.....	85
5.3.6 Classe 5: o aprender a comer	86

5.3.7 Representações sociais da alimentação, para pessoas que pretendem e não pretendem realizar a cirurgia bariátrica	87
5.4 Representações Sociais da Magreza	90
5.4.1 Classe 3: a confiança.....	92
5.4.2 Classe 4: a aceitação	92
5.4.3 Classe 2: o desejo de felicidade	93
5.4.4 Classe 1: o belo	94
5.4.5 Representações sociais da magreza para pessoas que pretendem e não pretendem realizar a cirurgia bariátrica	95
5.5 Representações Sociais da Cirurgia Bariátrica	97
5.5.1 Classe 2: as expectativas.....	100
5.5.2 Classe 1: o imediatismo	101
5.5.3 Classe 4: a esperança	102
5.5.4 Classe 3: a insegurança	103
5.5.5 Classe 5: a solução dos problemas.....	104
5.5.6 Classe 6: o receio	105
5.5.7 Representações sociais da cirurgia bariátrica para pessoas que pretendem e não pretendem realizá-la.....	106
5.6 Conclusões.....	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICES.....	130
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	130
Apêndice 2 – Questionário	132

1 INTRODUÇÃO

A alimentação tem sido apontada como um fator responsável por muitas das doenças atuais, não se resumindo a um aspecto mecânico ou meramente fisiológico, pois envolve uma dimensão muito mais ampla do homem e, apesar do contexto em que se insere, há de se lembrar que a condição de comida farta não possui relação direta reconhecida como extremamente prazerosa, exigindo profunda abordagem de seu aspecto com a necessidade do aumento da ingestão (Carvalho & Martins, 2004; Garcia, 2005). Muitas vezes, o alimento e, conseqüentemente, a alimentação tornam-se uma potência impulsionadora causando uma determinada “dependência”. Não é raro nos tornarmos dependentes daquilo ou daquele que nos domina. Para Wanderley e Ferreira (2010), a fome e a sede são forças psicossociais motivadoras.

O comportamento alimentar não se relaciona apenas com aquilo que comemos (quando, como e com quem), mas também com aspectos subjetivos que envolvem o ato de comer (escolhas, adequação alimentar, preparação desejada, quantidades). A sensibilidade gastronômica aponta modos de vida e imaginário social. Rituais são construídos ao entorno da alimentação de um povo relacionando o ato de comer com o “grau de civilização” de uma sociedade, servindo como critério de inclusão ou exclusão do indivíduo em grupos sociais (Leonardo, 2009).

A comida retrata a manifestação da organização social, a essência simbólica dos costumes, o registro do modo de pensar a corporalidade do mundo, em qualquer que seja a sociedade. Os alimentos não são apenas comidos, mas também pensados; a comida possui um significado simbólico, muito além da nutrição (Reinhardt, 2000).

Alimentação, alimento, “comer para viver” e “viver para comer” são dicotomias com diferentes representações e proporções para cada pessoa, diferentes até mesmo para homens e mulheres, adultos e idosos, crianças e adolescentes. Trata-se de um enredado de significados que envolve desde experiências pessoais até o âmbito cultural, transitando entre ações e situações

relacionadas ao seu preparo e consumo, que se dão com base na identidade cultural, condição socioeconômica, religiosidade e na memória familiar de um indivíduo, que, de forma abstrata, constantemente são ressuscitadas pela experiência visceral e pelos órgãos dos sentidos, enquanto que, no plano concreto, são reinterpretadas a cada momento segundo as condições disponíveis (Garcia, 1997).

As mudanças causadas no corpo e na imagem corporal pelos hábitos alimentares e os impactos causados são sentidas de distintas maneiras para cada um, reforçando ou privando esse sujeito de sua identidade, especialmente quando nesse corpo se instala a obesidade. As consequências da obesidade sobre a saúde são inúmeras, variando de um risco maior de morte prematura a diversas doenças não fatais, porém, debilitantes, com efeitos adversos sobre a qualidade de vida. Perder peso muito mais do que uma medida estética, visa à redução de riscos de morbidade e mortalidade associadas à obesidade e, seja qual for o tratamento, conta com a imposição de mudanças comportamentais relacionadas ao estilo de vida, além de modificação do padrão alimentar tradicional conhecido e aceito pelo sujeito com obesidade (Nonino-Borges, Borges, & Santos, 2006).

A obesidade frequentemente está associada aos estigmas, à discriminação, aos preconceitos e à exclusão. Então, conhecer o que sujeitos com obesidade sentem em relação à sua condição e sobre possíveis terapias corretivas desta possibilita a ruptura sobre uma situação dada, que pode ser transformada no momento em que é discutida, socializada, polemizada e politizada. Do ponto de vista socioeconômico, é um fenômeno passível de discussão no que diz respeito à piora das relações de trabalho, menosprezo por parte das políticas públicas de saúde, fragilidade dos vínculos, segregação dos espaços e agudização dos processos de exclusão (Garcia, 1997; Castro, 2011). O culto à imagem corporal pode causar desconforto na pessoa em condição de obesidade, levando-a a sentir-se e a construir de si uma visão negativa, por vezes, levando à

exclusão social, baixa autoestima e infelicidade (Gordon, Kaio, & Sallet, 2011; Pereira & Buriola, 2011).

A obesidade, em suas diversas causas, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), é de fato considerada uma patologia, portanto deve ser tratada como tal (CID-10, 2016). Os programas de perda de peso envolvem a combinação de dieta, exercício físico, modificação do comportamento e, em alguns casos, utilização de medicação e/ou tratamento cirúrgico.

O paciente obeso sofre não apenas da morbidade e mortalidade associadas à obesidade, mas também se mostra fragilizado frente a uma ampla gama de problemas psicológicos, como por exemplo, a passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005).

Segundo Moliner e Rabuske (2008), a possibilidade cirúrgica bariátrica deve considerar o significado da alimentação e da obesidade pelo indivíduo e seu entorno, assim como suas aptidões para conduzir os extremos e sentimentos de incômodo e frustrações. Além disso, ao optar pela cirurgia, deve-se procurar conhecer fatores relacionados à decisão em submeter-se ao procedimento e suas expectativas relacionadas ao pós-operatório.

A busca do sujeito em condição de obesidade em apropriar-se de conceitos e afirmações gerados nos contatos sociais a respeito de sua imagem e condição diferenciada atribui a esse grupo social descrições que envolvem perspectivas transformadoras em sua comunidade. Comunidade, para Heller (1997), é um sistema de relação que remete ao mais alto grau de desenvolvimento e genericidade. Nesse sentido, considerando a demanda de condições não desejadas impostas pela obesidade compartilhadas por esse grupo e sua busca por mudanças, de luta contra a exclusão e

de liberdade, poderia essa comunidade tornar-se centro motivador dessas mudanças, já que, segundo Sawaia (1996), abrange todas as formas de relacionamento caracterizado por um grau elevado de intimidade pessoal, profundidade emocional e engajamento moral, continuado no tempo.

Agudo (2007) entende a comunidade como um conglomerado humano que se associa, tornando comuns determinadas condições de vida, e que, ao fazê-lo, promove condições de convivência novas e próprias. Tais condições compartilhadas possuem caráter físico e cultural, este último envolvendo valores, ideias, instituições, tradições – representações construídas a partir dessas interações coletivas-sociais (Blanchs, 2007; Azevêdo, 2009).

A Psicologia Social Comunitária (PSC) apresenta-se como sendo a Psicologia que se ocupa da comunidade, delimitando o assistencialismo e o comunitário com muita clareza. Para Montero (2004), talvez a PSC seja a expressão mais desenvolvida na América do Sul voltada ao surgimento, crescimento e fortalecimento de comunidades autogestoras e na solução de seus problemas, trazendo consigo a curiosidade de estudos como as relações de poder e controle sobre as circunstâncias da vida, seus efeitos sobre os processos psicossociais e, particularmente na América Latina, sobre intervenções críticas aplicadas à transformação social, fortalecendo os processos sociais para a solução de seus conflitos e problemas.

Para Rappaport (1997), os componentes que explicam a Psicologia Comunitária são a contingência cultural, a diversidade e o movimento ecológico com os quais está comprometida, promovendo a integração entre o indivíduo e o meio, considerando o bem-estar de diferentes porções da comunidade contidas em uma organização social maior. Cabe a ela estimular que indivíduos e grupos reavaliem seus hábitos, atitudes, valores e práticas individuais ou comunitárias, percebendo-se como tal (Abid, 1984).

A maneira como os indivíduos organizam suas suposições, crenças e atitudes sobre suas práticas sociais, e os estudos sobre os sistemas de resposta à necessidade de encontrá-las têm sido

objetos de estudo da Psicologia Social, entretanto, é necessário destacar que apenas uma menor parcela de nossos conhecimentos a respeito do mundo nasce de vivências particulares. A maior parcela desses conhecimentos decorre do meio no qual estamos inseridos e nos é transferida pelas comunidades das quais participamos (Vala & Castro, 2013; Justo, 2016).

A proposta de ter nas representações sociais o enfoque teórico necessário para o estudo de um grupo de pessoas não considera tão somente identificar e analisar os objetos sociais relevantes na comunidade sobre determinada conjuntura social vivida, mas se trata de aplicar as representações sociais ao estudo dos sentimentos dos membros de uma determinada comunidade frente ao impacto causado, por exemplo, a uma determinada situação de conflito. Perceber como esses membros reagem e enfrentam tais circunstâncias e analisar, junto a essas pessoas, quais as possibilidades de haver uma organização para que possa existir um enfrentamento coletivo (Blanchs, 2007).

Segundo Jodelet (2001), a representação social caracteriza um modelo de conhecimento, pensado e compartilhado de forma comum, que objetiva estruturar um modelo de prática em uma comunidade. Se considerarmos a abordagem das representações sociais pela Psicologia Social como voltada à relação que o indivíduo possui com a sociedade, e como ele reflete sobre essa relação como sendo seu próprio conhecimento, considerando os grupos e os sujeitos nessa construção, torna-se compreensível querer investigar as representações sobre suas condições sociais, psicológicas e físicas.

As representações orientam as relações sociais e as ações, determinando, assim, um sistema de pré-decodificação da realidade que irá determinar um conjunto de antecipações de ideias e de comportamentos que constituem o senso comum. Possuem natureza psicológica e natureza social, ou seja, a opinião sobre seu significado difere segundo a cultura, classe social ou o grupo, criando diferentes universos de opiniões sobre um mesmo assunto. As RS permitem a compreensão do comportamento alimentar com a intenção de entender as informações

relacionadas à alimentação que se associam à saúde, e que são levadas em consideração pelos sujeitos (Garcia, 2005).

Compreendem-se as representações sociais de diversas maneiras, relacionando-as ou não ao imaginário social. Quando associadas, cria-se relação íntima entre indivíduos que dividem uma mesma experiência social, em contrapartida, quando a atenção é voltada sobre o caráter simbólico de atividades representativas de pessoas que compartilham uma mesma condição ou experiência social, estas são expressas segundo o que representam no mundo social, adotando interpretações, valores e aspirações determinadas pela sociedade. Ao estudarmos modelos de pensamento que produzem sentimentos compartilhados socialmente, podemos determinar diferentes modos de sentir e relacionar-se.

A perspectiva das representações sociais propicia a compreensão da relação que as pessoas têm com o próprio corpo sob a influência dos modelos de pensamento e de comportamento, visto que esse corpo pode ser considerado interlocutor não verbal e campo de influência de destaque nas transformações sociais. Vê-se, então, por meio das representações sociais, a possibilidade da associação e entendimento sobre o vínculo existente entre pensamento e ação, tornando possível avaliá-lo para que, posteriormente, possa existir uma intervenção (Campos, 2012).

É possível que a angústia causada pela condição de “exclusão” imposta pela presença de obesidade traga à tona uma série de atitudes extremas, entre elas, a que o sujeito em condição de obesidade possa vislumbrar a possibilidade de solucionar definitivamente o problema? Essa possibilidade poderia ser considerada ainda que demande sacrifícios que o levem aos extremos da abdicação de seu principal prazer ou, até mesmo, de conceitos e sabedorias “tatuadas” em sua alma fisiológica como correto e/ou saudável?

Nesse sentido, considerando a obesidade um problema que deixou de ser individual, sendo, então, caracterizada por seu cunho social e, sendo o sujeito em condição de obesidade um

refém desta e a PSC principal ramo da Psicologia voltado aos processos de transformação e fortalecimento, pretende-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: quais são as relações que pessoas obesas têm com a alimentação, com a condição de obesidade e quais são suas expectativas frente às possibilidades de tratamentos para a promoção de perda de peso?

A relevância desta pesquisa reside na compreensão da representação social de um grupo de pessoas no que se refere ao corpo e à autoimagem, seus significados e às justificativas geradas pela presença da obesidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar as representações sociais de pessoas obesas à respeito da obesidade, da magreza, da alimentação e da cirurgia bariátrica.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as representações sociais de pessoas que estão obesas sobre a obesidade.
- Identificar as representações sociais da alimentação sob a ótica das pessoas em condição de obesidade.
- Compreender as representações sociais e os significados da magreza para pessoas em condição de obesidade.
- Perceber a representação social da cirurgia bariátrica e/ou sua possibilidade em pessoas diagnosticadas com obesidade.
- Avaliar a percepção do sujeito em condição de obesidade sobre sua imagem corporal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta dissertação, foram abordados os seguintes temas: teoria das representações sociais, PSC, a obesidade e seus tratamentos, a alimentação e a imagem corporal.

3.1 Teoria das Representações Sociais

Na tentativa de identificar como os parisienses compreendiam a Psicanálise na década de 1960 na França, o psicólogo social Serge Moscovici realizou uma pesquisa intitulada “A psicanálise, sua imagem e seu público” (Rocha, 2014). Moscovici estudou como a Psicanálise estaria sendo pertinente aos diferentes extratos da sociedade francesa, mais especificamente, como um conhecimento científico era percebido e transformado pelo conhecimento do senso comum. A partir dessa pesquisa, ocorreu o estudo inaugural da Teoria das Representações Sociais (TRS) (Brasil & Cabecinhas, 2014). Ao criar a TRS, Moscovici (1976) vislumbrou demonstrar que a visão de realidade aceita até então pela teoria positivista e funcionalista era parcial e não compreendia a dimensão histórica e crítica da realidade.

Apesar de reconhecer que o estudo das representações sociais partiu das representações coletivas estudadas por Durkheim, Moscovici (1981, 1989, 2003) destaca que a Psicologia Social deve abordá-la de maneira distinta ao da Sociologia. O olhar de Durkheim estava voltado para as representações coletivas que, segundo ele, articulavam uma vasta classe de formas intelectuais, referindo-se à ciência, religião, mitos, categorias de espaço e tempo etc. Moscovici considerou não ser possível manter tão vasta classe de conhecimento e crenças, devido às heterogeneidades e impraticabilidade de descrição simples. Para o autor, a TRS somou duas modificações importantes ao conceito inicial de Durkheim, ao ser compreendida como uma forma peculiar de adquirir conhecimento e divulgar o conhecimento já adquirido (Kuhnen, 2002; Polli & Kuhnen,

2011). O conceito de representações coletivas foi substituído por Moscovici (2003, 2010) pelo de representações sociais como forma de demonstrar que os saberes sociais não são homogêneos, tampouco partilhados como tais entre toda a sociedade, como eram entre as sociedades primitivas as representações coletivas, que eram compartilhados nas diferenças da desigualdade social.

Conceituar representação social não é tarefa simples e consensual. Provavelmente, o principal argumento de acesso à representação esteja vinculado ao saber que supera a aparência das coisas, tornando o representado distinto do real, concreto e tangível. Nessa compreensão, da representação, as contribuições teóricas apontam para o habitual ou o experimentado, alicerçando a origem de seu conhecimento (Polli & Kuhnen, 2011).

As representações sociais caracterizam-se como sistemas de valores, ideias e práticas com a dupla função de convencionalizar o mundo e de serem prescritivas das práticas sociais. Tratam do senso comum como uma forma de compreensão que tem por base imagens e sentidos, necessária para existência das coletividades (Santos, 2010). Percebem-se as representações sociais através de interpretações que envolvem a relação do indivíduo com o mundo e com os outros, conduzindo comportamentos e interações sociais, interferindo em processos relacionados à propagação e compreensão das ideias do crescimento pessoal e global, à descrição das identidades pessoais e coletivas, à revelação dos conjuntos e às transformações comunitárias, devendo ser estudadas harmonizando-se entre os elementos afetivos, cognitivos, mentais e sociais, considerando, ainda, as relações sociais que influenciam as representações e a realidade material, social e ideativa, sobre a qual devem interceder (Jodelet, 2001).

Cada universo criado possui três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem. A orientação global favorável ou desfavorável sobre determinado objeto da representação constitui a atitude; a informação trata dos conhecimentos do grupo com relação ao objeto e a imagem ou campo de representação é o conteúdo concreto e limitado referente a um aspecto preciso do objeto. Para que se lance um olhar amplo sobre os sentidos das

representações sociais, é necessário considerar suas três dimensões e, ainda, considerar que estas lançam sobre os indivíduos uma força irresistível, resultado da combinação de uma estrutura presente antes mesmo que se comece a pensar, e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado (Moscovici, 1976, 2003).

A TRS caracteriza-se no campo dos estudos psicossociológicos, tanto como um conjunto de fenômenos quanto como um conceito que se refere a uma teoria que busca explicá-los (Sá, 1996; Polli & Kuhnen, 2011). Apesar de Moscovici (1976) defender que uma caracterização de seu conceito ocasionaria uma redução de sua abrangência teórica, para Wagner (1998), trata-se de um conteúdo mental estruturado (cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico) público, ou seja, a criação de um objeto social pela comunidade.

Ao mesmo tempo que configuram um produto e um processo, as representações sociais trazem consigo uma ampla definição para seus fenômenos, elaborados, segundo Jodelet (2001), de forma e a partir de conhecimentos comuns, socialmente compartilhados, com um propósito prático baseado na realidade de uma comunidade (Wachelke & Camargo, 2007).

Entende-se, portanto, que as representações sociais caracterizam formas compartilhadas de entendimento do mundo e da inquietude dos sujeitos frente suas parcialidades e às normas coletivas de uma determinada cultura e sociedade, atuando como estratégias de auxílio na compreensão de informações, posicionamento e justificativa das atitudes de um grupo (Torres, Camargo, Bousfield, & Silva, 2015), ocorrendo de maneira ativa na vida social desse grupo, com elementos que constituem um conhecimento que diz algo sobre determinada situação, caracterizando uma forma de conhecimento elaborado e compartilhado socialmente, resultando em contextos comuns e em um saber do saber comum, que, apesar de diferente do conhecimento científico, pode ser influenciado por ele (Jodelet, 2001).

As representações sociais alicerçam as categorias identitárias como um esteio entre as identidades sociais e as relações em grupo traduzindo a ideia de senso comum, quando descrevem

as mudanças que diversos grupos sociais fazem das teorias filosóficas e científicas prevalentes nas sociedades (Moscovici, 1976; Vala, 1997). Tal processo aponta duas principais características: a primeira é de que as representações sociais estabelecem uma modalidade de pensamento peculiar das sociedades industriais, portanto, intransigente. Muito embora mantenham estreitos laços com a ideologia, a ciência e o mito, estabelecem um campo próprio de conhecimento humano onde as massas se apropriam e transformam esses conhecimentos elaborados com dinamismo próprio e heterogeneidade mantida. Essa é a principal característica que diferencia as representações sociais das representações coletivas de Durkheim, apresentadas como conhecimentos homogêneos e atemporais das culturas remotas (Pereira & Camino, 2003).

A segunda característica se refere ao fato de as representações sociais não serem responsivas a um estímulo advindo do meio social e sim da edificação do significado desse meio onde se encontram estímulo e resposta, que são determinados um pelo outro (Vala, 2000). Essa característica fundamenta as ações sociais não por imposição de conduta, mas pela construção da esfera para a ocorrência do comportamento, dando sentido ao comportamento, integrando-o numa rede de relações que o vincula ao seu objeto, fornecendo as noções, as teorias e os pontos de observação necessários para torná-las eficientes e estáveis (Moscovici, 1976).

A TRS propõe complexas relações entre o estímulo, o indivíduo e o comportamento social frente às teorias clássicas a respeito de mediadores do comportamento, mas não as reconhece como reações dos sujeitos à realidade e sim como elementos inerentes aos processos de construção social da realidade (Farr, 1995). Sob esse ponto de vista, as representações sociais não apenas arquitetam o comportamento e a função das atitudes na Psicologia Social Clássica, mas elas constroem um rol de possibilidades de que ocorra esse comportamento, onde o sujeito não reage à realidade, ele a constrói (Farr, 1991).

A formação da TRS é influenciada por dois processos: a objetivação e a ancoragem. Esses processos estão intimamente ligados um ao outro e são plasmados por fatores sociais (Moscovici,

1961). A imagem (reprodução concreta do real) e o conceito (abstração do sentido real) são os dois aspectos da TRS. Eles indicam a maneira como o social transforma um conhecimento em representação e como essa representação modifica o social. A compreensão dessas dinâmicas é possível a partir da análise da objetivação e da ancoragem. Esses conceitos demonstram as funções de base das representações sociais: a integração do novo, do inesperado e do inexplicável (Jodelet, 1992).

Segundo Polli e Kuhnen (2011), o alicerce da representação possui as faces figurativa e simbólica, de maneira que todo significado subentende uma figura e toda figura subentende um significado. Tal condição possibilita a compreensão dos processos de objetivação e ancoragem, ambos envolvidos na estrutura da representação. A objetivação é o processo que torna concreto o que é abstrato, que substancializa a palavra, transfazendo o conceito em objeto e tornando-os recíprocos. A objetivação gera a opacidade da representação social, tornando-a opaca a si própria, não se postulando como representação no discurso, sendo enxergada como forma de verdade, como refere Rouquette (1994, p. 172): “A maior parte do tempo, cada um está convencido de que fala da realidade das coisas, quando apenas exprime sua própria compreensão daquilo que percebe.” A objetivação facilita a comunicação, e a faz dissociando-se do objeto ou do conceito científico e/ou ideológico que lhe dá sentido. Talvez sua função mais fundamentada seja a de caracterizar uma inscrição psicossocial. Não há sentimento de arbitrário relacionado à representação do objeto, a imagem se torna o objeto (Chamon, 2007).

O processo de ancoragem refere-se à consolidação social da representação, realizado a partir da associação cognitiva do objeto representado ao pensamento preexistente. Dessa forma, os novos fundamentos do conhecimento são categorizados em redes mais pessoais. O processo de arquivamento utilizado supõe ser essa rede uma base de representação comum ao coletivo, ou seja, tratam-se de categorias socialmente estabelecidas. Pode-se afirmar que o grupo manifesta sua identidade a partir do significado que dá à representação. A ancoragem se refere às

significações ingeridas nas relações simbólicas no grupo social que simboliza o objeto (Jodelet, 1992; Chamon, 2007; Polli & Kuhnen, 2011).

A ancoragem consolida a representação e seu objeto em uma rede de significações viabilizando seu posicionamento em relação aos valores sociais, dando-lhes sentido. Trata-se da representação de um novo objeto associando-o a um conjunto de pensamentos sociais preexistente, introduzindo o novo, mas lhe dando um nome e uma classificação para torná-lo familiar. A ancoragem permite introduzir a novidade ao antigo, ao que já é conhecido, tornando possível a uma representação possuir funcionalidade, de maneira a entender e controlar o ambiente (Sá, 1996; Jodelet, 2001).

O papel que as representações sociais exercem nas práticas e nas relações sociais pode ser percebido nas funções que possuem, entre elas, a função de saber (tornando familiar algo diferente, oportunizando seu entendimento e significado perante à realidade); de orientação (agindo como norteadores de práticas e condutas); justificadora (aparecem como modelos esclarecedores de comportamentos e práticas); e identitária, que distingue os grupos que, ao compartilhar representações sociais, sintam-se pertencentes a certos grupos (Abric, 1994, 1998; Brasil & Cabecinhas, 2014).

O modelo teórico da representação social estimula a invenção e a diversidade, e considerando a heterogeneidade que entremeia a formação de pensamentos, ideias, conceitos, imagens e conhecimento a partir do social e da comunicação. Oportuniza entender processos pelos quais o desconhecido passa a ser conhecido. Pratica e populariza as mudanças, as alterações e a variabilidade que a verdade possui; as representações sociais não permanecem estagnadas, movimentam-se, e esse movimento ocorre dentro do mundo das relações sociais (Polli & Kuhnen, 2011). Além disso, apresentam-se de diferentes modos em diferentes meios (Guareschi, 2000).

A TRS se aplica ao campo da saúde como coadjuvante na compreensão do pensamento e das práticas sociais. O interesse despertado pela TRS, em vários campos das ciências humanas,

decorre em parte da sua potencialidade em explicar o pensamento recorrente dos grupos sociais e da premissa quanto ao entrelaçamento dessa modalidade às práticas sociais. Nos campos da educação e da saúde, a teoria é considerada viável na compreensão da relação entre pensamento e ação dos grupos, oportunizando sua análise e posterior intervenção (Campos, 2012).

Através da comunicação surgem, são expressas e compartilhadas as representações sociais, ganhando espaço em um determinado grupo social (Polli & Camargo, 2015). Campos e Rouquette (2003) consideram a representação como um conhecimento estruturado de papel decisivo na maneira como o homem se comporta frente à prática, afirmando que esse conhecimento é composto de bagagens afetivas ativadas a partir de componentes afetivos, e se permitem analisar que a Psicologia Social de maneira geral, e mais especificamente no campo das representações sociais, resiste em incluir o estudo das perspectivas emocionais ao estudo dos comportamentos coletivos e processos sociossimbólicos.

Nesse contexto, as representações sociais nos permitem nos aproximar do comportamento alimentar com a intenção de compreender como as informações sobre a alimentação, relacionadas ao bom estado de saúde, são entendidas pelo indivíduo, permitindo que sejam utilizadas como norteadoras de suas práticas alimentares, podendo, ainda, serem utilizadas para alumbrar o entendimento do significado e das determinações do comer no mundo atual (Felippe, Friedman, Alves, Cibeira, Surita, & Tesche, 2004; Stenzel & Guareschi, 2012).

Representações sociais são interpretadas como um saber presente no senso comum refletido na rotina de determinada comunidade e esse conhecimento transita da ciência para o senso comum e vice-versa. Assim sendo, são conceituadas teorias sobre saberes populares e do senso comum, construídas e partilhadas de forma coletiva, com o intuito de edificar e elucidar o real. Frente a esse pressuposto, as representações podem ser alcançadas através de informações, opiniões e atitudes a propósito de um dado objeto social (Camossa, Telarolli Junior, & Machado, 2012).

Segundo Cabecinhas (2004), as representações sociais podem ser representativas de determinada comunidade, interferindo no modo como outros grupos as identificam e se conectam com elas. Elas concorrem na definição de um grupo social em sua especificidade, possuindo como material elementar de estudo pareceres verbalizados, atitudes e julgamentos individuais e coletivos sobre determinada realidade.

Fellipe (2003) utilizou a TRS para esclarecer o entendimento do significado e das determinações do comer no mundo atual, onde o encontro com a ideologia tornou-se inexorável e a análise das circunstâncias sócio-históricas levou-a à compreensão do cotidiano gerador de ansiedades, estresses e doenças sociais. Compreender a obesidade remete à evidência do comportamento alimentar. A associação entre alimento, emoções e sentimentos se edifica no crescimento do ser humano, e a interpretação prematura e continuada dos desconfortos emocionais, como a fome, coopera para a ocorrência de problemas do comportamento alimentar.

O padecimento enfrentado pela maioria dos sujeitos com obesidade relaciona-se à hostilidade na vida afetiva e profissional, ao sentimento de fracasso e à culpabilização pessoal e pelos outros indivíduos, pela presença do excesso de peso. Esses aspectos, relacionados aos ideais sociais relativos ao corpo, colaboram para a construção da identidade e da imagem corporal (Puhl & Brownell, 2001). Intervenções em PSC visam promover mudanças na estrutura de uma comunidade, por considerar que existe um conjunto de crenças e normas culturais inerentes ao grupo, buscando desenvolver a participação coletiva, focada nas relações sociais (Moliner & Rabuske, 2008).

Essas intervenções devem investigar a influência das variáveis ambientais no comportamento dos indivíduos, considerando relevante o desenvolvimento das relações sociais (Azevêdo, 2009), identificando a linguagem, os sentimentos e as representações sociais do grupo (Lane, 1981).

3.2 Psicologia Social Comunitária

A reflexão sobre a compreensão do *socius* marca o surgimento da Psicologia Social e, segundo a história, o grande estopim de seu surgimento foi a Segunda Guerra Mundial. A Psicologia Social passou a ser compreendida como o estudo das interações humanas inclinado sobre os problemas relativos às atitudes e aos valores, que podiam ser negativos, como o preconceito, ou positivos, como a liderança (Almeida, 2012). A Psicologia Social tradicional preocupava-se com estudos de grupos, questões específicas da conduta, o ajustamento social, as atitudes, o estereótipo, as relações interpessoais, entre outros, sem, entretanto, vinculá-los a seus contextos histórico-culturais (Lane, 1981; Góis, 2008).

Surge, então, no Brasil e na América Latina na década de 1970, no interior da própria Psicologia Social, um movimento questionando tais posturas e concepções. Esse movimento na Psicologia Social defendia a diversidade cultural e enfocava o contexto e a ideologia como questões que deveriam ser centrais na área. Preocupava-se também com uma relação mais ativa e comprometida dos psicólogos com os problemas da sociedade, com inserção orientada no compromisso de permitir mudanças das condições cotidianas da população à medida que a direção das ações fosse estabelecida por suas necessidades e aflições, com inserção dependente da avaliação da população, comprometida com a possibilidade de mudança social e construção de conhecimento (Freitas, 1998).

Nesse momento, em que as práticas comunitárias se encontravam em ascensão, evidenciava-se o fato de que era necessário superar, também na teoria, o modelo tradicional da Psicologia Social, dando início a uma crítica sistemática dos referenciais teóricos que pregavam “uma concepção harmônica, individualista e psicologizante sobre o homem e a vida social” (Freitas, 2001, p. 59). Na Psicologia, essas ideias provocam um voo direcionado à criação de uma disciplina centralizada nos grupos sociais, na sociedade e nos seus integrantes, enxergando o

homem como ser ativo, dinâmico, gestor da sua realidade, necessidades e expectativas voltadas a uma concepção distinta de saúde e de doença, especialmente na maneira de considerar seu tratamento pelos psicólogos (Montero, 2004).

A PSC reúne intervenções tão distintas como são diversos seus locais de atuação, e busca trabalhar com os grupos populares para que estes possam, pouco a pouco, assumir o papel de elemento principal em sua própria história. A base teórica e prática da PSC fundamenta-se na busca da concepção do pensamento crítico, dos princípios morais de solidariedade e de práticas cooperativas ou, mesmo, autodependentes, baseados na observação de questões cotidianas de um mesmo corpo social (Cedeño, 2010).

De acordo com Montero (2004), as principais características da PSC podem ser descritas conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Características da Psicologia Social Comunitária.

- | |
|--|
| <p>I. Se ocupa de fenômenos psicossociais relacionados aos processos de construção do caráter comunitário, levando em conta o contexto cultural e social do qual surgem.</p> <p>II. Aceita a comunidade como um ser dinâmico composto por agentes ativo, atores sociais relacionados, construtores da realidade em que vivem.</p> <p>III. Enfatiza as forças e capacidades e não as carências e debilidades.</p> <p>IV. Considera a relatividade cultural.</p> <p>V. Inclui a diversidade.</p> <p>VI. Assume as relações que ocorrem entre as pessoas e seu meio ambiente.</p> <p>VII. Assume uma orientação voltada às mudanças sociais voltadas ao desenvolvimento comunitário a partir da dupla motivação: comunitária e científica.</p> <p>VIII. Inclui uma orientação voltada às mudanças pessoais e no processo de inter-relação entre indivíduos e comunidade.</p> <p>IX. Busca que a comunidade tenha poder e controle sobre os processos que a afetam.</p> <p>X. Possui condição política que supõe a formação de cidadania e o fortalecimento da sociedade.</p> <p>XI. Defende a ação comunitária fomentada pela participação que ocorre mediante a mesma.</p> <p>XII. Considera-se uma ciência aplicada capaz de produzir intervenções sociais.</p> <p>XIII. Tem caráter predominantemente preventivo.</p> <p>XIV. Seu caráter científico gera reflexão, crítica e teorias.</p> |
|--|

Fonte: Montero (2004, p. 34).

No Brasil, os trabalhos produzidos entre as décadas de 1960 e 1970, pela denominada Psicologia na Comunidade assumem o compromisso de colocar a Psicologia a serviço da maioria da população, por meio da criação de organizações políticas e de novas frentes de trabalho junto

aos menos favorecidos. O trabalho ocorria de forma voluntária de maneira geral e, muitas vezes, também de forma clandestina, apoiado em referências sociológicas, antropológicas, históricas, de educação popular e da psicanálise, entretanto, com *status* científico inferior. Na América Latina, nesse mesmo período e a partir da década de 1970, esses trabalhos já eram denominados PSC (Freitas, 1996a).

No final da década de 1970 e início de 1980, no Brasil, uma maior atenção passa a ser dada às discussões e divulgação de trabalhos desenvolvidos na comunidade, permitindo a criação de espaços de debates em torno do trabalho comunitário, não mais como voluntário e sem remuneração. Surgem ainda debates sobre os aspectos metodológicos da prática do psicólogo em comunidade e surge a expressão “psicologia comunitária”. O emprego dessa expressão indicaria uma modalidade de prática da Psicologia Social, na qual fica declarado o compromisso político favorável aos setores populares (Freitas, 1996a, 1996b).

Para falar de PSC, deve-se considerar os aspectos teóricos que orientam essa prática. A história de sua construção no Brasil e na América Latina tornou a Psicologia Social campo de produção de conhecimentos relacionados ao encontro homem-sociedade, tornou-se também norteadora das diferentes práticas dos psicólogos em comunidade (Freitas, 1996b). Ao qualificar-se como social, a Psicologia Comunitária deixa claro o objetivo de colaborar com a criação de espaços relacionais que aproximam os indivíduos a territórios físicos ou simbólicos e às temporalidades partilhadas (Sawaia, 1994).

Segundo Montero (2004), a Psicologia Comunitária objetiva a promoção de mudanças de contexto frente à participação dos indivíduos, e o papel do psicólogo é o de identificador de demandas sociais e o emprego de estratégias intervencionais, facilitando o diálogo com a comunidade, destacando a importância de revelar as circunstâncias, as expectativas e as necessidades da comunidade, além de suas atitudes, valores, e crenças culturais.

A Psicologia Comunitária tornou-se o campo da Psicologia Social, que compreende o estudo dos sistemas, das organizações e características da vida em comunidade (Góis, 1989, 1993). Nesse contexto, devem ser compreendidos o sistema de relações e representações, a identidade, níveis de consciência, atitudes, hábitos, expectativas, sentimentos e valores, considerando a identificação e a pertinência dos membros aos grupos comunitários e da própria comunidade, na perspectiva do desenvolvimento da consciência de seus membros como sujeitos históricos e comunitários (Gonçalves & Portugal, 2012).

Intervenções em PSC visam promover mudanças na estrutura de determinada comunidade com participação coletiva e foco nas relações sociais, através de processos de fortalecimento intrapessoais, interativos e comportamentais (Álvaro & Garrido, 2006). Componentes intrapessoais referem-se ao modo como o indivíduo pensa sobre sua capacidade de influência nos sistemas sociais e políticos e o que representam para si. Supõem, de forma resumida, um processo de autopercepção no qual influi o controle específico que a pessoa imagina ter sobre sua autoeficácia e sua capacidade. Componentes interativos consistem nas transações entre pessoas e o ambiente que as capacitam para intervir e dominar de maneira exitosa os sistemas sociais e políticos, ou seja, capacidades de construção de associação e colaboração e componentes comportamentais relacionam-se a ações específicas levadas a cabo capazes de influenciar o ambiente social e político, a partir de organizações e de atividades comunitárias (Montero, 2006).

As intervenções comunitárias devem propiciar uma participação ativa da comunidade, de forma a assumir um caráter político, de socialização e conscientização mobilizadora e includente. Montero (2004) acrescenta ainda que:

A desalienação e a consciência se postulam como processos que formam parte da reflexão e que contrariam os efeitos ideológicos estruturais do poder e da dependência. Essa participação não busca somente remediar algum mal ou realizar algum desejo, mas, também, gerar condutas que promovam um destaque positivo do indivíduo em seu meio

social, assim como uma percepção equilibrada entre esse meio e sua posição nele.¹ (Montero, 2004, p. 106, tradução nossa).

A investigação das relações entre uma determinada comunidade e as ligações entre seus componentes possibilitaram destacar a relevância da formação dos grupos, justificando a ampliação da perspectiva social em promover mudanças através do compromisso ético e político considerados pela PSC. A promoção do desenvolvimento do indivíduo em seu meio, considerando suas interações simbólicas na construção do pertencimento, representam seus principais propósitos. A visão crítica da Psicologia Social acerca dos problemas sociais tornou a comunidade seu principal referencial de análise (Azevêdo, 2009).

3.3 Comunidade

Segundo Campos (2013, p. 8), “comunidade é um lugar em que grande parte da vida cotidiana é vivida”, seja ela geográfica ou psicossocial, entretanto na PSC o conceito de comunidade possui peculiaridades relacionadas à forma de surgimento dessa área de estudo, uma vez que caracteristicamente os trabalhos comunitários partem do levantamento das necessidades e carências vividas pelo grupo, especialmente no que se refere às condições de saúde, educação e saneamento básico, e utiliza processos de conscientização que objetivam que esses grupos assumam o papel de sujeitos de sua própria história, conscientes dos determinantes sociopolíticos de sua situação e ativos na busca de soluções para os problemas enfrentados.

No entanto, Baumann (2003) faz uma análise crítica a respeito das transformações da vida comunitária, que ocorreram em decorrência do fenômeno da globalização. Para esse sociólogo, o

¹ Desalienar y concientizar se plantean como procesos que forman parte de la reflexión que busca contrarrestar los efectos ideológicos de estructuras de poder y de dependencia. Y esa participación no busca sólo remediar algún mal, cumplir algún deseo, sino además generar conductas que respondan a una proyección activa del individuo en su medio ambiente social, así como una concepción equilibrada de ese medio y de su lugar en el.

próprio conceito de comunidade antagoniza-se à individualidade e à liberdade vivida na pós-modernidade, fazendo com que o conceito de comunidade tenha se transformado numa espécie de utopia.

Na PSC, a comunidade se caracteriza por um conjunto de interações, dotadas de sentidos e significados, entre seus membros. Essas interações são carregadas de crenças e de valores compartilhados entre pessoas. Para existir uma comunidade, é imprescindível que cada integrante participe de uma história compartilhada, com objetivos em comum. Uma comunidade se constitui de relações, e não apenas de pessoas. A comunidade é um espaço individual e coletivo, construído físico e emocionalmente, que estabelece entre as pessoas o sentido de pertencimento. De acordo com Montero (2004), a comunidade pode variar no tamanho do grupo, mas está sempre em evolução. A inter-relação entre seus membros “gera um sentido de pertencimento e identidade social, tomando seus integrantes consciência de si como grupo, fortalecendo-se como unidade e potencialidade social” (Montero, 2004, p. 99-100).

Para Jacob (1999), a comunidade é o maior propósito e a verdadeira essência da Psicologia Comunitária, objeto de estudo, teorização e intervenção. É a razão da sua existência. Sem as comunidades, a PSC carece de sentido e, ao mesmo tempo, considera que há um número mínimo de componentes que permitem que se construa o conceito de comunidade ou que a reconheçam em algum grupo social concreto. Esses componentes são o pertencimento (sentir-se parte de, tomar parte de ser parte de), a inter-relação (encontrar-se em relação a outros) e a cultura comum (ter significados compartilhados), componente fundamental.

Na PSC, o trabalho em comunidade determina que, acima de qualquer expectativa do interventor, à comunidade seja dada empoderamento. A origem do conceito e da estratégia de empoderamento contida na Psicologia Comunitária surgiu a partir das reivindicações de Paulo Freire, citado como um teórico inspirador de parte da literatura sobre empoderamento comprometido com a mudança social e o fortalecimento de práticas cidadãs questionadoras, com

suas teorias estruturalistas fundadas na constatação da existência de classes sociais e na denúncia da opressão e da exclusão de grupos sociais (Maciel, 2011).

Conforme Vasconcelos (1985), as interações entre o indivíduo e a comunidade destacam a importância da formação dos grupos. Sawaia (1996) destaca que essa concepção permite aos indivíduos uma atitude crítica em relação aos problemas sociais. Considera-se que tal atitude é capaz de promover qualidade de vida da comunidade (Azevêdo, 2009). De acordo com Montero (2004), a identidade comunitária apresenta seis dimensões, sendo três de caráter pessoal e as outras três de caráter compartilhado:

Sentido de apoio pessoal: a comunidade é sentida por seus integrantes como uma fonte de apoio pessoal. Sentido de satisfação pessoal: sentido de estar pessoalmente situado e seguro na comunidade. Sentido de inclusão pessoal ativa. Sentido de compromisso pessoal ativo. Sentido de vizinhança, nesse caso, o sentido da vizinhança é descrito segundo suas implicações relacionadas às normas de convivência de seus membros. Estabilidade percebida. Os membros da comunidade a percebem como estável e segura.² (p. 105-106, tradução nossa).

Segundo Sawaia (2007), o conceito de comunidade surgiu na história das ideias psicológicas nos anos de 1970, como parte de um movimento abrangente a respeito do modelo de neutralidade científica iniciado nos anos de 1960, tornando-se, nesse momento, um conceito amplo capaz de abranger qualquer que fosse a prática profissional, desde que aplicada fora de consultórios e instituições, possibilitando sua utilização como uma ferramenta demagógica de discursos neoliberais da época. Entretanto, a autora destaca a sua categoria norteadora da ação e

² Sentido de apoyo personal: la comunidad es sentida por sus integrantes como una fuente de apoyo personal. Sentido de contento personal: sentido de estar personalmente situado y seguro en la comunidad. Sentido de inclusión personal activa. Sentido activo de compromiso personal. Sentido de vecindad. La vecindad, con lo que ello implica en cuanto a relaciones, es la norma para los miembros de la comunidad. Estabilidad percibida. Los miembros de la comunidad la perciben como estable y segura (p. 105-106).

da análise e, sobretudo, sobre seu conteúdo sensível ao contexto social em que se insere, visto que esta está ligada à discussão milenar sobre exclusão social e ética de qualidade de vida. Comunidade representa a integração entre sentimento, pensamento, tradição, ligação voluntária, participação e desejo. É o que dá vida e energia, é a lógica do individual e do comum.

De acordo com Heller (1987), quando se reflexiona com o olhar voltado para a realidade, percebe-se que, somente através da imparcialidade, podem ser compreendidas cientificamente as inter-relações e interações entre o mundo econômico-social e a vida humana. Os homens possuem a capacidade de adaptar-se às formas sociais segundo suas necessidades, e à medida que essas adaptações ocorrem em atos particulares estes podem ser percebidos em outros atos particulares de outros homens, no interior de grupos concretos, resultantes de um processo socialmente determinado. A convivência face a face ou a divisão do mesmo espaço geográfico na conformação de uma comunidade, mas sim a genericidade humana.

A comunidade é feita de relações não somente entre pessoas, mas sim entre pessoas e um lugar, que, junto com ações compartilhadas, com os medos e alegrias, com fracassos e triunfos sentidos e vividos que outorga um descanso às lembranças, um ninho à memória coletiva e individual. Um lugar construído físico e emocionalmente, do qual nos apropriamos para bem e para mal (Montero, 2004). A força psicológica da comunidade reside no estímulo e se concretiza na fusão dos desejos individuais. A comunidade envolve todas as formas de relacionamento definidas por um alto grau de envolvimento pessoal, profundidade emocional e compromisso moral (Sawaia, 1996, 2009).

Assim como a comunidade, a obesidade caracteriza-se por envolver fatores sociais, familiares, biológicos e emocionais que interagem entre si e que acatam ao seguimento gerado de que um indivíduo é inserido em um grupo de acordo com suas crenças, valores e atitudes, os quais são transferidos ao longo da sua história e são comuns a todos nessa sociedade.

3.4 Obesidade

A prevalência da obesidade apresenta franco crescimento mundial, e já em 2005, segundo a World Health Organization (WHO, 2006), 1,6 bilhão de pessoas acima de 15 anos haviam sido consideradas com sobrepeso e 400 milhões com obesidade. A obesidade faz parte da sociedade humana desde a pré-história e, por muitos anos, esteve associada à fertilidade e ao belo. Segundo Halpern (1999), sua ocorrência foi descrita na era paleolítica e, para Francischi, Pereira, Freitas, Klopfer, Santos, Vieira, e Lancha Júnior (2000), trata-se de um dos mais antigos distúrbios metabólicos, com relatos históricos de ocorrência em múmias egípcias e esculturas gregas. Hipócrates (460-360 a.C.) já chamava a atenção sobre seus malefícios à saúde, relacionando sua presença à morte súbita (Barbieri & Mello, 2012).

De etiologia multifatorial, torna-se uma patologia de difícil tratamento e controle, e o que antes era considerado um problema característico de países desenvolvidos, agora decorre em acelerado ritmo de ascensão em países de baixa e média rendas, considerados em ascensão (Tavares, Nunes, & Santos, 2010). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS, 2015), em 2011, a obesidade no Brasil, variou entre 12,5% a 21,4% entre adultos de diversas regiões brasileiras, com média de 15,8%, e, em 2014, essa mesma pesquisa constatou que 52,5% dos brasileiros estavam acima do peso (o índice era 43% em 2006) e que 17,9% da população estava obesa, havendo sido projetados para 2025 números próximos aos 2,3 bilhões de pessoas acima do peso e de 700 milhões de obesos em todo o mundo. No Brasil, em 2016, os percentuais de obesidade se mantêm acima dos 50% na população (MS, 2015; Abeso, 2016).

Entre as diversas causas possíveis, a obesidade está intimamente relacionada aos hábitos de vida e alimentares, causas genéticas, ambientais, socioeconômicas, culturais e psicológicas (Damiani, Kuba, Cominato, Damiani, Dichrchekenian, & Menezes Filho, 2011; Tavares et al., 2010), e, apesar da predisposição genética ser apontada como fator principal envolvido na gênese

do ganho de peso, poucas são as evidências de que essa causa torne mais susceptíveis alguns grupos, reforçando a ação dos fatores chamados modificáveis (hábitos de vida de maneira geral), como principais responsáveis pela grande prevalência em diferentes grupos sociais.

Demais fatores biológicos da obesidade relacionam o estilo de vida, principalmente no que se refere ao binômio dieta *versus* atividade física, postura comportamental que favorece o sedentarismo, característica atual estilo de vida ocidental (Wanderley & Ferreira, 2010). Segundo Barbieri e Mello (2012), o termo “estilo de vida” refere-se à maneira de viver das pessoas, remetendo-nos a uma questão de comportamento individual, de escolhas do sujeito, levantando a questão de que se poderiam realmente todas as pessoas escolher livremente sua maneira de viver, os alimentos componentes de sua dieta, os horários e locais para a prática de exercício físico, sua moradia etc.

Ferreira e Magalhães (2006), assim como Gouveia et al. (2007), concordam que a obesidade surge como mais uma das faces da desigualdade no Brasil, tornando-se a mesma determinante sobre seu desenvolvimento, tendo em vista sua estreita ligação com os hábitos alimentares e a prática de atividade física. Segundo a pesquisa sobre o rendimento domiciliar *per capita*, realizada pelo Instituto de Pesquisas de Geografia e Estatística (IBGE), a renda média do brasileiro, em 2015, foi de 1,6 salário mínimo (IBGE, 2015). Essa pesquisa soma a renda de todos os moradores de uma casa (salários e outros rendimentos como aluguel ou aposentadoria) e divide pelo número de moradores. Apesar de esse valor haver sido 5,8% maior do que em 2014, ficou abaixo da inflação calculada no mesmo ano (10,68%).

Nos países em desenvolvimento, percebe-se uma incidência cada vez maior de obesidade nos segmentos sociais pauperizados onde a obesidade também pode ser causada por desnutrição intrauterina e desnutrição infantil crônica. As mulheres e as pessoas de baixa renda e/ou escolaridade são um estrato social particularmente vulnerável. As classes sociais mais baixas, portanto, apresentam um ônus aumentado de mau prognóstico no controle da incidência e

prevalência da obesidade sem melhora equivalente no seu estado nutricional geral (Cavalcanti, Gonçalves, Asciutti, & Cavalcanti, 2010).

A obesidade é certamente, entre as alterações corporais, a mais difícil de ser compreendida, uma vez que há de se levar em conta uma série de aspectos psicossociais que a envolvem, alguns destes considerados prazerosos como a fome, o comer, a sede e o beber. Segundo Cataneo et al. (2005), um estudo realizado no ambulatório de Obesidade Infantil da Universidade Federal de São Paulo identificou que, de 134 crianças atendidas, 76,8% apresentavam razões emocionais importantes, associadas ao surgimento e à evolução da obesidade. As autoras comentam ainda que os aspectos psicológicos das pessoas portadoras de obesidade foram objeto de estudo, em 1985, no encontro *Consensus Conference on Obesity*, tendo-se concluído à época: “A obesidade cria uma enorme carga psicológica, tornando-se a mesma, em termos de sofrimento, seu maior efeito adverso, sobrepondo-se às várias condições patológicas provocadas pelo ganho excessivo de peso.” (Cataneo et al., 2005, p. 40).

No que diz respeito aos prejuízos socioeconômicos da obesidade, destaca-se sua associação ao aumento da morbidade e mortalidade precoce, condições que elevam os gastos públicos de maneira significativa. Entretanto, há ainda prejuízos que se tornam imensuráveis relacionados à qualidade de vida do sujeito com obesidade que diz respeito à piora das relações de trabalho, menosprezo por parte das políticas públicas de saúde, fragilidade dos vínculos, segregação dos espaços e agudização dos processos de exclusão (Garcia, 1997).

A obesidade sugere uma imagem negativa e causa desconforto e sofrimento no âmbito social e ocupacional, a própria limitação física imposta pelo excessivo peso, muitas vezes, é interpretada como falta de força de vontade ou preguiça, e o aumento do número de licenças médicas e absenteísmo podem levar à diminuição da renda. Pode, ainda, a obesidade proporcionar baixa autoestima, isolamento social, ansiedade e depressão, todas essas condições canalizadoras do prazer sexual. O temor de ser considerado sexualmente desinteressante ao olhar de seu

parceiro(a) inibe as expectativas de uma vida sexual plena (Souza, Castro, Maia, Ribeiro, Almondes, & Silva, 2005).

No que se refere ao surgimento de problemas ou transtornos do desejo sexual em pessoas em condição de obesidade, Martins (2003) destaca que podem surgir por diversas causas orgânicas: alterações hormonais, neurológicas, arteriais, estresse etc., e não orgânicas: de ordem psicológica, medo de sentir-se rejeitado ou de “falhar”, baixa autoestima, timidez etc., ou, ainda, pela associação destas. Segundo Ribeiro (2008), no caso das mulheres, na maioria das vezes, entende-se que as causas determinantes sejam de nível psicológico (não orgânicos), baseado principalmente em questões relacionadas à imagem corporal e baixo autoestima, enquanto que, nos homens, alterações hormonais podem tornar desfavorável seu desempenho sexual. Na sociedade atual, a obesidade é um estado discrepante aos padrões culturais atuais, e o sujeito em condição de obesidade diferencia-se dos ideais de beleza e distancia-se das representações e dos imaginários nos quais as relações com o mundo são construídas.

Trata-se de uma sociedade imagética, onde a estética possui grande relevância e onde há um constante apelo pela imagem de um corpo ideal, magro e saudável, não permitindo nenhum tipo imperfeição. Nesse ambiente, a pessoa em condição de obesidade com seu corpo opulento indica um constrangimento ao posicionar-se na contramão das convicções exigidas (Wanderley & Ferreira, 2010).

Perder peso, muito mais do que uma medida estética, visa à redução de riscos de morbidade e mortalidade associados à obesidade e, seja qual for o tratamento, conta com a imposição de mudanças comportamentais relacionadas ao estilo de vida, além de modificação do padrão alimentar tradicional conhecido e aceito pelo sujeito em condição de obesidade (Nonino-Borges et al., 2006). Nesse sentido, o tratamento da obesidade configura um desafio de saúde pública no cenário mundial e brasileiro, devido ao crescimento alarmante do número de casos nos

últimos anos, sendo de extrema relevância um modelo de atenção à saúde competente que priorize ações de prevenção e tratamento da obesidade (Reis, Vasconcelos, & Barros, 2011).

3.5 Obesidade Excludente

O enfraquecimento da consciência coletiva, do espírito de solidariedade e dos valores coletivos tem provocado a ruptura dos laços sociais levando os sujeitos a supervalorizarem o corpo, como o companheiro ideal e fiel. A aparência física está diretamente relacionada à confiança que as pessoas depositam no sujeito (Mattos & Luz, 2009).

A obesidade, desde algum tempo, vem sendo tratada socialmente como um problema originado pela gula, desleixo ou preguiça, criando para as pessoas obesas estereótipos que acabaram por permitir que a discriminação e o preconceito tomassem forma (Colcerniani & Souza, 2008). Com relação à maneira como o sujeito em condição de obesidade é socialmente percebido, Fellipe (2003), em seu estudo, concluiu que existe uma forte representação social do sujeito em condição de obesidade como sendo um sujeito desclassificado, sem força de vontade, com baixa autoestima, colocado à margem dos padrões estéticos estabelecidos pela sociedade contemporânea.

A descrição construída sobre os sujeitos em condição de obesidade, que seriam relaxados, feios, sujos e culpados pela sua condição, os coloca em situação de inabilitados à aceitação social plena, ou seja, estigmatizados (Colcerniani & Souza, 2008). Goffman (1983) menciona três tipos de estigma diferentes, e coloca em primeiro lugar aquele em que há as abominações do corpo: as várias deformidades físicas. Nesse e nos demais tipos descritos pelo autor, ocorrem as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana e que possui um traço que impõe atenção e o afasta de todos os outros, destruindo a possibilidade de atenção para quaisquer outros atributos seus.

O estigma caracteriza-se por um mecanismo *a priori* de identificação do indivíduo, que permite seu conhecimento sem a necessidade de que um contato mais do que breve seja com ele praticado, tendo em vista o contexto de rotulações estabelecidas de antemão pela sociedade (Elias & Scotson, 2000). Os crescentes indicadores de obesidade permitem notar o surgimento de uma sociedade lipofóbica, estabelecadora de valores associados ao culto do corpo, superexpostos pela mídia, transformando o sujeito em condição de obesidade em um indivíduo marcado socialmente. Sua condição social é sinalada por rejeições de diversas variantes, associa-se ainda à obesidade uma sucessão de conceitos e princípios negativos, gerando uma condição de menor virtude e descrédito (Neves & Mendonça, 2014).

Informações sobre a obesidade como estigma datam de muito tempo atrás. A estética do corpo magro surgiu no fim do século XIX e ganhou força durante todo o século XX, fortalecendo-se nas duas últimas décadas do século (Mattos & Luz, 2009). A obesidade só é enxergada como uma condição favorável em situações onde a magreza está relacionada a padrões de doença, fome e privação. Existe um despotismo contra o corpo obeso, desde o momento que o corpo magro se tornou condição prioritária para permitir uma vida social plena. Ocorre atualmente uma imposição cultural para emagrecer e controlar o peso, condição que ratifica o sentimento lipofóbico atual. E é justamente essa supervalorização do corpo magro, “adestrado”, que relaciona a gordura a um símbolo de falência moral, pela falta de controle sobre o corpo, reforçando o estigma sofrido pelo indivíduo em condição de obesidade (Neves & Mendonça, 2014).

O conhecimento acerca da realidade vivida por esse grupo populacional nos expressa a importância de que estratégias em saúde pública sejam traçadas. O reconhecimento de que os componentes da vida social dos indivíduos contribuem para a qualidade de vida e bem-estar e o levantamento de informações sobre o cotidiano desse grupo possibilitam o melhor enfrentamento dos agravos de saúde, especialmente no caso da obesidade (Ferreira & Magalhães, 2006).

3.6 Tratamentos da Obesidade

A Lei nº 8.080/1990, regulada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), trata das estratégias de atenção e cuidado à saúde e à segurança social, baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, devendo atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde. O panorama brasileiro, não diferente do mundial, vem enfrentando um grande desafio no controle da obesidade já que sua prevalência tem se demonstrado crescente de forma alarmante nas últimas décadas. É de extrema importância que essas políticas integrem ações de promoção de prevenção e tratamento da obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis secundárias a esta.

A classificação adaptada pela WHO (2000) descreve como situação de obesidade quando o Índice de Massa Corporal (IMC) (peso em quilos dividido pela altura ao quadrado em metros) encontrar-se acima de 30 kg/m^2 e relaciona esses resultados ao risco de comorbidades relacionadas à sua presença por meio da seguinte classificação: obesidade grau I (risco moderado), quando o IMC está entre 30 e $34,9 \text{ kg/m}^2$; obesidade grau II (risco grave), quando o IMC está entre 35 e $39,9 \text{ kg/m}^2$; e obesidade grau III (risco muito grave), quando o IMC ultrapassa 40 kg/m^2 .

No mundo inteiro há mobilizações científicas e políticas focadas para esse problema. Em fevereiro de 2011, com a presença da direção da Organização Mundial da Saúde (OMS), ministros da saúde de países do continente americano, durante a Consulta Regional de Alto Nível das Américas Contra as Enfermidades Crônicas não Transmissíveis (ECNTs) no México, assinaram uma declaração propondo a criação de políticas públicas com o fim de combater a obesidade nas respectivas nações (Castro, 2011).

Atualmente, existem diversos tratamentos para a perda de peso, entre os quais se destacam a variedade de dietas, psicoterapias, medicamentos e programas de atividades físicas. Contudo,

um grande número de pessoas, mesmo submetidas aos programas acima descritos, não obtém sucesso. Frente a essa ocorrência, novos conflitos, além daqueles anteriormente associados ao ganho de peso, como, por exemplo, a frustração e a ansiedade, o estresse e a depressão, acabam por influenciar ainda mais negativamente no comportamento alimentar inadequado e no agravamento da doença (Gayoso, Fonseca, Spina, & Eksterman, 1999; Barros, 2015).

Segundo dados da Portaria nº 424/2013 (MS, 2013), o SUS gasta anualmente cerca de meio bilhão de reais com tratamentos de doenças associadas à obesidade, e uma nova linha de atenção foi proposta, a partir dessa portaria MS, definindo que a atenção dispensada ao combate à obesidade deve despender cuidados desde a orientação e apoio à mudança de hábitos até os critérios rigorosos para a realização de cirurgia bariátrica como recurso final para a perda de peso. A portaria prevê atividades desde a atenção básica para o cuidado do excesso de peso e fatores de risco associados ao sobrepeso e obesidade. Já em 2011, havia sido lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), com objetivo de deter o crescimento da proporção de adultos brasileiros com excesso de peso ou com obesidade. Foram, então, criados pelo MS a Linha de Cuidados da Atenção até diferentes tipos de atendimento especializados com diferentes tratamentos de acompanhamento ao usuário, incluindo o atendimento psicológico. Toda a evolução do tratamento deve, segundo a proposta, ser acompanhada por uma das 37 mil Unidades Básicas de Saúde (UBSs), presentes em todos os municípios brasileiros (MS, 2013).

É consenso entre os *guidelines* e protocolos utilizados no Brasil o fracasso frente a tratamentos conservadores (clínico e medicamentoso) para a redução significativa e sustentável de peso, e que a cirurgia bariátrica deve ser considerada como um tratamento adequado, possibilitando a correção do excesso de peso e a melhora de comorbidades associadas a essa condição (Abeso, 2009).

Crémieux, Buchwald, Shikora, Ghosh, Yang e Buessing (2008) afirmam que, além da redução dos riscos relacionados, pacientes submetidos à gastroplastia utilizam menos os planos de saúde e diminuem os riscos inerentes às hospitalizações e gastos com visitas médicas. Ainda segundo os autores, o paciente depois de cinco anos de pós-cirúrgico passa a gastar 1/3 com despesas em saúde quando comparado ao período anterior e ainda que, durante os primeiros seis meses de tratamento, os custos da média de intervenção são sete vezes maiores para os pacientes cirúrgicos do que para os pacientes de terapia convencional. Após seis meses da realização da cirurgia, os custos da intervenção se equivalem com o do grupo não operado. Ao término dos primeiros seis meses de pós-cirúrgico, os custos com medicação caem pela metade. O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2015) publicou no final de janeiro de 2015 a Resolução nº 2.116 reconhecendo a cirurgia bariátrica como área de atuação, ficando esta vinculada às especialidades tais como a cirurgia do aparelho digestivo e a cirurgia geral.

Entre os candidatos à cirurgia bariátrica, associações entre a obesidade e síndromes como a Compulsão Alimentar Periódica (CAP), caracterizada por uma grande ingestão de quantidade de comida, certamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um curto período de tempo, acompanhada da sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio, têm sido observadas (Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004). O alimento está intimamente ligado às emoções e as pessoas comem aquilo que gostam e o que sua cultura propõe, estando a saúde e o comportamento dessas pessoas influenciados pelo meio físico e social em que vivem (Leite, Oliveira, Crenn, Abreu, Maron, & Martins, 2012).

Outros aspectos que dizem respeito à obesidade e trazem consequências para o sujeito são os hábitos alimentares e a imagem corporal, assuntos a serem desenvolvidos no próximo capítulo.

3.7 Alimentação e Imagem Corporal

O ambiente gerador da obesidade pode estar ligado a determinadas situações e companhias, proporcionando em determinados eventos e situações o consumo de alimentos com elevado valor calórico, levando a acreditar que, quanto maior o número de pessoas, maior será a quantidade de comida e bebida consumidas (Kaufman, 2012).

Os fatores determinantes da alimentação são regidos por influências que englobam fatores culturais, econômicos, sociais e psicológicos. Fatores culturais: formas de vida de uma comunidade, transmitidos através das gerações e instituídas pela família. Seu nível cultural e religião que passam através do tempo por várias mudanças em diversos graus e expressões. Os fatores econômicos: relacionados à escassez e ao crescente custo dos alimentos, promotores de intenso impacto nos padrões alimentares. Fatores sociais: a diversidade social e seu efeito no comportamento alimentar das pessoas, causando critérios de aceitação ou rejeição. Fatores psicológicos: a influência dos hábitos alimentares como representantes no comportamento humano (Fellipe, 2003).

A tendência atual assumida pelas sociedades de comer muito além do que demanda a necessidade do organismo nos leva a pensar que sabedoria alimentar não acompanha o desenvolvimento da sociedade (Bleil, 1998). Até mesmo no que se refere às campanhas de combate à obesidade, segundo o relatório da Organización Panamericana de la Salud (OPS) e da WHO, de 2015, sobre o consumo de alimentos ultraprocessados na América Latina, as políticas públicas, recomendações e ações relacionadas à nutrição e saúde vêm se baseando convencionalmente em alguns determinados nutrientes, como, por exemplo, o sódio, o açúcar e as gorduras saturadas, ou em alguns tipos específicos de alimento, como as frutas, carnes vermelhas e verduras, podendo causar tal enfoque uma visão enganosa e estreita da nutrição, já que os alimentos são uma soma de nutrientes e podem ser submetidos a processos de

industrialização, fator determinante para que este possa impactar negativamente a alimentação (OPS, 2015).

Schilder (1977), clássico estudioso da imagem corporal, afirma que a representação mental que um indivíduo tem do seu corpo integra os níveis físico, emocional e mental em cada ser humano, com respeito à percepção do próprio corpo. Davison e McCabe (2006) definem imagem corporal como uma representação mental que os indivíduos têm a respeito do tamanho e da forma do corpo, que se constitui pela influência de fatores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos; e, assim como Schilder (1977), esses autores consideram que, além da percepção, estão implicados na formação da imagem corporal aspectos cognitivos, afetivos e da conduta.

A imagem corporal é influenciada pela imagem visual, corporal, tátil e postural, além de ser referenciada por aspectos intelectuais, afetivos e comportamentais (Camargo, Goetz, Bousfield, & Justo, 2011). Através desses sentidos e em contato com o mundo, as formas humanas ou de objetos nos obrigam a assumir nova representação mental sobre determinado aspecto. O corpo sofre modificações influenciadas e/ou impostas pelos ciclos vitais e cada um experimenta essas alterações adaptando-se com aceitação, quando isso não acontece, gera um sentimento capaz de configurar uma imagem corporal real que contraria a “ideal” (Silva & Lange, 2010). O processo de formação da imagem corporal e o julgamento favorável ou desfavorável sobre este são mediados por influências de valores culturais e crenças capazes de abalar o equilíbrio emocional do sujeito em condição de obesidade, considerando o sexo, a idade e as condições de saúde impostas pela presença do excesso de peso (Damasceno, Lima, Vianna, Vianna, & Novaes, 2005).

Existe um intenso processo de mudanças com respeito à imagem corporal integrando várias perspectivas, com maior instabilidade aos processos dinâmicos da vida em suas diferentes fases, sejam de caráter interno ou externo. A imagem corporal vai sendo construída de maneira

paralela ao próprio corpo, com íntima relação sobre os aspectos fisiológicos, afetivos e sociais, em um processo contínuo ao longo de toda a existência, causando impacto sobre o modo como cada indivíduo enxerga seu corpo e se relacionando com a maneira como uma pessoa valoriza as suas habilidades físicas, aptidões, capacidades interpessoais e papéis familiares (Nogueira, Macedo, & Guedes, 2010).

O conceito sobre a própria imagem está intimamente associado com a representação de si próprio e seu processo de construção ligado às concepções determinadas pela cultura e sociedade, com padrões estéticos incorporados divulgados através dos meios de comunicação que influenciam e reforçam as ideias sociais relacionadas ao corpo, modificando o ideal de estética corporal à medida que os valores, normas e comportamentos são mudados (Jaeger & Câmara, 2015).

O conceito de imagem corporal não se restringe ao próprio corpo, mas inclui as condições de subjetividade resultantes de inúmeras influências (Brandão & Santos, 2004). A imagem corporal é dinâmica, ela se modifica, altera-se de acordo com a influência dos estados emocionais, conflitos psíquicos e contato com a sociedade e sentimentos do sujeito sobre seu próprio corpo (Cash & Pruzinsky, 2002). Dessa forma, é possível conceituar a imagem corporal como um conjunto de pensamentos e percepções compartilhadas socialmente que definem os distintos comportamentos relacionados com o próprio corpo (Jodelet, 2001).

O desenvolvimento da imagem corporal está intimamente relacionado à formação da identidade dentro da sociedade (Tavares, 2003). E a preocupação com a estética corporal, apresentada pela comunidade de convivência do sujeito, pode interferir na formação de sua imagem corporal (Schilder, 1977). Compreende-se que no seio de uma cultura que valoriza a magreza se busque atingir esse ideal de beleza. Julgamentos contrários caracterizam uma situação de insatisfação com a negativa da aparência física, repercutindo inevitavelmente sobre níveis psicológicos dos sujeitos; e a imagem corporal como a figuração do próprio corpo formada e

estruturada na mente das pessoas envolve todos os sentidos provenientes de experiências vividas (Alves, Pinto, Alves, Mota, & Leirós, 2009).

Heinberg (1996) e Ferreira e Leite (2002), em seus estudos sobre as teorias subjetivas de natureza sociocultural, citam a influência dos ideais e identificaram expectativas e experiências sociais compartilhadas por determinados grupos culturais no desenvolvimento da imagem corporal e nos distúrbios a ela associados. As sociedades ocidentais determinam que o que é belo é bom e que a magreza é sinônimo de beleza, o que faz com que a magreza seja valorizada pela sociedade e seu oposto, a obesidade, seja fortemente rejeitada.

A alimentação possui um significado vital de fraternidade e confiança no ambiente em que vivemos além da mera função nutritiva, podendo representar um prazer imediato e agindo como alívio compensatório sobre sentimentos considerados negativos: tristeza, angústia, ansiedade e medo. Não é infrequente o uso de alimentos para apaziguar conflitos existenciais considerados irresolúveis, o que o torna um condutor de afeto (Kaufman, 2012).

Sufocar a peculiaridade do alimento é o que se pretende quando se aplicam princípios éticos em um suposto impasse entre “comer porque se quer ou não comer porque engorda”. Esse conflito pode claramente adoecer um corpo já que representa um impedimento da expansão do movimento intrínseco do sujeito, tornando-o impotente ao agir, sob a forma de culpa, depressão, angústia, sentindo-se aquém de um ideal não só ao que se relaciona ao corpo, mas também à conduta e à força de vontade (Carvalho & Martins, 2004).

Quase sempre o corpo obeso é assumido como anormal, pois a atualidade cultural determina como imagem ideal o corpo magro. O conceito de normalidade é elaborado com base nos padrões de médias da natureza humana e do hipotético social, ditado por um ambiente que estabelece como modelo o corpo constituído por medidas antropométricas estabelecidas, sem que se considere os diferentes padrões biossociais. Desafiar esse padrão estabelece uma cicatriz que macula a personalidade dos sujeitos a ponto de desmerecê-los socialmente (Oliveira, Barreto,

Mello, Feitas, & Fontes, 2008). Prejuízos nas relações sociais são comumente encontrados nos sujeitos em condição de obesidade, especialmente no que se refere à autoimagem. É conhecido que essas pessoas sejam frequentemente discriminadas no âmbito educacional, profissional, social, propiciando, assim, nesse grupo, ansiedade, raiva e incertezas pessoais (Azevedo & Spadotto, 2004).

O ponto principal desta pesquisa é buscar o entendimento das representações sociais da obesidade, tendo em vista ser esta um fenômeno de grande complexidade. Fica claro o impasse vivido pelos sujeitos em condição de obesidade no que se refere à escolha do tratamento da obesidade, especialmente por haver na tomada de decisão uma enorme força social envolvida. O dilema enfrentado pelo sujeito em condição de obesidade, entre a exigência social do corpo magro, o conhecimento sobre os riscos a que está exposta a sua saúde e a sua relação com a comida, torna essa decisão difícil e dolorosa. A consciência social dos indivíduos pode ser construída pelas representações sociais determinando o seu lugar no mundo, definindo e significando a sua identidade social através da construção de um grupo ativo e expressivo.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento da Pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa transversal, de caráter não experimental, de natureza exploratória e descritiva, utilizando análises qualitativa e quantitativa. De acordo com Silva (2004), o estudo transversal se caracteriza pelo fato da pesquisa ser realizada em um curto período de tempo. Uma pesquisa exploratória visa a um primeiro contato do pesquisador com o tema, para familiarizá-lo com os fatos e buscar subsídios para compreensão dos fenômenos relacionados ao problema a ser estudado (Marconi & Lakatos, 2005).

Segundo Marconi e Lakatos (2005), as pesquisas descritivas se caracterizam por descrever as observações e registros de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra específica ou população. Silva (2004) indica que pesquisas qualitativas são apropriadas para a compreensão, descrições, interpretações e comparações, em profundidade, de fenômenos complexos específicos, de natureza social. A pesquisa quantitativa se caracteriza por trabalhar com variáveis expressas em dados numéricos e se utiliza de recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los. Representa de forma precisa e confiável as amostras pesquisadas, possibilitando que os resultados sejam generalizados (Silva & Menezes, 2001).

4.2 Participantes

A escolha dos participantes se deu por conveniência, com colaboração voluntária, não remunerada e não onerosa.

Uma parte da amostra foi indicada pela nutricionista de uma clínica médica especializada em tratamento da obesidade na cidade de Curitiba-PR. Esses participantes foram convidados a

participar da pesquisa via e-mail e/ou ligações telefônicas onde foi acertado o local da entrevista, segundo disponibilidade dos mesmos. Uma outra parte da amostra foi recrutada através de convite lançado através de rede social. O convite explicava o tipo de pesquisa e os interessados entravam em contato de maneira particular com a pesquisadora, também via rede social. Durante esse contato o participante combinava o local da entrevista, segundo sua disponibilidade. Participaram do estudo 16 adultos, sendo 12 mulheres e 4 homens, com idades entre 20 e 58 anos ($M = 39,3$; $DP = 10$). Todos foram considerados obesos segundo a classificação do IMC, com peso corporal entre 82 kg e 143 kg ($M = 105,75$; $DP = 14,7$). A estatura média do grupo foi de um metro e sessenta e seis centímetros ($Mín. = 1,58$ m; $Máx. = 1,78$ m).

O Índice de Quételet (1996) ou IMC é obtido pela divisão do peso atual pela estatura elevada ao quadrado ($IMC = P/E^2$) e seus resultados são descritos em quilogramas por metros quadrados (kg/m^2). A obesidade é considerada presente quando esses resultados se apresentam maior ou igual a $30 kg/m^2$, segundo classificação proposta pela WHO (1997).

Os participantes da pesquisa foram divididos em dois grupos formados pelo mesmo número de participantes, identificados com a denominação “cirúrgico ” e “não cirúrgico”, de acordo com a vontade de cada pessoa em submeter-se ou não à cirurgia bariátrica, como tratamento corretivo para a obesidade. O grupo não cirúrgico já havia adotado em algum momento da vida, tratamentos para o controle da obesidade considerados tradicionais (terapêutica clínica e/ou medicamentosa), e o grupo cirúrgico encontrava-se em acompanhamento pré-cirúrgico para realização de cirurgia bariátrica e metabólica de diferentes técnicas.

4.3 Procedimento Ético

Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia Ltda. – IPO, conforme Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de

Ética em Pesquisa da CONEP, artigo 2º (MS, 2012), sob parecer consubstanciado nº 1.295.819 e pelos próprios participantes a partir da leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I). A pesquisadora comprometeu-se em manter sigilo sobre as informações coletadas, segundo descrito no termo de comprometimento. As informações prestadas para a realização desta pesquisa são de sigilo confiável, mesmo frente à possibilidade de publicações científicas, a identificação dos indivíduos está assegurada de total privacidade.

4.4 Instrumentos

Foi realizada uma entrevista em profundidade na qual foram abordados os seguintes temas indutores: a alimentação, a obesidade, a magreza e a cirurgia bariátrica. O tempo da pesquisa transcorreu segundo disponibilidade do pesquisado, não havendo sido determinado tempo mínimo ou máximo para sua realização, ficando este à vontade quanto ao número de palavras, explanações ou justificativas para cada tema indutor.

Foi utilizado um questionário autoaplicado composto de questões abertas e fechadas que levantaram informações socioeconômicas, à respeito dos tratamentos da obesidade e sobre a interpretação da imagem corporal dos pesquisados, composto por questões relacionadas aos seguintes grupos de variáveis descritivas: (1) idade, sexo, peso, altura e renda mensal; (2) percepção sobre sua imagem corporal, obtida por meio de escala de silhuetas (Stunkard, Sorenson, & Schlusinger, 1983), cuidados com o corpo (prática de exercícios físicos e dietas); e (3) posicionamento frente ao acompanhamento ambulatorial (nutricionista e/ou médico) no controle da obesidade e frente à cirurgia bariátrica (Apêndice II). O questionário foi respondido sem a interferência da pesquisadora. A média de tempo de respostas dos participantes ao questionário foi de 40 minutos.

4.5 Equipamentos

Foram utilizados para impressão dos questionários material de papelaria (papel sulfite A4, cartucho de tinta preto e impressora) e para as entrevistas, aparelho de celular do tipo *smartphone* marca iPhone 5®. As entrevistas foram ouvidas com auxílio do fone de ouvido da mesma marca e transcritas em formato Word 2013® do pacote Office®.

4.6 Local de Coleta de Dados

Locais previamente agendados com os pesquisados (residência, local de trabalho, local de consulta médica e ambiente externo – praças de alimentação de *shopping*) na cidade de Curitiba-PR.

4.7 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a setembro de 2016. Após o contato telefônico ou via redes sociais com os participantes, a pesquisadora compareceu aos locais agendados, conforme os dias e horários, segundo disponibilidade destes. Durante a coleta, os pesquisados foram apresentados à pesquisa através da leitura do TCLE e do termo de compromisso de sigilo, os quais, após concordância, foram assinados. Foi considerado critério de exclusão a não assinatura do TCLE e a desistência, em qualquer momento durante a pesquisa.

4.8 Riscos e Benefícios

Esta pesquisa ofereceu uma margem mínima de riscos aos participantes e/ou à pesquisadora, sendo que de natureza física não existiram pelo fato de não terem sido adotados procedimentos e/ou técnicas invasivas de qualquer natureza. As entrevistas foram planejadas de modo individual para assegurar a privacidade dos pesquisados, contando ainda com sua interrupção em qualquer momento se desejado fosse pelo participante ou se este demonstrasse constrangimento em qualquer fase da mesma. Frente a possíveis desconfortos e/ou incômodos, os participantes foram informados que poderiam ser assistidos pelos estagiários, com supervisão dos professores do curso de Psicologia, na Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, sem nenhum ônus.

4.9 Análise de Dados

Os dados do questionário compuseram um banco de dados, a partir do qual foram realizadas análises descritivas (frequência absoluta, média e desvio-padrão). O tratamento informatizado foi realizado por meio do pacote estatístico SPSS 12.0, no qual as respostas dos questionários foram codificadas.

Para a análise dos dados coletados durante a entrevista foi utilizado o *software* IRaMuTeQ, desenvolvido por Pierre Ratinaud (Ratinaud, 2009; Lahlou, 2012; Camargo & Justo, 2013) e licenciado por GNU GPL (v2), auxiliando na análise textual ou do conteúdo das respostas dos dois grupos. Esse programa realiza uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) a partir do *corpus* inicial formado pelo conjunto das respostas às entrevistas. A Análise Hierárquica Descendente (AHD) fornece “contextos textuais que são caracterizados pelo seu vocabulário, e também segmentos de texto que compartilham esse vocabulário” (Nascimento-Schulze &

Camargo, 2000, p. 297). O tamanho dos segmentos de texto foi definido pelo próprio *software* já que foi realizada uma análise padrão. Na interface dos resultados, o *software* fornece o número de textos e segmentos de textuais, ocorrências, frequência média das palavras, a frequência total de cada forma e sua classificação gramatical de acordo com o dicionário de formas reduzidas.

O programa IRaMuTeQ opera com textos que permitem diferentes estruturas e formas, segundo a origem dos dados coletados. O conjunto de textos compõe o *corpus* de análise. Em análises de entrevistas, cada texto é composto por um conjunto de respostas fazendo com que cada resposta origine um *corpus*. Dessa maneira, o *corpus* de análise foi formado por 16 textos. Após serem definidos os textos, o programa IRaMuTeQ divide o *corpus* em segmentos de texto com aproximadamente três linhas na maioria das vezes (Camargo & Justo, 2013). Esse foi o modelo utilizado na análise dos dados da resposta de número três: “Para você, o que representa a obesidade?”

Para analisar os resultados referentes à percepção da própria imagem, foi utilizada a escala de silhuetas, na qual o participante escolhe o número da figura que corresponde à sua aparência real (Percepção da Imagem Corporal Real – PICR) e também o número da figura que se aproxima à sua aparência corporal ideal (Percepção da Imagem Corporal Ideal – PICI). Para avaliar sua satisfação corporal, subtrai-se da aparência corporal real a aparência corporal ideal, podendo esse número oscilar de -8 a +8. Se essa variação for igual a zero, indica que o indivíduo está satisfeito com sua aparência, e se for diferente de zero, classifica-se como insatisfeito. Se a diferença for positiva, é considerada uma insatisfação por excesso de peso, e quando se apresenta negativa, uma insatisfação pela magreza (Côrtes, Meireles, Friche, Caiaffa, & Xavier, 2013).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar o estado civil dos participantes, pode-se verificar que cinco eram casados, dois solteiros, quatro eram separados e cinco viviam com companheiros(as). A partir das informações do peso e da estatura corporal foi calculado o IMC de cada participante e os resultados variaram entre 30,0 kg/m² e 51,9 kg/m² (M = 38,3; DP = 5,1), sendo que o valor mínimo recebe a classificação de obesidade grau I e o máximo, classificação de obesidade grau III ou obesidade mórbida.

As profissões declaradas entre o grupo foram: vendedora, psicóloga clínica, estudante, do lar (duas mulheres), analista de Relações Humanas (RH), engenheiro mecânico, telefonista, professora do ensino fundamental, cabeleireira, manicure, auxiliar de escritório, professora universitária e autônomos. Apesar de o grupo ter sido classificado como cirúrgico e não cirúrgico com igual número de participantes, suas opiniões sobre a cirurgia bariátrica foram as seguintes: desfavorável = 6 e pouco favorável = 2, para o grupo não cirúrgico. No que refere ao grupo cirúrgico, as opiniões relacionadas à realização da cirurgia foram: 5 favorável e 3 muito favorável. Na Tabela 1, demonstram-se os dados socioeconômicos e relacionados ao peso e prática de dieta para controle da obesidade no grupo pesquisado.

Tabela 1 – Variáveis socioeconômicas, peso/dieta em relação aos grupos cirúrgico e não cirúrgico.

Variáveis	Grupos de pesquisa	
	Cirúrgico	Não cirúrgico
Sexo		
Masculino	2	2
Feminino	6	6
Idade	M=39,7 (DP:9,4)	M=41,5 (DP:10,7)
Estado civil		
Casados*	5	4
Solteiros	1	1
Separados	2	3
Seu peso em relação ao ideal		

Variáveis	Grupos de pesquisa	
	Cirúrgico	Não cirúrgico
Acima	2	5
Muito acima	6	3
Dieta		
Nunca	1	--
Mais de uma vez	1	4
Muitas vezes	6	4
Dieta atualmente		
Sim	1	3
Não	7	5

* Casados agrega as categorias: casado(a) e vive com companheiro(a).

* A variável idade tem apresentado suas medidas de posição através da média e do desvio-padrão.

A relação entre a aparência física, faixa salarial e padrão de empregos já havia sido descrita em um estudo de coorte realizado na Grã-Bretanha em 1958, e os resultados mostraram que para homens e mulheres com aparência física avaliada como pouco atraente e de mais baixa estatura houve perda salarial significativa, entretanto, quando se avaliou a presença de obesidade no grupo estudado, percebe-se que a perda salarial foi maior entre as mulheres e que essa discriminação salarial parte da discriminação dos empregadores. O mesmo estudo mostrou ainda que mulheres obesas e/ou mais altas são menos propensas a se casar, enquanto que para os homens essa menor propensão se dá entre os menos atraentes e mais baixos (Harper, 2000). Segundo Kanan, Goetz, Agostini e Bergamaschi (2016), as pessoas, de maneira geral, declaram preocupar-se e cuidar da própria aparência quando se propõem a buscar uma oportunidade de emprego e se sentem mais atraentes quando assim se percebem na avaliação dos demais.

Quanto à percepção do próprio corpo comparado ao corpo das outras pessoas, as respostas possíveis formaram uma escala que comparava o corpo do(a) participante com o que ele(a) considerava ideal (1 para a resposta muito pior, 2 pior, 3 nem pior, nem melhor, 4 melhor e 5 muito melhor), de modo que o ponto médio da escala é 3. A média obtida com as respostas dos participantes do grupo cirúrgico foi de 1,25, portanto, abaixo do ponto médio e abaixo do considerado ideal ($M = 1,25$; $DP = 0,48$). No grupo não cirúrgico, a média obtida foi de 1,63 ($DP = 0,51$). Destaca-se em ambos os grupos uma tendência de se perceberem como possuindo um modelo corporal aquém do que consideram o corpo ideal.

Para Campagna e Souza (2006), a representação corporal se apresenta como o resultado de uma elaboração do indivíduo consigo mesmo e com os demais. Em seu estudo, que pesquisou sobre a satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais, realizado com 120 pessoas de ambos os sexos, os participantes foram classificados segundo resultado de IMC em: abaixo do peso (25%), peso normal (25%), sobrepeso (25%) e acima do peso (25%).

Saur e Pasian (2008), em sua pesquisa, descrevem resultados que demonstraram maiores níveis de satisfação com a imagem corporal no grupo de pessoas com peso normal, os participantes do grupo abaixo do peso ficaram em segundo lugar quanto ao nível de satisfação consigo próprios, seguidos pelo grupo de sobrepeso. Os pesquisados que demonstraram sinais de maior insatisfação com sua imagem corporal foram os indivíduos do grupo acima do peso. Os resultados do presente estudo corroboram ainda com os achados da pesquisa sobre satisfação com a imagem corporal de Ferreira e Leite (2002), onde o grupo de obesos obteve maiores índices de insatisfação com a imagem corporal em comparação ao grupo de não obeso.

Na presente pesquisa, apenas dois participantes declararam prática de atividade física, um deles de maneira esporádica (quinzenalmente). O enfrentamento da epidemia da obesidade deve contemplar ações que promovam, estimulem e apoiem a adoção de práticas de alimentação saudável e atividade física através de ambientes estimuladores, através de iniciativa pública e/ou privada (Rech, Borfel, Emmanouilidis, Garcia, & Krug, 2016). A atividade física não é considerada medida isolada de controle da obesidade, entretanto, auxilia na perda de peso em longo prazo, colaborando com a melhora da saúde (Nonino-Borges et al., 2006).

No que se refere à importância dispensada sobre a opinião das pessoas sobre sua própria aparência física, quatro pessoas disseram que se importam, e quatro disseram que não se importam em ambos os grupos (cirúrgico e não cirúrgico). As respostas sobre os sentimentos gerados pela observação alheia foram *muito desconfortável e inseguro* para quatro pesquisados do grupo cirúrgico, e cinco pesquisados do grupo não cirúrgico. Não responderam a essa pergunta cinco dos

entrevistados. Entre os pesquisados do grupo cirúrgico, cinco compararam o próprio corpo com o das demais pessoas, no grupo não cirúrgico apenas dois pesquisados disseram fazer o mesmo.

5.1 Satisfação com a Imagem Corporal

O resultado do teste de silhuetas corporais indicou que os 16 pacientes pesquisados estão insatisfeitos com sua imagem corporal devido ao excesso de peso, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Resultado do Teste de Silhueta Corporal – diferença entre PICR e PICI.

Pesquisada(o)*	Percepção da Imagem Corporal Real – PICR**	Percepção da Imagem Corporal Ideal – PICI***	Diferença entre PICR e PICI****
1	+8	-6	+2
2	+8	-3	+3
3	+7	-3	+4
4	+8	-3	+5
5	+6	-4	+2
6	+6	-3	+3
7	+8	-3	+5
8	+8	-6	+2
9	+7	-6	+1
10	+7	-5	+2
11	+8	-3	+3
12	+8	-4	+4
13	+7	-4	+3
14	+7	-3	+4
15	+6	-3	+3
16	+8	-5	+3

* Sujeito pesquisado.

** PICR Como o pesquisado(a) percebe a própria imagem.

*** PICI O que o pesquisado(a) percebe como corpo ideal.

**** Diferença entre as percepções.

Na Tabela 2, apontam-se os resultados das diferenças entre a PICR e a PICI que pode indicar: sem diferença quando resultado for igual a zero; insatisfação devido à magreza quando o resultado for negativo e insatisfação devido ao excesso de peso/obesidade quando o resultado for positivo.

A autoimagem é formada a partir do resultado entre três percepção distintas: a imagem concebida, a imagem formada pela opinião de outras pessoas e a imagem real (Cavalcante, 2009). Condutas com o propósito de alcançar um corpo que se adapte aos modelos harmônicos propostos como perfeitos são capazes de influenciar de maneira negativa a autoimagem, particularmente em pessoas acometidas pelo sobrepeso e obesidade (Appolinário & Claudino, 2000; Bracht, Piasetzki, Busnello, Berlezi, Franz, & Boff, 2013). Para Secchi, Camargo e Bertoldo, (2009), o desgosto com a autoimagem interfere no prestígio, na posição social e no magnetismo praticado sobre o sexo oposto, entre as relações sociais.

No estudo sobre a percepção de pessoas obesas sobre o próprio corpo, realizado com 14 mulheres e cinco homens, Macedo, Portela, Pálamira e Mussi (2015) encontraram nos depoimentos de seus pesquisados o relato de que uma imagem corporal distinta aos padrões e beleza atuais interfere em seu dia a dia, tal interpretação pode ser percebida a partir de críticas lançadas sobre a própria imagem refletida no espelho. Conforme Marcuzzo, Pich e Dittrich (2012), pessoas em condição de obesidade demonstram preocupação por se enxergarem distantes do modelo corporal disseminado pela mídia. O destaque às imagens estereotipadas, veiculadas pelos meios de comunicação, os submete à insatisfação com seu corpo, ocasionando danos ao processo de construção da imagem corporal.

Os resultados relacionados à opinião sobre a importância da presença do Nutricionista, do Médico, assim como sobre a adoção de tratamento clínico antes da cirurgia bariátrica, estão descritos na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 – Opiniões dos grupos cirúrgico e não cirúrgico relacionadas ao papel do nutricionista, do médico e da adoção de tratamento clínico no controle da obesidade.

Variáveis	Grupos de pesquisa	
	Cirúrgico	Não cirúrgico
Papel do Nutricionista		
Nem favorável, nem desfavorável	--	1
Favorável	3	5
Muito favorável	5	2
Papel do Médico		
Desfavorável	1	--
Nem favorável, nem desfavorável	--	1
Favorável	3	6
Muito favorável	4	1
Tratamento clínico antes da cirurgia		
Desfavorável	1	--
Pouco favorável	2	1
Favorável	3	5
Muito favorável	2	2

O acompanhamento multidisciplinar no controle do excesso de peso impõe regras consideradas invasivas, visto que transformam a rotina das pessoas. Em muitas ocasiões, essas regras e procedimentos são aplicados de forma generalizada, sem que sejam consideradas particularidades como os hábitos de vida, as questões culturais e, até mesmo, as questões socioeconômicas de cada um. Esse tipo de abordagem pode desestimular a adesão e manutenção das mudanças propostas (Ades & Kerbauy, 2002).

O acompanhamento multidisciplinar para pacientes em condição de obesidade, submetidos à cirurgia bariátrica, permite a estes perceber a dimensão do procedimento ao qual serão submetidos, considerando que suas práticas alimentares deverão sofrer modificações importantes (Costa, 2013). O mesmo se aplica aos portadores de obesidade em acompanhamento nutricional clínico.

O sucesso do tratamento da obesidade resulta da construção de vínculos com a pessoa obesa e com seu entorno, familiar, cultural e econômico (Grejanin, Pezzo, Nastri, Sanches, Nascimento, & Quevedo, 2013; Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013), e a terapia aplicada no tratamento da obesidade, independentemente de quanto se necessite emagrecer, pode resultar em frustração para o paciente e para o médico com seus resultados (Anderson & Wadden, 2000).

Para investigar as representações sociais dos participantes referentes à obesidade, alimentação, magreza e cirurgia bariátrica, estes responderam a uma entrevista em profundidade com a apresentação dos quatro estímulos indutores. Os resultados de cada uma das investigações serão apresentados separadamente, para depois apresentar conclusões gerais sobre as diferentes representações encontradas.

5.2 Representações Sociais da Obesidade

O *corpus* para análise das representações sociais sobre a obesidade foi gerado a partir de respostas abertas à seguinte questão: o que representa a obesidade para você? Foram gerados 16 textos que deram origem a 169 segmentos de texto, dos quais 105 (62,3%) do total foram considerados na AHD. O *corpus* foi formado por 6.197 ocorrências de palavras, que corresponderam a 777 formas distintas, indicando uma média de três ocorrências por palavra.

Os resultados da AHD são apresentados no dendrograma (Figura 1), que indica as classes, bem como as relações estabelecidas entre elas pela análise. Observa-se que as respostas foram inicialmente distribuídas em cinco classes. A primeira partição do *corpus* opõe a classe 2, 1 e 5 às classes 3 e 4. A segunda partição opõe a classe 2 às classes 5 e 1; a terceira partição opõe a classe 5 à classe 1; e a classe 4, à classe 3.

Como pode ser observado na Figura 1, a classe 4 relaciona a obesidade à doença; a classe 3 se associa a questões discriminatórias percebidas pelos obesos; a classe 5 relaciona a obesidade à estética, sendo esta considerada feia; a classe 1 descreve a obesidade como uma condição limitante; a classe 2 sugere sobre a dificuldade ou a inabilidade para buscar mudanças.

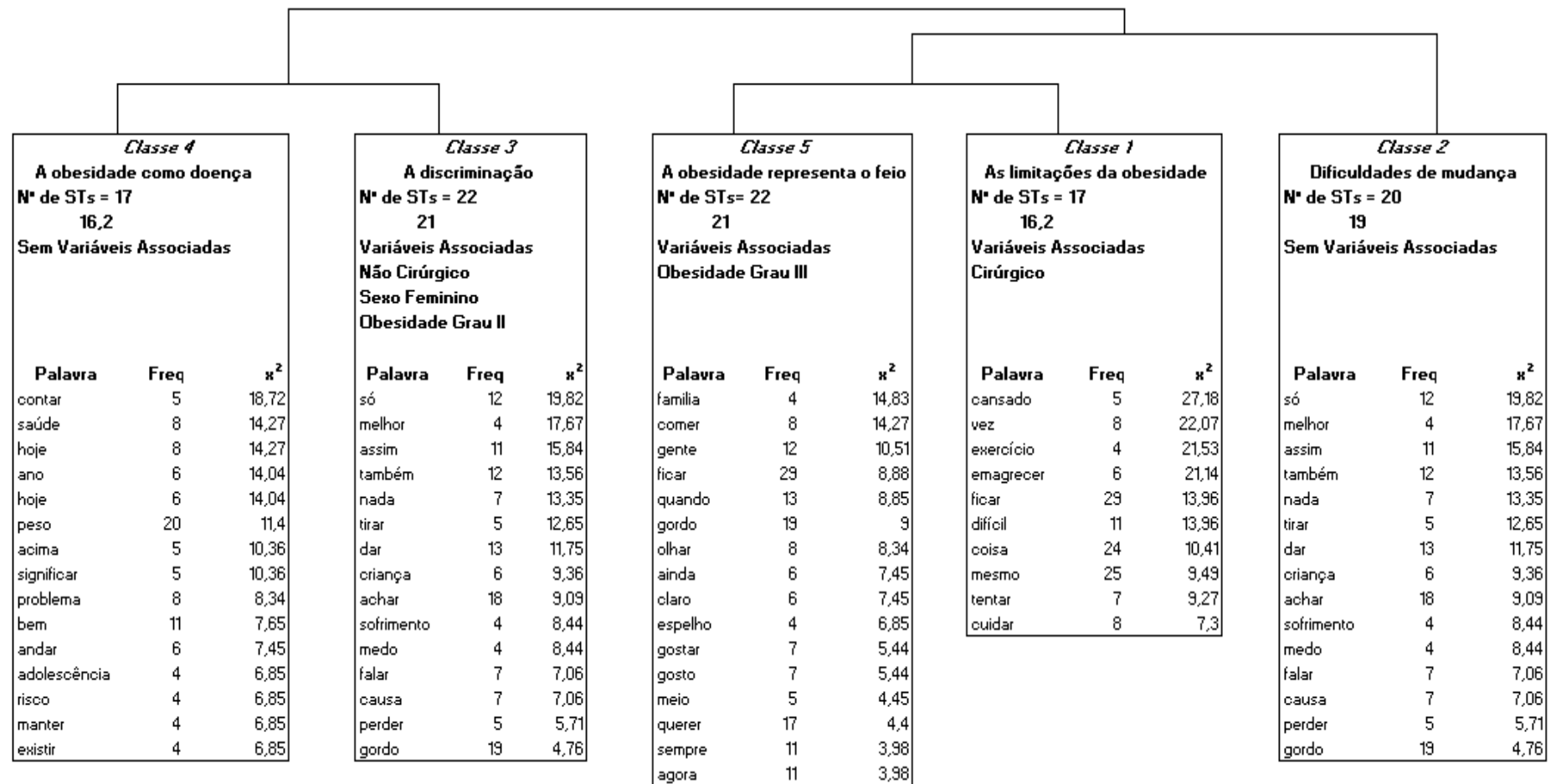


Figura 1 – Dendrograma da CHD do *corpus* representações sociais da obesidade.

5.2.1 Classe 4: a obesidade como doença

O contexto apresentado pela classe 4 foi composto por 17 segmentos de texto, representando 16,2% do *corpus* e faz referências à condição de obesidade como promotora de doenças. Os segmentos que compõem essa classe são formados por algumas palavras, como: *peso, saúde, hoje e problema*. Nessa classe, a condição de obesidade é pensada como condição patológica e percebida como um prejuízo. Percebe-se que, para os sujeitos, a obesidade está ligada aos problemas que o excesso de peso é capaz de causar ao corpo e à saúde de maneira geral. A descrição dos segmentos de texto dessa classe sugere que pessoas em condição de obesidade sofrem com problemas de saúde causados pela presença do excesso de peso:

Hoje para mim, a obesidade significa estar bem acima do meu peso ideal, muito acima e com risco até para minha saúde, por conta que eu estou com problema de coluna e já estou sentindo no meu joelho, coisa que eu não sentia antes. (Pesquisada 2, 36 anos, 113 kg, não favorável à cirurgia bariátrica).

Não consigo levantar do chão como eu conseguia antes eu ando um pouquinho e já sinto falta de ar, além disso, nenhuma roupa entra quase em mim, me sinto muito mal não tenho roupa e a parte do fator da autoestima. (Pesquisada 5, 30 anos, 94,5 kg, favorável à cirurgia bariátrica).

O contexto indicado pela classe 4 aponta o aspecto mórbido da obesidade, o que justifica a associação com pessoas classificadas com obesidade mórbida. A associação com a pesquisada dois está claramente ligada aos desconfortos físicos causados pela obesidade e pelas dificuldades em manter o bom estado de saúde imposto por ela.

Segundo Campos (2012), todo indivíduo concebe mentalmente um conjunto de convicções que atuam como uma hipótese pueril e cotidiana a respeito da prática de saúde e risco de saúde, e o utiliza para esclarecer e agir sobre esta. Esse complexo cognitivo contempla vários

fundamentos que são comuns a outros indivíduos no que se refere aos cuidados e atitudes, são práticas sociais semelhantes.

A concepção de saúde envolve os contextos social, econômico, político e cultural, não significando a mesma coisa para todos os indivíduos, estando esta sujeita à compreensão individual, científica, religiosa e filosófica (Scliar, 2007). A obesidade representa riscos à saúde e compromete o bem-estar físico e psicossocial e, atualmente, tornou-se a segunda principal causa de morte precoce depois do tabagismo, em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Sousa, Arantes, & Costa, 2008; Abeso, 2016).

A compreensão da obesidade como doença não é uma prática exclusiva do público adulto. Em pesquisa realizada com adolescentes sobre as repercussões do excesso de peso em sua saúde, Serrano, Vasconcelos, Silva, Cerqueira e Pontes (2010) descrevem que o entendimento sobre essas repercussões entre os pesquisados se relacionou especialmente às complicações cardíacas e ao maior risco de desenvolver doenças como a hipertensão e o acidente vascular encefálico. Em estudo com 474 adultos obesos, Cercato, Silva, Sato, Mancini e Halpern (2000) evidenciaram a prevalência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* em 54,4% e 17,7%, respectivamente. A hipercolesterolemia esteve presente em 54,02% da amostra.

A condição complexa e as complicações causadas pela obesidade comprometem a saúde e o bem-estar dos sujeitos, visto que não está condicionada apenas ao surgimento de doenças crônicas, mas a uma sucessão de conflitos de impactos socioeconômico e psicossocial, entre eles, a marginalização laboral, o isolamento social e o amor-próprio. Pessoas obesas se veem obrigadas a adequar-se a um contexto alicerçado em princípios, regras e padrões onde o excesso de peso e as doenças associadas à obesidade certamente são razões limitadoras e de descrédito (Macedo et al., 2015).

5.2.2 Classe 3: a discriminação

O contexto apresentado pela classe 3 foi composto por 22 segmentos de texto, representando 21% do *corpus* e faz referências à condição de obesidade como discriminatória para aquele que a possui. Essa classe está associada ao sujeito de pesquisa 11, uma mulher de 50 anos, não favorável à cirurgia como tratamento da condição de obesidade. A classe é formada por segmentos que contêm palavras, entre as quais: *gordo*, *achar*, *perder* e *sofrimento*. Serão apresentados dois segmentos característicos dessa classe:

Se fala que está relacionado com a estética, mas a meu ver é uma coisa que vai além disso, porque quando você vê um obeso você pensa em uma pessoa completamente louca sobre a mesa... Sem o menor controle sobre seus instintos enchendo a cara de comida e, ela parece uma pessoa menor porque ela tem esse instinto exacerbado, então, o problema com o preconceito na obesidade na sociedade está relacionado a isso. (Pesquisada 11, 37 anos, 82 kg, não favorável à cirurgia bariátrica).

Os gordos sofrem muita discriminação e eu tenho minha mulher e minha família que apostam em mim, que gostam de mim de qualquer jeito, mas eu não gosto de ser de qualquer jeito, sabe eu me conheço bem. (Pesquisado 6, 34 anos, 113,9 kg, muito favorável à cirurgia bariátrica).

Diferenciar alguém significa não permitir que essa pessoa possa usufruir de seus direitos ou da igualdade de oportunidades. Significa criar barreiras para sua plena realização. Pessoas com obesidade devem se ajustar a um contexto onde os critérios, os princípios e os modelos estão distantes de sua realidade, nesse contexto, a obesidade e suas prováveis consequências tornam-se condições limitadoras e excludentes (Scherer, Santos, Bado, Cardoso, & Barreto, 2014). De maneira geral, os obesos estudam por um menor número de anos e possuem menos chances de

emprego quando concorrem com não obesos. O mesmo se aplica aos relacionamentos estáveis (Macedo et al., 2015).

Em estudo sobre a obesidade e mídia, Felipe et al. (2004) descrevem uma representação social acerca do sujeito com obesidade, caracterizando-o como desacreditado, desprovido de amor-próprio, à margem dos padrões estéticos estabelecidos, marginalizados pelos conceitos de beleza contemporâneos e que os retrata como um problema social produto da gula, da negligência e da inércia, gerando estereótipos discriminatórios sobre esse grupo. Segundo Mattos e Luz (2009), o excesso de gordura corporal transforma-se em estigma, uma cicatriz social de princípios indesejáveis que desmerece as pessoas devido à não aprovação dos modelos atuais da figura corporal.

5.2.3 Classe 5: a obesidade representa o feio

A classe 5 foi composta por 22 segmentos de texto, representando 21% do *corpus*. A obesidade, nessa classe, foi significada a partir de um conjunto de impressões que a descrevem como uma condição privativa para aquele que a possui, sendo caracterizada pelo não belo e desagradável, o que pode ser notado através de algumas palavras que compõem seus segmentos: *ficar, gordo, olhar e espelho*. A classe é associada aos sujeitos de pesquisa quatro e 10, ambas mulheres, a primeira favorável e a segunda não favorável à cirurgia bariátrica. Seguem alguns segmentos que compõem essa classe:

Eu acho que ser obeso é feio eu acredito nisso eu passei toda minha vida ouvindo. A gente fica tanto tempo ouvindo isso que a gente acaba acreditando, eu não acho os outros que eu olho sejam feios, eu me acho feia, entendeu? (Pesquisada 3, 20 anos, 84,6 kg, pouco favorável à cirurgia bariátrica).

Tudo o que ser gordo representa de ruim eu já pude sentir. (Pesquisada 5, 94,5 kg, 30 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Eu, na minha opinião acho feio. Eu olho outra pessoa na rua que eu considero gordo eu acho feio. É complicado, não que a pessoa seja mesmo feia, mas eu acho, e eu me sinto feia também. Esse é um sentimento meu. (Pesquisada 8, 93,2 kg, 50 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Houve um tempo em que a gordura foi considerada como algo auspicioso e esteticamente atraente. A magreza não era considerada sinal de distinção, ao contrário disso, expressava a privação, a pobreza e a menor expectativa de vida (Rodrigues, 2013). A ideia sobre saúde e sobre o belo sofreu uma considerável mudança nas últimas décadas. Na atualidade o corpo magro, fisicamente ativo e detalhadamente modelado, surge inexoravelmente como padrão determinante de beleza. Os meios de difusão de informações enaltecem a boa saúde como resultado da eliminação do excesso de peso (Justo, 2016). O presente estudo corrobora com os resultados encontrados por Macedo et al., (2015), nos quais os participantes relacionam a obesidade à exclusão do padrão de beleza e ao impacto causado por essa relação à sua vida cotidiana.

Segundo Fontes (2008), o sujeito com obesidade é um indivíduo refém do corpo social contemporâneo, aprisionado à rigidez dos modelos estéticos, e sua condição denota um distanciamento da normalidade, criando obstáculos em seus relacionamentos, sejam eles afetivos ou não. Estar acima do peso afasta as pessoas dos conceitos atuais de saúde, o que se aspira é o corpo magro sem que sequer sejam consideradas as diferenças genéticas. Estar ou manter-se gordo expressa ausência de domínio, apatia e displicência (Ades & Kerbaux, 2002). Para Fontes (2008), as pessoas portadoras de obesidade permanecem atreladas a arquétipos estéticos severos, e ser portador de excesso de peso denota um desencaminhamento do habitual, gerando obstáculos de convivência e afetivos no seu cotidiano.

5.2.4 Classe 1: as limitações da obesidade

A classe 1 faz oposição às classes 5 e 2. Foi composta por 17 segmentos de texto, representando 16,2% do *corpus* e faz referência à obesidade como circunstância limitadora na vida das pessoas, traduzindo essa condição a partir da análise das palavras que compõem os segmentos associados a essa classe: *difícil*, *emagrecer* e *cansado*. Houve, durante a análise dessa classe, associação com o sujeito de pesquisa seis, um homem adulto jovem que se sente impotente frente à condição de obesidade, favorável sobre realizar a cirurgia bariátrica. Em seguida, a descrição de dois dos segmentos classificados na análise da classe:

Basicamente isso, eu me sinto limitado, me sinto diminuído em algumas coisas.

(Pesquisado 6, 34 anos, 113,9 kg, muito favorável à cirurgia bariátrica).

É uma limitação na vida da pessoa porque ela não pode ser ela mesma, porque ela sofre demais e nada cura esse sofrimento na vida dessa pessoa, eu só vejo coisas ruins mesmo.

(Pesquisada 4, 33 anos, 109,8 kg, muito favorável à cirurgia).

Segundo Santos e Pereira (2008), os portadores de obesidade consideram sua qualidade de vida relacionada à saúde e suas habilidades psicossociais como piores quando comparadas às de pessoas sem obesidade, entretanto, em seu estudo, os resultados relacionaram o excesso de peso/obesidade a uma percepção de menor qualidade das dimensões físicas envolvidas com a qualidade de vida relacionada à saúde, contudo não houve a mesma relação sobre as dimensões psicológicas.

Pessoas com sobrepeso e obesidade necessitam adequar-se a uma realidade repleta de princípios e normas onde o exagero corporal e as doenças por ele causadas são, naturalmente, elementos limitadores e padrões, regras e estruturas em que o excesso de peso e as comorbidades provavelmente são fatores limitantes e de descrédito (Macedo et al., 2015). A condição de obesidade determina diversas formas de limitações no cotidiano da pessoa com sobrepeso ou

obesidade, levando-a a enfrentar situações limitantes, em sua maioria, restritas de autonomia e sem escolhas que considerem sua predileção, como, por exemplo, no momento de vestir-se.

No que se refere à sexualidade, Dalgarrondo (2008) descreve classicamente o obeso como uma pessoa emocionalmente refreada ou que até mesmo se vale do excesso de peso para salvaguardar-se dos desapontamentos e de mostrar-se em suas relações sociais; refere ainda que pessoas obesas geralmente apresentam baixa autoestima e se consideram menosprezadas pelos demais. Para Fontes (2008), a dificuldade em lograr o respeito entre as pessoas do seu convívio e por seu comportamento em determinados grupos, não estigmatizados, aquele que se sente como tal termina por convencer-se de que não dispõe de qualidades para ser aprovado, criando uma situação de autorrecusa, além da recusa social.

5.2.5 Classe 2: as dificuldades de mudança

A classe 2 foi composta por 20 segmentos de texto, representando 19% do *corpus* e sugere que a obesidade possa trazer, para aqueles que a possuem, inabilidade de enfrentar as dificuldades impostas por essa condição e até mesmo de buscar mudanças sobre esta. As respostas agrupadas nessa classe referem-se a essas dificuldades, como pode ser observado a partir de algumas das palavras que compõem os segmentos dessa classe: *gordo, achar, perder e sofrimento*. A classe 2 não foi associada a nenhuma variável. A seguir, a descrição de dois segmentos classificados na análise da classe:

Tem um monte de gente com receita que não funciona, eu já tentei muita coisa, nem fico contando na minha casa, mas já tomei até remédio controlado. É muito difícil, não sei se tem cura, acho que é igual doença que não tem cura, tem que cuidar, mas não consigo.
(Pesquisada 10, 51 anos, 109,6 kg, pouco favorável à cirurgia).

Uma hora você se cansa e entrega os pontos... sabe, não tem que consiga viver sempre assim nesse inferno de luta contra a balança... nem se olhar no espelho, tirar foto só do rosto. (Pesquisada 14, 36 anos, 100,5 kg, favorável à cirurgia).

Em seu artigo *Beleza, identidade e mercado*, Sampaio e Ferreira (2009) levantam a seguinte questão: ao consideramos a beleza como uma concepção social, resultado do conhecimento e significativo para o entendimento do convívio comum, por que então o corpo é tão reverenciado sob o ponto de vista da sua imagem? Por que a figura física enaltecida pela mídia é aquela adotada e compartilhada pelas pessoas como a mais admirável? A complexidade que envolve a obesidade torna as atitudes voltadas ao seu controle tarefas difíceis de serem executadas, uma vez que envolvem mudanças drásticas e perenes na vida das pessoas. Segundo Marcelino e Patrício (2011), há uma diversidade de tratamentos propostos, entre eles, dietas, acompanhamento psicológico, terapia medicamentosa e programas de atividades físicas, contudo, o obeso, muitas vezes, não obtém o sucesso que se espera, podendo essa frustração potencializar seu comportamento depressivo, aumentando seu estresse e colaborando com o agravamento da obesidade.

Um estudo realizado com adolescentes sobre as representações sociais do corpo demonstram ser a aparência física, já nesse público, fator determinante de beleza. Nessa pesquisa, os adolescentes de ambos os sexos se mostraram preocupados em atender ao padrão imposto pelo corpo social, referindo-se à beleza como a expressão de um físico musculoso para os meninos; e magro, elegante e sem barriga para as meninas (Passos, Gugelmin, Castro, & Carvalho, 2013).

5.2.6 Representações sociais da obesidade para pessoas que pretendem e não pretendem realizar a cirurgia bariátrica

Na análise realizada com auxílio do programa IRaMuTeQ foram identificadas as representações sociais da obesidade entre adultos do sexo feminino e masculino, portadores de obesidade em diferentes níveis de classificação, que pretendem ou não pretendem, em algum momento, submeter-se à cirurgia bariátrica como opção de tratamento. A CHD gerou cinco classes, que descrevem as várias perspectivas relacionadas à condição de obeso. A classe 4 relaciona obesidade à condição de doença, enfatizando riscos a que o sujeito com obesidade está exposto e, conseqüentemente, aos prejuízos que essa condição causa à saúde.

As classes 1 e 2 apontam os aspectos limitantes e as dificuldades encontradas pelos obesos, especialmente no que se refere às alterações físicas impostas, como a presença de dor, desconforto, dificuldade de locomoção ou até mesmo sobre a dificuldade em realizar atividades simples como caminhar, trabalhar e passear. Destacam-se também relatos referentes à inabilidade ou dificuldade de enfrentamento dessa condição, percebidas através de algumas descrições sobre as inúmeras tentativas frustradas de emagrecimento, sobre o quanto é difícil de modificar alguns hábitos, sobre o esforço em manter-se forte na luta contra o ganho de peso e, até mesmo, sobre as inseguranças sofridas em suas relações interpessoais. Esses aspectos sociais da obesidade descrevem a fragilidade do obeso frente à constante luta contra a balança.

A classe 5 traduz o sentimento de depreciação da própria imagem quando compara a própria figura aos padrões sociais sobre o corpo belo, ou pelo menos sobre o que é socialmente aceito como tal. Essa classe foi gerada a partir da análise de frases e palavras que se referem à condição de feiura que os entrevistados relacionam à obesidade, e envolve o relato de situações onde os entrevistados se comparam a pessoas sem obesidade ou até mesmo quando se referem a outros sujeitos com obesidade, onde quase sempre a opinião dada é a de que pessoas obesas são

pessoas feias. Apesar de ocorrer em muitas entrevistas, destacam-se nessas narrativas que as percepções são consideradas próprias, ou seja, aceitam que pode haver pessoas que pensem de maneira diferente, entretanto, de maneira geral isso não foi percebido no grupo.

As análises da classe 5, sobre as impressões sobre o corpo obeso, corroboram com a classe 3, que destaca o sentimento discriminatório percebido entre os pesquisados. A classe 4 traz à luz da discussão os problemas de saúde causados pela presença da obesidade e também levanta a questão de como o excesso de peso proporciona limitantes e desconfortos físicos, além de colaborar com os causados à parte emocional

A análise das classes permite perceber que a representação social da obesidade entre as mulheres e homens pesquisados se dispõe em torno de três principais eixos (Figura 2). O primeiro se refere aos aspectos deletérios da obesidade sobre a saúde; o segundo, não menos insalubre, trata de sentimentos e percepções relacionados ao desmerecimento social; e o terceiro diz respeito aos sentimentos referidos pelas pessoas obesas entrevistadas nesta pesquisa.

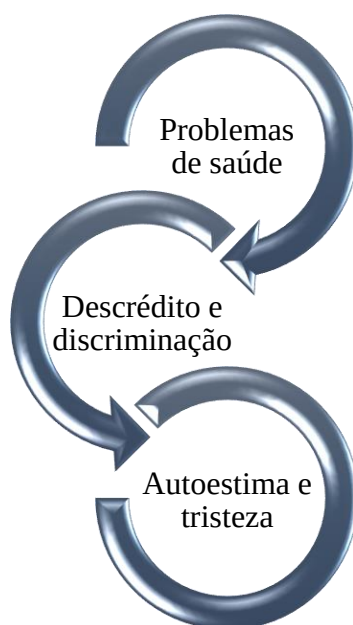


Figura 2 – Representações sociais da obesidade.

Ao relacionar as representações sociais ao sexo dos entrevistados, percebe-se que ambos demonstraram sentimentos similares no que se refere aos aspectos da obesidade e da ocorrência de outras doenças associadas, à exceção de um dos homens entrevistados. Entre as mulheres, houve destaque sobre os aspectos econômicos da obesidade quando comentaram sobre os custos de vestimentas e calçados para pessoas obesas, além dos gastos com a própria alimentação. Cabe ressaltar que esses parâmetros observados pelas mulheres incluem a dificuldade de encontrar roupas maiores no mercado, além de considerar a modelagem destas menos atraentes. A timidez causada pelo excesso de peso foi relatada por dois participantes do sexo masculino e pela maioria das mulheres, entretanto, outras condições envolvendo o perfil psicológico, como depressão, desânimo, tristeza e vergonha, foram unânimes entre os participantes de ambos os sexos.

5.3 Representações Sociais da Alimentação

O *corpus* para análise das representações sociais sobre da alimentação foi gerado a partir de respostas abertas à seguinte questão: o que representa a alimentação para você? Foram gerados 16 textos que deram origem a 145 segmentos de texto, dos quais 131 (90,3%) do total foram considerados na AHD. O *corpus* foi formado por 5.289 ocorrências de palavras, que corresponderam a 708 formas distintas, indicando uma média de três ocorrências por palavra.

Os resultados da AHD são apresentados no dendrograma (Figura 3), que indica as classes, bem como as relações estabelecidas entre elas pela análise.

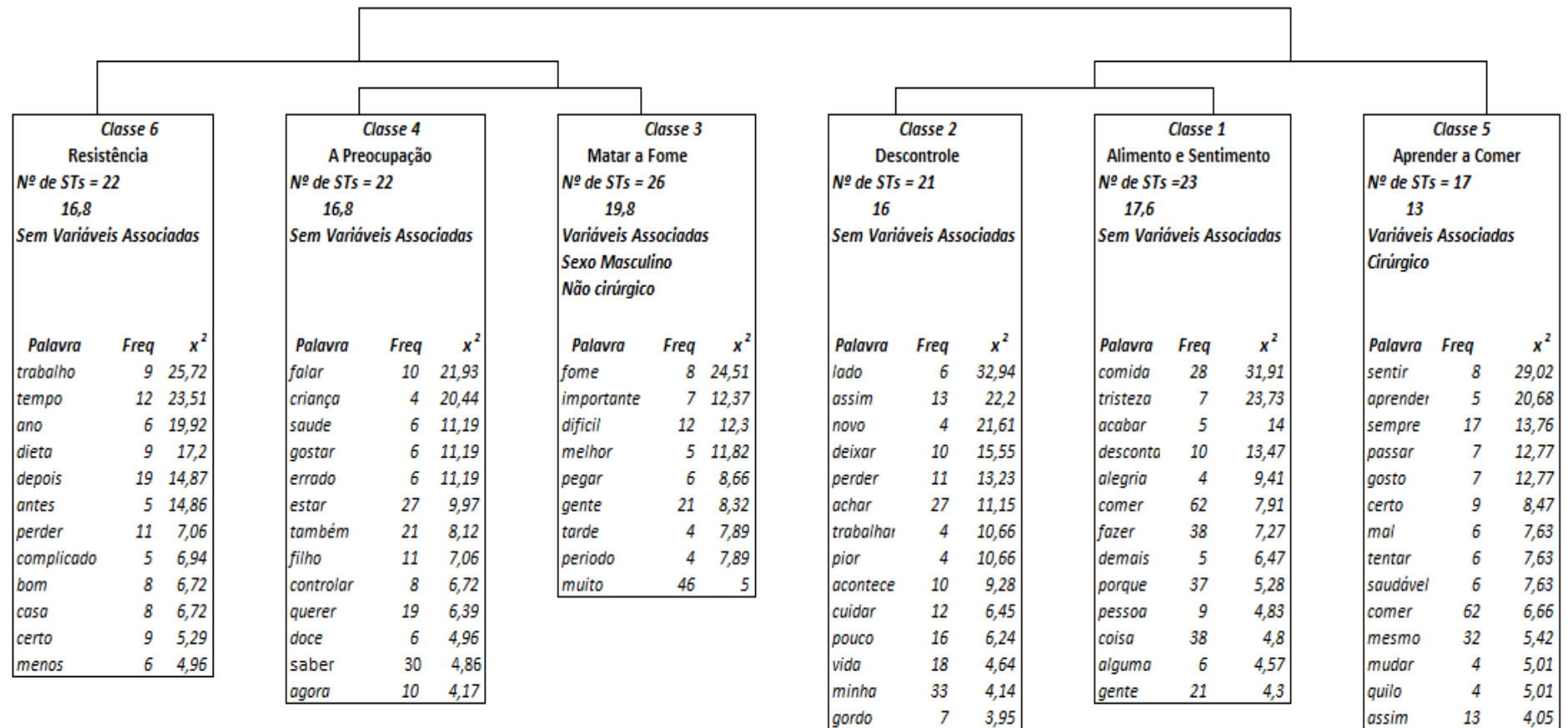


Figura 3 – Dendrograma da CHD do *corpus* representações da alimentação.

Observa-se que as respostas foram inicialmente distribuídas em seis classes. A primeira partição do *corpus* opõe as classes 6, 4 e 3 às classes 2, 1 e 5. Em uma segunda partição, a classe 6 se opõe às classes 3 e 4 e a classe 5 se opõe às classes 2 e 1. Na terceira partição do *corpus*, a classe 1 se opõe à classe 2, e a classe 4 se opõe à classe 3. A classe 6 se relaciona à resistência dos pesquisados em melhorar ou controlar a sua alimentação. As classes 4 e 3 relacionam-se entre si quando apontam por que é tão difícil para os pesquisados de resistir aos encantos da comida. As classes 2 e 1 se aproximam quando relacionam o alimento a determinados sentimentos humanos ou até mesmo como fuga em determinadas situações. Finalmente, a classe 5 demonstra o lado mais racional em relação à alimentação, falando da importância que tem o alimento na manutenção da saúde.

5.3.1 Classe 6: a resistência

Classe composta por 22 segmentos de texto que representam 16,8% do *corpus* e está associada aos sujeitos de pesquisa três e sete, mulheres jovens (20 e 31 anos), ambas em condição de obesidade com classificação moderada, uma delas não favorável e a outra, favorável à cirurgia bariátrica. Seu conteúdo é representado pelas palavras que compõem os segmentos: *comer*, *fazer*, *porque* e *comida* e demonstram que existe entre os pesquisados o conhecimento referente aos hábitos alimentares adequados, entretanto, esse conhecimento enfrenta a resistência dos sujeitos em ser aplicado:

Olha, para dizer a verdade mesmo, eu poderia fazer qualquer coisa em relação à dieta, poderia até ensinar as pessoas e eu até ensino, mas quando é comigo as coisas ficam diferentes. (Pesquisado 6, 113,9 kg, 34 anos, favorável à cirurgia).

Eu abandonei o tratamento, eu sei, mas é que eu era muito cobrada em casa pela minha filha, que eu tinha que perder muito tempo não ficava muito presente com ela porque eu

ficava tendo que cozinhar e, quando saia da cozinha eu ia para a academia de manhã.

(Pesquisada 7, 99,8 kg, 31 anos, favorável à cirurgia).

O excesso de peso e a obesidade são condições compostas que envolvem fatores sociais, biológicos, familiares, culturais e emocionais que se relacionam. A má alimentação, a adoção de dietas inadequadas, o sedentarismo, os fatores genéticos e a abundância de oferta de alimentos calóricos, assim como os hábitos familiares, as rotinas estressantes e o tamanho das porções dos alimentos, favorecem sua ocorrência (Oliveira & Silva, 2014).

As cobranças familiares relacionadas ao processo de perda de peso colaboram para que o sujeito em condição de obesidade torne-se ansioso e inseguro, dificultando o emagrecimento e fazendo com que esse sujeito se sinta inferiorizado (Oliveira & Ribeiro, 2013). A família possui um importante papel, seja para manter uma alimentação inadequada ou para adotar melhores padrões alimentares e de atividade física. Atitudes de companheirismo e de incentivo podem ser fundamentais na conquista de um novo padrão alimentar, ou seja, não basta o aconselhamento, é preciso que exista envolvimento (Souza et. al., 2005).

5.3.2 Classe 4: a preocupação

A classe 4 está composta por 22 segmentos de texto que compõem 16,8% do *corpus*. Seu conteúdo é representado por segmentos que contêm as seguintes palavras: *saber, estar, também e querer*. Apesar de não haver associações na geração nessa classe, as respostas sobre a alimentação apontam para a preocupação com a condição de obesidade, a sua crescente expressão e suas consequências. Alguns segmentos demonstram o seu conteúdo:

Essa geração que está vindo é uma geração que eu vejo pelo menos é que tudo lícito, eu vejo muita criança comer muito doce e é o que eu fazia, então hoje, quando eu vejo uma criança comendo muito doce eu falo: isso aí não pode, mas todo mundo se choca comigo

porque eles pensam olha o que a gorda está falando, e é verdade, mas eu sei o que eu passei e sei o que eu passo ainda hoje. (Pesquisada 2, 113 kg, 36 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

Todo mundo gosta de comer o que é mais gostoso, eu também, mas eu sei que está errado eu sei eu estudo isso... seria melhor não saber e ficar livre para comer o que quisesse, sem ninguém te olhar com reprovação... isso é o mais difícil. (Pesquisada 3, 80 kg, 20 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

Segundo Garcia (1997), possuímos necessidades nutricionais do ponto de vista biológico e sociocultural que devem ser preservadas através da alimentação, entretanto, já não nos sentamos à mesa para desfrutar a comida, visto que somos acometidos pelo impacto da preocupação com a saúde, quando nos afastamos das práticas alimentares socialmente construídas. Goetz, Camargo, Bertoldo e Justo (2008) indicam que se preocupar demasiado com a alimentação termina por diminuir a importância do prazer e da sociabilidade. O crescimento da ansiedade em relação à alimentação vem sendo observado, assim como o desenvolvimento dos processos de culpa, podendo este culminar com o desenvolvimento de transtornos alimentares graves.

5.3.3 Classe 3: o matar a fome

A classe 3 foi composta por 26 segmentos de texto que representam 19,8% do *corpus*. Está associada aos sujeitos de pesquisa 12, 13 e 16, dois homens e uma mulher, todos não favoráveis à cirurgia bariátrica. A classe é formada por segmentos que contêm as seguintes palavras: *gente*, *muito*, *difícil* e *fome*. Essa classe surge a partir da influência da comida no controle da fome ou da vontade de comer, aqui relatadas como prováveis reflexos da ansiedade experimentada pelos pesquisados. Alguns segmentos demonstram o seu conteúdo:

Mas sei que tem que ter cuidado não é mesmo... olha eu já passei muita coisa difícil não vou te falar que passei fome, mas passei vontade de comer algumas coisas. (Pesquisado 16, 119,8 kg, 32 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

Alimentação para mim é sentar comer para matar a fome, para matar a fome mesmo, é eu não penso, como que eu vou falar eu não penso em eu não vou comer isso porque vai me fazer mal. (Pesquisada 13, 103 kg, 36 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Às vezes parece que eu não gosto de mim, eu sei que muita gente pensa isso quando me vê com fome, mas eu tenho fome ou vontade de comer eu não sei na verdade. (Pesquisada 1, 143 kg, 39 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

A comida é uma imensa fonte de prazer fisiológica e emocional que abriga grande parte das nossas lembranças. Quando se busca entender o real papel dos alimentos na vida das pessoas, entende-se que o alimento não é somente uma fonte de nutrientes necessária à sobrevivência, mas sim uma fonte de recompensas emocionais e um canal pelo qual projetamos nossas significações e afinidades sociais (Castro, Maciel, & Maciel, 2016).

O apetite reflete o estado emocional das pessoas podendo aumentar ou diminuir, como demonstra a experiência universal do amor e da dor. Pode ainda ser afetado pela raiva, e, no estado emocional de depressão, os distúrbios do comer tornam-se sintomas, assim é certo que existe uma estreita relação entre o apetite e o estado emocional tanto na saúde quanto na doença. No estudo do paciente em condição de obesidade, o comer torna-se uma importante necessidade emocional (Azevedo & Spadotto, 2004).

5.3.4 Classe 2: o descontrole

A classe 2 é composta por 21 segmentos de texto, representando 16% do *corpus*. Está associada ao sujeito de pesquisa 11, do sexo feminino, classificada segundo o IMC com obesidade

grau II e que não pretende tratamento através de cirurgia bariátrica. A pesquisada considera o alimento um “subterfúgio”. Seu conteúdo é representado pelas seguintes palavras que compõem os segmentos: *vida, pouco, cuidar e perder*. Apesar de não haver demais associações na geração nessa classe, outras respostas sobre as representações sociais da alimentação contribuem com o expressado pela pesquisada associada, quando esta refere inabilidade para controlar a sua alimentação, ainda que saiba que tal atitude possa comprometer a sua saúde. Alguns segmentos demonstram o seu conteúdo:

Eu não era assim, depois de tudo que aconteceu na minha vida eu fiquei assim, comendo tudo o que eu vejo pela minha frente... eu sei que o alimento devia ser uma coisa só para cuidar da saúde, mas eu não consigo ver ele assim, parece que a minha vida fica pior porque eu não consigo comer pouco então, eu acho que prejudica a minha saúde, certo. (Pesquisada 5, 94,5 kg, 30 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Perco o controle das coisas, aí esse problema de cuidar para não comer sem controle perde também completamente a importância, e eu deixo pra lá e como, ...é uma coisa que vai e volta, não é uma coisa constante. (Pesquisada 11, 82 kg, 37 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

Mudar hábitos de vida consolidados e assumir uma rotina composta de disciplina rigorosa da programação familiar, com a adoção ou incremento de atividade física, ou, mesmo, o uso contínuo de medicação, estabelece o dever de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes. As mudanças não ocorrem magicamente, mas sim durante um processo de reconsideração do projeto de vida e reavaliação das expectativas futuras (Péres, Santos, Zanetti, & Ferronato, 2007).

Pessoas em condição de obesidade sofrem em decorrência do preconceito e discriminação social contra o excesso de peso e obesidade, como o das características de seu comportamento alimentar. Há comprovações de que uma grande parte dessas pessoas comem para resolver ou

compensar questões das quais, muitas vezes, não se percebem. Pode ser que essas mesmas pessoas tenham dificuldade em sentir prazer nas relações sociais, justamente por sentirem-se rejeitadas, o que pode acabar levando-as ao isolamento. Por outro lado, tais sentimentos colaboram para que pessoas em condição de obesidade enxerguem a comida como uma importante fonte de prazer, e, que devido ao preconceito, fragilize ainda mais suas relações afetivas e sociais (Bernardi, Cicherele, & Vitolo, 2005).

5.3.5 Classe 1: o alimento e sentimento

A classe 1 está composta por 23 segmentos de texto que representam 17,6% do *corpus*. Está associada ao sujeito de pesquisa 14, do sexo feminino, classificada segundo o IMC com obesidade mórbida, e que pretende tratamento através de cirurgia bariátrica. A pesquisada se refere ao alimento como gerador de sentimentos, mais especificamente, aos sentimentos de alegria, arrependimento e tristeza, conforme o momento vivido. O conteúdo dos segmentos é representado pelas palavras *comida*, *descontar*, *tristeza* e *alegria*. Apesar de não haver demais associações na geração dessa classe, o potencial gerador de sentimentos, especialmente aqueles supracitados, ocorre na descrição da representação social da alimentação de outros pesquisados, tornando provável a hipótese. Alguns segmentos das respostas demonstram o seu conteúdo:

A alimentação para mim sempre significou uma alegria, mas sempre durou muito pouco porque você come se sente bem e feliz, mas é só uns segundos depois vem a culpa o arrependimento e a tristeza. (Pesquisada 14, 100,5 kg, 42 anos, favorável à cirurgia).

Eu percebo, mas não consigo controlar, mas acho que é porque comer é mais fácil do que descontar sua raiva ou tristeza em alguém, muitas vezes para não descontar em alguém eu como e como demais. (Pesquisada 10, 109,6 kg, 51 anos, não favorável à cirurgia).

Segundo Bernardi et al. (2005), o consumo alimentar, em diversas condições emocionais, parece ocorrer de maneira mais notória na vigência de excesso de peso, uma vez que indivíduos em condição de obesidade acabam por consumir mais alimentos em situação de estresse emocional. Existe uma teoria, chamada de Modelo Psicossomático da Obesidade, que declara que pessoas em condição de obesidade, especialmente as mulheres, utilizam a alimentação como um refúgio compensatório, em situações de ansiedade, depressão, tristeza e raiva (Faith, Allison, & Geliebter, 1997).

5.3.6 Classe 5: o aprender a comer

A classe 5 está composta por 17 segmentos de texto que representam 13% do *corpus*. Essa classe está associada aos sujeitos de pesquisa quatro e cinco, portadoras de obesidade mórbida e grau II, respectivamente, ambas mulheres. A classe associa-se ainda ao grupo que pretende realizar a cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade e trata da vontade expressada em melhorar o padrão alimentar, buscando com esse comportamento melhorar também a sua relação com os alimentos. O conteúdo dos segmentos dessa classe é representado pelas palavras *comer*, *mesmo*, *sempre* e *certo*. Alguns dos segmentos demonstram o seu conteúdo:

Eu quero que a minha alimentação seja respeitada e eu quero aprender a comer certo, mas quero comer o que eu gosto sem me sentir culpada eu tenho vergonha de sair agora para comer quero que isso mude. (Pesquisada 4, 109,8 kg, 33 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Muitas vezes eu tentei aprender a comer devagar e comer pouco, mas quando vejo, já comi muito e nem percebo, claro que isso vai mudar, eu tenho fé que não vou morrer assim, eu vou aprender e tudo vai dar certo depois. (Pesquisada 5, 94,5 kg, 30 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

O processo de modificação dos hábitos alimentares pode ser lento e dificultoso, visto que esses hábitos estão relacionados ao menos a três razões complexas: as culturais, difundidas entre gerações; econômicas, referentes à oferta, disponibilidade e custo dos alimentos; e as razões sociais relativas à aceitação ou recusa de padrões alimentares instituídos (Péres et al., 2007).

Em sua revisão de estudos relacionados a pessoas em condição de obesidade, Mela (2006) concluiu que a ingestão de alimentos desperta não somente o paladar, mas também o chamado desejo, intimamente relacionado às motivações internas dos indivíduos no momento de comer. Segundo esse autor, o que se percebe em vários estudos é que pessoas em condição de obesidade apresentam estimulações sensoriais diferentes aos de pessoas sem excesso de peso, e reforça ainda que a alimentação é um tema de estudo multidisciplinar, pois o ato de comer envolve aspectos psicológicos, sociais e culturais, ademais dos fisiológicos.

5.3.7 Representações sociais da alimentação, para pessoas que pretendem e não pretendem realizar a cirurgia bariátrica

A alimentação vem sendo apontada como a principal responsável pelas doenças atuais, entre elas, a obesidade. Com auxílio do programa IRaMuTeQ foi possível identificar as representações sociais da alimentação entre os pesquisados e a CHD gerou cinco classes, que descrevem alguns pontos de vista relacionados à alimentação. A classe 6 aponta a dificuldade enfrentada em controlar a alimentação, em aceitar e assumir um determinado modelo de dieta e talvez exponha o quanto somos resistentes às mudanças, especialmente no que se refere ao hábito alimentar. A classe 4 traduz a preocupação que existe em relação aos prejuízos causados pela alimentação inadequada, e é a classe que, de maneira mais clara, relaciona o padrão alimentar à ocorrência da obesidade.

A classe 3 aborda aspectos do desencadeamento da alimentação e como esses aspectos estão interligados às causas do excesso de peso. O comportamento alimentar está diretamente relacionado ao cérebro e ao sistema nervoso, assim como às condições mentais e emocionais, e, na análise dessa classe, percebe-se através das palavras e segmentos de texto a ela relacionados que o comer e a fome podem estar repletos de significados que não apenas um reflexo fisiológico de sobrevivência.

A classe 2 apresenta alguns segmentos de texto que descrevem a fragilidade de alguns participantes ao assumirem-se incapazes de controlar o impulso de comer, mesmo quando não gostariam de fazê-lo. A relação entre as pessoas e os alimentos é complexa e vai além da compreensão puramente biológica. As práticas alimentares são, acima de tudo, práticas socialmente construídas e que possuem identidade, e modifica-las é tarefa difícil que implica mudanças e demanda motivação.

A classe 1 retrata de maneira muito clara o quanto a alimentação está envolvida com os sentimentos, como alegria, tristeza, angústia, entre outros, e aponta como esses sentimentos são determinantes na decisão de comer muito ou pouco, bem ou mal, dependendo de como nos sentimos, em determinada hora, dia, semana etc. Um mesmo alimento pode apresentar diversos sabores, desde o doce até o amargo, segundo quando, como e com quem o compartilhemos. A classe 5 aponta a intenção dos pesquisados em assumir uma alimentação saudável, equilibrada e socialmente aceita, onde os excessos não ocorram, e que se possa resgatar o controle e a “saúde” física e emocional através da alimentação.

As análises das classes se complementam e permitem perceber que a representação social da alimentação entre as mulheres e homens pesquisados está ancorada na preocupação com a saúde, no comportamento alimentar, e em como e quanto esse comportamento pode influenciar nas suas práticas alimentares, que atualmente não coincidem com as práticas construídas socialmente.

As representações sociais da alimentação e do comportamento alimentar dos participantes da pesquisa são semelhantes para os homens e mulheres, entretanto, no grupo favorável à cirurgia percebe-se uma expectativa de não abandonar os atuais hábitos alimentares, e sim comer em menor quantidade. Apenas um homem participante desse grupo mencionou que pretende melhorar sua alimentação, os demais esperam, acima de tudo, comer e perder peso.

No grupo dos desfavoráveis à cirurgia bariátrica, notou-se uma preocupação mais responsável sobre como deve ser a alimentação após a cirurgia, para ambos os sexos. Esse grupo parece trazer de maneira mais clara as possibilidades de fracasso, caso não haja mudanças no padrão alimentar. Talvez por não se sentirem ainda determinados a fazê-la e pelas várias histórias de insucesso, não são favoráveis à cirurgia.

Identificar as representações sociais da alimentação ajuda a compreender que o sentimento de impotência e dificuldade em perder peso acaba os conduzindo à busca de alívio e prazer na comida. Contudo, existe o desejo de superar essa dependência, o que talvez justifique uma das associações da vontade de aprender a comer ao desejo de realizar a cirurgia bariátrica (Figura 4).

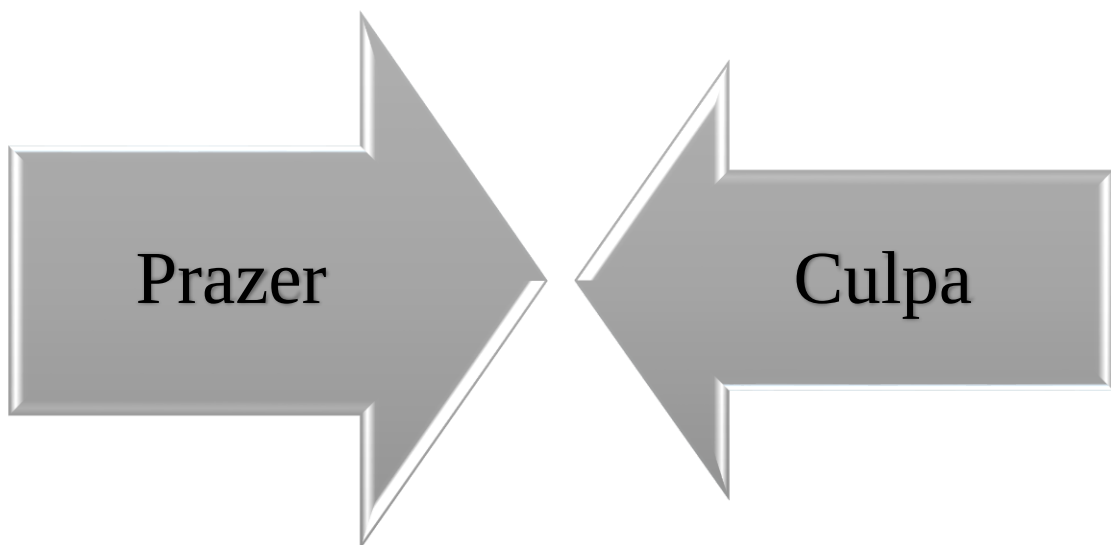


Figura 4 – Representações sociais da alimentação.

Regras para um comportamento alimentar adequado são impostas pela sociedade e as transgressões de tais regras podem ser vistas como desqualificadoras, sentenciando os transgressores como fracos e sem força de vontade. O comer coexiste com muitos valores incrustados da nossa cultura e traz consigo uma série de significados de complexa compreensão que influenciam as representações e as práticas alimentares. As representações sociais da alimentação entre os participantes se mostrou ambígua, podendo o alimento ser, ao mesmo tempo, anjo e algoz, prazeroso e sofrido, o que faz adoecer e o que cura, e lidar com esses sentimentos exige um equilíbrio difícil de ser alcançado.

5.4 Representações Sociais da Magreza

O *corpus* para análise das representações sociais sobre a magreza foi gerado a partir de respostas abertas à seguinte questão: o que representa a magreza para você? Foram gerados 16 textos que deram origem a 103 segmentos de texto, dos quais 66 (64,1%) do total foram considerados na AHD. O *corpus* foi formado por 3.658 ocorrências de palavras, que corresponderam a 555 formas distintas, indicando uma média de três ocorrências por palavra.

Os resultados da AHD são apresentados no dendrograma (Figura 5), que indica as classes, bem como as relações estabelecidas entre elas pela análise. Observa-se que as respostas foram inicialmente distribuídas em quatro classes. A primeira partição do *corpus* opõe as classes 1 e 2 às classes 3 e 4. Uma segunda partição opõe as classes 1 e 2 entre si e, do mesmo modo, opõe as classes 3 e 4.

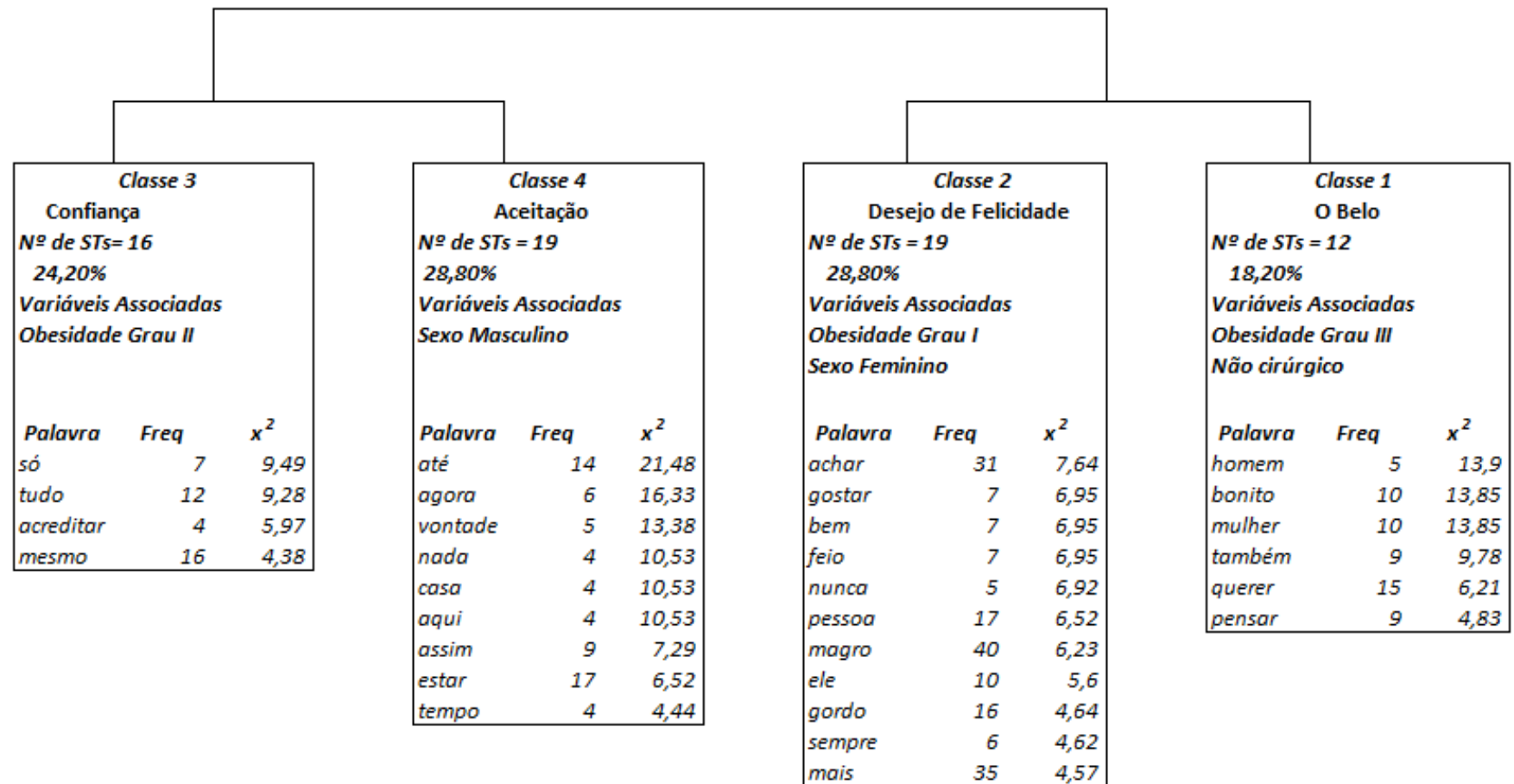


Figura 5 – Dendrograma da CHD do *corpus* representações sociais da magreza.

5.4.1 Classe 3: a confiança

A classe 3 foi composta por 16 segmentos de texto que representam 24,2% do *corpus*. Essa classe está associada aos sujeitos de pesquisa seis e 13, ambos portadores de obesidade com classificação III, um homem e uma mulher. Seus segmentos são representados pelas palavras *mesmo, tudo, só e acreditar*. Nessa classe, os participantes associam a magreza ao sentimento de autoconfiança. Alguns segmentos demonstram o seu conteúdo:

Acredito nisso mesmo, não conheço ninguém magro que fica triste com o próprio corpo ou que sente vergonha... eu sinto, então na minha cabeça é tudo de lindo, ficar feliz, só isso. (Pesquisada 13, 103 kg, 42 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Eu sei que não é tudo na vida, mas sei também que alivia uma série de problemas... você não tem que somar mais esse entende, a começar de poder sair na rua sem ser visto até pelos cachorros. (Pesquisada 14, 100,5 kg, 36 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Nos dias atuais, percebe-se a crescente busca pela beleza e por modelos estabelecidos pelos segmentos de moda. O corpo belo corresponde ao corpo magro e a imagem corporal apresenta-se como uma característica feminina, sendo a magreza relacionada a mensagens de sucesso, controle, aceitação e felicidade. As mulheres acreditam que, sendo magras, poderão alcançar todos os seus objetivos e, nesse contexto, a perda de peso torna-se a solução para todos os seus problemas (Witt & Schneider, 2011).

5.4.2 Classe 4: a aceitação

A classe 4 foi composta por 19 segmentos de texto que representam 28,8% do *corpus*. A classe 4 associa a magreza à aceitação por si próprios e pelas demais pessoas com quem convivem. Essa classe está associada às pesquisadas quatro e sete e aos participantes do sexo

masculino. Seu conteúdo é representado pelas palavras que compõem os segmentos: *estar, assim, agora e vontade*. Alguns dos segmentos demonstram o seu conteúdo:

Aceitação para tudo, hoje ao mesmo tempo que eu não gosto de estar aonde eu estou na minha casa, eu também não tenho vontade de sair daqui e eu acho que a partir do momento que eu me sentir melhor comigo mesma, eu acho que até vou ter mais tempo para a minha filha, porque ela não gosta de ficar dentro de casa e eu não tenho vontade de sair de dentro de casa eu vou querer sair com ela. (Pesquisada 7, 99,8 kg, 31 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Não ser um desastre então para mim a magreza é a chave de liberdade de poder decidir sem ter medo de nada. (Pesquisada 14, 100,5 kg, 36 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

A obesidade é um problema de saúde pública e de ordem psicológica, capaz de somar outras doenças à saúde do indivíduo em condição de obesidade, que incomoda a si e aos demais com um excesso de gordura corporal e uma estética aquém dos padrões socialmente aceitos (Silva & Lange, 2010). O corpo e a imagem corporal são temas de interesse preponderantes na sociedade atual, levando as pessoas a uma preocupação excessiva. A satisfação com a imagem costuma ser mais frequente em pessoas que possuem peso corporal adequado, já aqueles em condição de obesidade apresentam-se desconformes e não reconhecem seus corpos devido às mudanças ocorridas, as quais não são bem aceitas (Moretto, 2015).

5.4.3 Classe 2: o desejo de felicidade

A classe 2 está composta por 19 segmentos de texto que representam 28,8% do *corpus*. Essa classe está associada às participantes do sexo feminino. Seu conteúdo é representado pelas palavras que compõem os segmentos: *estar, assim, agora e vontade*. A classe trata da expectativa

do sentimento de felicidade depositado pelos participantes, frente à possibilidade de emagrecimento. Alguns segmentos demonstram o seu conteúdo:

Não sei se todos os magros são felizes, mas parece que sim, se não são eles aparentam ser, a magreza tem que ser controlada também porque demais fica feio não penso muito nisso porque eu nunca vou ser muito magra. (Pesquisada 10, 109,6 kg, 51 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

E não vou ficar de lado me achando a pessoa mais feia do mundo, vou voltar a ser feliz vou voltar a viver bem... o magro tem o direito de ser feliz, ele é mais respeitado e as pessoas acabam se aproximando mais dos magros. (Pesquisada 5, 94,5 kg, 30 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Em estudo, Melo e Oliveira (2011) afirmam que a beleza para as mulheres é autoritária, e o corpo algo que deve ser domado para que a felicidade possa ser conquistada. Para Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004), a ideia fixa em se alcançar um corpo magro, como se por meio dele fosse possível encontrar o equilíbrio, a felicidade, ou ao menos a imagem de uma pessoa feliz, mostra também a questão da exigência de um tipo ideal de corpo que, na grande maioria das vezes, é irrealizável e que pretere à margem da sociedade as pessoas que não compartilham dessa busca.

5.4.4 Classe 1: o belo

A classe 1 está composta por 12 segmentos de texto que representam 18,2% do *corpus*. Essa classe propõe que a magreza, ou o ser magro, é sinônimo de beleza e está associada aos sujeitos de pesquisa 14 e 16 e às seguintes variáveis de pesquisa: IMC com classificação grau III e não favorável à cirurgia bariátrica. Seu conteúdo é representado pelas palavras que compõem os segmentos: *querer, bonito, mulher e homem*. Um dos segmentos demonstra o seu conteúdo:

Porque outros homens também não te olham com desejo, parece que te olham com pena, mas se você é magra isso não acontece, coloca uma roupa qualquer e está bonita, tem disposição para fazer as coisas sair passear se arrumar..., olha no espelho e vê beleza. (Pesquisada 14, 100,5 kg, 36 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Segundo Goetz et al. (2008), a busca do padrão midiático difundido do belo, do magro e do jovem, e a adoção de técnicas apresentadas como simples e acessíveis geram a ocorrência de um culto ao corpo que se opõe quando não há correspondência entre a imagem corporal divulgada pela mídia e a imagem corporal real da maior parte das pessoas, conduzindo-as na busca de modelos ligados ao corpo ideal, através de sacrifícios extremos, colocando em risco sua saúde e sua vida.

Emagrecer, e especialmente manter-se magro, abre as portas para vários outros aspectos da vida, é um preditor para o sucesso amoroso, profissional e para felicidade (Santos & Pereira, 2008). A não conformidade com a própria imagem exerce domínio sobre o poder, o *status* e a atração designados ao corpo, uma vez que se associam ao poder de atração sobre o sexo oposto em suas relações sociais (Secchi et al., 2009).

Para Passo et al. (2013), o corpo é repleto de simbolismos, tornando-se um capital simbólico, conferindo a quem possua esse capital prestígio, distinção e potencial de conquistas profissionais e pessoais, o que leva a crer que o corpo belo permite acesso a projetos idealizados, ainda que à custa de altos investimentos e de sacrifícios.

5.4.5 Representações sociais da magreza para pessoas que pretendem e não pretendem realizar a cirurgia bariátrica

O corpo magro tornou-se objeto de desejo contemporâneo, especialmente entre as mulheres. Os padrões de beleza atuais exigem como passaporte para a aceitação e o sucesso

corpos esguios, associados à adoção declarada de comportamentos saudáveis. Com auxílio do programa IRaMuTeQ foi possível identificar as representações sociais da magreza entre os pesquisados e a CHD gerou quatro classes, que descrevem algumas perspectivas relacionadas à magreza. A classe 3 se refere à confiança estimada pelos participantes em relação à magreza. Segundo alguns deles, o corpo magro confere àquele que o possui segurança, convicção, credibilidade e atributos relacionados à força interior que, provavelmente estando este em condição de obesidade, julgue não possuir. A classe 4 manifesta a crença de que o corpo magro possui a capacidade, *per se*, de gerar ou mesmo de impor a aceitação social, talvez pelo fato de a aceitação ser alvo do desejo íntimo dessas pessoas. Essa classe corrobora com uma das classes geradas pela percepção dos participantes em relação à condição de obesidade, que traz à discussão a condição de discriminação percebida pelo fato desses pesquisados possuírem um corpo gordo, corpo esse marginalizado pelo padrão ideal de imagem corporal disseminado atualmente.

A classe 2 relaciona o emagrecimento à conquista da felicidade ou, ainda, ao desejo de ser feliz proporcionado pela perda de peso. Essa classe, de certa maneira, reforça as demais classes da análise, já que o sujeito que obtém a aceitação, que possui autoconfiança e a confiança dos demais, e que é bonito não poderia ter outro destino senão ser feliz.

A classe 1 relaciona a magreza ao belo, ou à beleza resultante da perda do peso em excesso. Ela aponta as expectativas de conquista, de destaque, sobre despertar desejos, e essa perspectiva se dá em ambos os sexos, assim como se acredita que mulheres e homens em condição de obesidade deixarão de ser feios a partir do momento que emagreçam.

Apesar de serem percebidos repletos de expectativas e, em alguns momentos, de sofrimento, os segmentos de texto apontam que os pesquisados assumem como padrão de beleza a magreza, tal qual todo o resto da sociedade. Percebe-se nos discursos que há entre o grupo a busca pelo padrão de imagem corporal determinado e difundido pela mídia, que possuem o desejo de sentirem-se bonitos nas ruas, que as roupas lhes caiam bem, que os homens as percebam como

mulheres que são e que, no caso dos homens, possam atingir o desempenho esperado, proporcional à sua idade e ao seu desejo. Torna-se relevante destacar que, em ambos os grupos e ambos os sexos, não foram comentadas desvantagens da magreza, ou seja, ela é vista entre os participantes como uma condição que conta somente com aspectos positivos.

As representações sociais da magreza entre os participantes masculinos e femininos surgem de forma coincidente como um estado de beleza, de felicidade e de autoconfiança, perceptivelmente almejado entre o grupo. Apenas um dos homens, não favorável à cirurgia bariátrica, fez menção à magreza extrema em mulheres e sobre como isso não lhe parece bonito, contudo, esse mesmo participante também levantou questões sobre a melhora do seu desempenho físico e sexual frente à expectativa de emagrecimento.

A conclusão que se alcança com a análise das classes desse *corpus* é de que não foram descritas qualidades negativas sobre a magreza, os segmentos apontam um grande desejo de alcançar um corpo magro, aceito e respeitado pela sociedade, com o poder de tornar dignas pessoas em condição de obesidade cansadas de carregar estigmas que não lhes pertencem. A representação social da magreza é a objetificação das aspirações dos participantes. Parece haver um ideal de felicidade que se associa à magreza, mas esta por si só, não garante felicidade, sucesso ou realização.

5.5 Representações Sociais da Cirurgia Bariátrica

O *corpus* para análise das representações sociais sobre a cirurgia bariátrica foi gerado a partir de respostas abertas à seguinte questão: o que representa a cirurgia bariátrica para você? Foram gerados 16 textos que deram origem a 168 segmentos de texto, dos quais 168 (78%) do total foram considerados na AHD. O *corpus* foi formado por 6.239 ocorrências de palavras, que corresponderam a 1.044 formas distintas, indicando uma média de três ocorrências por palavra.

Os resultados da AHD são apresentados no dendrograma (Figura 6), que indica as classes, bem como as relações estabelecidas entre elas pela análise. Observa-se que as respostas foram inicialmente distribuídas em seis classes. A primeira partição do *corpus* opõe as classes 1 e 2 às demais classes. Uma segunda partição opõe a classe 6 às classes 5, 3 e 4. A terceira partição opõe a classe 5 às classes 3 e 4. A quarta, e última partição, opõe a classe 3 à classe 4, e a 1 à classe 2.

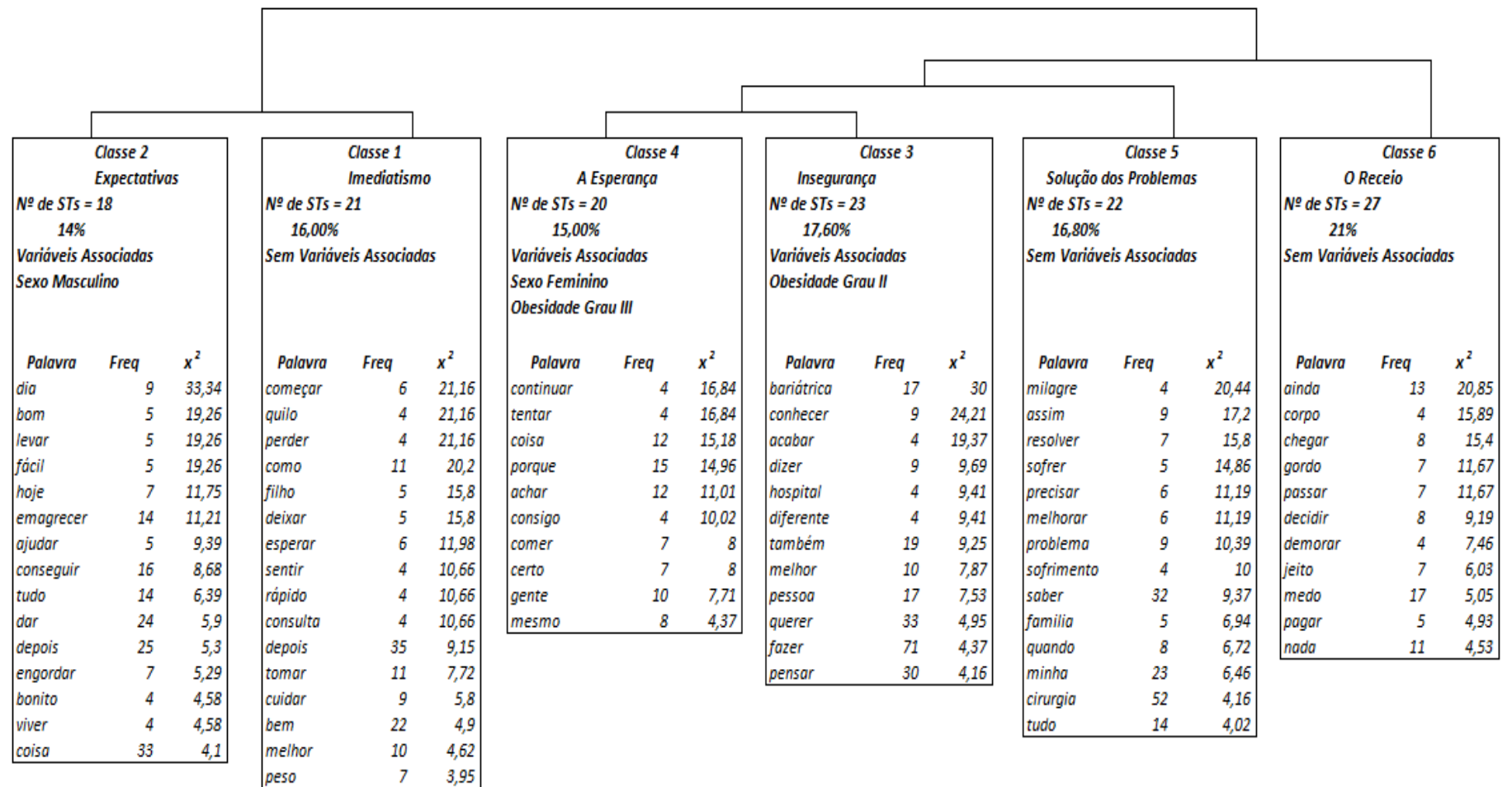


Figura 6 – Dendrograma da CHD do *corpus* representações sociais da cirurgia bariátrica.

5.5.1 Classe 2: as expectativas

A classe 2 está composta por 18 segmentos de texto que representam 14% do *corpus*. Essa classe está associada aos participantes do sexo masculino e aos sujeitos de pesquisa 12, 10 e quatro. Seu conteúdo é representado pelas seguintes palavras que compõem os segmentos: *depois*, *conseguir*, *emagrecer* e *tudo*. A classe traz algumas das expectativas geradas pelos participantes em relação ao período após a cirurgia bariátrica. Alguns segmentos demonstram o seu conteúdo:

Não sei se todos os magros são felizes, mas parece que sim, se não são eles aparentam ser, a magreza tem que ser controlada também porque demais fica feio não penso muito nisso porque eu nunca vou ser muito magra. (Pesquisada 10, 109,6 kg, 51 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

E não vou ficar de lado me achando a pessoa mais feia do mundo, vou voltar a ser feliz vou voltar a viver bem... o magro tem o direito de ser feliz, ele é mais respeitado e as pessoas acabam se aproximando mais dos magros. (Pesquisada 5, 94,5 kg, 30 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Não penso em não dar certo, eu sou confiante, daqui uns meses eu vou estar feliz com tudo mesmo. (Pesquisada 4, 109,8 kg, 33 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Quero emagrecer mais do que o médico falou e ter uma reserva para ganhar musculo não sei exatamente tudo o que vem depois eu vou aprender a gente aprende todo dia na vida. (Pesquisado 6, 113,9 kg, 34 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Eu sei que não vai ser fácil, mas eu acho que eu vou conseguir, eu sei que eu vou conseguir sabe eu falei para você que eu acho que as pessoas magras são mais bonitas, mas eu não acho que eu vá ficar mais bonita depois da cirurgia. (Pesquisada 8, 93,2 kg, 50 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Alguns pacientes cultivam a crença do milagre cirúrgico e investem suas expectativas em um tratamento passivo, com a esperança de que seja definitivo, expondo o tratamento ao risco do insucesso (Ehrenbrink, Pinto, & Prando, 2009). Para Moliner e Rabuske (2008), durante a avaliação e o acompanhamento psicológico que antecede a cirurgia, é relevante conhecer o significado da alimentação e da própria obesidade para a pessoa e seus familiares, e quais suas aptidões para trabalhar sentimentos, inquietações e decepções. Devem ser abordadas, ainda, questões relativas à disposição do paciente em operar-se e quais as suas expectativas com relação ao pós-operatório.

5.5.2 Classe 1: o imediatismo

A classe 1 está composta por 21 segmentos de texto que representam 16% do *corpus*. Essa classe está associada aos sujeitos de pesquisa 13 e 15. Seu conteúdo é representado pelas seguintes palavras que compõem os segmentos: *depois, como, cuidar e melhor*. A classe trata do desejo de perda de peso imediato demonstrado por alguns pesquisados. Alguns segmentos demonstram o seu conteúdo:

Eu quero perder uns quarenta a cinquenta quilos quero usar as minhas roupas que não consigo usar mais e estão guardadas quero sentir a roupa caindo mesmo sabe vai me deixar muito satisfeito vai me fazer bem. (Pesquisada 6, 113,9 kg, 34 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Eu nunca tinha pensado em cirurgia, mas agora eu penso comecei a pensar de um tempo para cá, faz pouco tempo e eu espero fazer a cirurgia poder comer menos bem menos e perder peso. (Pesquisada 13, 103 kg, 42 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

A construção de uma vida mais saudável almejada por grande parte dos candidatos à cirurgia bariátrica demanda um processo complexo que inter-relaciona aspectos físicos, psíquicos

e sociais que variam de pessoa para pessoa (Marcelino & Patrício, 2011). Mesmo sendo a cirurgia bariátrica um recurso terapêutico determinante no cuidado das doenças relacionadas à obesidade, percebe-se uma busca ativa por parte das pessoas em condição da obesidade pelo tratamento, objetivando fundamentalmente o empoderamento da imagem corporal estabelecida pelos modelos estéticos atuais, e não a procura de cura das doenças relacionadas. Essa procura está alicerçada na busca de recompensas sociais, associada à ânsia imediatista pela transformação de vida (Frois, Moreira, & Stengel, 2011).

5.5.3 Classe 4: a esperança

A classe 1 está composta por 20 segmentos de texto que representam 15% do *corpus*. Essa classe está associada aos participantes do sexo masculino, e com obesidade grau III. A classe aponta o desejo de alguns dos pesquisados de retomar a vida, ou de uma segunda oportunidade, após a cirurgia. Seu conteúdo é representado pelas seguintes palavras que compõem os segmentos: *porque*, *gente*, *comer* e *continuar*. Alguns dos segmentos demonstram o seu conteúdo:

Já conversei com muita gente que fez e deu certo e tento ignorar os que não deram certo porque eu acho que se você não faz o pós-operatório direito e a sua cabeça continua de gordo não dá mesmo, eu já trabalhei a minha sozinha mesmo é a força do pensamento que ajuda. (Pesquisada 13, 103 kg, 42 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Foi uma lição para ele e até para mim eu quero fazer bem certo as pessoas falam que é difícil de comer depois eu sei que tem gente que não consegue comer muitas coisas depois de operar, mas eu acho que é porque não seguiu direito as coisas que o médico ensina. (Pesquisada 14, 100,5 kg, 36 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

Eu não consigo comer pouco sem a cirurgia, não foi por falta de tentar, já vi gente que engordou de volta, mas acho que não vou fazer isso porque estou conseguindo um sonho mesmo. (Pesquisada 4, 109,8 kg, 33 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

O aumento da procura pela cirurgia bariátrica aponta a necessidade de conhecer os motivos envolvidos na disposição em realizá-la, podendo justificar-se pela crescente divulgação do procedimento e pelo estímulo gerado frente às expectativas com relação aos seus resultados, como, por exemplo, o fato de pessoas em condição de obesidade mórbida enxergarem na cirurgia a promessa de mudanças, em vários âmbitos da sua vida (Moliner & Rabuske, 2008).

Nos dias atuais, vivemos entre a contradição do prazer ocasionado pelo ato de comer e a fixação em controlar o peso corporal para moldá-lo aos modelos estéticos contemporâneos, o que expõem as pessoas a riscos capazes de afetar sua própria saúde. Essa perspectiva tem conduzido muitos a internalizarem pensamentos negativos e considerarem que somente serão social e afetivamente aceitos se exibirem um corpo magro (Stenzel, 2004).

5.5.4 Classe 3: a insegurança

A classe 1 está composta por 23 segmentos de texto que representam 17,6% do *corpus*. Essa classe está associada aos sujeitos de pesquisa seis, 10 e 13 e à classificação de obesidade grau III. A classe descreve o temor em realizar a cirurgia e que seus problemas não se resolvam. Seu conteúdo é representado pelas palavras que compõem os segmentos: *fazer, querer, bariátrica e melhor*. Alguns segmentos demonstram o seu conteúdo:

A gente escuta e até caso de morte eu já vi, é perigoso porque corta a pessoa por dentro, mas tem gente que não entende... eu tenho medo de não conseguir também não quero agora. (Pesquisada 1, 143 kg, 39 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

Eu não confio muito na cirurgia bariátrica porque todo mundo, quer dizer meu tio, minha tia e meu padrinho já fizeram e todos eles emagreceram muito mas engordaram de novo. (Pesquisada 3, 84,2 kg, 20 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

Após o emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica, alguns pacientes desenvolvem problemas psíquicos, como a depressão, o transtorno bipolar, a síndrome de pânico, entre outros. Ocorre que antes da cirurgia a condição de obesidade era apontada como determinante no impedimento do tão almejado triunfo pessoal e profissional, após a cirurgia e frente ao emagrecimento corporal, esses mesmos pacientes deixam de ter a base do discurso que amparava tais impossibilidades, promovendo o aumento das exigências geradoras de ansiedade para a efetivação de sucesso, podendo tais condições serem desencadeantes de crises psicológicas (Queiroz, Santos, Laham, Garrido Junior, & Lucia, 2011).

5.5.5 Classe 5: a solução dos problemas

A classe 1 está composta por 22 segmentos de texto que representam 16,8% do *corpus*. Essa classe não possui variáveis associadas e seu conteúdo é representado por palavras que compõem os segmentos: *cirurgia*, *saber*, *problema* e *resolver*. Nessa classe percebe-se que a cirurgia surge na vida de alguns dos pesquisados como tábua de salvação para seus problemas. Alguns segmentos demonstram o seu conteúdo:

A cirurgia bariátrica vai me ajudar, eu quero fazer a cirurgia, vou fazer daqui umas duas semanas, eu já pensei e é o único jeito para melhorar a minha vida e vai melhorar, vai me ajudar. (Pesquisada 5, 94,5 kg, 30 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

A minha prima fez a cirurgia, minha irmã gêmea fez a cirurgia e eu optei em fazer a cirurgia... era ao meu sonho poder fazer a cirurgia bariátrica porque eu sabia que assim

eu iria ter uma reeducação alimentar, e eu iria ter que conseguir seguir. (Pesquisada 4, 109,8 kg, 33 anos, favorável à cirurgia bariátrica).

As experiências vividas pelas mulheres em condição de obesidade as conduzem em busca da perda de peso, entretanto, frente a tantas tentativas sem sucesso ao longo da vida, essas mulheres enxergam na cirurgia bariátrica a derradeira opção para o emagrecimento desejado (Oliveira, Merighi, & Jesus, 2014). A pessoa em condição de obesidade sofre com estigmas e preconceitos revelados a partir de insultos, olhares e até mesmo agressões que as constroem de maneira importante. A sociedade contemporânea supervaloriza a aparência e a imagem corporal, incentivando pessoas aquém desse padrão a buscar uma solução que determine a finitude dos sofrimentos vivenciados (Oliveira et al., 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2011), a cirurgia bariátrica para pessoas em condição de obesidade mórbida é considerada o mais efetivo tratamento para a redução e manutenção da perda de peso, entretanto, deve ser considerada como última abordagem na linha de cuidado, depois que o paciente já tiver sido submetido a tratamentos conservadores adequados sem uma perda de peso considerada satisfatória por um longo período de tempo.

5.5.6 Classe 6: o receio

A classe 6 está composta por 27 segmentos de texto que representam 21% do *corpus*. Essa classe não possui variáveis associadas e seu conteúdo é representado pelas seguintes palavras que compõem os segmentos: *medo*, *ainda*, *nada* e *decidir*. Essa classe demonstra como alguns participantes se mostram receosos em se decidir pelo processo cirúrgico. Dois segmentos demonstram o seu conteúdo:

Não sou só eu que penso se eu faria, eu só faria a cirurgia se fosse um caso muito extremo, sim, muito extremo porque lá em casa tem diabetes e hipertensão, só se eu chegasse nesse ponto em que eu não pudesse mais ir para a frente... eu acho que só se fosse nesse ponto eu não cheguei lá ainda, não é medo é porque todo mundo sabe que nunca dá certo só dá certo para poucas pessoas. (Pesquisada 3, 84,2 kg, 20 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

Eu me posiciono que se eu fosse fazer uma cirurgia eu ficaria bem, acho que ficaria bem no corpo, mas não na cabeça, na cabeça não... eu já tive três oportunidades de fazer a cirurgia. (Pesquisada 1, 143 kg, 39 anos, não favorável à cirurgia bariátrica).

Oliveira et al. (2014), em seu estudo com mulheres obesas, descrevem que a escolha pela cirurgia bariátrica abrange o enfrentamento do medo resultante do risco cirúrgico, que é ultrapassado, tendo em vista, as consequências que a condição de obesidade proporciona à sua vida.

5.5.7 Representações sociais da cirurgia bariátrica para pessoas que pretendem e não pretendem realizá-la

A possibilidade de realizar a cirurgia bariátrica surge para alguns participantes como a salvação de todos os problemas, ou seja, com ela todos os problemas, angústias, estigmas etc. impostos pela condição de obesidade podem ser resolvidos ou desaparecer, tal qual um milagre, como um truque de magia. Outra parcela dos participantes se mostra resistente à opção e ancora suas opiniões na descrição de casos malsucedidos e, especialmente, no insucesso da manutenção da perda de peso.

Com auxílio do programa IRaMuTeQ foi possível identificar as representações sociais da cirurgia bariátrica entre os pesquisados e a CHD gerou seis classes que descrevem algumas

concepções relacionadas à cirurgia bariátrica. A classe 2 se relaciona às expectativas dos participantes frente à realização da cirurgia bariátrica. Percebe-se que a maior das expectativas se refere à perda de peso rápida e no entendimento dos participantes, definitiva. Essa classe traz, de maneira muito pontual, a importância do excesso de peso e da obesidade para pessoas que se encontram nessa condição.

Analisando alguns dos segmentos de texto da classe, percebe-se a espera pelo “prêmio” da redução de peso, esperam pela felicidade, pela liberdade, como se estivessem “presos” ao corpo atual e impossibilitados de serem felizes. Essa classe corrobora com a classe desejo de ser feliz, do *corpus* gerado na análise das representações sociais da magreza. A classe 1 discorre sobre o imediatismo pretendido pelos participantes em conseguir os tão esperados resultados. Alguns segmentos da classe se referem a essa característica que parece ser comum entre pessoas em condição de obesidade, o não conseguir esperar, eles admitem que poderiam, talvez, alcançar bons resultados com o acompanhamento tradicional no controle da obesidade, entretanto, os prazos desses tratamentos os tornam menos atrativos e, frente à possibilidade de escolha, acabam sendo deixados de lado.

A classe 4 se relaciona à esperança que se manifesta entre os participantes de um “futuro” aventado pela cirurgia. Um futuro de corpos magros, de hábitos alimentares adequados, de estado de saúde pleno, da certeza de que em período de pós-operatório será isento de qualquer conflito e, obviamente, de que para suas histórias o único final que se admite é o do sucesso. A classe 3 deixa transparecer a insegurança frente à possibilidade de realizar a cirurgia bariátrica, nessa classe se destacam segmentos que trazem uma análise mais realista da cirurgia, onde são pensadas possibilidades de insucesso e frustrações, muitas vezes baseadas em histórias próximas conhecidas. A análise dessa classe mostra um participante que espera adotar um tratamento para controle da obesidade, contudo, nesse caso, considera outras possibilidades, que não a cirurgia bariátrica. A classe 5 corrobora com a classe 2 e a classe 1, juntas essas classes descrevem pessoas

em condição de obesidade que esperam ter sanados todos os seus conflitos com a cirurgia. Seus segmentos de texto trazem especialmente relatos de pessoas próximas que recorreram à cirurgia, e, essa proximidade, incentiva e encoraja alguns dos participantes.

A classe 6 traduz o receio que reside em alguns dos participantes na decisão pela cirurgia bariátrica, ainda que, em alguns segmentos, possa ser percebido o desejo em realizá-la. Essa classe nos mostra um participante que reconhece os benefícios da cirurgia sobre a saúde, com o controle de algumas doenças causadas pela obesidade, mas também relata a preocupação em não conseguir aderir ao modelo de vida no pós-cirúrgico, especialmente das alterações no padrão alimentar, que sabidamente deverá ser modificado de maneira definitiva. Esse receio demonstrado por alguns participantes reforça as ações do protocolo para realização da cirurgia, em que se preconiza que o paciente deverá ser esclarecido sobre as mudanças pelas quais deverá experimentar. Nesse contexto, o acompanhamento multidisciplinar propicia as circunstâncias para que possa ser percebida a abrangência do processo pelo qual deverá passar o sujeito em condição de obesidade que se submete à cirurgia, e auxiliá-lo na tomada de decisões responsáveis e de acordo com suas particularidades.

A análise das representações sociais da cirurgia bariátrica permitiu perceber diferenças entre os grupos favorável e não favorável à cirurgia, apesar de ambos os grupos entenderem a intervenção como uma das opções de tratamento da obesidade. O grupo favorável à cirurgia, em ambos os sexos, enxerga claramente a cirurgia como a solução de todos os problemas ou, ainda, a sua única solução, visto que em alguns momentos esses participantes relataram tentativas anteriores frustradas para perda de peso.

O que se pode perceber nessas pessoas é um otimismo relacionado à decisão de operar-se, que não condiz com vários estudos científicos e até mesmo histórias que, por muitas vezes, lhes são familiares, relacionadas aos problemas enfrentados no período pós-cirúrgico e, também, com relação à presença de recidiva de peso em curto período de tempo. A única ressalva

expressada sobre o período pós-operatório é o tempo que este exige e algum temor sobre o ato cirúrgico em si, ressalvas essas que, para eles, parecem ser insignificantes, levando-se em consideração o sucesso esperado.

No grupo não favorável à cirurgia pode-se perceber vários temores fundamentados com relação à operação. Esse grupo se mostra receoso em relação ao que lhes pode esperar no período pós-operatório, às mudanças no padrão alimentar que lhes seriam exigidas, ao grande número de relatos sobre desconfortos físicos causados pela não aderência ao tratamento do pós-cirúrgico imediato e tardio, e até mesmo sobre as mudanças nos aspectos emocionais que possam vir a sofrer por sentirem-se tristes ou deprimidos pela nova condição. Esses medos puderam ser percebidos em alguns segmentos de texto analisados.

Assim sendo, foram encontradas duas representações sociais da cirurgia bariátrica entre os participantes. A primeira extremamente otimista, mas talvez demasiadamente utópica, e uma segunda, temerosa e alicerçada em experiências negativas e, possivelmente, na indisposição (pelo menos momentânea) de enfrentar tantos obstáculos na busca da perda de peso (Figura 7).

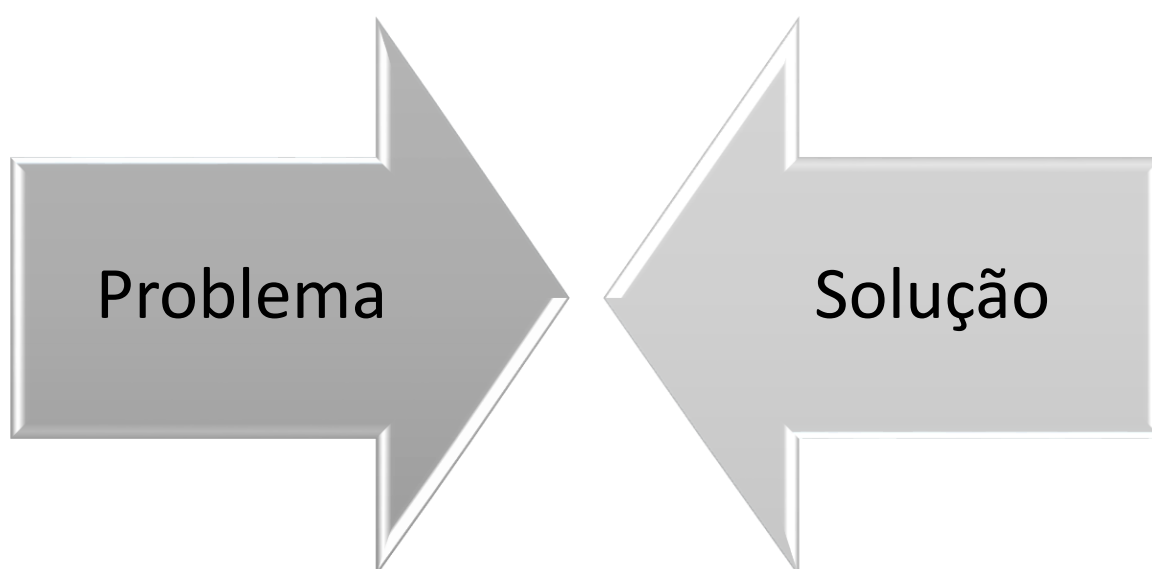


Figura 7 – Representações sociais da cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica permite abrir possibilidades de evitar ou sanar as consequências indesejadas da obesidade na melhora da saúde e sobre as dificuldades referentes à baixa autoestima e ao preconceito. O procedimento cirúrgico demanda o controle de vários fatores emocionais, entre eles, o controle das expectativas e a mudança do comportamento alimentar. A motivação para a realização da cirurgia deve considerar que o período do pós-operatório requer preparação de quem pretende realizá-la, uma vez que será uma fase desafiadora sem o auxílio do sistema defensivo proporcionado pela alimentação.

5.6 Conclusões

Entender as pessoas exige aprender a enxergá-las por vários aspectos e perceber que elas se encontram em constante processo de concepção e mudança social e cultural. Esse é o grande desafio proposto pelas ciências humanas, sociais e também da saúde. Essa totalidade do indivíduo se relaciona à análise da matéria interligada ao psicológico, e que considera a influência da vida social como fator determinante da realidade de cada um. A opinião das pessoas não é própria e individualizada, ela é construída e faz parte da realidade de um grupo que compartilha suas perspectivas, consciências, significados e representações sociais, que são reconstruídos com base nas diferentes vivências, constituindo uma comunidade.

A comunidade reproduz um universo que forma grupos e promove interação entre pessoas, e esses grupos se constroem partindo de um conjunto de relações que não são estáticas, sofrem mudanças frente a transformações sociais e à presença de novos integrantes. As relações que instituem a comunidade devem ser igualitárias, devem permitir que todos possuam voz ativa, devem reconhecer as particularidades e devem permitir o desenvolvimento das pessoas e dos grupos que a constituem e, nesse contexto, a PSC cumpre o papel de atuar para integrar as convicções teóricas que reforçam a importância das práxis sociais. A PSC, através do olhar

sociológico e psicológico que a alicerçam, possibilita destacar a relevância dos estudos a respeito das relações sociais (Álvaro & Garrido, 2006; Jacques, Nunes, Bernardes, & Guareschi, 2008).

As representações sociais da obesidade trazem à tona percepções e sentimentos intensos onde adultos em condição de obesidade se mostram frágeis, sofrem preconceito, sentem-se inseguros e estigmatizados devido à lipofobia imposta pelos padrões de figura corporal atuais. A forma com que as pessoas percebem sua imagem corporal é reflexo de uma opinião coletiva e, portanto, o corpo antes de mais nada existe dentro de um cenário social que o estabelece, atribuindo-lhe representações sociais formadas a partir de perspectivas, imagens e significados contidos em um ambiente simbólico, que o transforma em uma realidade cultural. A busca pela compreensão da obesidade corporal deve partir do princípio da compreensão da sua construção social, muitas vezes deixada de lado, pois acaba por surgir como alguma coisa naturalmente concedida.

Aos serem identificadas, as representações sociais da alimentação trazem à luz a confirmação de que estas envolvem uma imensa gama de sentimentos ambíguos, de cunho fisiológico, social e cultural, que tornam difícil a tarefa de assumir mudanças em um padrão alimentar determinado ao longo de tantos anos. No que se refere às representações sociais da magreza, ficou claro nos discursos dos participantes que ser magro é o desejo maior, obstante o caminho que devam cursar, ou mesmo, para alguns, os riscos que possam correr. Percebe-se claramente o anseio por sentirem belos e aceitos, do ponto de vista dos padrões midiáticos atuais a respeito do corpo belo, obviamente. Tornou-se claro o quão pesado pode ser o “corpo gordo” para aqueles que se encontram em condição de sobrepeso e obesidade.

Homens e mulheres necessitam ser aceitos, admirados e desejados, esses sentimentos alicerçam a autoconfiança e, na escala de valores contemporâneos, itens de caráter, inteligência, sensibilidade ou demais virtudes tornam-se secundários. Para sermos percebidos e considerados, devemos possuir um corpo esbelto, uma pele bonita e sermos adeptos de atividades condizentes

com um estilo de vida considerado saudável. A questão da magreza se tornou tão relevante nesta pesquisa por tudo o que se pode conhecer a despeito da sua representação social e, especialmente, por não terem sido levantados aspectos negativos em relação a esta. A opinião dos grupos, independentemente da inclinação em concordarem ou não com a cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade, é a de ser magro é uma condição livre de prejuízos e, inclusive, capaz de proporcionar todas as vantagens esperadas para que se possa ser aceito e respeitado nos grupos sociais aos quais pertencem. Ao compreender as representações sociais, compreendemos também os conceitos gerados sobre corpo e como ele é visto na comunidade de pessoas em condição de obesidade.

A análise das representações sociais da cirurgia bariátrica surge neste trabalho como uma espécie de complemento ao desejo de ser magro manifestado pelo grupo. É o caminho mais breve para alcançar a felicidade pretendida por uma grande parte dos participantes da pesquisa, até mesmo para o grupo não favorável à cirurgia, por receio ao risco cirúrgico ou pela falta de confiança em assumir as mudanças relacionadas à mudança do padrão alimentar.

O ato de comer envolve uma profunda indecisão nas fronteiras corporais entre natureza e cultura, e assumir um novo padrão de dieta exige reestruturação e a adoção de uma nova filosofia de comer, que pode estar mais próxima a uma negação do que a uma afirmação. Não se trata apenas de uma determinação pontual ou diária, é uma decisão que se faz a todo o momento sobre o quanto, o que, como e quando se deve ou não se deve comer. Demanda o domínio continuado dos desejos, sensações, fomes e ansiedades, somado à desconstrução do modelo alimentar construído ao longo da vida.

A PSC ressalta a importância de serem estudadas as relações e construções sociais, visando promover mudanças na estrutura de uma comunidade, proporcionando a autonomia e o empoderamento. As representações sociais são imprescindíveis na compreensão do pensamento social e das relações humanas, visto que dão sentido à realidade e funcionam como reguladoras e

norteadoras do comportamento, permitindo que exista entre as pessoas a comunicação e o entendimento. As representações sociais permitem ainda a construção da identidade de um grupo, já que em uma mesma sociedade coexistem vários grupos com representações diferentes, e é possível também às pessoas embasar suas opiniões e comportamentos (Azevêdo, 2009).

As representações sociais estabelecem e arquitetam conhecimentos sociais que localizam o indivíduo no mundo e, localizando-o, estabelecem sua identidade social e sua maneira de ser. Essa teoria busca resgatar significados pelos quais as pessoas revelam sua habilidade de apoderar-se de conceitos e afirmações, motivadas na convivência diária e nas interações sociais a respeito de qualquer objeto social ou natural (Fellipe, 2003).

Estar à margem dos padrões sociais de beleza, o risco de saúde a que são expostos, a construção do estereótipo de preguiça, de desleixo e de pouca força de vontade e a discriminação sofrida pela condição de obesidade, além do desejo de tornarem-se parte dos padrões considerados aceitos e de conquistar o respeito e admiração pessoal, torna pessoas em condição de obesidade em uma comunidade, que compartilham as mesmas representações sociais.

A TRS foi aqui utilizada com a pretensão de tornar-se esclarecedora no entendimento do significado da obesidade, da alimentação, da magreza e da cirurgia bariátrica para uma comunidade de pessoas que se encontra em condição de obesidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade atinge índices preocupantes e sua prevalência alcança importante significância, especialmente pelo impacto causado na vida de pessoas. O tratamento da obesidade exige a compreensão dos diversos fatores e motivos relacionados à sua presença, e esta pesquisa pretendeu conhecê-los por meio das representações sociais. A escolha do tratamento e as expectativas geradas são pouco consideradas e discutidas entre as equipes multidisciplinares que acompanham as pessoas em condição de obesidade. A compreensão da influência que os aspectos sociais exercem sobre as pessoas com obesidade promove o entendimento dos fatores a ela relacionados.

Com a intenção de reforçar algumas perspectivas que nortearam esta pesquisa, faz-se necessário comentar alguns pontos. Esses aspectos ponderam as representações sociais da obesidade, da alimentação, da magreza, da cirurgia bariátrica e considerações sobre a imagem corporal. Pessoas em condição de obesidade chamam a atenção por despertarem a necessidade de emagrecimento segundo padrões contemporâneos de beleza. Desse modo, as representações sociais da obesidade foram associadas à exclusão, à discriminação, à baixa autoestima e ao feio. Tais representações são atestadas pelo discurso de profissionais da área da saúde a respeito dos riscos e prejuízos causados pelo excesso de peso e obesidade.

A valorização da magreza e os modelos de silhueta ideais difundidos destacam a necessidade da busca pela perda de peso, e foram diretamente refletidos na análise de satisfação expressa com a própria imagem corporal, de maneira consensual entre os participantes. Esse mesmo modelo corporal ideal parece haver influenciado nas representações sociais da cirurgia bariátrica, que são percebidas repletas de expectativas em trazer a esperada solução dos problemas causados pela presença da obesidade, com maior destaque entre os participantes favoráveis à cirurgia. A forte intenção de controle do peso, percebida na fala dos participantes, evidenciou o

anseio social do presente estudo. As representações sociais da alimentação refletem preocupação pelo seu potencial causador de problemas de saúde, pela necessidade de adoção de outros hábitos alimentares e por todos os sentimentos envolvidos no ato de comer.

As representações sociais relacionadas à obesidade, alimentação e magreza são, de maneira geral, homogêneas e consensuais entre os grupos favoráveis e não favoráveis à cirurgia bariátrica, objetos deste estudo. Elas ainda confluem para a norma social largamente partilhada que destaca o corpo magro, os hábitos saudáveis e a alimentação comedida.

Durante o recrutamento dos participantes e a coleta de dados foi constatada a relevância do assunto proposto. Houve maior dificuldade no recrutamento de pessoas em condição de obesidade, não favoráveis à cirurgia bariátrica e do sexo masculino para ambos os grupos. Contudo, não foram percebidas resistências na abordagem e coleta de dados, podendo ser observado entre as mulheres falas mais longas.

A realização das entrevistas e a aplicação do questionário mostraram-se instrumentos capazes de captar construções cognitivas individuais, e de relacioná-las e compreendê-las em um contexto social compartilhado, entretanto, é preciso destacar os limites da pesquisa, os quais não diminuem sua credibilidade, mas sugerem a necessidade de aprofundamentos futuros. O primeiro se refere ao grupo de participantes favoráveis à cirurgia bariátrica: pacientes de uma clínica médica particular, especializada em cirurgias para controle da obesidade, com suas respectivas cirurgias agendadas para um período muito próximo e com perfil socioeconômico elevado. O segundo se relaciona ao número bastante restrito de participantes, quando comparado ao número de pessoas em condição de obesidade na cidade de Curitiba, na região Sul e no Brasil.

Os resultados e os limites desta pesquisa indicam a necessidade de novos estudos relacionados. No que se refere ao tamanho e amplitude das amostras, sugerimos um maior número de pesquisados, com a participação de candidatos à cirurgia realizada pelo SUS, de distintos perfis socioculturais, importante variável relacionada à ocorrência da obesidade.

Analisar o assunto à luz da TRS trouxe a possibilidade de entender a obesidade de forma reflexiva, além da compreensão dos aspectos compartilhados a seu respeito. Através da análise dos segmentos de texto foram identificadas relações entre os participantes no que se refere ao modo de pensar, explicar e perceber a obesidade. Esses processos criam uma realidade compartilhada, onde são expressos práticos e pensamentos que a precedem, fazendo com que exista nessa comunidade uma importância simbólica, valorativa e social.

A partir deste estudo, percebeu-se que as representações sociais da obesidade, alimentação, magreza e cirurgia bariátrica se distanciam muito do representado nos discursos da nutrição. Tal realidade justificaria, quem sabe, tantas intervenções frustradas e ineficazes no tratamento e acompanhamento nutricional de pessoas em condição de obesidade.

Desse modo, torna-se necessário que nutricionistas e demais profissionais participantes da equipe multidisciplinar busquem compreender os aspectos sociais que tornam o excesso de peso e a obesidade algo tão padecido e indesejado. Para isso, devem considerar o desenvolvimento de práticas e prescrições fundamentadas nos aspectos sociais e culturais dos indivíduos e das comunidades. Deve-se buscar perceber circunstâncias e contextos específicos que fazem com que as pessoas pensem ou se comportem de determinada maneira. Estar atento à dinâmica social, familiar e particular de pessoas em condição de obesidade concede contornos próprios e singulares a essa condição, valorizando-os durante o tratamento.

A partir do conhecimento das representações sociais, acredito que foi possível revelar os sentimentos dessas pessoas, o que elas procuram e pensam, intencionando um acompanhamento mais atento a essas questões. Concluo esta pesquisa repleta de ensinamentos e esperançosa em me tornar uma nutricionista melhor, capaz de ouvir e perceber as razões pelas quais se torna tão difícil o controle do sobrepeso e da obesidade.

REFERÊNCIAS

- Abid, A. A. (1984). Psicologia na comunidade. In L. T. M. Silva, & W. Codo (Orgs.), *Psicologia social: o homem em movimento* (pp. 203-208) (5a. ed.). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Abric, J. C. (1994). Les représentations sociales: aspects théoriques. In J. C. Abric (Org.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11-35). Paris: Press Universitaires de France.
- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira, & D. D. Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: Ed. Cultura e Qualidade.
- Ades, L., & Kerbaux, R. R. (2002). Obesité: realites et questions. *Psicologia USP*, 13(1), 197-216.
- Agudo, G. A. (2007). Nostalgia de la premodernidad. História de san juan de las galdonas en la memoria colectiva de habitantes mayores de 60 años. *Ensayos Historicos* [online], 19(19), 225-236.
- Almeida, L. P. (2012). Para uma caracterização da psicologia social brasileira. *Psicol. Cienc. Prof.*, (32), 124-137.
- Álvaro, J. L., & Garrido, A. (2006). *Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas*. São Paulo: MccGraw-Hill.
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. Motricidade. *Fundação Técnica e Científica do Desporto*, Portugal, 5(1), 1-20.
- Anderson, D. A., & Wadden, T. A. (2000). Tratando o paciente obeso: sugestões para a prática de atendimento primário. *JAMA*, 4, 3172-87.
- Appolinário, J. C., & Claudino, A. M. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 28-31.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso). (2009). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010* (3a. ed.). Itapevi, SP: AC Farmacêutica.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso). (2016). *Mapa da obesidade*. Recuperado de <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>
- Azevêdo, A. V. S. (2009). A psicologia social, comunitária e social comunitária: definições dos objetos de estudo. *Psicologia & foco*, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, 3(3).
- Azevedo, M. A. S. B., & Spadotto, C. (2004). Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia*, 12(2), 127-144. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2004000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Barbieri, A. F., & Mello R. A. (2012). As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva. *Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da Unicamp*, Campinas, 10(1), 133-153.

- Barros, F. (2015). Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II). *Rev. Col. Bras. Cir.*, 42(3), 136-137.
- Baumann, Z. (2003). *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Bernardi, F., Cicherele, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev. Nutr.*, Campinas, 18(1), 85-93.
- Blanchs, M. A. (2007). Representações sociais e trabalho comunitário: seu estudo a partir de uma perspectiva etnográfica. In P. S. P. Moreira, & B. V. Camargo (Orgs.), *Contribuição para a teoria e o método de estudo das representações sociais*. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB.
- Bleil, S. I. (1998). O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Revista Cadernos de Debate*, Unicamp, VI, 1-25.
- Bracht, C. M., Piasetzki, C. T. R., Busnello, M. B., Berlezi, E. M., Franz, L. B. B., & Boff E. T. O. (2013). Percepção da autoimagem corporal, estado nutricional e prática de atividade física de universitários do Rio Grande do Sul. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 37(3), 343-353.
- Brandão, E. S., & Santos, I. (2004). Promovendo o conforto e a autoestima de pessoas com afecções cutâneas: paradigma sociopoético. In I. Santos, N. M. A. Figueiredo, M. I. C. S. Padilha, A. J. Cupello, S. R. O. S. Souza, & W. C. A. Machado (Orgs.), *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções* (pp. 395-406). São Paulo: Atheneu.
- Brasil, J. A., & Cabecinhas R. (2014). Processos identitários, representações sociais e migrações: reflexões sobre a identidade latino-americana. In Z. Pinto-Coelho, & N. Zagalo, *Comunicação e Cultura. III Jornadas Doutorais, Ciências da Comunicação e Estudos Culturais*. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho.
- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia*, 14(28), 125-137.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). *Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ*. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Recuperado de <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Camargo, B. V., Gostz, E. R., Bousfield, A. B., & Justo A. M. (2011). Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas em Psicologia*, 19(1), 257-268.
- Camossa, A. C. A., Telarolli Junior, R., & Machado, M. L. T. (2012). O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Revista de Nutrição*, 25(1), 89-106.
- Campagna, V. N., & Souza, A. S. L. (2006). Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, 56(124), 9-35.
- Campos, R. H. F. (2012). Representações sociais, risco e vulnerabilidade. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 13-34.

- Campos, R. H. F. (2013). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia* (13a. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Campos, R. H. F., & Rouquette, M. L. (2003). Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 435-445.
- Carvalho, M. C., & Martins A. (2004). A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 1003-1012.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). Future challenges for body image theory, research, and clinical practice. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: a handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 509-516). New York: Guilford Press.
- Castro, C. (2011). *Ministros da saúde das Américas se comprometem a criar políticas públicas para reduzir a obesidade no continente*. São Paulo: Abeso.
- Castro, H. C., Maciel, M. E., & Maciel, R. A. (2016). Comida, cultura e identidade: conexões a partir do campo da gastronomia. *Ágora*, Santa Cruz do Sul, 18(7), 18-27.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39-46.
- Cavalcante, R. C. (2009). *Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica* (Dissertação mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Recife.
- Cavalcanti, C. L., Gonçalves, M. C. R., Asciutti, L. S. R., & Cavalcanti, A. L. (2010). Envelhecimento e obesidade: um grande desafio no século XXI. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14(2), 87-92.
- Cedeño, A. A. L. (2010). Danzando la psicología social comunitaria: revisitando la IAP a partir de un curso de danza en una asociación cultural de barrio. *Athenea Digital*, (17), 55-270.
- Cercato, C., Silva, S., Sato, A., Mancini, M., & Halpern, A. (2000). Risco cardiovascular em uma população de obesos. *Arq. Bras. Endocrinol. Metaból.*, 44(1), 45-48.
- Chamon, E. M. Q. O. (2007). Representação social da pesquisa e da atividade científica: um estudo com doutorandos. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 36-47.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). (2016). Recuperado de <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
- Colcerniani, C. B., & Souza, F. B. C. C. (2008). A exclusão social em relação à obesidade e à pobreza. *Psicologia.com.pt*. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0459.pdf>
- Conselho Federal de Medicina (CFM). *Resolução CFM nº 2.116/2015* (2015, 4 de fevereiro). Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília, DF: CFM.

- Côrtes, M. G., Meireles, A. L., Friche, A. A. L., Caiaffa, W. T., & Xavier, C. C. (2013). O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(3), 427-444.
- Costa, D. (2013). Eficiência do acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, 7(39), 57-68.
- Crémieux, P. Y., Buchwald, H., Shikora, S. A., Ghosh, A., Yang, H. E., & Buessing M. (2008). Study on the economic Impact of bariatric surgery. *Am J Manag Care*, 14(9), 589-596.
- Dalgallarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Damasceno, V. O., Lima, J. R. P., Vianna, J. M., Vianna, V. R. A., & Novaes, J. S. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(3), 181-1986.
- Damiani, D., Kuba, V. M., Cominato, L., Damiani, D., Dichrchekenian, V., & Menezes Filho, H. C. (2011). Síndrome metabólica em crianças e adolescentes: dúvidas na terminologia, mas não nos riscos cardiometabólicos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 55(8), 576-582.
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *Journal Soc Psychol*, 146(1), 15-30.
- Ehrenbrink, P. P., Pinto, E. E. P., & Prando, F. L. (2009). Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*, 7(1), 88-105.
- Elias, N., & Scotson, J. L. (2000). *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Faith, M. S., Allison, D. B., & Geliebter, A. (1997). Emotional eating and obesity: theoretical considerations and practical recommendations. In S. Dalton (Ed.), *Overweight and weight management* (pp. 439-465). Maryland: Aspen Publishers.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *R. Psiquiatr. RS*, 26(1), 47-51.
- Farr, R. (1991). Las representaciones sociales. In S. Moscovici (Org.), *Psicologia social* (pp. 495-506). Barcelona: Paidós.
- Farr, R. (1995). Representações sociais: a teoria e sua história. In P. Guareschi, & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações sociais* (pp. 31-59). Petrópolis: Vozes.
- Fellipe, F. M. (2003). O peso social da obesidade. *Revista Virtual Textos & Contextos*, (2), 1-12.
- Ferreira, M. C., & Leite, N. G. M. (2002). Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 141-149.
- Ferreira, V. A., & Magalhães, R. (2006). Obesidade no Brasil: tendências atuais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2), 71-81.

- Fontes, G. A. V. (2008). O “ser” obeso: processo, experiência e estigma. In M. C. S. Freitas, G. A. V. Fontes, & N. Oliveira (Orgs.), *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura* [online]. Salvador: Edufba.
- Francischi, R. P. P., Pereira, L. O., Freitas, C. S., Klopfer, M., Santos, R. C., Vieira, P., & Lancha Júnior, A. H. (2000). Obesidade: atualização sobre etiologia, morbidade e tratamento. *Rev. Nutr.* 13, 17-28.
- Freitas, M. F. Q. (1996a). Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária – práticas da psicologia em comunidades nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In R. H. F. Campos (Org.), *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia* (pp. 54-80) (12a. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Freitas, M. F. Q. (1996b). Contribuições da psicologia social e psicologia política no desenvolvimento da psicologia social comunitária. *Psicologia & Sociedade*, 8, 63-82.
- Freitas, M. F. Q. (1998). Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(1), 175-189.
- Freitas, M. F. Q. (2001). Psicologia social comunitária latino-americana: algumas aproximações e intersecções com a psicologia política. *Revista de Psicologia Política*, 2(1), 54-68.
- Frois, E., Moreira, J., & Stengel, M. (2011). Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 71-77.
- Garcia, R. W. D. (1997). Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(2), 51-68.
- Garcia, R. W. D. (2005). Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In A. M. Canesqui, & R. W. D. Garcia (Orgs.), *Antropologia e nutrição: um diálogo possível* [online] (pp. 211-225). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gayoso, M. H., Fonseca, A., Spina, L. D. C., & Eksterman, L. F. (1999). Obesidade: tratamento. *ARS cvrandi*, 32(8), 31-36.
- Goetz, E. R., Camargo, B. V., Bertoldo, R. B., & Justo, A. M. (2008). Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 226-236.
- Goffman, E. (1983). *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes.
- Góis, C. W. L. (1989). Pedra Branca: uma contribuição em psicologia comunitária. *Psicologia & Sociedade*, 5(8), 95-118.
- Góis, C. W. L. (1993). *Noções de psicologia comunitária*. Fortaleza: Edições UFC.
- Góis, C. W. L. (2008). Psicologia comunitária. *Universitas Ciências da Saúde*, 1(2), 277-297.
- Gonçalves, M. A., & Portugal, F. T. (2012). Alguns apontamentos sobre a trajetória da psicologia social comunitária no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(num. esp.), 138-153.

- Gordon, P. C., Kaio, G. H., & Sallet, P. C. (2011). Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(4), 148-154.
- Gouveia, E. R., Freitas, D. L., Maia, J. A., Beunén, G. P., Claessens, A. L., Marques, A. T., Thomis, M. A., Almeida, S. M., Sousa, A. M., & Lefevre, J. A. (2007). Atividade física, aptidão e sobrepeso em crianças e adolescentes: “o estudo de crescimento da Madeira”. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, 21(2), 95-106.
- Grejanin, D. K. M., Pezzo, T. H., Natri, V., Sanches, V. P. P., Nascimento, D. D. G., & Quevedo, M. P. (2007). As percepções sobre o ser obeso sob a ótica do paciente e dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.*, 17(3), 37-47.
- Guareschi, P. A. (2000). Representações sociais: avanços teóricos e epistemológicos. *Temas em Psicologia*, 8(3), 249-256.
- Halpern, A. (1999). A epidemia de obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 43(3), 175-176.
- Harper, B. (2000). Beauty, stature and the labour market: a british cohort study. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 62(1).
- Heinberg, L. J. (1996). Theories of body image disturbance: Perceptual, development, and sociocultural factors. In J. K. Thompson (Org.), *Body image, eating disorders and obesity: an integrative guide for assessment and treatment* (pp. 27-47). Washington, DC: American Psychological Association.
- Heller, A. (1987). *Sociologia de la vida cotidiana* (2a. ed.). Barcelona: Ed. Península.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
- Jacob, M. K. (1999). Representaciones sociales y psicologia comunitaria. *Psykhé*, 8(1), 41-45.
- Jacques, M. G. C., Nunes, M. L. T., Bernardes, M. N. G., & Guareschi, P. A. (Orgs.). (2008). *Relações sociais e ética* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Jaeger, M. B., & Câmara, S. G. (2015). Media and life dissatisfaction as predictors of body dissatisfaction. *Paidéia*, 25(61), 183-190.
- Jodelet, D. (1992). Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Ed.), *La psychologie sociale* (pp. 357-389). Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Justo, A. M. (2016). *Corpo e representações sociais: sobrepeso, obesidade e práticas de controle de peso* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Kanan, L. L., Goetz, E. R., Agostini, A., & Bergamaschi, R. (2016). Beauty & working opportunities. *American International Journal of Contemporary Research*, 6(2), 92-101.

- Kaufman, A. (2012). Alimentos e emoção. *Abeso* 60, 1-11. Recuperado de http://www.abeso.org.br/pdf/revista60/alimento_emocao.pdf
- Kuhnen, A. (2002). *Lago da Conceição: meio ambiente e modos de vida em transformação*. Florianópolis: Cidade Futura.
- Lahlou, S. (2012). Text mining methods: an answer to chartier and meunier. *Papers on Social Representations*, 20(38), 1-7.
- Lane, S. T. M. (1981). *O que é psicologia social?* São Paulo: Brasiliense.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990, 20 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Leite, F. H. M., Oliveira, M. A., Cremm, E. C., Abreu, D. S. C., Maron, L. R., & Martins, P. A. (2012). Oferta de alimentos processados no entorno de escolas públicas em área urbana. *J. Pediatr.*, 88(4), 328-334.
- Leonardo, M. (2009). Antropologia da alimentação. *Antropos*, 3(2), 1-6.
- Macedo, T. T. S., Portela, P. P., Palamira, C. S., & Mussi, F. C. (2015). Percepção de pessoas obesas sobre o seu corpo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(3), 505-510.
- Maciel, K. F. (2011). O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. *Educação em Perspectiva*, Viçosa, 2(2), 326-344.
- Marcelino, L. F., & Patrício, Z. M. (2011). A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4767-4776.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2005). *Fundamentos de metodologia científica* (6a. ed.). São Paulo: Atlas.
- Marcuzzo, M., Pich, S., & Dittrich, M. G. (2012). A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 943-956.
- Martins, S. (2003). Alterações do desejo sexual masculino. In L. Fonseca, C., & Soares, J. M. Vaz. (Orgs.), *A sexologia: perspectiva multidisciplinar I* (pp. 145-160). Coimbra: Quarteto Editora.
- Mattos, R. S., & Luz, M. T. (2009). Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(2), 489-507.
- Mela, D. J. (2006). Eating for pleasure or just wanting to eat? Reconsidering sensory hedonic responses as a driver of obesity. *Appetite*, 47, 10-17.
- Melo, C. M., & Oliveira, D. R. (2011). O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2523-2532.

- Ministério da Saúde (MS). (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 13 de dezembro). *Diário Oficial da União*.
- Ministério da Saúde (MS). (2013). Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 (2013, 20 de março). Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União*.
- Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. (2015). Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: MS. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf
- Moliner, J., & Rabuske, M. M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 44-60.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Montero, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Moretto, D. W. T. (2015). *Avaliação psicológica na cirurgia bariátrica: estudos para a construção de uma escala* (Dissertação mestrado). Universidade do Planalto Catarinense, Lages.
- Moscovic, S. (1976). Social influence and social change. *European Journal of Social Psychology*, 9, 441-454.
- Moscovic, S. (1981). On social representation. In J. P. Forgas (Ed.), *Social Cognition. Perspectives on everyday understanding*. European Monographs in Social Psychology 26. Series Editor: Henri Tajfel.
- Moscovici, S. (1961/1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales. In D. Jodelet (Org.), *Les représentations sociales* (pp. 62-86). Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social* (5a. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Nascimento, A. A. D., Bezerra, S. M. M. S., & Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201.
- Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, E. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas em Psicologia*, 8(3), 287-299.
- Neves, A. S., & Mendonça, A. L. O. (2014). Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride. *Demetra*, 9(3), 619-631.

- Nogueira, S. G., Macedo, V. S., & Guedes, P. M. (2010). Avaliação da imagem corporal e de comportamentos alimentares como possíveis desencadeadores de transtornos alimentares em bailarinas pré-adolescentes. *NUTRIR GERAIS*, Ipatinga, 4(6), 538-553.
- Nonino-Borges, C. B., Borges, R. M., & Santos, J. E. (2006). Tratamento clínico da obesidade. *Distúrbios Respiratórios do Sono*, 39(2), 246-252.
- Oliveira, D. M., Merighi, M. A. B., & Jesus, M. C. P. (2014). A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 970-976.
- Oliveira, A. P. S. V., & Ribeiro, M. A. (2013). Fatores conjugais e familiares que dificultam a perda de peso em mulheres obesas. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, 4(3), 65-74.
- Oliveira, A. P. S. V., & Silva, M. M. (2014). Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1), 74-82.
- Oliveira, J. A. N., Barreto, J. D., Mello, A. O., Feitas, M. C. S., & Fontes, G. A. V. (2008). Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista. In M. C. S. Freitas, G. A. V. Fontes, & N. Oliveira (Orgs.), *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura* [online]. Salvador: EDUFBA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington, D.C.: OPAS. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf
- Passos, M. D., Gugelmin, S. A., Castro, I. R. R., & Carvalho, M. C. V. S. (2013). Representações sociais do corpo: um estudo com adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(12), 2383-2393.
- Pereira, C., & Camino, L. (2003). Representações sociais, envolvimento nos direitos humanos e ideologia política em estudantes universitários de João Pessoa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 447-460.
- Pereira, J. M., & Buriola, A. P. (2011). Expectativa de jovens obesos frente à realização de cirurgia bariátrica. *Colloquium Vitae*, 3, 129-135.
- Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L., & Ferronato, A. A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1105-1112.
- Polli, G. M., & Kuhnen, A. (2011). Possibilidades de uso da teoria das representações sociais para os estudos pessoa-ambiente. *Estudos de Psicologia*, 16(1), 57-64.
- Polli, G. M., & Camargo, B. V. (2015). Social Representations of the Environment in Press Media. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 25(61), 261-269.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.

- Queiroz, A. C. M., Santos, N. O., Silva, M. M., Laham, C., Garrido Junior, A., & Lucia, M. C. S. (2011). Crenças alimentares em indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Psicologia Hospitalar*, 9(2), 75-95.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: values, research and action*. N.Y: Holt, Rinehart and Winston.
- Ratinaud, P. (2009). *IRaMuTeQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* [Computer software]. Recuperado de <http://www.iramuteq.org>
- Rech, D. C., Borfel, L., Emmanouilidis, A., Garcia, E. L., & Krug, S. B. F. (2016). As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. *Rev. Epidem. e Control. Infec.*, 6: Suplemento – II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde.
- Reinhardt, J. C. (2000). *História e alimentação: uma nova perspectiva* (3a. ed.). Curitiba: UFPR.
- Reis, C. E. G., Vasconcelos, I. A. L., & Barros, J. F. N. (2011). Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(4), 625-633.
- Ribeiro, V. L. P. (2008). Obesidade e função sexual. *Psicologia.com.pt*. Lisboa. Recuperado de www.psicologia.pt/artigos/textos/A0407.pdf
- Rocha, L. F. (2014). Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 46-65.
- Rodrigues, M. (2013). O gordo, o belo e o feio: o embate entre obesidade e padrões estéticos. *ComCiência*, (145). Recuperado de http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542013000100005&lng=pt&nrm=iso
- Rouquette, M-L. (1994). *Sur la connaissance des masses*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Sá, C. P. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Sampaio, R. P. A., & Ferreira, R. F. (2009). Beleza, identidade e mercado. *Psicologia em Revista*, 15(1), 120-140.
- Santos, N. B. (2010). Resenha do livro representações sociais: investigações em psicologia social de Serge Moscovi. *Revista Ciências & Ideias*, 1(2).
- Santos, R., & Pereira, J. (2008). O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), 25-37.
- Saur, A. M., & Pasian, S. R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 199-209.
- Sawaia, B. B. (1994). Cidadania, diversidade e comunidade: uma reflexão psicossocial. In M. J. P. Spink (Org.), *A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar* (pp. 147-156). São Paulo: Cortez.

- Sawaia, B. B. (1996). Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In R. H. F Campos (Org.), *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. (6a. ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Sawaia, B. B. (2007). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In B. B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade* (7a. ed.) (pp. 97-119). Petrópolis: Vozes.
- Sawaia, B. B. (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 364-372.
- Scherer, P. T., Santos, A. M., Bado, F., Cardoso, V. C., & Barreto, J. B. V. (2014). *Sintomas da obesidade: exclusão e impactos no trabalho*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Recuperado de <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/serpinf/2014/assets/24.pdf>
- Schilder, P. (1977). *A imagem do corpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 29-41.
- Secchi, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 229-236.
- Serrano, S. Q., Vasconcelos, M. G. L., Silva, G. A. P., Cerqueira, M. M. O., & Pontes, C. M. (2010). Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 25-31.
- Silva, C. R. de O. (2004) *Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático*. Fortaleza, CE: Editora da UFC.
- Silva, E. L., & Menezes, E. (2001). *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação* (3a. ed.). Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC.
- Silva, G. E., & Lange, E. S. N. (2010). Imagem corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicologia Argumento*, 28(60), 43-54.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). (2011). *Pré e pós-operatório*. Recuperado de <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/beneficios>
- Sousa, A. C. T. O., Arantes, B. F. R., & Costa, P. D. A. (2008). A obesidade como fator de risco para doenças cardiovasculares. *Revista Meio Ambiente e Saúde*, 3(1), 107-118.
- Souza, J. M. B., Castro, M. M., Maia, E. M. C., Ribeiro, A. N., Almondes, K. M., & Silva, N. G. (2005). Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 59-67.
- Stenzel, L. M. (2004). O percurso da psicologia no estudo da obesidade. *Revista Abeso*, 4(17) [online].

- Stenzel, L. M., & Guareschi, P. A. (2002). A dialética obesidade/magreza: um estudo em representações sociais com adolescentes. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, (6), 183-194.
- Stunkard, A. J., Sorenson, T., & Schlusinger, F. (1983). Use of the Danish doption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Mathysse (Eds.), *The genetics of neurologic and psychiatric disorders* (pp. 115-120). New York: Raven.
- Tavares, M. C. G. C. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole.
- Tavares, T. B., Nunes, S. M., & Santos, M. O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(3), 359-366.
- Felippe, F. M. L., Friedman, R., Alves, B. S., Cibeira, G. R., Surita, L. E., & Tesche, C. (2004). Obesidade e mídia: o lado sutil da informação. *Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo*, 1(2), 166-171.
- Torres, T. L., Camargo, B. V., Bousfield, A. B., & Silva, A. O. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3621-3630.
- Vala, J. (1997). Representações sociais e percepções intergrupais. *Análise Social*, XXXII (140), 7-29.
- Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social* (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J., & Castro, P. (2013). Pensamento social e representações sociais. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social* (pp. 569-602). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vasconcelos, E. M. (1985). *O que é psicologia comunitária*. São Paulo: Brasiliense.
- Vasconcelos, N. A., Sudo, I., & Sudo, N. (2004). Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. *Revista mal-estar e subjetividade*, 5(1), 65-93.
- Wachelke, J. F. R., & Camargo R. V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 41(3), 379-390.
- Wanderley, E. N., & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 185-194.
- Witt, J. S. G. Z., & Schneider, A. P. (2011). Nutrição estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3909-3916.
- World Health Organization (WHO). (1997). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

World Health Organization (WHO). (2006). *Obesity and overweight and what is the scale of the obesity problem in your country?* Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=118>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) participante:

Sou aluna do programa de Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão da Professora Doutora Gislei Polli, cujo objetivo é avaliar **A INFLUÊNCIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA ESCOLHA DO TRATAMENTO DA OBESIDADE.**

Sua participação envolve responder a uma entrevista se você assim o permitir, com os seguintes tópicos: (a) a alimentação; (b) a obesidade; (c) a magreza; (d) a cirurgia, com duração de tempo, segundo sua disponibilidade e interesse em falar e da aplicação de um questionário composto de questões abertas (você responde como quiser) e fechadas (você terá algumas opções de respostas), dividido em duas partes: a primeira com informações a seu respeito: idade, sexo, peso e altura, para o cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea). A segunda parte do questionário é composta de perguntas relacionadas aos tipos de tratamento para obesidade aos quais já se submeteu, além de sua interpretação relacionada a sua imagem corporal. Esta sua interpretação sobre como você enxerga seu corpo, será avaliada por meio de escalas do tipo: percepção do próprio corpo em relação ao corpo ideal (de 1, “muito abaixo do ideal”, a 5, “muito acima do ideal”) e satisfação corporal (de 1, “insatisfeito”, a 5, “muito satisfeito”); (4) cuidados com o corpo (prática de exercícios físicos e dietas); (5) posicionamento frente a possibilidade de se submeter a uma cirurgia bariátrica, e suas respostas serão avaliadas por meio de uma escala tipo Likert (de 1, “desfavorável”, a 5, “muito favorável”). Haverá ainda uma sexta (6ª.) questão aberta para a análise da representação social da obesidade, ou seja, o

que ela representa para você, formulada por mim, com orientação de minha professora orientadora.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas por mim, pelo telefone: 041-88164051

Telma Souza e Silva Gebara

Mestranda da UTP

Professora Doutora Gislei Polli

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e Assinatura

Local e data

Apêndice 2 – Questionário

Nós do Programa de Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP) pedimos sua contribuição respondendo às questões abaixo. Sua participação é voluntária e suas respostas são anônimas, jamais serão divulgadas individualmente. Não esqueça de responder todo o questionário, seguindo corretamente as instruções. Esta atividade é individual. Em caso de dúvida, chame a pessoa responsável que ela estará a sua disposição para esclarecimentos. Quando você terminar, recolheremos seu questionário.

1- Qual a sua idade? _____

2- Qual a sua profissão? _____

3- Qual seu estado civil? _____

4- Qual sua renda?

- () até 1 salário () de 1 a 2 salários mínimos () entre 3 e 5 salários mínimos () entre 5 e 8 salários mínimos () até 10 salários mínimos
() acima de 10 salários mínimos

5- Em relação ao seu corpo você se sente? (assinale somente uma opção)

- () insatisfeito(a) () pouco satisfeito(a) () nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a) () satisfeito(a) () muito satisfeito(a)

6- Em relação ao que considera ideal, você acha que seu peso está? (assinale somente uma opção)

- () muito abaixo () abaixo () normal () acima () muito acima

7- Assinale com um X dentre as figuras aquela que melhor representa sua silhueta corporal (de acordo com seu sexo).



8- Assinale com um X dentre as figuras aquela que você considera a silhueta ideal (de acordo com seu sexo):



9- Quando você está se alimentando, como você se sente? (assinale somente uma opção)

() muito satisfeito () satisfeito () nem satisfeito, nem insatisfeito

() insatisfeito () muito insatisfeito

10- Você já fez dieta? (assinale somente uma opção)

☐ muitas vezes ☐ mais de uma vez ☐ uma vez ☐ nunca

11- Atualmente, você está fazendo dieta? (assinale somente uma opção)

☐ sim ☐ não

12- Se sim, quais os motivos para fazer dieta? (podem ser assinaladas mais de uma opção)

☐ problemas de saúde ☐ questões relacionadas à imagem corporal

☐ mudança de hábitos alimentares

13- Você costuma praticar exercícios físicos?

☐ sim ☐ não

14- Se sim, com que frequência você costuma praticar exercícios físicos? (assinale somente uma opção)

☐ todos os dias ☐ duas ou três vezes por semana ☐ uma vez por semana

☐ a cada 15 dias ☐ uma vez por mês

15- Em relação à cirurgia bariátrica, você se posiciona? (assinale somente uma opção)

☐ desfavorável ☐ pouco favorável ☐ nem favorável, nem desfavorável

☐ favorável ☐ muito favorável

16- Em relação ao acompanhamento com nutricionista ou médico para melhorar a forma corporal devem ser indicados antes dos cirúrgicos, você se posiciona: (assinale somente uma opção)

☐ muito favorável ☐ favorável ☐ nem favorável, nem desfavorável

☐ pouco favorável ☐ desfavorável

17- De maneira geral, você dá importância ao que os outros pensam da sua aparência?

☐ sim ☐ não

18- Se sim, dentre as seguintes pessoas, quais são as mais importantes para você? (é possível assinalar mais de uma alternativa). As pessoas que:

☐ Têm o mesmo tipo de vida que você.

- ☐ () Você encontra em seu bairro.
- ☐ () Frequentam o seu meio social
- ☐ () São seus colegas de trabalho
- ☐ () São seus amigos.
- ☐ () São da sua família.
- ☐ () Você ama.

19 - De maneira geral, você dá importância ao que os outros pensam sobre a obesidade?

- ☐ () sim ☐ () não

20 - Se sim, dentre as seguintes pessoas, quais são as mais importantes para você? (é possível assinalar mais de uma alternativa). As pessoas que:

- ☐ () Têm o mesmo tipo de vida que você.
- ☐ () Você encontra em seu bairro.
- ☐ () Frequentam o seu meio social
- ☐ () São seus colegas de trabalho
- ☐ () São seus amigos.
- ☐ () São da sua família.
- ☐ () Você ama.

21 - Você costuma comparar seu corpo com o das outras pessoas?

- ☐ () sim ☐ () não

22- Se sim, como você se sente na maior parte das vezes? (assinale somente uma opção)

- ☐ () muito pior que as outras pessoas ☐ () pior que as outras pessoas ☐ () nem melhor nem pior que as outras pessoas ☐ () melhor que as outras pessoas
- ☐ () muito melhor que as outras pessoas

23 - O modo como os outros olham para você traz alguma informação sobre o seu corpo?

- ☐ () sim ☐ () não

24 - Se sim, na maioria das vezes, como você se sente? (assinale somente uma opção)

- ☐ () muito confortável ☐ () confortável ☐ () nem confortável, nem desconfortável ☐ () desconfortável ☐ () muito desconfortável