



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

TAIS MARTINS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA OBESIDADE ENTRE PESSOAS QUE
REALIZARAM A CIRURGIA BARIÁTRICA E O PROCEDIMENTO COM
ARGÔNIO**

CURITIBA

2019

TAIS MARTINS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA OBESIDADE ENTRE PESSOAS QUE
REALIZARAM A CIRURGIA BARIÁTRICA E O PROCEDIMENTO COM
ARGÔNIO**

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

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária

Orientadora: Profa. Dra. Gislei Mocelin Polli

**CURITIBA
2019**

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

M379 Martins, Tais.

Representações sociais da obesidade entre pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica e o procedimento com argônio / Tais Martins; orientador Prof^a. Dr^a. Gislei Mocelin Polli. 125f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2019.

1. Obesidade. 2. Representação social 3. Cirurgia bariátrica. 4. Procedimento com argônio. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia/ Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 302

Dedico esse trabalho aos meus amados filhos Raphaella Martins e Miguel Martins – razões das minhas melhores emoções e motivo dos meus pensamentos mais dignos. Aos meus pais Helena (costureira) e Laerti Martins (motorista de ônibus) – aspirantes universitários, que mesmo sem adentrar os bancos escolares e universitários ensinaram que respeito, carinho e gentileza cabem em qualquer lugar e sem a devida literatura e “sapiência científica” partilham os diplomas que a “menina do interior” conquistou. A minha amada “velhinha” e linda avó Rozalina, que em seus quase 90 anos me ensina que a simplicidade deixa a gente mais feliz. Ao meu amigo de ilusões e debates Rodrigo Lima Lopes, que ainda tão jovem já é capaz de incentivar os amigos com o coração aberto. E ao meu companheiro de sonhos Paulo de Tarso Oliveira Tavares, que acolheu sentimentos e lágrimas nessa jornada e que incansavelmente lutou ao meu lado para concretizar mais esse desejo. Diante de cada um de vocês eu me recuso a desistir...

Agradeço de imenso a orientação da Profa. Dra. Gislei Mocelin Polli, pois superando visões superficiais e descrenças mezinhas foi capaz de vislumbrar a pesquisadora que se construiu em cada orientação...

Agradeço a Andressa Ignácio, que teve paciência em ouvir sobre minha pesquisa e ler meus rascunhos incontáveis vezes.

Agradeço a Thaysse Pombo, que na reta final me acolheu e mostrou um panorama mais bonito quando eu já não via mais. Com seu laço ela desfez meus nós...

“Tomemos uma tapeçaria contemporânea. Ela comporta fios de linho, de seda, de algodão e de lã de várias cores. Para conhecer esta tapeçaria seria interessante conhecer as leis e os princípios relativos a cada um desses tipos de fio. Entretanto, a soma dos conhecimentos sobre cada um desses tipos de fio componentes da tapeçaria é insuficiente para se conhecer esta nova realidade que é o tecido, isto é, as qualidades e propriedades próprias desta textura, como, além disso, é incapaz de nos ajudar a conhecer sua forma e sua configuração”. (MORIN, 2007, p.85)

RESUMO

A obesidade é um problema de saúde que atinge uma grande parte da população mundial. Pode ser amenizada por meio de tratamentos cirúrgicos, que vêm sendo utilizados por pessoas que não obtêm sucesso com tratamentos convencionais. A cirurgia bariátrica surge como uma promessa de solução definitiva para a obesidade, mas muitas pessoas voltam a ganhar peso após a sua realização. Diante do reganho de peso, surge uma nova possibilidade: a fulguração por argônio, que se apresenta como forma de manutenção de peso através da inserção de um gás na cavidade gástrica que diminui a anastomose e conseqüentemente acaba por restringir a ingestão de alimentos. Neste contexto, esta dissertação teve como objetivo identificar as Representações Sociais da obesidade entre as pessoas que fizeram o procedimento de argônio. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória, fundamentada na abordagem qualitativa. A coleta de dados foi iniciada em agosto de 2018 e encerrada em abril de 2019. Participaram do estudo quinze pessoas, sendo onze mulheres e quatro homens, com idades entre 26 e 53 anos, que haviam realizado ao menos um procedimento de argônio com IMC médio de 28,09 Kg/m² (DP=4,57). Para coleta dos dados foi realizada uma entrevista semiestruturada dividida em três eixos: 1) Obesidade; 2) Práticas e tratamentos e 3) Rede de Apoio Psicossocial. O eixo 1 contou com uma questão em profundidade com uma pergunta indutora: o que é ser obeso para você? Para a análise da questão em profundidade foi realizada uma Classificação Hierárquica Descendente com a utilização do programa IRaMUTeQ. As demais questões foram analisadas com o estabelecimento de categorias temáticas. Os resultados indicam que a obesidade é pensada em termos de dificuldades, preconceito, discriminação e rejeição. Além disso, se destaca a dificuldade em reduzir ou manter o peso desejado sem o auxílio dos procedimentos

cirúrgicos. A cirurgia bariátrica e as subsequentes fulgurações por argônio aparecem num discurso dicotômico, que demonstra que a tão esperada solução definitiva para o problema da obesidade não tem sido eficaz. Como consequência, o medo de voltar a engordar recebe destaque na fala dos participantes. No segundo eixo foi realizada uma análise de conteúdo, em que as respostas foram categorizadas por semelhança. Para cada pergunta foram criadas categorias que agruparam respostas semelhantes, permitindo a compreensão do conteúdo expresso pelos participantes com o intuito de verificar quais motivos conduziram ao ganho de peso e à escolha do tratamento cirúrgico. No terceiro e último eixo foram abordadas as questões da rede de apoio psicossocial, uma vez que a obesidade deve ser confrontada com as questões de ordem pessoal e relacional. Não se trata de um fenômeno isolado, e esses dados constituem esse tripé avaliativo que tem como objetivo tratar das Representações Sociais da Obesidade entre as pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica e ao argônio.

Palavras-chave: Obesidade; Representações Sociais; Cirurgia Bariátrica; Procedimento com argônio.

RESUMEN

La obesidad es un problema de salud que afecta a una gran parte de la población mundial. Puede ser amenizada por medio de tratamientos quirúrgicos, que vienen siendo utilizados por personas que no obtienen éxito con tratamientos convencionales. La cirugía bariátrica surge como una promesa de solución definitiva para la obesidad, pero muchas personas vuelven a ganar peso después de su realización. En el caso de los riñones, se presenta una nueva posibilidad: la fulguración por argón que se presenta como forma de mantenimiento de peso a través de la inserción de un gas en la cavidad gástrica que disminuye la anastomosis y consecuentemente acaba por restringir la ingestión de alimentos. En este contexto, esta disertación tuvo como objetivo identificar las Representaciones Sociales de la obesidad entre las personas que hicieron el procedimiento de argón. Se trata de una investigación de naturaleza descriptiva y exploratoria, fundamentada en el abordaje cualitativo. La recolección de datos fue iniciada en agosto de 2018 y concluida en abril de 2019. Participaron del estudio quince personas, siendo once mujeres y cuatro hombres, con edades entre 26 y 53 años que habían realizado al menos un procedimiento de argón con IMC medio de 28,09 Kg / m² (DP = 4,57). Para la recolección de los datos se realizó una entrevista semiestructurada dividida tres ejes: 1) Obesidad; 2) Prácticas y tratamientos y 3-) Red de Apoyo Psicosocial. El eje 1 contó con una cuestión en profundidad con una pregunta inductora: ¿qué es ser obeso para usted? Para el análisis de la cuestión en profundidad se realizó una clasificación jerárquica descendente con la utilización del programa IRaMUTeQ. Las demás cuestiones se analizaron con el establecimiento de categorías temáticas. Los resultados indican que la obesidad se piensa en términos de dificultades, prejuicio, discriminación y rechazo. Además, se destaca la dificultad en reducir o mantener el peso

deseado sin el auxilio de los procedimientos quirúrgicos. La cirugía bariátrica y las subsiguientes fulguraciones por argón aparecen en un discurso dicotómico, que demuestra que la tan esperada solución definitiva para el problema de la obesidad no ha sido eficaz. Como consecuencia, el temor de volver a engordar recibe destaque en el habla de los participantes. En el segundo eje se realizó un análisis de contenido, en el que las respuestas fueron categorizadas por semejanza. Para cada pregunta se crearon categorías que agruparon respuestas similares, permitiendo la comprensión del contenido expresado por los participantes con el fin de verificar cuáles son los motivos que condujeron al riñón de peso y la elección del tratamiento quirúrgico. En el tercer y último eje se abordaron las cuestiones de la red de apoyo psicosocial, ya que la obesidad debe afrontar las cuestiones de orden personal y relacional. No se trata de un fenómeno aislado y esos datos constituyen ese trípode evaluativo que tiene como objetivo tratar de las Representaciones Sociales de la Obesidad entre las personas que se sometieron a la cirugía bariátrica y al argón.

Palabras clave: Obesidad; Representaciones Sociales; Cirugía Bariátrica; Procedimiento con argón.

ABSTRACT

Obesity is a health problem that affects a large part of the world's population. It can be ameliorated through surgical treatments, which are being used by people who do not succeed with conventional treatments. Bariatric surgery comes as a promise of definitive solution to obesity, but many people regain weight after it. In the face of weight regain, a new possibility arises: the argon fulguration that presents as a way of maintaining weight through the insertion of a gas in the gastric cavity that decreases the anastomosis and consequently ends up restricting the food intake. In this context, this dissertation aimed to identify the Social Representations of obesity among the people who did the argon procedure. It is a research of descriptive and exploratory nature, based on the qualitative approach. Data collection started in August 2018 and ended in April 2019. Fifteen people participated in the study, of which eleven women and four men, aged between 26 and 53 years, who had performed at least one argon procedure with a mean BMI of 28.09 kg / m² (SD = 4.57). To collect the data, a semi-structured interview divided into three axes was performed: 1) Obesity; 2) Practices and treatments and 3-) Psychosocial Support Network. Axis 1 had an in-depth question with a guiding question: what is being obese for you? In order to analyze the in-depth question, a descending hierarchical classification was performed using the IRaMUTEQ program. The other issues were analyzed with the establishment of thematic categories. The results indicate that obesity is thought in terms of difficulties, prejudice, discrimination and rejection. In addition, the difficulty in reducing or maintaining the desired weight is emphasized without the aid of surgical procedures. Bariatric surgery and subsequent argon flares appear in a dichotomous discourse that demonstrates that the long-awaited definitive solution to the

problem of obesity has not been effective. As a consequence, the fear of regaining weight is highlighted in the participants' speech. In the second axis a content analysis was performed, in which the answers were categorized by similarity. For each question, categories were created that grouped similar answers, allowing an understanding of the content expressed by the participants in order to verify the reasons that led to weight regain and the choice of surgical treatment. In the third and final axis, the issues of the psychosocial support network were addressed, since obesity should be confronted with personal and relational issues. It is not an isolated phenomenon and these data constitute this evaluative tripod that aims to treat the Social Representations of Obesity among people who have undergone bariatric surgery and argon.

Keywords: Obesity; Social Representations; Weight management; Bariatric surgery; Procedure with argon.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dendrograma das classes referentes às Representações Sociais da Obesidade.....60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos Participantes.....	48
Tabela 2 – Dados Gerais sobre os participantes.....	54

LISTA DE SIGLAS

CHD	Classificação Hierárquica Descendente
IMC	Índice de Massa Corporal
DP	Desvio Padrão
IRaMuTeQ	Interface de R para Análise Multidimensional de Textos e Questionários
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSC	Psicologia Social Comunitária
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 Obesidade	23
2.1.2 Tratamentos para Obesidade	24
2.2 Teoria das Representações Sociais.....	27
2.3 Psicologia Social Comunitária.....	30
2.4 Representações Sociais do Corpo e da Obesidade.....	34
3 OBJETIVOS.....	46
3.1 Objetivos Específicos.....	46
4 MÉTODO	47
4.1 Delineamento de Pesquisa.....	47
4.2 Participantes	47
4.3 Procedimento de Coleta de Dados.....	49
4.4 Instrumentos	50
4.5 Análise de Dados.....	50
5. RESULTADOS	52
5.1 Práticas de Cuidado Corporal e Emagrecimento.....	52
5.2 Representações Sociais da Obesidade.....	58
5.2.1 Classe 4 – Hábitos	61
5.2.2 Classe 1 – O engordar e o emagrecer permeados pela opção da cirurgia bariátrica e pelo procedimento de argônio.....	62
5.2.3 Classe 6 – Consequências sociais sobre o vestir	65
5.2.4 Classe 5 – A culpabilização e a responsabilidade por engordar	66
5.2.5 Classe 3 – Preconceitos, julgamentos e rejeição	67
5.2.6 Classe 2 – Problemas relativos ao peso e as relações humanas e as consequências da obesidade	69
5.3 Reganho de Peso e Escolha do Tratamento Cirúrgico.....	71
5.4 Rede de Apoio Psicossocial	73
6. DISCUSSÃO	75

6.1 Práticas de Cuidado Corporal e emagrecimento.....	76
6.2 Representações Sociais da Obesidade.....	77
6.3 Reganho de Peso e Escolha do Tratamento Cirúrgico.....	91
6.4 Rede de Apoio Psicossocial	94
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICES	119
Apêndice I – Roteiro de entrevista.....	119
Apêndice II – Questionário.....	120
Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122

1 INTRODUÇÃO

A saúde e a obesidade são temas de estudo e pesquisa instigantes em diferentes campos do saber; seja na Moda, na Ciência, na Psicologia, na Estética, no Direito, na Literatura e na Dramaturgia, todos eles estão ligados, de certa forma, ao culto do corpo e à busca de padrões estéticos. Esses padrões são estabelecidos pelos editoriais de moda, beleza e saúde, sejam eles impressos ou digitais. De modo semelhante, a televisão e as propagandas voltadas ao público consumidor disseminam como esses padrões são construídos e como eles influenciam as pessoas e as suas escolhas sobre vestir, comer, mudar hábitos ou mantê-los (Goetz & Camargo, 2014; Polli et al., 2018; Salesses & Romain, 2014).

O corpo magro e esbelto costuma estar associado à maior realização e, muitas vezes, é utilizado como sinônimo de sucesso nas propagandas de bancos, de cerveja e dos filmes de aventura. Até mesmo nos desenhos animados essa dinâmica é retratada, pois o que está acima do peso é a figura abobalhada e atrapalhada das cenas. Essas situações, aparentemente inofensivas, estabelecem também ligações com os sentimentos sobre aceitação ou rejeição social entre aquilo que o indivíduo deseja para si de modo individual e o que o sujeito escolhe em relação ao coletivo.

A obesidade constitui um problema de saúde mundial. O mapa da obesidade apresentado pela OMS dá conta de que até 2025 cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões com obesidade. No Brasil, por sua vez, essa quantificação indica que mais de 50% da população adulta estará acima do peso (ABESO, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) define a obesidade como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde. O Índice de Massa Corporal (IMC) está relacionado à medida do peso de cada pessoa. É

calculado por meio da relação entre a massa da pessoa e a sua altura. Essa é uma referência reconhecida para a OMS que não mede diretamente a gordura corporal. Para determinar o IMC, deve-se dividir o peso do indivíduo (massa) pela sua altura ao quadrado. A massa deve ser definida em quilogramas (kg) e a altura em metros. Portanto, esta é a fórmula de cálculo: $IMC = massa / (altura \times altura)$. Para ser considerado obeso esse valor deve ser maior ou igual 30,0 para obesidade grau I; maior ou igual a 35,0 para obesidade grau II e maior ou igual a 40,0 para obesidade grau III.

Houve muitas críticas sobre a patologização da obesidade e a caracterização da obesidade como doença, especialmente entre as décadas de 1980 e 1990. A luta contra o excesso de peso começou a ganhar fôlego no campo da saúde nos anos 2000 e 2010. A partir de então, os conteúdos referentes à saúde corporal passam a receber maior espaço nas agendas de saúde e na discussão sobre as políticas públicas sobre obesidade (Dias, Henriques, Anjos & Burlandy, 2017). A obesidade é um problema de saúde, mas também social, pois há uma gama de enfermidades que a ela está associada, e além dos aspectos corporais há também os aspectos emocionais diante dos sentimentos da pessoa obesa frente à sociedade na qual ela está inserida (Araújo, Coutinho, Alberto, Santos & Pinto, 2018).

Porém, os dados são calculados via IMC e não apresentam o contorno psicológico dessa obesidade. O corpo é medido e quantificado, mas por certo não se constrói através de um vácuo social (Saraiva & Coutinho, 2012).

A mídia e as produções científicas mostram o surgimento da gordofobia e como ela tem um entrelaçamento com a construção do saber social com as realidades da vida social. As situações relatadas e vivenciadas propiciam a construção do objeto de estudo que não pode ser divorciado da realidade individual de cada entrevistado e tampouco dos contextos

estabelecidos por meio de cada um deles nas relações de trabalho, afeto e lazer (Araújo, Coutinho, Araújo-Morais, Simeão & Maciel, 2018).

Embora a obesidade seja considerada uma doença de etiologia complexa e multideterminada, o comportamento alimentar e seu contexto histórico alçam algumas das principais causas para o ganho de peso; no entanto não se constitui somente um elemento volitivo. O comércio alimentar, os hábitos culturais e a própria história da alimentação contribuíram para que o seu descontrole promovesse a obesidade de um problema de pequenas proporções para proporções globais (Marchesini & Antunes, 2017; Polli et al., 2018).

Diante da crescente epidemia de obesidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o controle do peso traz em seu bojo aspectos sociais, culturais, psicológicos, jurídicos e históricos. Afinal, quando uma pessoa resolve perder peso, o seu foco de atenção pode ser diversificado em vários pontos: saúde, bem-estar, estética e até mesmo emocional. A sociedade exige uma perfeição corporal, mas que nem sempre tem os olhos voltados à saúde, mas sim ao padrão estético (Witt & Schneider, 2011). Os padrões de magreza socialmente impostos não levam em conta a individualidade e a subjetividade e não são aplicáveis à maior parte dos biótipos (Polli et al., 2018).

Para perder peso, as pessoas buscam diferentes alternativas, algumas mais tradicionais, como reeducação alimentar, acompanhadas ou não por nutricionista, práticas de atividades físicas e dietas alimentares restritivas (Souto & Ferro-Bucher, 2006). É preciso observar que a busca do padrão estético não está dissociada da saúde. No entanto, algumas dietas e programas de emagrecimento têm como objetivo a produção de lucro e não a disseminação da saúde.

A mídia e as redes sociais direcionam a um controle de peso que tem como foco o mercado de consumo, seja de moda, saúde ou beleza. Servem como organizador das escolhas diretas e indiretas dos indivíduos no que tange aos alimentos, à vestimenta, à ingestão do álcool ou utilização de suplementos alimentares. Em tese culminariam em um corpo equilibrado e aceitável aos padrões de consumo, mas nem sempre saudável.

Os tratamentos convencionais muitas vezes não conduzem a uma perda de peso significativa, ou à manutenção do peso desejado após sua conquista. Diante do insucesso do tratamento convencional, os pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e afetados por doenças como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças osteoarticulares e doenças como hérnias de disco, artroses e inúmeras outras doenças podem se submeter ao tratamento propiciado pela cirurgia bariátrica (SBCBM, 2017). A cirurgia torna-se saída imediata para um problema que se estabelece de modo paulatino na vida da pessoa obesa.

A cirurgia bariátrica desponta como alternativa que promete a solução definitiva para o problema da obesidade. O número de cirurgias bariátricas no Brasil aumentou 7,5% em 2016 em comparação com o ano de 2015. Os dados são da SBCBM (2017) e indicam que em 2016 cerca de 100 mil pessoas fizeram a cirurgia. A análise dos dados da SBCBM direciona para os enfrentamentos que uma pessoa acima do peso precisa superar.

Contudo, atualmente se sabe que, mesmo após a realização da cirurgia bariátrica, muitas pessoas voltam a ganhar peso, o que causa frustração não só para o paciente, mas também para toda equipe multidisciplinar (Baretta, 2013). Os mecanismos que levam a isso são incertos e inúmeros fatores podem ter influência, como a ingestão calórica abusiva, sedentarismo, fatores metabólicos, mudanças hormonais, escolha errada da técnica pelo

cirurgião, fístulas gastro-gástricas, perda da função do anel restritivo quando presente, dilatação do *pouch* gástrico e dilatação da anastomose gastrojejunal (Barhouch et al., 2010).

Notoriamente os índices de reganho de peso apontam para um debate necessário sobre a ausência de acompanhamento psicológico, para o comportamento alimentar e para um conjunto de sentimentos controversos e conturbados, uma vez que os obesos constantemente sentem um estigma de rejeição e de discriminação (Spahlholz, Baer, Konic, Riedel-Heller & Luck-Sikorki, 2015). Moliner e Rabuske, (2008) verificaram que pacientes operados fizeram acompanhamento psicológico mínimo e na maior parte das vezes mantiveram a crença de que a diminuição do peso seria a solução para todos os problemas de suas vidas. Marchesini e Antunes (2017) e Magalhães, Brasil e Tiengo (2017) indicaram que pacientes que passaram pela cirurgia bariátrica mencionam as dificuldades de modificar seus hábitos alimentares e acabam mantendo o desejo de comer o mesmo tipo e quantidade de alimento que ingeriam antes da realização da cirurgia, e mesmo que o medo de readquirir peso exista, os velhos hábitos alimentares ainda permanecem funcionando como gatilhos emocionais.

Muitas pessoas optam pela cirurgia após terem fracassado em tentativas anteriores de perder peso e acreditam que o problema da obesidade estará solucionado definitivamente, mas, em média, entre cinco e 10 anos após a realização da primeira cirurgia bariátrica, algumas pessoas voltam a engordar (Baretta, 2013). Ao voltar a adquirir peso, algumas buscam novas alternativas cirúrgicas para perder o peso readquirido. Atualmente o procedimento de argônio tem sido uma alternativa adotada nestes casos.

O procedimento de argônio consiste na inserção do gás no estômago do paciente com a intenção de diminuir a anastomose – ou seja, a abertura estomacal que permite a ingestão de alimentos e regula a sua intensidade. A estética e a aceitação social representam um elemento decisório para os indivíduos que se submeteram à cirurgia, uma vez que diante do

ganho de peso decidem submeter o corpo a uma nova incisão cirúrgica sem que isso signifique uma mudança de hábitos.

O conhecimento dos índices crescentes de pessoas obesas submetidas a uma segunda intervenção como tratamento da obesidade (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM, 2017) gerou a necessidade de realizar um estudo com o objetivo de conhecer os pensamentos compartilhados pelas pessoas que se submetem a um novo procedimento para perda de peso sobre as repercussões desse segundo tratamento em sua saúde.

Surge então uma interface com a norma social que novamente confronta o corpo magro ao corpo saudável e que subjetivamente e por vezes erroneamente apontariam a magreza como critério de saúde. O sucesso e o insucesso dos procedimentos cirúrgicos podem estar associados a processos de alcoolemia, drogadição e depressão, estabelecendo um ciclo vicioso e interminável (Koelzer, Castro, Bousfield & Camargo, 2016; Lima & Oliveira, 2016; Willian, Mesidor, Winters, Dubbert & Wyatt, 2015).

Pessoas que compartilham a experiência de fracasso na primeira cirurgia bariátrica compõem um grupo que pode ser mais ou menos coeso, mantendo contato direta ou indiretamente. O fato de compartilharem experiências e modos de vida também as faz compartilhar pensamentos socialmente construídos. Mesmo que as pessoas obesas não convivam ou tampouco estejam no mesmo ambiente, elas compartilham experiências e Representações Sociais, portando, pode-se dizer que constituem uma comunidade.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) se alinha a esses propósitos ao proporcionar que os pensamentos compartilhados pela comunidade de pessoas obesas sejam conhecidos e trazidos à discussão. As representações sociais são pensamentos e conhecimentos compartilhados por pessoas que fazem parte de um grupo social, elas são

importantes para compreender as práticas sociais (Jodelet, 2001), uma vez que é através delas que estabelecer-se-ão as relações identitárias, a função de orientação, a função justificadora e a função do saber. Essas funções são determinantes para compreender os valores que perfiliam as pessoas a essas Representações Sociais construindo algo que diferencia esse grupo de pessoas dos demais grupos (Justo, 2016).

A Teoria das Representações Sociais permite compreender os fatores relacionados à escolha do tratamento cirúrgico e os motivos pelos quais esse reganho de peso interfere na decisão de um novo procedimento cirúrgico sem nenhuma garantia de sucesso permanente no que tange a manutenção do corpo magro. Afinal, o método cirúrgico que foi utilizado na primeira vez não foi eficaz para evitar o reganho de peso. O que faz com que a pessoa se submeta a uma segunda cirurgia mesmo após ter voltado a engordar?

A premissa essencial é trilhar o caminho da vulnerabilidade e dos riscos sociais diante da obesidade no que concerne a opção pela nova intervenção, também nominada fulguração por argônio. A decisão pela fulguração surge quando os demais métodos para a perda e manutenção do peso já fracassaram. A prevenção e controle da obesidade exigem um cuidado integral do indivíduo, mas esse processo deve ser contínuo e permanente, pois o reganho de peso pode reconduzir aos problemas já conhecidos e conseqüentemente a uma nova cirurgia com a mesma finalidade, e que provavelmente está fadada ao insucesso.

Considerando a obesidade um problema de saúde que atinge uma parcela significativa da população, e que indivíduos que sofrem com essa doença compartilham um sentimento de pertencimento comunitário, a Teoria das Representações Sociais permite adentrar nesse universo socialmente construído. Tendo isso em conta, essa pesquisa pretende responder à seguinte pergunta: Quais são as representações sociais da obesidade entre as pessoas que realizaram o procedimento de argônio?

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste item foram abordados temas como a obesidade e suas nuances sobre a saúde e o seu enlace com as representações sociais. Os procedimentos cirúrgicos compõem um quadro que merece atenção, pois a busca pelo corpo magro muitas vezes supera a preocupação com a saúde. Os temas são elencados de modo a apresentar o esteio central do problema de pesquisa: a obesidade e o processo de reaquisição de peso nos pacientes bariátricos e pós-bariátricos e nos pacientes que optam pelo método com argônio. Para ampliar o panorama, assuntos como a saúde, os tratamentos, as representações, a psicologia social comunitária serão temas fulcrais para esclarecer os lineamentos sobre o objeto de pesquisa.

2.1 Obesidade

A obesidade é um assunto que permeia temas éticos, estéticos, culturais, emocionais e mercadológicos. A questão da obesidade é tratada pelo Caderno 12 de Atenção Básica do SUS, publicado em 2006. O caderno trata das temáticas sobre o conceito de obesidade e das comorbidades. Aborda também assuntos referentes à nutrição e ao papel dos profissionais da equipe de saúde na prevenção e acompanhamento da obesidade (Caderno de Atenção Básica, 2006).

Dados da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2017) indicam que 52,1% das mulheres tinham uma circunferência da cintura maior ou igual a 88 cm, o que caracteriza obesidade abdominal, 21,8% dos homens media 102 cm ou mais nessa parte do corpo. O excesso de gordura abdominal está associado ao risco de doenças cardiometabólicas, como obesidade, diabetes e hipertensão arterial.

A obesidade é um problema de saúde pública, pois se configura como uma epidemia que afeta adultos, crianças e adolescentes em sociedades já desenvolvidas e em desenvolvimento. No Brasil a obesidade é configurada como uma doença crônica, multifatorial e de difícil controle. Ainda de acordo com a realidade brasileira, dados do recente levantamento do Ministério da Saúde “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (VIGITEL) revelaram que mais da metade da população adulta (51,0%) está com sobrepeso e 17,4% com obesidade. A obesidade é um problema de saúde que enseja a preocupação do Estado e de todos os profissionais da saúde, pois envolve fatores de saúde médica, psicológica e social (Macedo, Portela, Palamira & Mussi, 2015).

A obesidade é exposta na área da saúde como uma epidemia mundial. Suas causas são várias, uma vez que os aspectos socioeconômicos, escolaridade, hábitos alimentares e valores culturais têm impacto sobre a incidência dessa enfermidade, que é um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis. Por isso as ações para contê-la estão vinculadas a várias áreas: políticas públicas, comunicação pública, custo da saúde, fármacos, educação relacionada à alimentação, atividades físicas e qualidade de vida (OMS, 2014).

2.1.2 Tratamentos para Obesidade

O reconhecimento da obesidade como uma doença ocorreu em 1948, tendo sido integrada pela World Health Organization (WHO) na International Classification of Diseases (ICD) (WHO, 1948). Trata-se de uma doença multifatorial, pois nela estão envolvidos elementos comportamentais, ambientais e metabólicos. Há muitos tratamentos voltados à solução de doenças cardíacas, diabetes e neoplasias de várias ordens e até mesmo problemas

de insônia e apneia noturna. No entanto, a questão é perder peso para evitar que essas demais doenças sejam conjugadas no histórico de saúde do indivíduo sem observar com atenção os problemas que levam ao ganho de peso.

Os tratamentos convencionais focalizam nas restrições alimentares e nos exercícios físicos e requerem mudanças no estilo de vida, o que nem sempre tem sucesso. O consumo de medicamentos para controle do apetite, do estresse, da ansiedade e da insônia formam um conjunto perigoso, podendo levar a uma piora do quadro das pessoas obesas, pois os tratamentos levam em conta aspectos parciais e não globais da saúde (Baretta, 2013).

No que tange a execução da cirurgia bariátrica, no dia 01.02.2017, a videolaparoscopia foi autorizada pela SUS e publicada no Diário Oficial, visto a diminuição dos riscos da cirurgia aberta que enseja um corte ventral de mais de 20 cm. A laparoscopia é uma técnica de exploração visual que permite observar a cavidade pélvica-abdominal com o instrumento chamado laparoscópio. Esse instrumento emite uma luz que permite iluminar a cavidade e dispõe de uma câmera que transmite as imagens do interior do corpo. A técnica possibilita intervenções cirúrgicas de invasão mínima, uma vez que basta uma incisão que não passa de 1,5 centímetros para que o dispositivo consiga entrar no corpo. E com uma abertura menor no corpo operado os riscos de infecção e contaminação diminuem significativamente (Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, 2016).

Pessoas que realizaram uma cirurgia bariátrica e voltaram a ganhar peso podem se submeter a outro procedimento cirúrgico que está disponível na rede privada de saúde. Trata-se de uma fulguração (cauterização) da anastomose gastro-jejunal (entre o estômago reduzido e o intestino delgado) feita com o gás argônio. Ela promove a redução do diâmetro da anastomose trazendo novamente a saciedade alimentar, e é indicada somente para quem se

submeteu ao método *bypass*¹ (SBCBM, 2017). A fulguração por argônio tem sido nominada como segunda cirurgia bariátrica, o que enseja um equívoco. Não se trata de uma nova cirurgia, mas de um procedimento que é feito por meio da aplicação de um gás chamado argônio. Não são necessários cortes e intervenções similares à cirurgia bariátrica (Baretta, 2013).

Há diversos processos individuais envolvidos na dificuldade de perder peso ou de manter-se no peso adequado mesmo após a realização de uma cirurgia bariátrica. Além disso, há que se considerar os aspectos sociais envolvidos no desejo de alcançar um padrão físico nem sempre condizente com o biótipo das pessoas, ou com práticas de cuidado com a saúde. A Teoria das Representações Sociais pode auxiliar na compreensão de processos psicossociais relacionados ao desejo de perder peso e a consequente submissão a procedimentos cirúrgicos que muitas vezes podem não ser benéficos à saúde.

¹ O *bypass* pode ser compreendido como *bypass* gástrico, também conhecido por *bypass* em Y de *Roux* ou cirurgia de Fobi-Capella. É um tipo de cirurgia bariátrica que pode levar à perda de até 70% do peso inicial e consiste na redução do estômago e na alteração do intestino, levando a pessoa a comer menos, acabando por perder peso. Como é um tipo de cirurgia que provoca uma grande alteração no sistema digestivo, o *bypass* só está indicado para pessoas com IMC superior a 40 kg/m² ou com IMC superior a 35 kg/m², porém, que já tenham sofrido algum problema de saúde derivado do excesso de peso e, geralmente, só é realizado quando outras técnicas, como colocação de banda gástrica ou balão gástrico, não tiveram os resultados desejados. O *bypass* gástrico em y de *Roux* é uma cirurgia complexa realizada com anestesia geral e demora em média duas horas, sendo recomendado ficar internado entre três e cinco dias. Para fazer o *bypass*, o médico precisa seguir vários passos: 1. Cortar o estômago e o intestino: é feito um corte no estômago junto ao esôfago que o divide em duas partes, uma porção muito pequena, em forma de bolsa, e uma porção grande, que corresponde ao restante estômago e que perde grande parte da sua função, deixando de armazenar alimentos. Além disso, faz-se um corte na primeira parte do intestino, chamado jejuno; 2. Unir uma porção do intestino ao estômago menor: cria-se uma passagem direta para os alimentos em forma de tubo; 3. Unir a parte do intestino que ficou ligada à parte grande do estômago ao tubo: esta ligação permite que o alimento, que vem da ligação anterior criada, se misture com as enzimas digestivas, ocorrendo a digestão. <https://www.tuasaude.com/bypass-gastrico-para-emagrecer/>

2.2 Teoria das Representações Sociais

Para Souza (2005), na Psicologia Social, as Representações Sociais (RS) ganham um sentido para além da apreensão e conceituação, pois são sistemas mentais também criativos, autônomos e que constroem o real. Nesse modelo, a RS não é só resultado da ação mental, mas sua motivadora, sendo também vista como eminentemente social em suas origens e função. Para Moscovici (2003),

Há um poder criador de objetos e eventos da atividade representativa, há (...) relações entre o nosso reservatório (...) de imagens e a nossa capacidade de combiná-las, de engendrar novas e surpreendentes combinações. (...) a representação constitui uma preparação para a ação, pois, além de guiar o comportamento, ela remodela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento deve se ligar. Ela consegue inculcar um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculada ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes. (p. 49)

Representações Sociais são fenômenos da vida cotidiana. As pessoas constroem através da comunicação os seus símbolos e as suas identificações. A escolha dos temas segundo sua relevância e interesse é capaz de reproduzir e por vezes criar Representações Sociais (Moscovici, 1976), “as Representações Sociais, além de configurarem como pensamento compartilhado socialmente sobre um fato social que tem importância para um grupo de pessoas, também teorizadas” (Polli & Camargo, 2010, p. 13).

Representações Sociais são pensamentos construídos e compartilhados socialmente por meio das comunicações estabelecidas entre as pessoas. Também designadas como saber do senso comum, criam um mundo de significados que são compartilhados por pessoas que fazem parte de um grupo social (Jodelet, 2001).

As interações sociais e o desenvolvimento humano se constituem por meio da linguagem. Essa interação constrói RS, uma vez que estabelece significados entre os indivíduos. Há uma busca pela personalização. Dessa forma o sujeito social se aproxima ou se afasta da comunidade diante das suas concordâncias e dissonâncias com as relações sociais (Lane, 1984).

Para Jodelet (2001), os conhecimentos compartilhados de forma comum estruturam um modelo de comunidade. Através das RS existe a constituição de um senso comum. Há uma relação que é dialética, pois as relações humanas são compreendidas por meio de informações, comportamentos que de forma conflituosa ou amena são partilhados e essa partilha aponta para o contexto das representações sociais. O domínio das informações promove processos reflexivos que constroem a apropriação da realidade social e tão logo as impressões sobre o mundo externo seguem paulatinamente internalizadas nos indivíduos, e essa apropriação constitui as RS.

As Representações Sociais são formadas por três dimensões, a saber: 1) informação; 2) atitude; 3) campo de representação ou imagem. Essas dimensões apontam para o fato de que existe um modelo social que possui uma unidade. Essa unidade pode se apresentar de três modos: 1) hegemônicas; 2) emancipadas; 3) polêmicas. Significa dizer que é possível que haja situações em que a unidade entre as pessoas aponte para uma RS facilmente identificável, mas que ainda assim é possível que o antagonismo diante de cada comunidade aponte para um contexto de não integração, mas sim de exclusão (Vala & Castro, 2013).

A identidade social pode ser entendida como a influência dos grupos no pensamento de seus membros, até que possam então desenvolver os seus próprios pensamentos (Jodelet, 2001). Os grupos têm influência sobre o pensamento de seus membros e desenvolvem até mesmo estilo de pensamento distinto. Tão logo as representações preenchem funções de manutenção da identidade social que resta entremeada pelo equilíbrio sociocognitivo (Jodelet, 2001). As Representações Sociais são estudadas através da articulação de elementos mentais, sociais e afetivos. E esses elementos são integrados por meio da cognição, da linguagem e da comunicação. As relações sociais afetam as representações sociais e interferem sobre elas, pois através de uma realidade material surge uma interação recíproca e permanente entre o que se compreende da realidade e como essa realidade se apresenta para cada sujeito, uma vez que os elementos afetivos e de comunicação são variáveis entre o grupo e isoladamente (Jodelet, 2001).

A cultura, a classe social, a linguagem e os interesses comuns aproximam as pessoas com a intenção de compreender os processos sociais aos quais estão submetidas (Garcia, 2005). As Representações Sociais permitem compreender a relação entre as imagens corporais construídas e a cultura, pois a satisfação com a imagem física não corresponde à busca da saúde física das pessoas. Indica que, com vistas a alcançar uma estética satisfação com a imagem do corpo, isto é, corresponder aos ideais estéticos da cultura de pertença, recorre-se a dietas, ao exercício físico exagerado, ao uso de diuréticos, laxantes, entre outros (Alves; Pinto; Alves, Mota, Leirós, 2009). Aragão (2012) dá ênfase ao processo de estigmatização, culpabilização e exclusão aos quais as pessoas obesas são submetidas.

A Psicologia Social Comunitária (PSC) busca compreender tais processos considerando os laços estabelecidos por pessoas que vivenciam condições semelhantes. Muitos fatores são essenciais para essa formulação, pois a identidade dos membros se

constitui por meio dos sentimentos de exclusão que é comum aos indivíduos obesos. Por sua vez, a integração entre as pessoas obesas confere uma característica transformadora, pois através das necessidades comuns emerge também a busca de satisfações comuns (Montero, 2004).

2.3 Psicologia Social Comunitária

A emergência e a formação da Psicologia Social Comunitária (PSC) no Brasil, nos últimos 50 anos, foram marcadas, por um lado, pela contraposição aos dispositivos conceituais, aos locais de trabalho consagrados e às práticas da psicologia social norte-americana ao longo do século XX e, por outro, pela inserção da noção de comunidade em seu conjunto de princípios (Freitas, 2013).

A psicologia social comunitária traz consigo algumas etapas desafiadoras que merecem atenção: 1) O fato de que não há uma base consensual que reúna os trabalhos dentro de uma mesma terminologia, indicando aproximações teórico-conceituais; 2) Revela a necessidade de serem feitas análises epistemológicas sobre as práticas desenvolvidas com o intuito de analisar criticamente as incoerências e pseudoconciliações no campo da dimensão teórica e metodológica; 3) É necessário discutir o grau de impacto e importância dessas práticas na vida comunitária, a fim de se fazer uma reflexão crítica sobre o tipo de compromisso implícito e as alianças estabelecidas nos trabalhos de PSC (Jacques, 2013).

Com essa discussão surgem os novos caminhos para uma nova consciência mais politizada através da participação popular. Tal debate, que traz como um dos seus pontos nodais a crítica ao elitismo da Psicologia, coincide com o desenvolvimento da Psicologia

Comunitária no Brasil. Esta se edifica a partir do movimento de uma série de psicólogos que criticavam o viés positivista da Psicologia social até então hegemônica, buscando construir propostas de transformação social, a partir de maior aproximação do psicólogo com as dinâmicas do cotidiano da maioria da população (Jacques, 2013).

A Comunidade pode ser compreendida como grupo de indivíduos ou de seres humanos que compartilham elementos comuns. Destaca-se que esse conceito não é pacífico no que diz respeito à localidade, uma vez que para Góis (1993) o conceito de território incide também na construção do conceito de comunidade, pois a estreiteza dos laços depende dessa proximidade geográfica. No entanto, essa criação do status social não está presa a um único elemento. O idioma, os costumes, os valores, as tarefas e visão de mundo, estejam geograficamente próximos ou não, criam um status social (Wanderley & Ferreira, 2010).

Segundo Montero (2010), a questão geográfica não se constitui como elemento essencial para que a comunidade se constitua. A subjetividade, as relações simbólicas e as práticas sociais são capazes de promover o processo identitário, bem como nortear a tomada de decisões do indivíduo em relação ao ambiente para que seja possível transformar esse ambiente segundo as suas necessidades.

A comunidade apresenta um traço dinâmico. O binômio indivíduo-sociedade recebe a influência dos processos socioculturais. O homem se insere no processo histórico, mas não representa somente um papel determinado, se torna agente da história, pois transforma a sociedade em que vive (Lane, 2006). Por sua vez, Martin-Baró (1989) chama a atenção para a ligação da realidade como processo. Nesse ponto surge a responsabilidade do psicólogo social diante da sua contribuição na construção das identidades pessoais e do fortalecimento do grupo. Para Wiensfeld (2014), a comunidade não é apenas um corpo ou um objeto, mas uma construção ideológica que se corporifica através do sentimento de pertencimento.

Sawaia (2013) indica que o conceito de comunidade é tão antigo quanto a humanidade. Para ela, esse conceito apresenta o confronto entre os valores coletivos e individuais que podem ser observados por meio do pensamento social. Historicamente, a década de 1970 restou fundamental para o fomento do corpo teórico da Psicologia. Sua estruturação no campo metodológico no que tange a psicologia comunitária apontou para categorias fulcrais na análise sobre a exclusão social e a ética do bem viver (Sawaia, 2013).

A PSC tem como uma de suas ocupações o estudo da comunidade (Montero, 2004). Os processos psicossociais e as relações de poder são vinculados às transformações sociais (Rapport, 1997). Nesse sentido, a contingência cultural, a solução de conflitos e a resolução de problemas indicam que a comunidade acaba por formar-se através de um processo identitário. A integração e a satisfação das necessidades aumentam o sentimento de comunidade (Moniz & Elvas 2010).

A busca do corpo perfeito e a luta para perder peso geram um processo de exclusão e de discriminação. A questão é tornada social e não mais individual (Felippe, 2003). Tão logo, mesmo que as localidades sejam distintas, os gêneros sejam diversos e as histórias sejam individuais, a comunidade emerge. E através do sentimento de pertencimento e do sentimento de identidade as pessoas obesas encontram um possível modelo de desenvolvimento humano que permite que esse grupo encontre uma igualdade que lhe é negada no seio social. As relações dentro da comunidade são fundamentais para o processo identitário e por meio desse processo acontecem as transformações sociais. A obesidade se mostra como um estigma que produz discriminação e exclusão social (Jodelet, 2001). As pessoas obesas sofrem exclusão, se identificam e passam a compor uma comunidade.

O sentido de comunidade surge a partir da concepção de saúde e de emagrecimento como forma de manutenção da saúde. Surge nesse contexto a dialética da inclusão-exclusão

que são imbuídas de uma subjetividade, pois os sujeitos sentem-se ao mesmo tempo incluídos e discriminados (Sawaia, 2013). O obeso é refém do seu próprio problema, pois o peso gera uma exclusão, e essa exclusão se corporifica nas propagandas, na produção de roupas e na divulgação de alimentos. Há uma ligação que permeia aspectos sociais e emocionais. Para Montero (2004), surge a adesão, a influência, a integração e a satisfação de necessidades e os compromissos e laços emocionais compartilhados. É preciso observar que para além do peso existe o sofrimento de uma pessoa (Gallassi & Yamashita, 2015).

Sawaia (2013) apresenta a inclusão excludente. Pois a exclusão social confronta com a inclusão social. Verifica-se um enigma da coesão social sob a lógica da exclusão. Leia-se que a exclusão não é uma coisa ou estado, mas um processo que envolve o homem por inteiro e fagocita as relações com os outros. Não há uma única forma de observação, uma vez que ao gerar culpabilização acaba por criar um “nós” que é excludente, criando uma ilusão que propala uma inclusão que na verdade é ficta.

Essa dialética perturba a ordem social e se constitui um produto do funcionamento do sistema. Por sua vez, a desqualificação social gera uma identidade negativa e esse descrédito pode ser observado na temática da obesidade, uma vez que o sujeito obeso é rotulado como alguém impróprio para mudar os seus hábitos ou aceitar sua identidade. Importante ressaltar que legitimar a cidadania diante desse processo permeia um processo de subjetividade (Sawaia, 2013). É importante lembrar que essa aproximação da psicologia aos setores denominados menos favorecidos concretiza o conjunto de políticas sociais. A imagem do corpo, os vínculos de pensamento e a ação que se forma entre esses indivíduos promovem preconceitos e estereótipos. O julgamento das pessoas e dos grupos é caracterizado por pertencer a uma categorial social ou pelo fato de apresentar um ou mais atributos próprios a essa categoria (Jodelet, 2001). No mesmo sentido, Sawaia (2013) menciona que a exclusão

é um processo multifacetado e complexo, pois os sentimentos e ações acontecem na vida social e correspondem a necessidade do eu. Esse processo dialético transita na relação com os outros e com a ordem social para que esta não reste perturbada (Sawaia, 2013).

2.4 Representações Sociais do Corpo e da Obesidade

No campo das Representações Sociais, o corpo e a obesidade têm despertado interesse, e alguns estudos descrevem as representações sociais destes e de outros objetos relacionados a eles. Em estudo sobre a obesidade e mídia, Felipe et al. (2004) descrevem representações sociais 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 retratam como um problema social produto da gula, da negligência e da inércia, gerando estereótipos discriminatórios sobre esse grupo.

Nesse sentido surge o culto ao corpo que é construído pela mídia. E os padrões estéticos restam ligados com o consumo alimentar da população, pois esse também recebe a interferência da mídia (Mendes e Vilhena, 2016), uma onda de internet fomentada pelas “blogueiras *fitness*” que estimulam novos padrões de beleza e produzem conteúdos e contextos sobre os hábitos alimentares. No estudo quantitativo realizado por Magalhães et al. (2017), com 150 sujeitos de idades entre 18 e 50 anos, é possível avaliar a influência que as “blogueiras *fitness*” promovem em relação à população nas redes sociais e como o culto ao corpo é construído e fomentado através desses padrões de saúde e beleza produzindo e formulando novas opiniões sobre os hábitos alimentares, que confluem para o estudo e análise da obesidade. Os autores destacam um sofrimento psíquico do sujeito obeso e

abordam também os vários contextos em que o corpo é observado na contemporaneidade. O artigo elaborado por Araújo et al. (2018) também aborda as questões da internet sobre o corpo e contextualiza as Representações Sociais sobre a gordofobia. O texto foi construído a partir de uma pesquisa documental nas publicações feitas na revista *Superinteressante* através da análise de alguns panoramas comuns, por exemplo: o gordo versus o magro; ou se a gordofobia seria uma invenção ou uma realidade. Os autores concluem que há escassez de dados sobre o tema, o que faz crer que o peso no Brasil é um assunto envolto em preconceito e até mesmo na inferiorização de um grupo sobre o outro, por exemplo, na superioridade do grupo de pessoas magras sobre o grupo de pessoas obesas.

No que concerne às Representações Sociais e à sua interação entre imagem e corpo, bem como a interação do corpo com o espaço público, seja esse corpo obeso ou não obeso, há uma descrição acerca dos padrões estéticos sobre essas representações sociais e o estudo apresentado por Goetz, Camargo, Bertoldo e Justo (2008) oferece um panorama sobre as representações sociais do corpo na mídia impressa. Os autores apontam que o corpo envolve muitas situações que transitam entre a esfera pública e a privada. A mídia, a moda, as novelas e as relações sociais são elementos que revelam as várias formas de lidar com o corpo, seja ele obeso ou não. Os padrões estéticos são estabelecidos socialmente e mesmo que velada há uma intolerância com a fuga dos padrões. Nessa pesquisa documental feita através da análise das Revistas *Boa Forma*, *Estilo & Saúde*, entre os anos de 2005 e 2006, os resultados colhidos apontaram que as representações sociais do corpo destacam dois principais aspectos: o primeiro, prático, destacando aspectos eminentemente físicos, relativos à estética e à saúde corporal; e o segundo, de caráter mais subjetivo, representa o corpo como uma unidade físico-psíquica, que prioriza o equilíbrio e o bem-estar para se alcançar uma vida mais saudável.

Ainda sobre as Representações Sociais da obesidade em relação à mídia, merece destaque o trabalho elaborado por Araújo et al. (2018) na abordagem sobre o preconceito e a mídia impressa. Foram analisadas 21 matérias veiculadas pelo Jornal Folha de São Paulo e verificou-se que as Representações Sociais da obesidade transitam no domínio das ciências médicas, razão pela qual a tratativa tem uma concentração na resolução da obesidade através da medicalização para adaptar o corpo aos padrões sociais esteticamente aceitáveis.

Noutro artigo também versando sobre o preconceito, Koelzer et al. (2016) descrevem a análise de 172 comentários associados à expressão de preconceito. Há uma contextualização do “olhar preconceituoso” com as representações sociais pautadas nas fotografias nas redes sociais. Nesse trabalho surge uma conotação de gênero, uma vez que 50% dos comentários pertenciam aos representantes do sexo masculino. Surgiu nesse estudo “um contexto social e ideológico, o lugar ocupado pelo indivíduo no grupo, na sua história, os determinantes sociais, sistemas e valores influenciam essa organização significativa chamada representação social” (Koelzer et al., 2016, p. 433). Ou seja, a beleza resta associada ao corpo magro e tudo quanto estiver fora da magreza, por essa lógica, não obedece ao padrão de beleza. Surge então a exclusão feminina na sua forma mais frequente, por assim dizer, o corpo não se perfaz na individualidade, mas se constitui através de um meio de interação social. Tão logo, não é possível estudar a obesidade sem estudar o corpo e as suas implicações sociais. Um tema está necessariamente ligado ao outro, da mesma forma que a alimentação e o comportamento alimentar são interfaces do mesmo conteúdo, pois diante deles a obesidade se constitui, se evita ou se desconstrói.

Para complementar esse raciocínio, um texto de Gelsleichter e Zucco (2017) aborda um estudo sobre gênero, pobreza e obesidade. O trabalho identificou 13 artigos tratando a obesidade e a implicação dessa obesidade sobre o feminino. Esse estudo aponta que a face

feminina da obesidade exige um debate emergencial, pois, além da predominância de mulheres com excesso de peso, os julgamentos sociais condenatórios aparecem de modo mais frequente sobre o corpo feminino (Gelsleichter & Zucco, 2017, p. 112). De modo análogo podemos conjugar também Araújo et al. (2018) na abordagem sobre o preconceito e a mídia impressa, em especial quando a abordagem desse escrito recai sobre a mulher que sofre para ajustar o corpo ao padrão considerado ideal, pois o corpo magro é o corpo saudável, conforme já destacado nos estudos de Justo (2016); estética e saúde podem e devem caminhar conjuntamente e Araújo et al. (2018) corroboram essa afirmativa ao asseveram em seu artigo que para as razões estéticas não estão opostas as questões médicas.

Nesse panorama, Araújo et al. (2018) destacam que as determinantes sociais da obesidade surgem e tramitam nas questões de imagem e da abordagem da mídia sobre essa imagem. Os artigos exploraram questões sobre o peso em vários contextos, seja da alimentação, da aceitação ou não aceitação do corpo obeso e a obesidade relacionada com as questões de gênero, mas o fator que não pode ser descartado dessa análise é a saúde e as suas dimensões, sejam elas estéticas ou socionormativas. Os dados apontam para uma preocupação com a aceitação do corpo através do padrão estético da magreza, pois o corpo obeso é o corpo que sofre com as rejeições – sejam elas afetivas ou sociais. O corpo magro não resta separado de um corpo saudável. Uma coisa não está separada da outra, pois o corpo magro pode resultar em saúde se forem adotadas as práticas saudáveis.

Para Justo (2016),

Os padrões de beleza são colocados como ensejadores de frustrações, pois o que se deseja, muitas vezes, é reverter o quadro da obesidade, pois a mesma está na contramão dos padrões sociais e estéticos conhecidos e destacados pela mídia, pois

surge uma dimensão contra-nomativa, ou seja, a necessidade de reverter a situação da obesidade, logo, a necessidade de emagrecer; e o quanto ela está na contramão dos padrões estéticos presentes na cultura atual e difundidos pela mídia. Dentro dessa dimensão, os obesos são pessoas que não conseguem diminuir o peso e que teriam necessidade de enfrentar diferentes tipos de intervenções médicas e /ou psicológicas para ter sucesso no seu emagrecimento, sendo que dentre elas a redução de estômago aparece como uma solução possível. Essas ideias aparecem com maior frequência dentre os participantes com excesso de peso (p. 155).

Justo, Camargo e Boulsfield (2018) apresentam considerações importantes acerca desse tema. Realizaram um pesquisa com 20 homens e 20 mulheres, com idades entre 30 e 57 anos que apresentavam sobrepeso, através de entrevistas semidiretivas. Esse levantamento revelou que a gordura é tratada com distanciamento afetivo e reflete nas diferentes formas de internalização de padrões corporais. No referido artigo surgem as representações sociais das práticas de controle de saúde ancoradas em normas de saúde.

A alimentação enseja uma leitura mais detalhada sobre o sobrepeso e o controle de peso, pois a comida apresenta uma simbologia conectada com a saúde, com a alimentação e com o sobrepeso (Magalhães et al., 2017; Justo et al., 2018). Para Oliveira & Silva (2014), o debate transita pelas dificuldades impostas pela obesidade, pois o excesso de peso e a obesidade são fatores que recebem interferência de uma alimentação ruim, mas também da ingestão de alimentos calóricos. Há muitos fatores que promovem essa ligação, pois não é possível dissociar as relações emocionais das questões alimentares.

A alimentação e a imagem corporal restam conjugadas em vários artigos consultados. A alimentação oferece uma elaboração entre consumo, imagem corporal e cultura. Na

história da alimentação o consumo alimentar exacerbado era sinônimo de riqueza e status. A representação estética do corpo magro é contextualizada na contemporaneidade (Mendes & Vilhena, 2016). Ou seja, existe notoriamente uma fome emocional que não resta aplacada com a bariátrica (Cremasco & Ribeiro, 2017). O ato da alimentação é constituído numa dimensão humana que não pode ser reduzida ao aspecto mecânico e mensurável, pois a obesidade não se reduz aos balanços energéticos deterministas, pois diante das novas tecnologias o corpo pode ser remodelado através de cirurgias e implantes (Monteiro, 2001).

Cremasco e Ribeiro (2017) apontam para uma discordância sobre o fato de ser a obesidade um problema complexo e multideterminado. Para eles é perceptível que o problema não está na obesidade, mas na impossibilidade dos pacientes de conceberem uma percepção sobre a reeducação alimentar, pois a bariátrica nada mais é que um tratamento para resolver problemas relativos à obesidade, que é ocasionada por comportamentos compulsivos e ausência de atividade física. Essa discordância entre os autores é significativa, pois a obesidade é um problema complexo com interferência no estado físico-psíquico e emocional. Para os autores desse trabalho, surge o ciclo da obesidade, que se comunica diretamente com o comportamento alimentar, pois até mesmo para as pessoas que se submetem à cirurgia como resolução da obesidade, cerca de 85% alcançam alguma eficácia, o que permite refletir sobre o fracasso dos demais nesse processo. A conclusão apresentada por eles sustenta a hipótese de que algumas obesidades seriam consequência de uma tentativa de superação de uma dor melancólica, um luto que não pode ser elaborado, relacionado a uma perda narcísica, e a cirurgia surge como salvaguarda para resolver o problema de acúmulo de peso, mas se perfaz incompetente para evitar o surgimento de transtornos alimentares e comportamentos compulsivos.

Segundo estudos publicados nos Estados Unidos é possível perceber que a comida funciona como nutrição, mas, muito além disso, ela apresenta um fator emocional que transita entre prazer, amor, desalento e até mesmo recompensas (Castro, M. Maciel & R. Maciel, 2016). Mesmo que a pessoa intente manter um corpo magro, essa perspectiva não encontra respaldo na modificação dos hábitos, pois não há convergência entre a quantidade, a variedade e a qualidade dos alimentos, já que há um grande abismo para ser enfrentado diante da elaboração sobre comer o que se gosta, comer em qualquer momento e analisar a qualidade de ingestão desses alimentos (Alves, 2016).

Diante desse panorama, no artigo apresentado por Weiberger, Kersting, Riedel-Heller, Luck-Sikorski (2016), destaca-se que o debate sobre a alimentação resta conjugado com a imagem corporal, pois segundo a forma de alimentação que a pessoa segue será também construída uma imagem corporal diante do corpo e da aparência desejados. A interface que se percebe está no confronto entre a satisfação corporal e o viés positivo ou negativo que se forma a partir dessa sensação. Diante desse contexto a imagem corporal desejada e muitas vezes estereotipada indica que estar gordo ou ser obeso é estar fora dos padrões de beleza. Surge, então, a impossibilidade de identificação da pessoa obesa consigo e com o seu grupo e não se pode deixar de reconhecer a dificuldade dessas pessoas no enquadramento das Representações Sociais, pois diante dos julgamentos sociais a pessoa não é capaz de aceitar o sobrepeso e integrar-se ao grupo. Por sua vez, o medo é integrativo, pois quando as pessoas emagrecem é mais fácil perceber o senso de pertencimento, mas com a aceitação do corpo mais magro surge uma norma ainda mais contundente, pois, uma vez que o obeso emagreceu, perdeu peso e sente uma integração aos grupos, o temor de voltar a

ganhar peso permanece latente diante dos preconceitos já experimentados diante da obesidade.

No estudo apresentado por Marchesini e Antunes (2017) essa sensação descrita resta comprovada através de um artigo científico. Elas entrevistaram 10 pessoas submetidas a cirurgia bariátrica que voltaram a ganhar peso. O maior medo dos entrevistados está centralizado na obesidade, diante do temor de voltar à obesidade mórbida. Pois muito mais que reduzir um IMC, o que o obeso deseja é reduzir o peso, ser aceito socialmente e livrar-se dos preconceitos, conforme já ilustrado por Araújo et al. (2018).

O estudo elaborado por Leal e Baldin (2007) menciona especificamente esse impacto da obesidade, da perda de peso e das doenças e transtornos surgidos nesse ínterim – gordo, magro e com medo de reganhar o peso. Para eles o emagrecimento súbito incorre em quadros psiquiátricos, tais como: sintomas depressivos, ansiedade, uso de substâncias, alterações comportamentais e ideação suicida, dentre outras situações, associadas às mudanças emocionais que o paciente vivencia com o novo estado físico e psíquico.

A gordura é vista, mas as sensações reais nem sempre são descritas, especialmente pela literatura médica. Compreenda-se que as doenças psiquiátricas mais frequentes como os transtornos de humor e ansiedade são as que mais atormentam os obesos. A baixa autoestima, sintoma de muitos quadros psicológicos, é presente em quase todos e é reforçada pela exclusão social. Entre os pacientes bariátricos estudados por Sarwer et al (2010)²⁵ a 30% relataram estar com sintomas de depressão no momento da cirurgia e até 50% reportaram num relatório de história de vida um trajeto depressivo. No entanto, esse estudo, quando confrontado com estudos mais atuais, não perde a sua representatividade, pois os dados sobre o sucesso no pós-operatório seguem apontando redução do peso temporária, mas isso não

resolve o problema da obesidade. O estudo de Marchesini e Antunes (2017) indicou o reganho de peso acompanhado de questões psicológicas.

O estudo apresentado por Silva & Faro (2015), com dados coletados no Brasil após 10 anos da pesquisa feita por Sarwer, aponta que há muitas repercussões questionáveis sobre a cirurgia no que concerne a resolver o problema da obesidade, mas que as pessoas entendem a bariátrica como um modo viável para debelar a obesidade e os problemas a ela referentes às pesquisas apresentadas, mesmo com 10 anos de diferença, apresentam o temor da obesidade diante dos preconceitos, das comorbidades e das dificuldades sociais.

Carvalho e Martins (2004) apresentam um artigo sobre a superação de oposições como a dor do comer porque quero, e não comer porque engorda, descrevendo os conflitos e agravos nutricionais enfrentados na contemporaneidade. O trabalho abordou também a dualidade do corpo e do sentir, pois o que nutre o corpo nem sempre atende as emoções no sentido dos conflitos psicológicos que surgem através da alimentação e da restrição alimentar, que muitas vezes podem apresentar agravamentos nutricionais. Ou seja, Para Carvalho & Martins (2004), um corpo gordo pode também ser saudável desde que não seja restrito ao corpo visível e mensurável, pois a antropometria não considera aspectos centrais da psicologia ou do dinamismo de vida dos sujeitos, tão logo o corpo não é somente aquilo que se pode ver ou aquilo que se apresenta em medidas. Esses autores destacam ainda que diante desse panorama é possível asseverar que o corpo gordo não se reduz a uma contagem de IMC, bem como a alimentação humana constitui um modelo complexo que sofre interações com o ambiente. Há um grande embate em torno do corpo gordo, pois segundo uma análise estritamente mecânica a pessoa é gorda porque ele não adere a uma dieta. Tão logo essa pessoa carece de vontade, disciplina e arbítrio, pois segundo essa mecânica existe o embate do ser gordo porque gosta ou não comer porque engorda.

O comer e o prazer de comer restam confrontados pelo padrão alimentar que pode conduzir ao sucesso ou insucesso da busca pelo corpo magro mesmo que esse corpo não seja saudável (Silva et al., 2014; Teo, 2010). A mídia coopera também para esse conflito, pois ela colabora para a construção de um padrão de beleza imposto, mas não necessariamente coopera para a busca da saúde e do equilíbrio que transita entre o alimentar e o estético (Silva, Santos, Justo, Boulsfield & Camargo, 2018). Nota-se que a comida funciona como nutrição, mas muito além disso ela apresenta um fator emocional que transita entre prazer, amor, desalento e até mesmo recompensas (Castro et al., 2016).

Um artigo elaborado por Morales e Lorenzo (2014) discute sobre a prevalência e situação atual da obesidade elaborando uma reflexão para a visibilidade das condições socioculturais que a determinam como estratégia necessária para a prevenção e atenção integral da obesidade, visando caracterizar a obesidade e analisar o papel desempenhado pelas representações sociais em sua gênese. Esse trabalho analisou a obesidade como um produto das Representações Sociais e seu principal objetivo foi refletir sobre o papel das Representações Sociais na construção sociocultural sobre a obesidade. Como conclusão apontada surge a necessidade do atendimento ao indivíduo como um ser biopsicosocial, pois a obesidade, além de se configurar como uma doença crônica, apresenta um viés de base social.

O conteúdo sobre transtornos alimentares elaborado por Novelle e Alvarenga (2016) apresenta através de uma revisão integrativa de literatura dados que conjugam a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares numa visão relacional que interliga a bariátrica, a obesidade e a compulsão alimentar. As Representações Sociais da obesidade foram estudadas levando em conta a seleção de 150 estudos, sendo 14 nacionais e 136 internacionais, fazendo

uso de vários instrumentos como *Questionnaire on Eating and Weight Patterns*, a *Big Eating Escala* e *Disorders Examination Questionnaire*. A compulsão alimentar foi o comportamento mais avaliado, com frequências de 2% a 94%, por sua vez, o transtorno alimentar surgiu com 3% a 61% de frequência, o que levou os autores a concluir que os comportamentos alimentares disfuncionais levam à busca pela cirurgia bariátrica e quem busca a cirurgia bariátrica é uma pessoa que padece com os problemas relativos à obesidade.

Observa-se que a saúde, a doença, as comorbidades e a obesidade oferecem um espaço significativo para os debates, uma vez que não se pode estudar a obesidade sem contextualizar e relacionar esse assunto com aspectos humanos, sociais, ambientais, terapêuticos e emocionais. Dessa feita, é imprescindível tangenciar a depressão e sua ligação com a obesidade. A conjugação de elementos já citados anteriormente, como estética, saúde, alimentação, imagem corporal e controle de peso, constroem um contexto para o surgimento da depressão. Segundo Marchesini e Antunes (2017), até mesmo os aspectos patológicos relacionados com as doenças psicológicas aproximam os indivíduos obesos, pois a exclusão social aumenta em demasiado os sintomas da depressão.

As representações relativas ao controle de peso corporal para pessoas com sobrepeso, produzido por Silva et al. (2018), conjugam todos os estudos até aqui apresentados, pois a saúde corporal resta confrontada pelo controle do peso corporal, pela estética e pela saúde e esses conteúdos transitam pelo controle de peso corporal e pelos padrões normativos acerca da beleza. A produção científica sobre a obesidade e as Representações Sociais que elas ensejam transitam por inúmeros recortes. Justo et al. (2018) apresentam um contorno no qual as representações sociais são internalizadas como padrões sociais de diferentes formas, propiciando uma polarização sobre as dimensões normativas da

obesidade, em que emerge o alinhamento das representações sociais com o controle e descontrole de peso e com os julgamentos emitidos pela mídia seja ela impressa ou não, culminando no fortalecimento de estereótipos que reforçam a culpabilização e a manutenção do quadro de obesidade.

A obesidade permite uma análise da construção de subjetividades sociais, pois as representações sociais são estruturadas a partir das relações e das interações entre as pessoas, pois elas são também orientadoras de comportamento. Para Moscovici (1961) além de orientadoras de comportamento, as representações sociais se estabelecem também através da comunicação entre os indivíduos. A obesidade para além de ser uma doença ela é contornada por linguagens, conceitos e julgamentos sobre o sujeito. No contexto social há um conjunto de processos intersubjetivos, pois a obesidade não se restringe ao perfil nutricional dos sujeitos (Monteiro, 2001). Para Justo, Camargo e Boulsfield (2018) as normas de saúde não se prestam como único fio condutor sobre o controle e descontrole de peso, pois excesso de peso alcança normas sociais e constrói estereótipos que dificultam ainda mais o controle de peso. O corpo necessariamente é parte do ambiente e esse corpo transita nas codificações formadas a través da comunicação e da elaboração de comportamentos que permite analisar a obesidade através da realidade social. Diante dessa realidade e de suas conexões é possível perceber que os julgamentos sociais envolvem sentimentos, humores, conhecimento e desconhecimento sobre determinados assuntos. Partindo dessa concepção, a psicologia social comunitária oferta um panorama do mundo social, pois através dela é possível falar da obesidade como normalidade, entenda-se o peso corporal que se encaixa ao peso social; ou um corpo entendido como desnutrido que pode ou não ser sinônimo de uma patologia e o corpo obeso que não deve ser determinado através do IMC exclusivamente.

3 OBJETIVOS

Identificar as representações sociais da obesidade entre as pessoas que realizaram procedimento de argônio.

3.1 Objetivos Específicos

- Identificar os fatores relacionados à escolha do tratamento através da cirurgia bariátrica para emagrecimento;
- Identificar as causas atribuídas ao reganho de peso;
- Identificar as razões para a submissão ao procedimento com argônio para perda de peso;
- Identificar a rede de apoio acessada pelos participantes.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento de Pesquisa

A dissertação fez uso do método qualitativo com natureza descritiva e exploratória, pois teve como finalidade observar, analisar e ordenar dados, proporcionando informações sobre o assunto investigado, possibilitando sua definição e seu delineamento, bem como um planejamento flexível, permitindo estudar o tema sob diversos ângulos e aspectos (Prodanov & Freitas, 2013).

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013), a abordagem qualitativa tem sido empregada em disciplinas humanísticas como a antropologia, a etnografia e a psicologia social. Conforme os autores, o enfoque qualitativo dá profundidade aos dados, à dispersão, à riqueza interpretativa, à contextualização do ambiente, aos detalhes e às experiências únicas. Também oferece um ponto de vista recente, natural e holístico dos fenômenos, assim como flexibilidade.

4.2 Participantes

Participaram do estudo 15 pessoas, sendo onze mulheres e quatro homens, com idades entre 26 e 53 anos, com média de idade de 42,26 anos (DP=8,78), todos considerados obesos segundo a classificação do IMC quando da submissão à cirurgia bariátrica. No momento da entrevista o IMC médio dos participantes foi 28,09 Kg/m² (DP=4,57). Todos os participantes realizaram cirurgia bariátrica e tiveram dificuldade para manter o peso após sua realização,

buscando o procedimento de argônio, uma ou mais vezes, como forma de voltar ao peso desejado.

Quanto ao estado civil dos entrevistados, foi constatado que nove dos entrevistados são casados. Três deles são solteiros(as), outro viúvo(a) e três divorciados(as). As profissões de cada um deles são também múltiplas, a saber: biólogo(a), enfermeiro(a), engenheiro(a), psicólogo(a), fornecedor(a) de brinquedos pedagógicos, supervisor(a) de *call center*, professor(a), pedagogo(a), advogado(a).

Seis participantes se submeteram ao procedimento de argônio uma vez, quatro deles duas vezes. Uma participante repetiu o procedimento por quatro vezes. Três pessoas repetiram por cinco vezes, e por fim uma das pessoas já repetiu o procedimento sete vezes. A caracterização dos participantes pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos Participantes

Participante	Idade	Gênero	IMC	Nº de Argônio
P1	28	Feminino	25,59	2
P2	53	Feminino	28,19	4
P3	40	Masculino	26,73	2
P4	38	Feminino	27,47	2
P5	52	Masculino	26,51	2
P6	49	Feminino	34,21	1
P7	52	Feminino	33,06	1
P8	34	Masculino	29,94	1
P9	44	Feminino	29,67	5
P10	38	Feminino	25,33	5
P11	41	Feminino	22,16	5
P12	39	Masculino	28,09	1
P13	26	Feminino	36,72	1
P14	47	Feminino	29,40	7
P15	53	Feminino	18,34	1

Em relação ao IMC, os entrevistados foram classificados da seguinte forma: duas pessoas com peso normal – P11 e P15; uma pessoa com obesidade grau I – P7; uma pessoa

com obesidade grau II – P13; onze pessoas com sobrepeso P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9, P10, P12, P14.

4.3 Procedimento de Coleta de Dados

Após aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, sob o número 2.658.793, foi iniciada a coleta de dados. Ela ocorreu entre os meses de julho a novembro de 2018 e de janeiro a abril de 2019 por meio do contato com pacientes de uma clínica particular da cidade de Curitiba – Paraná. Os dados deveriam ser coletados nas dependências da Clínica, no entanto, diante da impossibilidade e desconforto de deslocamento dos participantes, optou-se por atender às possibilidades de cada entrevistado. Após contato telefônico prévio foi agendada uma visita pessoal segundo as melhores condições para cada entrevistado – algumas foram feitas na residência ou no trabalho dos participantes e algumas foram colhidas no consultório da pesquisadora.

Durante a coleta de dados foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice III), que após breve leitura e explicação foi devidamente assinado e foi informado aos entrevistados que a entrevista seria gravada para assegurar maior fidelidade às transcrições.

Os locais foram escolhidos pelos participantes, sendo que quatro entrevistas foram realizadas em seus endereços comerciais e onze definiram como local suas respectivas residências. As entrevistas duraram entre 30 e 50 minutos.

4.4 Instrumentos

Para coleta dos dados foi realizada uma entrevista estruturada composta por uma questão a ser investigada em profundidade com uma pergunta indutora: “o que é ser obeso para você?”. E algumas questões complementares que podem ser observadas no apêndice I. A entrevista foi dividida em três eixos: 1-) Obesidade; 2-) Práticas e tratamentos e 3) Rede de apoio psicossocial.

Foi aplicado também um questionário de caracterização com perguntas abertas e fechadas para levantamento de informações sobre o perfil dos participantes, informações sobre a realização da primeira cirurgia bariátrica e os procedimentos de argônio, e práticas cotidianas relacionadas ao peso corporal (Apêndice II).

4.5 Análise de Dados

Os dados obtidos por meio da entrevista semiestruturada foram trabalhados a partir de duas formas: 1) Classificação Hierárquica Descendente; e 2) Análise de conteúdo. Os dados oriundos da questão sobre as Representações Sociais da obesidade (eixo 1) foram alvo de análise lexicográfica por CHD com auxílio do programa IRaMuTeQ (Camargo & Justo, 2013). Nesta análise, cada texto foi composto por uma resposta à seguinte pergunta indutora “o que é ser obeso para você?”, fazendo com que o conjunto de respostas origine o *corpus* de análise. O *corpus* foi composto por 15 textos.

Para exame dos dados do segundo e do terceiro eixo, foi realizada uma análise de conteúdo, em que as respostas foram categorizadas por semelhança. Para cada pergunta

foram criadas categorias que agruparam respostas semelhantes, permitindo a compreensão do conteúdo expresso pelos participantes.

Os dados do questionário compuseram um banco, utilizando o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). O tratamento de dados foi realizado através de uma análise descritiva em termos de frequência absoluta, média e desvio padrão.

5. RESULTADOS

5.1 Práticas de Cuidado Corporal e Emagrecimento

A pesquisa em questão fez uso de um questionário que foi apresentado aos participantes antes da entrevista com o intento de investigar a relação entre a construção social da imagem corporal e as experiências que apontam para uma responsabilização sobre a obesidade. Essa análise possibilitou a compreensão a respeito do controle de peso e a sua relação com as práticas alimentares e a ausência de exercícios físicos. Os dados levantados destinaram-se à composição dos panoramas sobre a cirurgia bariátrica, conjugando-a com as saídas possíveis para a problemática a respeito do ganho e perda de peso; paralelamente, o uso de argônio adentra neste mesmo contexto. Cabe ressaltar que o mesmo caminho já impresso na cirurgia bariátrica acontece no procedimento com argônio. Nesse panorama surge a busca pelo corpo magro, a prática de exercícios, a execução de dietas, a quantidade de submissões ao procedimento com argônio.

Esta pesquisa prestou-se, também, a investigar quais motivos transformam essa prática de busca desenfreada por um corpo magro ou pela manutenção de um corpo aceito socialmente, numa perspectiva de que a solução para o reganho de peso está nos procedimentos de emagrecimento com intervenção médica, descartando uma mudança de hábitos reais e não fictos, pois diminuir a quantidade de comida durante um mês não leva nenhuma dieta ao sucesso, restando a frustração diante de objetivos que não poderiam ser alcançados, posto que estão dissociados de uma metodologia de busca de saúde e equilíbrio psicossocial.

A Tabela 2 assinala os dados coletados de modo contextualizado, pois um dado resta significativamente enlaçado ao outro. Quer dizer que a idade, o gênero, o peso avaliado antes e após a bariátrica, bem como o peso antes e após o argônio são informações importantes que devem ser confrontadas com o peso antes da realização da cirurgia bariátrica e com o peso atual, sem esquecer a relevância do IMC de cada participante.

Isto posto, há um imbricamento dos dados, pois as situações aventadas transitam entre idade, gênero, escolaridade e o número de dietas, com ou sem acompanhamento médico e/ou psicológico, que ao não oferecer o resultado desejado, entenda-se o emagrecimento, conduziram à submissão à cirurgia bariátrica e posteriormente ao procedimento com argônio. Essas perguntas trazem como foco uma análise contextual da vida, das escolhas pessoais e profissionais dos participantes e como eles entendem a obesidade e o conjunto de elementos sobre saúde, comportamento e atividades físicas que circundam o peso.

O questionário foi composto por variadas perguntas sobre os participantes e as variáveis sobre essas informações obtidas carregaram para contextualizações significativas para compreender as Representações Sociais da Obesidade. A Tabela 2 foi elaborada na sequência do questionário respondido pelos participantes. Ela apresenta a idade dos participantes e o gênero, que são temas muito significativos, pois quanto mais avançada a idade é também mais difícil manter o peso, e quanto ao gênero é perceptível na amostra coletada que as mulheres recorrem mais aos meios de controle de peso do que os homens, constatação comprovada pela literatura sobre a obesidade. A variação do peso antes da bariátrica e depois, bem como peso antes e depois do argônio, apresentam em números o sucesso e o fracasso na manutenção do peso. As repetidas submissões ao procedimento com argônio permitem destacar a confiança nos procedimentos cirúrgicos para a solução dos problemas com a obesidade e na maioria dos participantes não surge a mudança de hábitos

que poderia auxiliar na manutenção do peso. O tempo magro se apresenta como um resultado da elaboração do indivíduo com a sua própria representação corporal. Há um caráter social no comportamento alimentar, nos padrões de consumo e na influência dos aspectos emocionais no que diz respeito ao controle e descontrole do peso.

Tabela 2. Dados Gerais sobre os participantes

Suj	Ida	Gen	Peso antes da Bariátrica em Kg	Peso Pós Bariátrica em Kg	Peso Antes do 1º Argônio em Kg	Peso Pós 2º Argônio em Kg	Tempo Magro Pós Bariátrica em Meses	IMC atual	Número de Argônios
P1	28	Fem	116	75	89	82	12	25,59	2
P2	53	Fem	104	61	71	66	36	28,19	4
P3	40	Mas	110	79,8	92	80	18	26,73	2
P4	38	Fem	90	65	75	66	36	27,47	2
P5	52	Mas	123	84	102	77	48	26,51	2
P6	49	Fem	104	75	107	90	60	34,21	1
P7	52	Fem	124	90	79	90	24	33,06	1
P8	34	Mas	133	97	104	97	24	29,94	1
P9	44	Fem	115	65	91	72	60	29,67	5
P10	38	Fem	86	43	64	56	60	25,33	5
P11	41	Fem	125	65	89	69	120	22,16	5
P12	39	Mas	205	90	136	88	72	28,09	1
P13	26	Fem	128	82	106	94	24	36,72	1
P14	47	Fem	140	70	113	78	120	29,4	7
P15	53	Fem	116	68	94	80	72	18,34	1

O ciclo da perda e reganho de peso culminam para a ambivalência do controle e descontrole da alimentação. A falta de exercício e incapacidade para mudar alguns hábitos interferem diretamente na sensação dos entrevistados sobre o julgamento social e a rejeição. Os resultados e os limites dessa pesquisa apontam claramente para a necessidade de um aprofundamento sobre esse tema. Muitas das publicações são da área médica e existe uma dificuldade para encontrar dados no campo da psicologia relacionados ao reganho de peso

após a realização da cirurgia bariátrica, e especialmente sobre o procedimento de argônio. Analisar as Representações Sociais da Obesidade entre pessoas que voltaram a ganhar peso após a realização da Cirurgia Bariátrica culmina na verificação de uma busca desenfreada pelo procedimento com argônio. Uma saída encarada como mais rápida cede espaço para outra que se mostra restrita e insuficiente diante do sentimento dessas pessoas que operam os corpos e não são capazes de mudar seus sentimentos e convicções.

Os sujeitos com sobrepeso sofrem em decorrência do preconceito e da discriminação social diante da obesidade. Essa perspectiva, quando contextualizada, não se restringe à ingestão de alimentos e ao ganho de peso. A tentativa de manter o corpo magro permeia também o gênero, pois as mulheres em maior número buscam a manutenção do corpo mais magro e socialmente aceitável. As mulheres sofrem em demorado com a influência de seus grupos de convivência em comparação com os homens. Essa afirmativa ganha estofa quando observado que, dos 15 entrevistados para a pesquisa, 11 são mulheres e apenas quatro são homens. As mulheres são as que mais se preocupam com o peso e por essa razão buscam a redução de peso através de dietas e medicamentos, e quando esses meios não culminam com a redução de peso desejada ocorre então a submissão à cirurgia bariátrica; e diante do reganho de peso após a bariátrica, acontece a submissão ao procedimento com argônio.

O recorte geracional dos participantes é também significativo, pois as idades são variadas e devem ser consideradas na medida da busca pelo corpo não obeso ou mais esbelto. Os dados coletados indicam que a concentração da bariátrica e do procedimento de argônio ocorrem em maior número nas pessoas com idades entre 30 e 40 anos. Pois próximo aos 30 anos acontece a bariátrica, mas a submissão reiterada aos procedimentos de argônio acontece após os 40 anos. Diante da Tabela 2, é possível verificar que após os 40 anos o número de procedimentos aumenta significativamente entre cinco e sete vezes e através da análise de

gênero é possível verificar que esse recurso tem uma concentração mais significativa entre as mulheres. Não se trata de uma afirmativa universal, mas a literatura confirma os dados destacados.

A investigação permite afirmar que as pessoas recorreram à bariátrica e ao argônio porque não conseguiram perder peso e manter o peso, respectivamente. Entre os participantes, seis pessoas fizeram o procedimento uma vez; quatro pessoas fizeram o procedimento duas vezes; três pessoas fizeram cinco vezes; e uma pessoa sete vezes. Isso resulta em uma média entre os participantes de 2,3 submissões por pessoa. Esse dado por oportuna o entendimento do que os participantes recorrem para o procedimento com argônio como forma de manutenção do corpo magro.

A quantidade de submissões à bariátrica é de apenas uma por pessoa, uma vez que tal procedimento não pode ser repetido. Nesse estudo somente um dos participantes realizou uma nova cirurgia bariátrica de contenção da primeira, o que se configura enquanto uma exceção na presente pesquisa e nos dados médicos apresentados.

Nos dados médicos é possível certificar-se de que a cirurgia bariátrica e o procedimento com argônio não podem ser confundidos. Para S. Marchesini, Baretta, Cambi e J. Marchesini (2014) e Kortchmar, Merighi, Conz, Jesus e Oliveira (2018), a manutenção do peso é a força motriz para uma intervenção que permita, facilite, oferte uma redução de peso. Por sua vez, a submissão ao procedimento com argônio não estabelece limitações de quantidades. Tão logo se tem a impressão de que a cirurgia bariátrica funciona para os participantes como um procedimento único, mas estes encontram no uso de argônio a possibilidade de manutenção do peso ideal em função da não imposição de apenas uma realização desse procedimento, ainda que tal manutenção de peso não tenha sido observada ao se analisar os dados coletados.

A idade e o gênero são informações significativas de cada participante para compreender as representações sociais. Mas é no peso dos participantes que essas mudanças aparecem mais e permitem conjugar os dados com os aspectos do preconceito, da rejeição, saúde e comportamento alimentar dos participantes. O tempo magro de cada participante permite compreender as medidas de manutenção de peso, mas permite concluir também que essa mudança de hábitos não foi satisfatória, uma vez que houve reganho de peso e conseqüentemente para retomar o peso houve a procura pelo procedimento com argônio.

O peso declarado por cada participante antes da cirurgia bariátrica variou entre 205 kg e 86 kg, com média de 121 kg. Após a bariátrica, por sua vez, o maior peso era de 97 kg e o menor peso de 43 kg, com média 73,9 kg. Antes do argônio observa-se que o peso maior era de 136 kg e 64 kg o menor, com média de 94,1 kg. Outro dado significativo tangencia o peso após o procedimento com argônio. Observa-se que o peso maior era de 97 kg e 56 kg o menor, oferecendo uma média de 79 kg por participante.

Em relação à prática de exercícios físicos, ficou evidenciado que apenas seis participantes praticam entre duas a três vezes por semana, o que significa que a mudança no peso corporal não propicia necessariamente uma mudança de hábitos, pois a cirurgia e o procedimento com argônio não acabam seguidos da prática de exercícios permanentes que ajudariam na manutenção do peso.

A dieta é um tema que se constitui na fragilidade da maior parte dos entrevistados, pois 13 deles fizeram algum tipo de dieta. Seja a do abacaxi, dieta *low carb*, dieta dos pontos, dieta da lua, dukan, cetogênica, detox, hipocalórica. Compreende-se que o tratamento da obesidade é dimensionado num campo de desejos e possibilidades. Desejar um corpo magro não é o suficiente para realizar essa meta. Dos 15 entrevistados apenas um não fez dietas,

bem como apenas um dos entrevistados faz acompanhamento permanente com a nutricionista.

Contextualizando as respostas é possível destacar que dos 15 entrevistados apenas seis deles são adeptos de exercícios físicos. Quando abordado sobre atividades físicas como manutenção do corpo ou *hobby*, nove dos participantes não praticam atividades físicas e alguns manifestam uma rejeição as práticas físicas. Para os entrevistados adeptos dos exercícios, seja por necessidade ou por *hobby*, entre as listadas surge a musculação, práticas aeróbicas, o futebol e o pilates. Um deles mencionou que pratica exercícios de tempos em tempos, mas que a vida profissional é um grande entrave para manter esse hábito de modo permanente. As justificativas dos participantes são as mais variadas, desde falta de tempo e até mesmo uma lesão no joelho como é o caso do participante 15, que impede a prática de esportes de impacto – perceptível que impossibilita o exercício de uma atleta de alto impacto, mas não inviabiliza incontáveis outras formas de exercício físico.

5.2 Representações Sociais da Obesidade

As representações sociais da obesidade foram levantadas a partir da análise do eixo 1 da entrevista realizada. O *corpus* para análise das representações sociais foi gerado a partir de respostas abertas à seguinte questão: “o que é ser obeso para você?”. Após as entrevistas e a gravação delas, foram gerados 15 textos que deram origem a 266 segmentos de texto, dos quais 266 (84,21%) do total foram considerados na CHD. O *corpus* foi formado por 9.676 ocorrências de palavras, que correspondem a 1.710 formas distintas, indicando uma média de 5,66 ocorrências por palavras.

Os resultados da CHD 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 seis classes. A primeira partição do *corpus* opõe as classes 4 e 1 às classes 6, 5, 3, 2. A segunda partição opõe à classe 6 as classes 5, 3 e 2. Na terceira partição ocorre a oposição da classe 5 às classes 3 e 2. Na quarta partição ocorre a oposição da classe 4 à classe 1 e da classe 3 à classe 2.

Como pode ser observado na Figura 1, a classe 4 (Hábitos) e a classe 1 (Engordar e emagrecer permeados pela opção da cirurgia bariátrica e pelo procedimento de argônio) estão relacionadas a condutas alimentares ao ganho de peso. Por sua vez, a classe 6 (Preconceitos e consequências sociais sobre o vestir), a classe 5 (A culpabilização e a responsabilidade por engordar), a classe 3 (Preconceitos, julgamentos e rejeição) e a classe 2 (Problemas relativos ao peso e as relações humanas e as consequências da obesidade) estão relacionadas à condição de ser obeso.

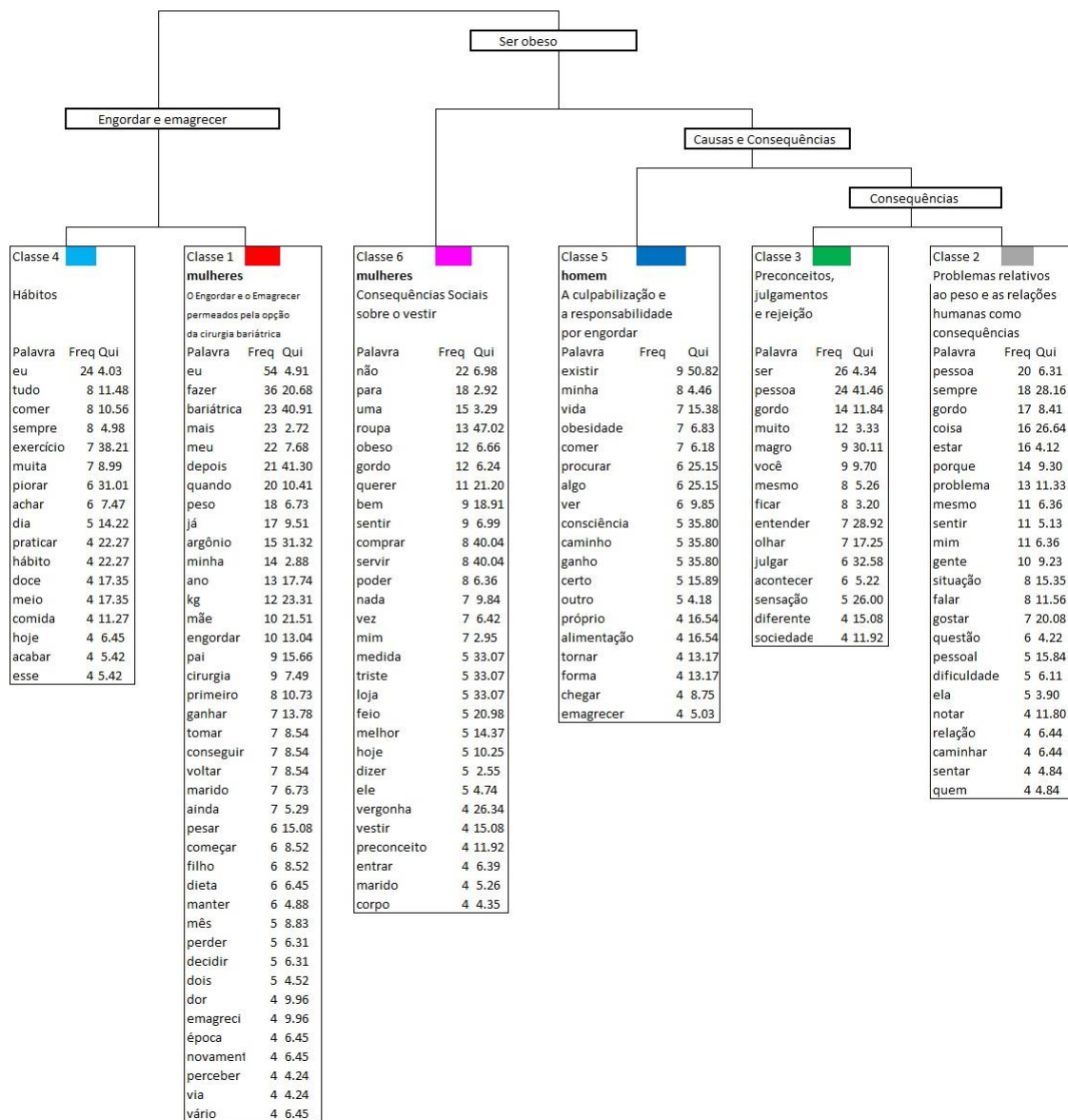


Figura 1. Dendrograma da CHD sobre as Representações Sociais da Obesidade.

5.2.1 Classe 4 – Hábitos

O contexto apresentado pela classe 4 foi composto por 27 segmentos de texto, representando 12,05% do *corpus* e faz referência aos hábitos. Os segmentos que compõem essa classe são formados por algumas palavras, como: hábito, piorar mudança, aumentar, comida, engordava, exercício.

Essa classe apresenta a dificuldade comum entre os entrevistados em adotar hábitos alimentares considerados adequados, desprendidos da regularidade e da qualidade alimentar de um lado e de outro o diminuto apreço pelos exercícios físicos. Nos relatos surge a descrição de várias tentativas para alcançar o emagrecimento, mas a dificuldade de mudança de certos hábitos foi o imperativo para o insucesso. Mesmo que os padrões sociais do belo fossem desejados, a inabilidade para mudar os hábitos foi mais forte. Alguns relatos são ilustrativos da classe:

E ele (professor de educação física do Colegial) sabia que eu não tinha jeito para nada e ele passava os exercícios para a galera e ele me chamava para irmos tomar café na cozinha da escola um simples café com pão que as tias preparavam para a gente. (Participante 1; gênero feminino; 28 anos; IMC 25,59; 2 argônios)

Com isso comia muita besteira e tudo fora de hora nós éramos livres nessa questão alimentar quando tinha o café da manhã e o almoço nós não esperávamos os intervalos e entre esses intervalos nunca foi proibido comer (Participante 1; gênero feminino; 28 anos; IMC 25,59; 2 argônios)

Outra entrevista apresenta o ciclo vicioso desse processo de perda e reganho de peso ocasionado pelos hábitos:

Mas na época que eu estava muito acima do peso não tinha como fazer e nesse ciclo de não poder praticar esportes eu acabava entrando no ciclo da comida para suprir a falta do esporte e daí engordava mais enfim aquele eterno ciclo vicioso da obesidade (Participante 5; gênero masculino; 52 anos; IMC 26,51; 2 argônios)

5.2.2 Classe 1 – O engordar e o emagrecer permeados pela opção da cirurgia bariátrica e pelo procedimento de argônio

O contexto apresentado pela classe 1 foi composto por 65 segmentos de texto, representando 29,02% do *corpus*, e faz referência a engordar e emagrecer, pela opção da cirurgia bariátrica e pelo procedimento de argônio. Os segmentos que compõem essa classe são formados por algumas palavras, como: bariátrica, argônio, engordar, emagrecer, conseguir, dor.

Nessa classe surgem os contornos relativos ao descontrole do peso que ensejaram a busca pela cirurgia bariátrica e posteriormente a busca pela fulguração por argônio para retornar ao corpo mais magro, resultado da cirurgia bariátrica. O engordar e o emagrecer são contrapostos aos padrões de beleza, de modo que a cirurgia bariátrica e a fulguração por argônio surgem como uma esperança para a solução do problema com o peso.

Nessa classe surgem as razões para a submissão à cirurgia bariátrica e a submissão ao procedimento com o argônio para solucionar os problemas referentes ao descontrole do peso à inaceitação das pessoas diante da sua imagem corporal. Mesmo que sejam métodos considerados invasivos, eles surgem como saída mais palatável diante da impossibilidade de mudança de hábitos alimentares e da implementação de atividades físicas.

A descrição dos segmentos de texto dessa classe sugere que a busca pela cirurgia bariátrica e o procedimento de argônio aparecem como solução para o problema da obesidade. Surgem como forma de eliminar o peso excessivo e as limitações advindas dessa condição psicológica e emocional. A obesidade está ligada ao surgimento de doenças e aos impactos psicossociais do corpo fora do padrão. Uma vez executada a bariátrica, a redução do peso ocorre de modo variado em cada paciente, mas o ganho de peso aconteceu em todos os entrevistados, o que ocasionou a tentativa de um novo procedimento, o argônio. No entanto, o argônio não ofereceu aos participantes uma perda de peso tão significativa como a bariátrica e permite aos sujeitos uma forma de recurso permanente – uma vez que não é possível fazer uma nova cirurgia bariátrica, mas é possível recorrer ao procedimento de argônio de modo sucessivo. E essa situação é complexa, pois a busca pelo bem-estar não está centrada na saúde, mas numa rejeição que não é mais aceita e que precisa ser evitada independentemente dos custos.

A compreensão indicada pela classe 1 aponta um aspecto de sofrimento e fracasso diante das decisões que são tomadas diante da obesidade, mesmo que a perspectiva da saúde não seja o principal motivador para a redução do peso, de sim a rejeição e o desconforto sentidos pela pessoa que foi obesa e que persiste ainda na manutenção de um corpo magro.

Um trecho de fala de um dos participantes representa essa classe:

Quando casei pesava 58 kg e fui engordando depois da gravidez, isso foi até os 30 anos, as dietas resolviam meu problema, mas a tendência de engordar venceu e dos meus 58 kg lá fui eu para os 115 quando fiz a primeira bariátrica, pois nessa época eu achava que meu marido tinha outra e isso foi muito complicado, pois ele é lindo e eu gorda e sem muitas opções de roupas para sair. (Participante 9; gênero feminino; 44 anos; IMC 29,67; 5 argônios)

A condição dessas escolhas é complexa, pois nem a bariátrica e tampouco o procedimento de argônio são capazes de solucionar o problema da manutenção do peso. Pois se os procedimentos não vierem acompanhados de exercício físico e das mudanças de hábitos alimentares, os sujeitos retornam ao sentimento inicial de culpa e fracasso. E mesmo conhecedores dessas condições persistem no procedimento de argônio como uma forma de retomar o corpo do pós-bariátrica. Um segmento de texto é ilustrativo dessa classe:

Pois para manter o peso eu até tento segurar meu apetite, mas quando a coisa aperta eu vou lá e faço mais um argônio e até agora foram 5 e que venham outros, pois ser gorda novamente jamais. Minha família não apoia nada e quando fiz a bariátrica eu contei para o meu marido mas escondi da minha mãe, depois da cirurgia eu fiquei completamente desequilibrada quando comecei a engordar depois da bariátrica. (Participante 9; gênero feminino; 44 anos; IMC 29,67; 5 argônios)

Os entrevistados apresentam sentimentos que são permeados pelas concepções sociais sobre obesidade e magreza. Muitas vezes ao não obter sucesso na busca pelo corpo magro através de dietas, cirurgias e procedimentos emerge o agravamento da sensação de fracasso e inadequação ao padrão imposto pela sociedade. A visão pessoal sobre o corpo resta penetrada pelo corpo social que aponta padrões rígidos de estética. Esses padrões são os responsáveis pelas sensações de inadequação da pessoa obesa e desencadeiam buscas infundáveis por aceitação, seja com a cirurgia bariátrica ou com os procedimentos de argônio sucessivos. Outro segmento complementa essa análise:

Posso ressaltar que minha mãe tinha personalidade muito forte e meu pai apesar de durão não a enfrentava e não se envolvia nessas questões, e eu acabei entrando nessa loucura que era o meu interior, mas também no meu exterior eu não me via.

Para ser sincera eu creio que a minha depressão depois da bariátrica se deu pela falta da autoimagem, pois isso eu não encontrei até hoje e essa questão da autoimagem é difícil. (Participante 10; gênero feminino; 38 anos; IMC 25,33; 5 argônios)

5.2.3 Classe 6 – Consequências sociais sobre o vestir

O contexto apresentado pela classe 6 foi composto por 30 segmentos de texto, representando 13.39% do *corpus*, e faz referência às consequências sociais sobre o vestir. Os segmentos que compõem essa classe são formados por algumas palavras, como: medida, vergonha, preconceito, triste, servir, feio, vestir, corpo, obeso, gordo, triste, sentir, servir, comprar. Nessa classe surgem elementos referentes à dificuldade das pessoas a se adequar ao padrão de magreza e beleza socialmente impostos. Alguns segmentos são ilustrativos da classe:

Não, mas eu não gostava de mim, assim, sentia isso quando nada servia ou quando eu queria ir num lugar com o meu marido e nunca me sentia bem vestida ou confortável por mais que estivesse arrumada, é difícil quando se entra numa loja e a vendedora já diz que não há roupas para o seu tamanho e eu escutei isso várias vezes até a cirurgia. (Participante 4; gênero feminino; 38 anos; IMC 27,47; 1 argônio)

Em poucas palavras posso dizer que ser gordo é uma das coisas mais tristes pela qual já passei e já fui, pois não tinha qualidade de vida e possuía inúmeras

dificuldades para encontrar roupas. (Participante 12; gênero masculino; 39 anos; IMC 28,09; 1 argônio)

5.2.4 Classe 5 – A culpabilização e a responsabilidade por engordar

O contexto apresentado pela classe 5 foi composto por 28 segmentos de texto, representando 12.05% do *corpus*, e faz referência à culpabilização e à responsabilidade por engordar. Os segmentos que compõem essa classe são formados por algumas palavras, como: consciência, errado, qualidade, culpa, alimentação, ganho, procurar. Nessa classe surgem elementos referentes à limitação e às dificuldades impostas pela obesidade, confrontando elementos como a responsabilidade e a culpa e culminando no desemboque de questões físicas, sociais, emocionais e psicológicas. O sofrimento e a rejeição também estão presentes nessa classe. Alguns segmentos ilustram o conteúdo da classe:

No ponto de vista ser obeso, eu acredito que de certa forma tem a ver com saúde, pois obeso não se torna obeso por si só ou até mesmo por histórico da própria família.

Para mim, ser obeso eu acho que de fato é algo que é ocasionado pela própria consciência da pessoa, e se a pessoa chega nesse patamar é que de certa forma não sei se eu poderia usar essa palavra existe uma parcela de culpa do indivíduo.

Para chegar nessa situação obviamente existe algumas outras doenças estar relacionadas a isso e que podem influenciar e que pode vir a ajudar no ganho de peso, mas na minha opinião, a obesidade é uma questão de consciência da própria pessoa e não uma caixinha de surpresas ou até mesmo questão de sorte ou até mesmo uma loteria.

Por exemplo eu sou obeso porque fui sorteado para isso e aí que eu fui escolhido para ser obeso e eu terei que conviver com isso o resto da minha vida. Eu tive participação para me tornar obeso e eu não segui outros caminhos para tentar evitar isso. O que aparece é a minha consciência pois isso vem da própria pessoa é como se ela soubesse que existem limites e controles. (Participante 8; gênero masculino; 34 anos; IMC 29,94; 1 argônio)

5.2.5 Classe 3 – Preconceitos, julgamentos e rejeição

O contexto apresentado pela classe 3 foi composto por 30 segmentos de texto, representando 13.39% do *corpus*, e faz referência aos preconceitos, julgamentos e rejeição. Os segmentos que compõem essa classe são formados por algumas palavras, como: julgar, magro, entender, sensação, rejeição, sofrimento, incômodo, entender, diferente, sociedade.

Nessa classe surgem as consequências da obesidade, pois ela enseja dois tipos de limitadores: 1) os limitadores físicos; 2) os limitadores sociais. Nos limitadores físicos surgem os problemas de saúde; nos limitadores sociais surgem elementos como a rejeição, o julgamento externo, que muitas vezes, segundo os depoimentos, interferem no trabalho, na vida social, e esses elementos ensejam o desejo de mudar.

A descrição dos segmentos de texto dessa classe sugere que há um binômio entre o desejo de mudança e os entraves contidos nessa mudança. A compreensão indicada pela classe 3 apontam um aspecto de sofrimento e fracasso diante das decisões que são tomadas diante da obesidade. Mesmo que a perspectiva da saúde não seja o principal motivador para a redução do peso, a rejeição e o desconforto sentidos pela pessoa que foi obesa persistem na

manutenção de um corpo magro. O preconceito sofrido e as restrições surgem na convivência social, mas também interferem na busca por um emprego.

A rejeição surge em vários momentos das entrevistas quando os entrevistados relatam que o importante é não voltar a ganhar peso e que é possível repetir os procedimentos de argônio tantas vezes quanto necessário. Para o obeso não é fácil reconhecer a rejeição social numa sociedade que reprova a obesidade e elege padrões de magreza como saúde e em alguns momentos até como vantagem. Um segmento ilustra a classe:

Para mim ser gorda é algo incômodo que atrapalha na locomoção e promove um certo tipo de rejeição, pois o julgamento das pessoas é muito forte e as pessoas julgam o obeso como alguém irresponsável e essa irresponsabilidade recai em tudo.

(Participante 14; gênero feminino; 47 anos; IMC 29,40; 7 argônios)

A descrição dos segmentos de texto dessa classe sugere que a pessoa que está acima do peso sofre com a discriminação e o preconceito nas mais variadas situações, seja um jantar num restaurante ou a visita ao parque de diversões ou na busca de emprego. O preconceito relativo ao peso aponta para as pessoas como se a obesidade estivesse calcada na preguiça e na indolência – mesmo que isso seja falacioso, é um termo reiterado entre os entrevistados.

A fala de um dos participantes ilustra o conteúdo da classe:

Juntamente a isso doía muito ser um ser humano rejeitado pela sociedade, inclusive o olhar de rejeição das pessoas é algo muito complexo de lidar, pois as pessoas julgam e sempre colocam o gordo como alguém preguiçoso e sem vontade de mudar, o que não é verdade, pois a obesidade é uma doença séria que impõe um grande sofrimento para as pessoas. Eu sofri muito pois além dos problemas de saúde não havia roupas para vestir e eu era ignorado em alguns lugares e em outros

era julgado pelas pessoas. (Participante 12; gênero masculino; 39 anos; IMC 28,09; 1 argônio)

5.2.6 Classe 2 – Problemas relativos ao peso e as relações humanas e as consequências da obesidade

O contexto apresentado pela classe 2 foi composto por 44 segmentos de texto, representando 19.64% do *corpus*, e faz referência aos problemas relativos ao peso e as consequências da obesidade. Os segmentos que compõem essa classe são formados por algumas palavras, como: problema, gordo, situação, sempre, relação, pessoa, dificuldade.

Nessa classe surgem elementos referentes ao impacto nos relacionamentos, uma vez que as escolhas emocionais interferem também nos hábitos alimentares dos entrevistados. A descrição dos segmentos de texto dessa classe sugere que os sentimentos sobre a obesidade são controversos. Nessa classe é notório que os entrevistados estão descontentes com o próprio peso e com a sua imagem corporal.

O vazio das emoções resta compensado por uma alimentação desregrada. A aparência do corpo enseja uma sensação que transita entre o saudável e o estético, mas ainda com uma ligação com emoções que não foram devidamente traduzidas por nenhum dos entrevistados. Há sentimentos que se traduzem muito mais pelos gestos, mas que não são verbalizados de maneira clara. A fala de alguns participantes ilustra o conteúdo da classe:

Notoriamente as pessoas têm como limitador o excesso de peso, pois a obesidade é muito complicada, ela é um limitador até mesmo no trabalho. No meu caso, eu noto isso como professora. (Participante 15, 53; gênero feminino; 53 anos; IMC 18,34; 1 argônio)

Eu mesma sinto isso, pois em muitas situações e por muitas vezes me sinto incompetente para as coisas até mesmo no trabalho. (Participante 14, 47; gênero feminino; 47 anos; IMC 29,40; 7 argônios)

Puxa, palavra complicada essa. Para mim ser obesa é estar acima do peso e essa é uma situação terrível, pois a gente se sente deslocado e se sente como ponto de referência, sem esquecer que com a obesidade vem toda uma gama de problemas de saúde.

O que mais me incomodava é que a gente não pode escolher com quem vai ficar, a gente sempre é escolhido por outra pessoa e eu noto isso, porque aconteceu até no meu casamento. (Participante 11; gênero feminino; 41 anos; IMC 22,16; 5 argônios)

Pois me causa repulsa a ideia de engordar e voltar a ser obesa. Isso eu noto pela questão das fotos, por exemplo, pois o obeso não tira foto porque não quer ser ponto de referência. (Participante 11; gênero feminino; 41 anos; IMC 22,16; 5 argônios)

Meu problema é que eu não sabia dizer não para as pessoas e eu tinha muito medo de ser rejeitada, eu barganhava para ter aceitação, por exemplo, eu era sempre a mais disposta a ajudar em qualquer situação que fosse, em especial nas coisas mais doídas. (Participante 10; gênero feminino; 38 anos; IMC 25,33; 5 argônios)

Pois não nos damos muito bem. A minha irmã mais velha e eu temos alguns problemas e nossa relação é conturbada. Ela emagreceu sem bariátrica e eu vejo pela minha família que ser obeso é ser alguém que está sofrendo. (Participante 9; gênero feminino; 44 anos; IMC 29,67; 5 argônios)

5.3 Reganho de Peso e Escolha do Tratamento Cirúrgico

As consequências da bariátrica e do argônio em seus ciclos de antes, durante e depois apontam que houve muitas escolhas referentes ao controle de peso, mas o fracasso no sustento dos hábitos entendidos como saudáveis culmina com a busca pela bariátrica. O sucesso temporário da bariátrica diante de um corpo mais magro aponta para uma incapacidade de manutenção do peso sem recorrer a intervenções médicas. Os 15 entrevistados mostram esse caminho, pois fracassaram na bariátrica e utilizam o argônio como saída “única” para a manutenção do corpo mais magro. E essa constatação não aponta um corpo magro, ou um corpo belo, ou por fim um corpo perfeito, pois há um contentamento em diminuir o manequim mesmo que de modo temporário. Os resultados assinalam que o aumento da procura pela bariátrica e pelo argônio são decorrentes da substituição dos hábitos pelo procedimento cirúrgico sem a devida atenção aos problemas psicossociais enfrentados pelas pessoas obesas.

Foi elaborada uma análise de conteúdos pontuais – como, por que, forma e partilha de problemas. Noutra etapa foram avaliadas as atribuições de causalidade do tratamento aventado através de questionamentos como o motivo pelo qual a pessoa decidiu fazer a primeira cirurgia bariátrica, quais as razões para o novo procedimento e quais as causas que a pessoa imagina que conduziram ao reganho de peso.

A quantidade de submissões ao argônio também conduz para reflexões sobre os motivos da escolha. A pergunta que encabeça as reflexões é: por que as pessoas seguem defendendo um método que aparentemente não funciona para a manutenção definitiva do peso? O fato é que existe uma frustração nas escolhas para a manutenção do peso e essas situações surgem como consequências negativas de comportamentos e sentimentos dos

entrevistados. O fracasso da manutenção do corpo magro após a bariátrica se constitui na razão ensejadora para o procedimento com argônio.

De acordo com a sequência das respostas e contextualizando com a necessidade de controle do peso e o desejo pelo emagrecimento quando perguntado sobre os motivos que levaram à realização da cirurgia bariátrica, todos os entrevistados apontam o peso excessivo e o fracasso com as incontáveis dietas para a realização da cirurgia bariátrica como perspectiva viável para resolução da obesidade. Quatro destacam a vergonha da obesidade como motivador para a cirurgia. Os demais falam sobre incômodo com o peso, restrições corporais e o julgamento social que coloca o obeso na condição de desleixado. O desejo de perder peso e a frustração com as mais variadas dietas são os pontos culminantes para a decisão pela intervenção cirúrgica.

O procedimento com argônio surge como forma de manter ou devolver a conquista da redução do peso após a cirurgia bariátrica. O argônio só é executado nas pessoas que já se submeteram à cirurgia bariátrica e tornaram a ganhar peso. Dos 15 entrevistados, a interpretação sobre o reganho de peso e opção pelo argônio são as mais variadas possíveis. Um entrevistado diz que foi por indicação médica; um aponta os problemas de família como causa do reganho; um aponta a permanente fuga diante da agenda de compromissos sempre apertada; um diz que decidiu fazer o argônio porque cuidou de uma tia que se submeteu à bariátrica e depois ao argônio e que usa o argônio como modo de manutenção de peso; um porque gordo é uma vergonha e se a bariátrica não resolveu o argônio deve resolver; um por dores na coluna; um pelas limitações que o peso acarretou; duas porque pretendem engravidar; seis alegam que estavam engordando após a bariátrica e não queriam encarar os sentimentos e julgamentos que sofreram antes da bariátrica quando estavam obesos.

São muitas as causas de ganho de peso, mas a compreensão sobre esse fenômeno varia para cada participante. Quando perguntados sobre os motivos que levaram ao ganho de peso, 12 deles respondem de modo unânime que a dieta desregrada, o desejo por pães e doces, aliadas à ausência de exercício físico, culminaram para o ganho de peso. Apenas dois participantes destacaram a genética e a menopausa como responsáveis pelo ganho de peso. De acordo com as entrevistas, quando a abordagem se constrói sobre os exercícios físicos, as respostas de 12 participantes destacam a falta dele como ensejadores do fracasso diante do controle da obesidade através do argônio.

A intenção das pessoas que se submeteram à bariátrica e ao procedimento com argônio corroboram a prevalência do excesso de peso entre os entrevistados e o sofrimento trazido pelo fracasso na busca por um corpo magro e socialmente aceitável. A resposta comum dos 15 entrevistados sobre a obesidade aponta para um temor sobre o corpo obeso e sobre os julgamentos sociais. A opção pela cirurgia e pelo procedimento culminam para o fato de que todos eles buscavam uma solução para os seus problemas de saúde, para suas questões de ordem estética, elementos que indubitavelmente recebem um contorno das questões relacionais e sociais.

5.4 Rede de Apoio Psicossocial

O terceiro eixo da entrevista abordou a rede de apoio dos participantes. Em relação aos problemas relacionados à obesidade surge uma divisão, pois um dos entrevistados fala com os amigos e quaisquer outras pessoas sobre os seus problemas, e dois entrevistados não falam com ninguém sobre seus problemas.

Porém, 11 participantes destacam a partilha com os familiares, sejam eles pais ou esposos (as) sobre os problemas relacionados com a obesidade. Três pessoas relatam que a obesidade pode ser relacionada com os hábitos alimentares da família. Porém, no desdobramento da entrevista, constatou-se que 11 dos entrevistados apontam que um ou mais de seus familiares estão acima do peso ou são obesos.

A partir dessas informações é possível verificar um critério de ligação entre os hábitos alimentares e a pequena percepção dos entrevistados sobre essa realidade. A obesidade e a alimentação desregrada são elementos interligados através dos hábitos dos participantes e essa informação pode ser constatada na classe 4 – Hábitos –, mas não se restringe a isso, pois as relações familiares, os laços de amizade estão ligados com todas as demais classes, em especial com a classe 2 – Problemas relativos ao peso e as relações humanas e as consequências da obesidade –, uma vez que ser obeso envolve uma pressão social no indivíduo e diante da família e dos amigos, parceiros de relacionamento e colegas de trabalho e essa sensação se encaminha muitas vezes nas relações alimentares dessa família e desses relacionamentos sem excluir as questões emocionais.

Entre os entrevistados três situações merecem destaque. Foi constatada a interferência da mãe na cirurgia bariátrica e também nos procedimentos de argônio executados pela filha, em que a mãe já trilhou esse processo e segue recorrendo ao argônio e encorajando a filha a também fazê-lo. Outra situação que envolve familiares foi visualizada através de uma irmã mais velha que segue o mesmo rito das escolhas da mais nova para debelar a obesidade. E por fim uma sobrinha que descobriu a bariátrica e o argônio quando foi acompanhante de pós-operatório de uma tia que também padecia dos efeitos da obesidade.

6. DISCUSSÃO

As Representações Sociais da obesidade são compartilhadas pelos participantes que fizeram cirurgia bariátrica e retrataram a dificuldade para manter o peso após sua realização, razão pela qual buscaram o procedimento com argônio, uma ou mais vezes, com o intuito de manter ou retomar o peso desejado. O resultado da análise permite destacar que o excesso de peso e as mudanças corporais interferem na autoestima, no humor, na saúde, na aceitação e na rejeição diante do contexto social.

Participaram deste estudo 15 pessoas, sendo 11 mulheres e quatro homens, com idades entre 28 e 53 anos. A análise dos dados possibilitou compreender que as Representações Sociais sobre a obesidade constituem um objeto que percorre entre o individual e o coletivo, pois transita entre a imagem que o sujeito tem a seu respeito e as imagens construídas pela coletividade.

Os dados coletados nas entrevistas e estudos diante dos eixos da pesquisa são corroborados pelos artigos produzidos sobre o tema das Representações Sociais da Obesidade no Brasil e no exterior. Muitas nuances foram analisadas, seja pelo gênero, pelo estado civil, pela idade, pela profissão, e apontam para a polaridade do controle e do descontrole alimentar. A condição do indivíduo através de sua função profissional e da sua manifesta cultura apontam para uma igualdade, pois independentemente do nível cultural o sentimento de fracasso na manutenção do peso é constatado nas pessoas, sejam elas professores(as), engenheiros(as), operadores(as) de *call center*.

6.1 Práticas de Cuidado Corporal e emagrecimento

O excesso de peso é algo a ser constantemente combatido e nesse aspecto a dieta é um elemento presente nas falas dos entrevistados. Merece destaque o fato de que apenas dois dos 15 entrevistados não fizeram dieta nem antes nem depois da bariátrica e do argônio. Outro fator importante que se mostra descartado é o acompanhamento médico e psicológico, pois apenas um dos entrevistados segue com esse acompanhamento, tão logo não causa estranheza que apenas um dos entrevistados não seja obeso nem esteja com sobrepeso. Para Melo, Serra e Cunha (2010), o estudo da obesidade enseja também o estudo das comorbidades, pois o risco da obesidade agrega efeitos nos setores físicos e biológicos.

Para Goetz et al. (2008), o excesso de peso é necessariamente associado a ações que visam revertê-lo, pois a gordura deve ser combatida e as descobertas científicas a esse respeito só tem feito se corroboram a norma social, pois o sobrepeso sempre parece algo que pode ser “corrigido”. O ideal de saúde associado à magreza e à aparência de saúde auxilia na construção de um modelo corporal, logo não é de causar estranheza a existência de tantas dietas e diante do consumo de alimentos por variados motivos também não é de se estranhar o reganho de peso.

O recorte geracional e de gênero são significativos para conectar as informações da pesquisa, pois as mulheres, na literatura sobre Representações Sociais, recebem um destaque no que diz respeito aos julgamentos sociais e a manutenção do corpo nos padrões indicados pela mídia. O estudo de Cambi, Marchesini e Baretta (2015) aponta que a busca pelo corpo não obeso é mais significativa entre as mulheres, seja por meio da cirurgia bariátrica ou do procedimento com argônio, pois entre os selecionados para a construção do artigo, das 49 pessoas selecionadas para a entrevista, apenas quatro são homens. Isso se repete no trabalho

apresentado por Kortchmar et al. (2018) sobre o reganho de peso após a bariátrica, no qual foram entrevistadas 11 mulheres e seis homens. E ainda sobre as relações sobre obesidade e gênero merece destaque o artigo de Gelsleichter & Zucco (2017). Nesse trabalho foram elencados 13 artigos que identificam a obesidade através de uma leitura sobre o feminino. A obesidade é um problema que atinge ambos os gêneros, mas o peso da mulher com obesidade merece especial destaque.

Matos e Luz (2009), Flor (2010) e Camargo, Justo e Jodelet (2010) apontam que existe uma beleza que funciona como item de desejo, especialmente numa sociedade na qual a gordura é símbolo de repulsa, e principalmente as mulheres padecem diante desses efeitos centralizados no padrão corporal.

Para Mendes e Vilhena (2016), há um corpo de consumo e um corpo consumido que pode ser também compreendido através do comportamento alimentar e dos hábitos de vida sedentários que geram a suscetibilidade à obesidade. O consumo surge como trâmite necessário com a possibilidade de sanar as privações, no entanto essa afirmativa permite concluir que a satisfação não é um objetivo fácil, bem como há muitas interfaces de ordem psicológica que levam ao consumo exagerado e ao fracasso das dietas em sua grande maioria. No caso dos 15 entrevistados isso é facilmente constatado.

6.2 Representações Sociais da Obesidade

Como tarefa essencial é preciso destacar que a literatura e as entrevistas apresentaram dados semelhantes e consistentes. As Representações Sociais da obesidade demonstraram um forte traço de preconceito, discriminação e uma constante busca por um corpo magro, sem levar em conta o custo dessa busca por uma imagem corporal socialmente aceita. A discriminação dos corpos acima do peso é conteúdo comum nos levantamentos e conclusões

apresentados pela literatura e variam nas conclusões sobre obesidade-beleza; obesidade-saúde; obesidade-discriminação; obesidade-medicalização; obesidade-cirurgia bariátrica; obesidade-procedimento com argônio entre muitos outros recortes. Mas esses conteúdos apontados puderam e foram comparados e analisados através da sua conectividade de palavras, de sensações, de compreensões sobre a representação da obesidade em suas vidas e o impacto desse constructo para cada um dos entrevistados e que posteriormente foram comparados de modo individual e posteriormente coletivo, pois é diante da cultura e do contexto que as representações sociais fazem sentido.

Como síntese das entrevistas, conectando-as às Representações Sociais que as classes evidenciam na imagem, compõe-se um estudo que permite agrupar as classes da seguinte forma: As Classes 4 e 1 falam sobre engordar e emagrecer. As classes 6, 5, 3 e 2 falam de ser obeso. As classes 5, 3 e 2 falam das causas e das consequências da obesidade. As classes 3 e 2 falam das consequências. Cada classe apresentou suas peculiaridades que compõem de modo explícito as Representações Sociais da Obesidade. O conjunto textual culmina na exposição sobre emoções, valores, necessidades, preconceitos referentes a obesidade e ao reganho de peso.

Sendo a obesidade encarada como problema a ser resolvido, a cirurgia bariátrica e o procedimento com argônio são métodos que têm sido utilizados para o emagrecimento e resgate da saúde. Constata-se que elementos como saúde e emagrecimento conjugam elementos físicos, psíquicos e afetivos. Para Justo (2016), a pessoa com excesso de peso recebe muitas nomenclaturas, mas é notório que o sujeito que apresenta sobrepeso costuma esquivar-se do termo obeso e prefere substituí-lo por “gordinho(a)”, “fofinho(a)”, como se esses termos pudessem colaborar para a aceitação desse sujeito na sociedade de acordo com as convenções sociais estabelecidas sobre o corpo, seja ele magro ou obeso.

Para Araújo (2017) e Vigarello (2012), o sobrepeso é condição complexa que se agrega a uma gama de repercussões nas esferas psicossociais. O problema da obesidade evidencia elementos multifatoriais, pois há um olhar preconceituoso sobre esse corpo (Koelzer et al., 2016). Para esses autores, as representações sociais recebem interferência do contexto social e ideológico, levando-se em conta o sistema de valores, os contextos do sujeito dentro o fora do seu grupo, mas por certo o preconceito é um elemento facilmente percebido quando a pauta de debate é o peso.

A obesidade e conseqüentemente o peso ensejam uma construção e um debate sobre quais são os padrões corporais aceitos e quais os comportamentos que aproximam ou afastam o sujeito da construção do corpo desejado. Para Justo et al. (2018), há uma reflexão da internalização dos padrões corporais, pois a gordura surge como um distanciamento afetivo que exige mudanças de comportamento. E essa mudança de comportamento não aparece nas respostas dos entrevistados, pois a manutenção do peso está centralizada na busca pelos procedimentos com argônio e passam longe de interferir no cardápio e na manutenção diária de exercícios físicos.

Essa situação foi abordada pela Classe 4 – Os Hábitos. Essa classe é configurada pelos hábitos alimentares em confronto com os exercícios físicos. Pois o sucesso e o insucesso da bariátrica e do procedimento com argônio possuem uma notória ambivalência, já que de um lado está o desejo pelo corpo magro, entendido como corpo saudável e belo, e de outro está o entrave do abandono de antigos hábitos. Surge o ciclo da obesidade que é composto por um engordar e emagrecer permanentes. Esse ciclo tem início no ganho de peso e na busca por uma dieta. Posteriormente, diante do insucesso das dietas desapegadas das práticas físicas, surge como saída, ou como destaca Mendes e Vilhena (2016), surge a bariátrica como expectativa fantasiosa de resolução integral e definitiva, não só para a obesidade, mas

também para todos os problemas da pessoa. Para Silva e Faro (2017), o obeso operado precisa de um acompanhamento permanente para cuidar da autoimagem, mas também de suas idealizações. Diante das palavras de destaque dessa classe, como “hábito”, “piorar”, “mudança”, “aumentar”, “comida”, “engordava”, “exercício”, é notório que os hábitos são um dos grandes entraves para a manutenção do emagrecimento.

Ao considerar as Representações Sociais da obesidade entre as pessoas que voltaram a ganhar peso após a cirurgia bariátrica, constatou-se que se trata de um desafio de ancoragem entre os temas. Pois o pensamento social, a norma social, a intervenção cirúrgica e a relação entre fracasso e sucesso na manutenção do peso corporal nos direcionam ao questionamento sobre o pertencimento que cada indivíduo sente em relação ao seu grupo.

A classe 1 – Engordar e emagrecer permeados pela opção da cirurgia bariátrica e pelo procedimento com argônio – encontra o mesmo sentido da Classe 4 – Hábitos –, pois ambas relacionam as condutas alimentares ao ganho de peso. A classe 1 é configurada por uma visão pessoal sobre o corpo, entendimento esse permeado pelos padrões de estética individuais e sociais frente a um corpo inadequado aos padrões de beleza. A magreza e sucesso não são aquisições pouco complexas, pois para resolver o problema da obesidade há uma multiplicidade de análises que transitam como já referido na classe 4, pois diante de hábitos ruins os métodos de controle e manutenção de peso costumam fracassar. Os procedimentos cirúrgicos aparecem como salvaguarda para o reganho de peso, culminando esse entendimento com a busca infundável pela cirurgia bariátrica ou procedimentos de argônio reiterados.

Marchesini et. al (2014) mencionam o pesadelo após a perda de peso e seu conseqüente reganho, pois a recidiva costuma ocorrer quando os indivíduos não mudam seus hábitos alimentares e continuam a manter os mesmos costumes. Para eles isso é percebido

nos pacientes que não buscam ajuda da equipe multidisciplinar. No estudo elaborado por Novelle e Alvarenga (2016), o comportamento “beliscador” pode comprometer o resultado cirúrgico e conseqüentemente a qualidade de vida do indivíduo.

As palavras de destaque dessa classe, como “bariátrica”, “argônio”, “engordar”, “emagrecer”, “conseguir”, “dor”, compõem a conjunção dos sentimentos de sofrimento e fracasso diante da redução de peso, pois o corpo magro não traz consigo uma perspectiva segura e inquestionável de felicidade. Para Marchesini e Antunes (2017), o reganho de peso nem sempre é percebido pelo indivíduo, mas é apontado socialmente, logo é fácil perceber que a concepção da imagem corporal não está adstrita ao reganho de peso, mas também é relacionada às conjunções afetivas e às sensações de apoio ou rejeição que elas podem ensejar. Durante as entrevistas a rejeição foi claramente mencionada e destacada por todos os 15 participantes da pesquisa.

As classes 6, 5, 3 e 2 falam de ser obeso e as respostas sobre “o que é ser obeso para você”. Assim, tramitam por respostas múltiplas e os motivos são variados, mas uma coisa é comum para todos os 15 entrevistados: o peso é um sofrimento e mesmo que haja risco na cirurgia bariátrica e no procedimento com argônio eles seguem como formas de construção de um corpo mais magro e não necessariamente um corpo mais magro e perfeito. O insucesso na manutenção do peso desejado angaria adeptos para a cirurgia bariátrica e, depois da bariátrica, quando a manutenção do peso não é satisfatória, surge a busca pelo procedimento com argônio que funciona como manutenção de peso e não necessariamente como busca da saúde. A classe 6 – Preconceitos e conseqüências sociais sobre o vestir – é configurada pela dificuldade das pessoas a se adequar ao padrão de magreza e beleza socialmente impostos. As Representações Sociais veiculadas em torno da obesidade apontam para o lugar do corpo

obeso na sociedade, melhor dizendo do seu não lugar, pois os preconceitos surgem em muitos setores.

Araújo (2017) destaca a existência de uma inadequação e de uma negação da gordofobia, mas é inegável que existe uma responsabilização do indivíduo pela “inadequação” corporal. Por certo esse corpo inadequado também não é capaz de vestir algo adequado e esse panorama configura a essência do preconceito sobre o corpo que além de não ser aceito padece também a restrição do consumo, consumo esse que poderia funcionar como aceitação, uma vez que o consumo, em tese, iguala as pessoas.

Para Koelzer et al. (2016) e Araújo et al. (2018), esse debate é muito claro nas redes sociais. Diante das palavras de destaque, “medida”, “vergonha”, “preconceito”, “triste”, “servir”, “feio”, “vestir”, “corpo”, “obeso”, “gordo”, “triste”, “sentir”, “servir”, “comprar”. Essas palavras apontam para as dificuldades acarretadas por um corpo que não veste qualquer tamanho, bem como o sentimento sobre uma inadequação aos padrões de vestimenta que culminam no mal-estar e na repressão de figurinos que não existem além dos tamanhos pequenos e médios. Resta instaurado um sofrimento propulsionado pela frustração diante da inadequação aos padrões de moda e conseqüentemente de beleza. Três dos 15 participantes rejeitam a ideia do *plus size*, pois entendem que a pessoa obesa é sempre feia.

Conforme alertado por Justo et al. (2018), a estética não precisa restar dissociada da saúde. Porém os dados apontam para uma preocupação com a aceitação do corpo através do padrão estético da magreza, pois o corpo obeso é o corpo que sofre com as rejeições – sejam elas afetivas ou culminando com o exercício do trabalho. Os entrevistados falam em saúde, mas ela surge como preocupação secundária, especialmente entre as mulheres que percebem sua aceitação para o trabalho ou relacionamentos através da aparência. Para Justo et al. (2018), as normas estéticas e de saúde ressaltam a importância de um corpo magro e ativo.

Segundo a Teoria das Representações Sociais, o corpo é analisado como um fenômeno social que transita entre as crenças e as normas que interferem na relação com o seu corpo e nas práticas relativas a ele.

A rejeição da imagem traz para as pessoas entrevistadas uma sensação de impotência e de desconformidade com o mundo exterior que permeia a crença pessoal de que ser gordo compromete a competência pessoal para o exercício profissional, ou seja, mesmo ocupando cargos que não dependem de um corpo esbelto e a ausência desse corpo magro que traduz a insatisfação com outros aspectos da vida pessoal.

Diante dos fracassos com variados procedimentos, como dietas *low carb*, jejum intermitente, dieta sem gordura e açúcar, dietas com sopas, dieta com retirada total de carboidratos para a perda de peso e manutenção do corpo magro, a cirurgia bariátrica e o procedimento com argônio surgem como salvaguardas para eliminação e manutenção do peso corporal.

Para Marchesini e Antunes (2017), o peso e a perda de peso recaem numa correlação entre a imagem corporal e a perda de peso, pois não há um caminho de diminuição numérica que seja uma receita irretocável para conservação da autoestima. O estudo ressalta que especialmente as mulheres estão sempre menos satisfeitas com os seus corpos. O “eu físico” recebe incontáveis influências da mídia e dos julgamentos sociais.

Por certo a alimentação oferece uma elaboração entre consumo, imagem corporal e cultura. Na história da alimentação o consumo alimentar exacerbado era sinônimo de riqueza e status. A representação estética do corpo magro é contextualizada na contemporaneidade (Mendes & Vilhena, 2016).

É possível perceber que existe uma interação do corpo com o espaço público e com o espaço privado. Os padrões estéticos são construídos através dos conteúdos emocionais, culturais e psicossociais e esse conjunto é ordenado segundo uma prospecção individual e coletiva. Leia-se: importa a imagem que o sujeito possui do seu corpo e a imagem que as pessoas compreendem a partir desse corpo. Os sentimentos de rejeição ou de aceitação são conteúdos essenciais para o debate das representações sociais. Goetz et al. (2008) abordam esse estudo ao tratar de assuntos como moda, novelas e como esses setores lidam com o corpo com obesidade ou sem ela. Durante as entrevistas, esses dados são verificados paulatinamente, pois há uma sensação de não pertencimento ao grupo pautado na beleza e na ausência de beleza. Alguns entrevistados mencionam que o corpo obeso é um corpo feio. Por certo, essa afirmativa não é universal no trabalho nem fora dele, pois a compreensão sobre o corpo não é uníssona. Existe uma relação muito proximal entre o sentimento de rejeição e a fuga dos padrões de beleza socialmente impostos.

À guisa de exemplo, é possível confrontar uma gordofobia (Araújo et al., 2018) e uma lipofobia estereotipada que pode ser constatada no artigo sobre as blogueiras *fitness* (Magalhães et al., 2017). Como se houvesse somente esses dois caminhos estruturados como o corpo gordo e não aceitável é rejeitado socialmente, por sua vez o corpo magro é recepcionado como vantajoso e admirado. Por certo não é esse o contexto aprisionado em duas vertentes únicas. Há muitas variações que podem ser verificadas na entrevista, pois um dos entrevistados diz não gostar do corpo, mas assevera que nunca teve problemas nos relacionamentos. Percebemos que para essa pessoa a representação da obesidade permeia o fato de ser obesa, mas ainda assim ser um corpo que é desejado e por essa razão a pessoa, mesmo não gostando desse corpo, percebe nele uma “pequena” vantagem. A gordofobia é adversa à lipofobia, essa caracterizada pela obsessão com a magreza e uma rejeição total à

obesidade levando-a inclusive para uma condição de desumanização do corpo (Yoshino, 2010).

A obsessão pela magreza fere a imagem pessoal do sujeito e interfere na sua aceitação e na aceitação de sua imagem corporal. O amor próprio, a aceitação e a negligência emocional permeiam também as competências do sujeito (Felippe et al., 2004). Nas entrevistas, essa sensação de incompetência profissional ligada à obesidade surge em várias entrevistas, independentemente da profissão e do grau de escolaridade, pois a sensação de rejeição não é guiada por esses balizadores. Surge, então, a classe 5 – A culpabilização e a responsabilidade por engordar –, configurada pela culpa e pelo sofrimento diante das rejeições emocionais, psíquicas e sociais que são trazidas ao grupo de pessoas culminando no desemboque de questões físicas, sociais, emocionais e psicológicas. O sofrimento e a rejeição são presentes nessa classe.

Para Marchesini et al. (2014), nem sempre o paciente conhece e compreende as orientações da equipe multiprofissional para o procedimento. A necessidade de sair do ciclo de reganho de peso, que afeta muitos, faz com que qualquer informação que traga a esperança da perda de peso, torne-se a melhor opção para o momento.

São palavras de destaque dessa classe: “consciência”, “errado”, “qualidade”, “culpa”, “alimentação”, “ganho”, “procurar”. Essas palavras apontam para um sofrimento que atravessa o peso e a responsabilidade pelo processo fragilizado de perder peso e manter o corpo magro. O corpo obeso leva à rejeição ou à exclusão social.

Surge uma impressão para alguns dos entrevistados como se a dominação do apetite significasse sucesso ou insucesso profissional 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 da pessoa obesa. Para Mendes

e Vilhena (2016), essa situação culmina em estereótipos discriminatórios que promovem uma busca desenfreada por um corpo que esteja adequado até mesmo aos padrões da mídia.

O preconceito é uma realidade vivida pelos entrevistados em vários setores, mas a relação com a mídia a corporifica. Os trabalhos de Araújo et al. (2018) e Koelzer et al. (2016) falam sobre o preconceito e o olhar preconceituoso, respectivamente. Ou seja, os padrões de beleza transitam entre o coletivo e o individual e entre o público e o privado, pois não se podem descartar as interações sociais quando falamos em corpo, obesidade e rejeição. Merece destaque o trabalho de Gelsleichter & Zucco (2017), que faz uma correlação entre gênero, pobreza e obesidade, pois a obesidade pode ser verificada através de incontáveis panoramas, o comer, a qualidade dos alimentos ingeridos, o comportamento alimentar, que podem ser relacionados a questões de estética, de saúde e até mesmo que podem ser interligadas com as questões emocionais, pois em muitos momentos antes da bariátrica e do procedimento de argônio não foram eliminados os problemas de ordem emocional, por exemplo. Uma pessoa triste pode ingerir uma quantidade de comida incomum, mas também pode recusar a ingestão de alimentos ocasionada por uma insatisfação. Nesse contexto, não existe uma fórmula inquestionável para traçar esse resultado. Mas é possível constatar através das entrevistas e da literatura que a alimentação não pode restar desconectada do comportamento alimentar (Magalhães et al., 2017; Justo et al., 2018). Diante desse panorama, no artigo apresentado por Weiberger et al. (2016), destaca-se que o debate sobre a alimentação resta conjugado com a imagem corporal.

Por sua vez, a classe 3 – Preconceitos, julgamentos e rejeição – se configura pelas consequências da obesidade diante de limitadores que podem ser físicos, mas são também sociais. A descrição dessa classe faz surgir um binômio entre o desejo de mudança e os

entraves contidos nessa mudança. A rejeição social dificulta a aceitação do obeso sobre seu corpo, bem como propicia um afastamento das pessoas por avaliarem as pessoas através de padrões de beleza e saúde e no confronto desse pensamento com a rejeição social.

Alves e Barreto (2011), Bosello e Cuzzolaro (2010) e Vigarello (2012) destacam que há notoriamente uma rejeição diante do sobrepeso que culmina na desqualificação social que pode ser observada na produção científica e na análise das entrevistas. Outros trabalhos preconizam que há uma dimensão sociocultural, subjetiva e individual em relação aos hábitos alimentares. Klotz-Silva, Prado e Seixas (2016) destacam que, seja consciente ou de modo inconsciente, o indivíduo promove repetições por meio de seu comportamento e são essas repetições que acabam por interferir nas mudanças em relação ao comportamento alimentar, e conseqüentemente culminam no ganho de peso e no fracasso na manutenção do corpo magro. Nesse sentido, Araújo et al. (2018) asseveram que os julgamentos sobre a obesidade e a discriminação centrada nos corpos acima do peso acabam desdobrando uma sensação nos sujeitos obesos de inferioridade, pois os corpos que não obedecem ao padrão de magreza padecem da rejeição dos grupos diante dessa inadequação aos corpos magros e nessa conjuntura, é claro, surgem os preconceitos que geram impacto na vida social, na esfera profissional e também nas relações afetivas.

No artigo publicado por Mendes e Vilhena (2016), merece destaque o contorno sobre a bariátrica como forma de solução para a obesidade, pois diante do sofrimento ocasionado pela rejeição social o indivíduo busca a bariátrica como forma de alterar a própria representação do seu corpo, fugindo dos estigmas da feiura e da infelicidade. Schencman (2013) e Soratto (2009) partilham desse mesmo entendimento, pois a obesidade insere o sujeito numa condição de repulsa e essa simbologia é perceptível no contexto social.

As palavras de destaque, “julgar”, “magro”, “entender”, “sensação”, “rejeição”, “sofrimento”, “incômodo”, “entender”, “diferente” e “sociedade”, apontam para uma simbologia centralizada no sofrimento e a busca pela inserção social independentemente do custo a ser bancado.

A classe 3 – Preconceitos, julgamentos e rejeição – e a Classe 5 – A culpabilização e a responsabilidade por engordar – são conjugadas, pois o preconceito, os julgamentos e a rejeição acontecem e são percebidos através da culpabilização e a responsabilidade por engordar. Compreende-se que o comer e a comida estão diretamente relacionados. A comida não se restringe ao seu caráter nutricional (Castro et al., 2016); em alguns momentos ela pode ser constatada nos hábitos alimentares e recompensas alimentares que surgem a partir de fatores emocionais. É um “ganho” ilusório que apresenta a conta não quando se ingere o alimento, mas quando o sujeito está combatendo a obesidade.

Surge, por fim, uma interligação da comida com a depressão, pois a perda de peso temporária é uma grande ensejadora de problemas emocionais. Marchesini e Antunes (2017) indicaram o reganho de peso acompanhado de questões psicológicas. A culpabilização é um elemento que surge em muitos trabalhos e um fator não resta dissociado do outro (Silva et al., 2018), pois beleza, estética e comportamento alimentar estão diretamente ligados à obesidade. E nesse conjunto é perceptível o panorama das representações sociais relativas ao controle de peso corporal que são internalizadas de modos variados pela sociedade e pelos participantes da pesquisa. Justo et al. (2018) apresentam um contorno no qual as representações sociais são internalizadas como padrões sociais de diferentes formas.

Através dessa estrutura que conjuga beleza, escolhas e as relações humanas, surge a classe 2 – Problemas relativos ao peso e as relações humanas e as consequências da

obesidade. Estão relacionadas à condição de ser obeso a condição com o próprio corpo, seja através dos inúmeros contornos centralizados na saúde, na estética, na alimentação e na aceitação social desse corpo. Os sentimentos referentes à obesidade são notoriamente controversos. Essa classe se configura pelo impacto nos relacionamentos e pela interferência das escolhas emocionais nos hábitos alimentares dos entrevistados de modo a relacionar os problemas relativos ao peso físico com o peso das escolhas emocionais, buscando uma satisfação que é ficta através da compensação dos afetos pelos “supostos desejos” alimentares.

Weiberger et al. (2016) conjugam o corpo e a aparência desejados. Verificou-se que existia entre os pacientes a crença de que a diminuição do peso seria a resolução de todos os problemas de suas vidas, ou seja, desapareceria através da cirurgia os estigmas de rejeição. Felipe et al. (2004) apontam para o descrédito sentido pela pessoa obesa. Compreende-se que alguém que se considera incapaz, relaxado ou indolente não será capaz de estabelecer laços emocionais de aceitação, mas de compadecimento. Um dos 15 entrevistados menciona que após a perda de peso seria capaz de escolher alguém para sua vida e não de aceitar ser escolhida por outras pessoas, como aconteceu durante toda a sua vida até a redução de peso.

Para Morin (1983), as Representações Sociais surgem como um pensamento multidimensional que transita entre as práticas sociais e as interpretações que envolvem a relação do sujeito com o mundo que o circunda. A compreensão do real aponta para uma tarefa difícil e desafiadora. Para Garcia (1997), a aparência do real e das coisas que são tangíveis dão origem ao conhecimento que transita entre a relação do indivíduo com o mundo e com os outros e dessas relações surgem as possíveis identidades coletivas e as possíveis relações comunitárias. Tão logo, isso pode ser visto não só na classe 2, mas pode ser agrupada

nas classes 6, 5 e 3, pois ser obeso culmina na análise também das classes 5 e 3, pois ser obeso significa também falar das causas e consequências da obesidade.

A cirurgia bariátrica e o procedimento com argônio levam a mudanças corporais, mas também colocam em debate os contornos emocionais dos obesos e ex-obesos. A insatisfação está presente em todas as entrevistas e a elaboração simbólica atravessa muitas nuances, como ser feliz, ser aceito, ser reconhecido, ser competente, não ser rejeitado, caber numa roupa “normal”. E esse conjunto de elementos constrói as representações de um emagrecimento como algo multidimensional, pois a busca pela saúde física é espriada também na busca psicológica e social (Lacerda, Castanha, Campos, Ferraz & Vilar, 2018).

As palavras de destaque, “problema”, “gordo”, “situação”, “sempre”, “relação”, “pessoa”, “dificuldade” apontam para as conjunções humanas, pois o indivíduo se constitui como sujeito em busca de realizações. No entanto, há relações que são disfuncionais e podem ser disfuncionais segundo o entendimento do obeso através da sua condição de peso. Leia-se que a depressão, a frustração e ansiedade não decaem na cirurgia ou no procedimento com argônio e surge ainda o agravante de que os entrevistados percebem na cirurgia e no procedimento uma idealização de que nessas escolhas está a resolução de todos os “seus” problemas. O emagrecimento nem sempre vem acompanhado da beleza, restando um entrave ao processo identitário do indivíduo, culminando novamente nos problemas de ordem emocional e psicológica como um ciclo vicioso: engordar, fazer cirurgia bariátrica, emagrecer, engordar, submissão ao procedimento com argônio, engordar, procedimento com argônio e sucessivas repetições dessa opção, ao ponto que um dos 15 entrevistados diz que prefere morrer na mesa fazendo argônio e até outra bariátrica do que tornar a ser obesa.

6.3 Reganho de Peso e Escolha do Tratamento Cirúrgico

A obesidade é um problema de saúde pública e a cirurgia bariátrica e o argônio compõem estratégias para o tratamento de obesos graves e das doenças associadas. As publicações, sejam elas nacionais ou internacionais, têm como cerne o debate sobre a obesidade, a bariátrica, a perda de peso, o reganho de peso, o argônio e novamente o reganho de peso.

Destaca-se que a Cirurgia Bariátrica e Procedimento com Argônio propiciam uma diminuição do peso através de um procedimento invasivo que reduz a ingestão de alimentos, no caso da bariátrica, e o argônio atua na redução da anastomose a partir da inserção do gás, respectivamente. Cabe destacar que esses procedimentos, desacompanhados de redução alimentar, dos exercícios físicos e de acompanhamento psicológico costumam fracassar. A integralidade dos participantes menciona que a falta de uma alimentação regrada e o desejo por alimentos pobres em nutrientes associados ao desapego dos exercícios físicos são causas para o reganho de peso.

Por sua vez, Cambi et al. (2014) apontam para um reganho de peso após a bariátrica e o argônio, ocasionado pelo retorno aos hábitos alimentares que levaram ao ganho de peso. A conclusão desse artigo se dá sobre o aumento da anastomose desencadeado por hábitos alimentares ruins e a ausência de exercícios físicos, pois esses dois elementos conjugados são promotores da recidiva da obesidade. Acrescentam os autores a esse reganho de peso o consumo alcoólico e o sedentarismo. Traçando um comparativo com o eixo 2 sobre as práticas e tratamento, é possível observar que sem a mudança de hábitos alimentares e da prática de exercícios físicos o argônio será recorrente.

Há um embate que foi levantado durante as entrevistas. De um lado o corpo mais magro e de outros todas as frustrações que num primeiro momento aparecem ligadas ao excesso de peso. Seja no trabalho, nos relacionamentos ou na mudança de hábitos de exercício físico, é sempre o peso a surgir como barreira. Para manter o relacionamento, duas das entrevistadas faziam tratamento com hormônios para engravidar, ou seja, por um lado a manutenção do peso e por outro a manutenção de uma relação afetiva. O peso era o foco das frustrações, porém é certo que havia outros problemas que não foram aventados, mas que ao culminar na cisão conjugal apontam para problemas de ordem emocional e não de saúde física. Ou seja, existe notoriamente uma fome emocional que não resta aplacada com a bariátrica nem tampouco com o procedimento com argônio. Essa afirmação encontra respaldo na quantidade de submissões dos entrevistados ao procedimento de argônio. Inclusive uma das pessoas entrevistadas sugere que faria outras bariátricas se pudesse para ficar magra como da primeira vez, tão logo essa vem com a roupagem de felicidade ou como solução de todos e quaisquer conflitos humanos, o que não resta comprovado pela literatura da psicologia e da medicina, segundo artigo elaborado por Cambi et al.(2014) e a pesquisa apresentada por Kortchmar et al. (2018).

A necessidade de controle de peso e o desejo pelo emagrecimento surge nos 15 entrevistados. O fracasso com as dietas surge nas entrevistas de modo repetido. O desejo de perder peso é confrontado pelos hábitos alimentares e pela aversão à prática de exercícios físicos, situação que culmina no reganho de peso, mas que não se restringe à obesidade; culmina com uma frustração que é presente na fala dos entrevistados. Segundo Silva e Faro (2015), a cirurgia bariátrica tem como intuito reduzir a ingestão de alimentos. Ela é realizada no aparelho digestivo com a finalidade de produzir o emagrecimento através da diminuição da absorção de alimentos pelo indivíduo. Compreende-se que essa é uma saída para a redução

de peso que acontece quando o risco da cirurgia é menor diante da gravidade dos problemas que acompanham a obesidade e que devido ao excesso de peso promovem risco de vida ao indivíduo com obesidade.

O argônio e suas repetidas aplicações surgem após o fracasso da cirurgia bariátrica na manutenção do corpo magro. Ou seja, a falha na cirurgia enseja uma nova busca que escapa das dietas e do exercício físico e se constitui num processo médico que tem como foco diminuir a obesidade. No artigo apresentado por Baretta, Alinho e Matias (2014) fica evidenciado que apenas em 20% do *Bypass* Gástrico (cirurgia bariátrica) pode-se levar ao reganho de peso após 18 a 24 meses por causas relacionadas ao paciente, ao procedimento cirúrgico ou a ambos, restando essa convicção pautada em estudos sobre as Representações Sociais da Cirurgia Bariátrica produzidas por Silva e Faro (2015), Gelslechter e Zucco (2017), Novelle e Alvarenga (2016). Para Mendes e Vilhena (2016), existe uma expectativa fantasiosa de que a bariátrica será capaz de salvaguardar todas as dores emocionais, o que é uma expectativa impossível de ser satisfeita.

Compreende-se que o descuido com o peso e a dificuldade de lidar com as emoções formam um misto de sensações, pois a depressão é presente nos relatos. Os padrões de beleza são colocados como ensejadores de frustrações, pois o que se deseja sempre é reverter o quadro da obesidade, pois esta está na contramão dos padrões sociais e estéticos conhecidos e destacados pela mídia (Justo, 2016, p. 155).

As Representações Sociais recebem a influência de pensamentos, conceitos e imagens, pois as relações sociais não são elementos estagnados (Polli & Kuhnen, 2011). O debate transita pelas dificuldades impostas pela obesidade, pois o comer acaba por ensejar ansiedade e problemas voltados ao comportamento alimentar. A fome e o desconforto

imposto pelas relações com esse comer levam ao fracasso e à culpabilização alimentar (Fellipe, 2003).

O foco de observação da medicina e da psicologia não são coincidentes em todos os conteúdos. O termo anatomose para a psicologia não se restringe às medidas, mas aos motivos que não permitem que essas medidas (abertura da cavidade gástrica) permaneçam as mesmas e impossibilitem o reganho de peso após o argônio. Para a medicina, a gastroplastia está voltada para a ocorrência de uma cirurgia bariátrica que não foi capaz de sozinha manter o peso considerado saudável nos indivíduos que, como forma de busca ou retorno ao corpo desejado, se submetem a repetidos procedimentos com argônio, informação presente nos dados dos 15 entrevistados que já repetiram o argônio de duas até sete vezes.

No artigo de Kortchmar et al. (2018), os hábitos alimentares e o afastamento do exercício físico são investigados também pela medicina através dos aspectos biopsicoemocionais, pois a decepção com o aumento de peso e a vivência desse reganho de peso podem ser ocasionados pela instabilidade emocional que pode em alguns casos ser ocasionada pela decepção pelo aumento de peso.

6.4 Rede de Apoio Psicossocial

A rede de apoio é algo significativo quando do tratamento e acompanhamento da obesidade. O Humaniza SUS, nas suas cartilhas, busca formar grupo de apoio com pessoas com sobrepeso e obesidade nas estratégias de saúde da família (Portaria nº. 2.446/GM, de 11 de novembro de 2014). Mas é na família que se identifica a provisão de bem-estar (Miotto, 2010) e através dos laços emocionais que as pessoas procuram abrigo para suas questões relativas à vida e à obesidade.

A construção das redes de apoio se dá por meio das falas e escutas integradas na comunidade, pois a convivência social constrói a história de vida do sujeito (Saraiva & Coutinho, 2012). Para Klotz-Silva et al. (2016), existe um pensamento complexo, pois a dimensão sociocultural, subjetiva e individual (seja ela consciente ou inconsciente) apresenta uma repetição de ações, ou seja, o hábito, e ele se constitui numa problemática quando relacionado com o indivíduo e com a coletividade, pois a alimentação não é compreendida de forma isolada. As mesas, os encontros, as comemorações estão nas ofertas de comida nas reuniões das famílias, dos amigos e nos afetos.

No artigo apresentado por Gelslechter e Zucco (2017), em estudo sobre gênero, pobreza e obesidade, surge a conclusão de que o corpo e o alimento possuem aspectos paradoxais, pois existe a família e os hábitos dela interferem diretamente no sujeito de modo expressivo. Durante a coleta de dados isso ficou muito evidente.

O comportamento alimentar tem uma ligação indissociável dos hábitos individuais, mas também das condutas coletivas. A família pode colaborar e sabotar esse processo diante das dinâmicas das práticas sociais. A obesidade é observada através das Representações Sociais, mas essas restam também permeadas pelas respostas emocionais dos sujeitos diante do conflito com a obesidade. É perceptível que as relações familiares e os elos afetivos dos sujeitos criam as suas redes de apoio. As questões emocionais, os limites e os hábitos começam no lar e se conjugam com os elementos externos, que podem atingir os sujeitos, mas também a família.

Mondragon e Txertudi (2018) destacam as emoções negativas, como tristeza, insegurança, constrangimento, angústia e solidão. Associam também a pena e a raiva, ou seja, para esses jovens a construção da saúde não é algo positivo senão algo que os afasta da aceitação social. A identidade grupal está diretamente ligada ao comportamento alimentar e

na construção da “imagem” da obesidade, uma obesidade que não se restringe aos aspectos físicos, mas ganha esteio e corpo nos aspectos emocionais. Mondragon e Txertudi (2018) apresentaram um estudo que examina aspectos emocionais causados pela gordura em adolescentes. A obesidade, para além de se configurar como um problema físico, uma questão de saúde, é indissociável da pressão social ocasionada pela estigmatização da pessoa obesa.

A identidade pode ser algo acolhedor ou se prestar à exclusão. Uma das entrevistadas relata que, na família do marido, que para ela é um “deus grego”, são todos da família da “Barbie”, pois são magros, esbeltos e ela sente a cada olhar deles nos eventos sociais uma condenação por não estar adequada aos padrões de beleza construída por eles. Não é sem motivo que ela já fez sete procedimentos com argônio. De outro vértice alguns não sentem essa exclusão justamente porque a família gosta de comer junto e vive afastada das regiões urbanas. Para essa pessoa o problema é só a restrição de movimentos, mas a estética não tem a mesma importância significativa.

Para Abric (1998), as Representações Sociais possuem quatro funções e finalidades. Merece destaque no que diz respeito a rede de apoio a função identitária das Representações Sociais que tem como finalidade: definir a identidade grupal; preservar as particularidades de dado grupo; situar os indivíduos dentro de um grupo social compatível com o sistema de normas e valores determinados social e historicamente.

As Representações Sociais são crenças compartilhadas e são elas que auxiliam na compreensão de grupo e de pertencimento ou de afastamento do grupo. Através delas os valores e as ideias são partilhados e com elas são construídas as ideologias sociais (Moscovici, 1983). É preciso destacar que há mais aspectos negativos do que positivos em relação à obesidade e para além de um processo de identificação das pessoas que sofrem com

essa culpabilização e estigmatização não há uma identificação entre elas (Justo, 2016), pois quem não sustenta um corpo magro e saudável, mesmo que imprima um esforço para fazê-lo, não ignora que a condenação social em relação ao excesso de peso é a responsável pela busca desenfreada pelo emagrecimento.

A PSC tem como finalidade o estudo da comunidade (Montero, 2004). As relações dentro da comunidade são fundamentais para o processo identitário, pois é através desse processo que acontecem as transformações sociais. As pessoas obesas sofrem exclusão, se identificam e passam a compor uma comunidade, e ela é compreendida por grupos ou seres humanos que compartilham sentimentos comuns.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O olhar sobre a pessoa obesa e os conteúdos dessa obesidade envolvem o ganho de peso, a ocorrência da obesidade, a perda e o reganho de peso ensejaram a construção dessa pesquisa. As Representações Sociais da cirurgia bariátrica e do procedimento com argônio apresentam um recorte de aspectos sociais, psicológicos, jurídicos e emocionais que confrontam estilo de vida, hábitos, os preconceitos, a rejeição, a vestimenta e as relações humanas vislumbradas através das consequências da obesidade.

A temática da obesidade enseja uma tratativa multidimensional. Os conteúdos que envolvem a obesidade tratam de um assunto complexo que envolve saúde, comportamento alimentar, tratamentos variados para emagrecer e a relação desse universo com as Representações Sociais. Destaca-se que a obesidade é um conteúdo abordado com predomínio das ciências médicas enquanto o estudo das Representações Sociais compete a psicologia, mas esse recorte culmina para a tratativa da obesidade através da medicalização,

das intervenções cirúrgicas e dos procedimentos para a manutenção de peso. Mas a adaptação do corpo aos padrões socialmente aceitáveis transita também pela psicologia, em especial pela psicologia social comunitária.

Para além das contribuições e predominância dos estudos relacionados à medicina, a Psicologia Social apresenta-se indispensável na compreensão e promoção de discussões que consideram não apenas as nuances físicas e até mesmo psíquicas dos sujeitos em estado de obesidade, mas que também percebem tal realidade a partir de uma ótica pautada no entendimento a respeito dos sentimentos e emoções propiciados pela sociedade e que encontram seus destinos nas subjetividades da comunidade de obesos; tais sentimentos estão intimamente relacionados a processos de exclusão e depreciação do que é belo-e-magro em detrimento do que é ilusoriamente tido como gordo-e-feio.

A complexidade das discussões acerca do impacto que uma sociedade posicionada a favor de padrões de beleza não vivenciados por pessoas obesas, ou ainda por indivíduos que se sujeitaram a procedimentos cirúrgicos na tentativa e esperança de alcance dos patamares estéticos impostos – direta e indiretamente – pelas construções sociais do que se considera belo ou não, encontra na Psicologia Social Comunitária a real possibilidade de desconstrução de saberes que atuam como catalisadores de sofrimento emocional que acarreta a representação social do ser gordo em nossa sociedade. Uma vez que o processo de apreciação ou depreciação parte do outro, então, a construção da percepção sobre si recai naquilo que o outro afirma a respeito do sujeito, e quando tais afirmativas movimentam-se no sentido de depreciar ou menosprezar, logo, a subjetividade do sujeito é marcada por meio de uma percepção depreciativa no que se refere ao seu próprio corpo e imagem pessoal. Portanto, fez-se imprescindível o papel da PSC na compreensão das subjetividades da comunidade de pessoas obesas durante a pesquisa realizada.

Durante a pesquisa surgiram aspectos referentes à percepção do corpo e à relação desse corpo com a aceitação ou a rejeição social, uma vez que as Representações Sociais a respeito da obesidade são trazidas entre o pensamento sobre o peso, a falta de exercício físico e as contínuas submissões a cirurgia bariátrica e ao procedimento com argônio. A saúde corporal resta confrontada pelo controle de peso corporal; a estética e a saúde resguardam a manutenção dos infindáveis binômios sobre a obesidade.

Durante a coleta de dados constatou-se que os entrevistados não falam sobre o tema com outras pessoas e que de certa forma, mesmo que de modo imperceptível, restam alienados nas suas próprias questões em relação à obesidade. Desta feita, as suas angústias, medos, dúvidas e experiências não são compartilhadas. A relação direta ou indireta do reganho de peso e no insucesso em manter o corpo magro ensejam um debate que se espalha na concepção social sobre a magreza e sobre o corpo ideal.

As Representações Sociais servem como pano de fundo para a verificação da construção de determinados padrões de beleza e padrões corporais e o contorno da construção desses padrões. Na construção do trabalho foram levantados temas como a gordofobia e a influência da internet, seja nos hábitos alimentares ou na mudança do modo de alimentação, o surgimento das técnicas de manipulação virtual do corpo (corpos “melhores” mais esbeltos e não necessariamente mais saudáveis), bem como a circunscrição de como esses padrões são forjados para mulheres e homens com padrões inatingíveis de beleza. Esses fatores apontam para uma necessidade de revisitar os contextos psicossociais sobre a pessoa obesa diante do sofrimento e dos transtornos psicológicos frutos de padrões de beleza inatingíveis para muitos e da exclusão propiciada pelos julgamentos sociais.

O apetite, o estado emocional, a depressão, os distúrbios alimentares constroem uma ampla relação entre saúde e doença. Pois mudar os hábitos não é uma tarefa fácil, tampouco

aprazível. O comprometimento da saúde não representa a preocupação preliminar dos entrevistados, mas os padrões estéticos para a aceitação dessa pessoa.

A pressão social se mostra como fator determinante para as mudanças nos hábitos, pois a busca pela perda e manutenção de peso encontram na bariátrica e no argônio uma saída, em tese, mais fácil e rápida. Não há nas falas dos entrevistados uma ideia de tratamento, mas de resolução da obesidade. O valor em questão é a redução de peso e não a manutenção da saúde. O corpo saudável, diante das afirmativas colhidas nas entrevistas, é o corpo magro e se não está magro não é aceitável e não propriamente saudável.

Leia-se que a depressão, a frustração e ansiedade não desaparecem na cirurgia ou no procedimento com argônio, e surge ainda o agravante de que os entrevistados percebem na cirurgia e no procedimento uma idealização de que nessas escolhas está a resolução de todos os “seus” problemas. Durante essa construção, as Representações Sociais surgiram como uma relação dialética entre saúde e obesidade, mas esse binômio não pode descartar a alimentação e como essa alimentação culmina na patologia da obesidade. Ainda a propósito dessa construção sobre a obesidade além de ser uma questão de saúde pública há também um sofrimento psíquico que pode ser compreendido através das análises construídas sobre lipofobia e o estigma da exclusão através da gordofobia, da depressão e da inadaptação aos padrões de corpo construídos pela sociedade. Para estudos futuros seria importante um destaque para a forma como a medicina trata esse obeso. Ao negligenciar outros problemas de saúde que são mascarados pela obesidade. A medicina cuida diretamente da obesidade e muitas vezes invisibiliza o obeso. Por sua vez essa é a tarefa da psicologia ao dar voz ao obeso e não permitir que dele só se possa abordar a obesidade. O obeso e o ex-obeso padecem do mesmo estigma e essa representação grupal culmina no comportamento que articula as

Representações Sociais e esse panorama propicia o surgimento de patologias comuns e contribui para o agravamento da depressão e de várias outras doenças de ordem psicológica.

O excesso de peso constitui um risco à saúde que não é perceptível para todos e há uma aversão ao pertencimento do indivíduo ao grupo de obesos e essa dicotomia oferece uma perfeita análise das Representações Sociais na polarização do controle do peso e descontrole alimentar. As Representações ofertam um grande conjunto de dicotomias, a saber: magreza e obesidade, saúde e doença, controle alimentar e descontrole de ingestão, manutenção de peso e atitudes permanentes. Pois as pessoas que fizeram a cirurgia bariátrica e depois um, dois ou sete anos sentem o fracasso diante da obesidade e mesmo conhecendo as causas do ganho de peso e sofrendo pela inadequação dos padrões midiáticos de magreza não há mudanças de hábito significativas. Surge então a mais severa das dicotomias: a norma social e a inadequação dos sujeitos que padecem com a obesidade com essa norma. A crescente pressão social muda a forma como a busca pela magreza funciona.

Os métodos tradicionais, através de educação alimentar e exercícios físicos, são uma saída conhecida, mas não é a escolha efetiva das pessoas obesas que preferem concentrar na cirurgia bariátrica e nos reiterados procedimentos com argônio, mesmo que os resultados não sejam os desejados. O emagrecimento nem sempre vem acompanhado da beleza, restando um entrave ao processo identitário do indivíduo culminando novamente nos problemas de ordem emocional e psicológica como um ciclo vicioso: engordar, fazer cirurgia bariátrica, emagrecer, engordar, submissão ao procedimento com argônio, engordar, procedimento com argônio e sucessivas repetições dessa opção. Ao ponto que uma das entrevistadas diz que prefere morrer na mesa fazendo argônio e até outra bariátrica do que tornar a ser obesa.

A pessoa obesa sente um descrédito pessoal e esse sentimento surge através dos estereótipos dados ao obeso como indolente, relaxado, incapaz. Esses adjetivos são também

permeados pelos padrões de beleza impostos e através desses dois vértices surgem as condutas e os sentimentos discriminatórios com a pessoa obesa. Diante desse panorama um dos grandes entraves é certamente a não conexão com o grupo ou a rejeição desse vínculo.

A Psicologia Social Comunitária nos oferta um panorama dinâmico, pois a relação da realidade social com o processo culmina com a construção das identidades sociais e do fortalecimento do grupo. A construção ideológica resta corporificada através do sentimento de pertencimento, pois a comunidade não é apenas um corpo ou um objeto. A busca do corpo perfeito e a luta contra o peso e o reganho de peso constituem uma tomada social e não exclusivamente individual, pois a identidade das pessoas obesas encontra um possível modelo de desenvolvimento humano que mesmo estigmatizado se identifica e passa a compor uma comunidade. O obeso acaba refém de seu próprio problema e isso pode ser constatado através das propagandas produzidas pela mídia e na aquisição das vestimentas. Esses aspectos são permeados direta e indiretamente pelos aspectos emocionais e sociais e esse sofrimento é compartilhado e demonstrado por todos os 15 entrevistados. Através da contextualização com a PSC destaca-se o contexto dialético da inclusão-exclusão que são imbuídas de uma subjetividade, pois os sujeitos sentem-se ao mesmo tempo incluídos e discriminados diante da busca do corpo perfeito e da aceitação social de seus corpos imperfeitos diante da obesidade.

A ordem social é confrontada pela inclusão excludente, pois o sujeito obeso é rotulado como um sujeito desqualificado socialmente e é portador de uma identidade negativa que é agravada por uma culpabilização e o “nós” não é integrativo, mas sim excludente. Pois diante desse processo complexo o obeso resta aprisionado pela desqualificação social por ser visto como alguém incapaz de modificar seus hábitos de um lado e de outro sofre diante da incapacidade de aceitação de sua própria identidade. O ciclo da perda e reganho de peso

culminam para a ambivalência do controle e descontrole da alimentação. A falta de exercício e incapacidade para mudar alguns hábitos interferem diretamente na sensação dos entrevistados sobre o julgamento social e a rejeição. Os resultados e os limites dessa pesquisa apontam claramente para a necessidade de um aprofundamento sobre esse tema. Muitas das publicações são da área médica e existe uma dificuldade para encontrar dados no campo da psicologia relacionados ao reganho de peso após a realização da cirurgia bariátrica, e especialmente sobre o procedimento de argônio. Analisar as Representações Sociais da Obesidade entre pessoas que voltaram a ganhar peso após a realização da Cirurgia Bariátrica culmina na verificação de uma busca desenfreada pelo procedimento com argônio. Uma saída mágica cede espaço para outra que se mostra restrita e insuficiente diante do sentimento dessas pessoas que operam os corpos e não são capazes de mudar seus sentimentos e convicções.

Nesse contexto há um desafio lançado e aceito de seguir pesquisando e aprofundando saberes para contribuir de modo mais eficiente com a prática da Psicologia Social Comunitária aventando novas soluções para os problemas já reconhecidos nesse trabalho. Compreende-se que é preciso desenvolver uma amplitude maior sobre o assunto da obesidade e a ligação da Psicologia Social Comunitária e das Representações Sociais configura um terreno fértil e profícuo para esse debate. O humano, o grupal, o individual, o social devem ser tratados como um conjunto e ao mesmo tempo como ramificação.

As respostas sobre o que é ser obeso para você carregaram um conjunto de abordagens que varia entre o peso, a redução de peso, o reganho de peso, o sofrimento devido ao reganho e surge uma busca pelo corpo magro e perfeito. Porém, diminuir o peso através da cirurgia bariátrica não está atrelado à garantia de manutenção desse corpo mais magro. Surge então o procedimento com argônio para efetuar a manutenção desse corpo mais magro, porém essa

relação de busca do corpo mais magro através do argônio não assegura obrigatoriamente a saúde.

Nas primeiras lições de Psicologia Social e de Psicologia Social Comunitária surgiu o debate sobre as raízes e os frutos dessa árvore, se estes seriam amargos ou doces. Outrossim prefere-se concluir que independentemente do sabor dos frutos e das raízes eles são necessários, pois sua existência e sua pesquisa contínua apontam a salvaguarda para a humanização e pelo surgimento de pesquisas que sejam eficientes não só para os pesquisadores acadêmicos, mas também para aqueles sujeitos que, mesmo sem conhecer do pensamento academicista, são beneficiados direta ou indiretamente pelas produções feitas nas incontáveis Universidades espalhadas pelo Brasil e pelo mundo.

Resta dizer que o conteúdo das Representações Sociais é infindável, pois a cada ciclo que se imaginava completo uma nova centelha de curiosidade surgia. As entrevistas foram ricas em conteúdo e quando comparadas à literatura também carregaram enfoques que não estavam na centralidade desse trabalho, mas que foram devidamente anotadas e possivelmente devem ensejar novas pesquisas.

A obesidade e as Representações Sociais sobre ela ensejaram a construção de vários panoramas interligados, pois a obesidade pôde ser analisada como saúde, medicalização, cirurgia bariátrica, procedimento com argônio, sofrimento, mas acima de tudo foi preciso ver a obesidade e o sujeito que precisa lidar com essa obesidade, razão pela qual compete à PSC e aos profissionais da psicologia desenvolver cada vez mais a conexão entre os temas de saúde, beleza, rejeição, aceitação e principalmente o apoio para essas pessoas que constantemente lidam com a obesidade, para que elas consigam na medida de suas

possibilidades encontrar a conexão entre o peso corporal e o peso social, garantindo uma adequada qualidade de vida.

Por certo a dissertação padece de algumas limitações como é o caso do número de homens entrevistados ser menor que o de mulheres, em que pese as mulheres buscarem o procedimento com argônio e a bariátrica com maior intensidade nos próximos estudos haverá uma busca por um número igualitário para que a pesquisa possa abordar traços comparativos em termos de quantidade e qualidade diante de uma igualdade de entrevistados de ambos os gêneros.

O estudo oferta contribuições para a literatura referentes a necessidade de uma abordagem mais contundente da psicologia sobre os temas que envolvem a obesidade. Os problemas referentes ao peso são o fio condutor para o desvendamento de vários assuntos correlacionados com a obesidade que não estão restritos as cardiopatias, programas de nutrição, diabetes entre outros. Merece destaque a importância de debater e pesquisar com maior intensidade como o sofrimento psíquico, o transtorno de imagem, a ansiedade, a alcoolemia, a drogadição, o suicídio e vários outros assuntos que permeiam a palavra obesidade restam mascarados no contexto social e até mesmo na abordagem das políticas públicas. As entrevistas conduzem para a emergência da pesquisa sobre a psicologia social comunitária e também sobre as representações sociais uma vez que são elas capazes de disseminar a importância do estudo da obesidade pelo viés da psicologia e não exclusivamente pela análise da medicina. Não se quer inferiorizar uma ciência em detrimento de outra, mas é na conjugação de saberes que a dimensão sociocultural apresenta a urgência de aprofundamentos sobre temas como a vulnerabilidade social, o sofrimento causado pelos estereótipos e as consequências sobre o preconceito. Esses temas estão alinhados com a Psicologia Social e com a ampliação da análise dos valores humanos e sociais dos indivíduos.

A vida cotidiana e os comportamentos humanos criam e reproduzem as representações sociais e esse processo conjugado com a obesidade não se restringem à medicalização e as cirurgias bariátricas e ao procedimento com argônio. O texto propicia reflexões para futuros trabalhos sobre o feminino e a obesidade; o preconceito difundido pela mídia em relação ao corpo obeso, o sofrimento diante da frustração de um corpo que escapa aos padrões de beleza; os contextos laborais da pessoa obesa e as visões reducionistas sobre a obesidade que precisam ser descartadas e repensadas no contexto social.

REFERÊNCIAS

- Abeso. (2017). *Mapa da obesidade*. Recuperado em 05 maio, 2019, de <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapaobesidade>.
- Abric, J. C. (1993). Central System, Peripheral system: Their functions and roles in the dynamics of social representations. *Paper Social representation*, 2 (2), 75-78. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284756719_Central_System_Peripheral_Syst_em_their_Functions_and_Roles_in_the_Dynamic_of_Social_Representations
- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira, D.C. D. Oliveira (Ed.). *Estudos Interdisciplinares de representação social*. Goiânia: A B., 27-38
- Alejandro Morales, S. & Brito Lorenzo, Z. Prevalencia y situación actual de la obesidad: ¿Cómo se construye su representación social?. *Ciencia Unemi*, [S.l.], v. 7, n. 12, p. 9-15, jun. 2015. ISSN 2528-7737. Recuperado em 06 maio, 2019, de <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/95>. doi:<http://dx.doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol7iss12.2014pp9-15p>.
- Alves, L. C., & Barreto, D. B. M. (2011). Transtornos alimentares: O estado da arte na base de dados da LILACS. *Unoesc & Ciência - ACBS*, 2(2), 187-196.
- Alves D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A. & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade Fundação Técnica e Científica do Desporto*, 5 (1), 1-20. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262670612_Cultura_e_imagem_corporal
- Alves, L. de F. (2016). *Representações Sociais do Comer saudável em pacientes obesos com indicação de cirurgia bariátrica em Goiânia/Goiás*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Recuperado em 06 maio, 2019, de <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6503>.
- Amon, D., Guareschi, P., & Maldavisky, D. (2005). La Psicología Social de la comida: una aproximación teórica Y metodológica la comida Y las prácticas de la alimentación como secuencias narrativas. *Subjetividade e processos Cognitivos*, (7), 45-71.
- Aragão, I. C. M. (2012, abril 25). Obesidade e saúde. *O Globo*, 7.
- Araújo, L. S. (2017). *Representações sociais da obesidade: identidade e estigma* (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
- Araújo, L. S., Coutinho, M. d. P. L., Alberto, M. d. F. P., Santos, A. M. D., & Pinto, A. V. d. L. (2018). Discriminação baseada no peso: Representações Sociais de Internautas sobre a gordofobia. *Psicol. estud.*, 23, 1-17. Recuperado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/34502> doi: 10.4025/psicoestud.v23.e34502

- Araújo, L. S., Coutinho, M. d. P. L., Araújo-Morais, L. C., Simeão, S. d. S. S., & Maciel, S.C.. (2018). Preconceito frente à obesidade: representações sociais veiculadas pela mídia impressa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(1), 69-85. Recuperado em 10 maio, 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Bahia L. R., Araújo, D. V. (2014). Impacto Econômico da Obesidade no Brasil. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13 (1), 13-17. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/download/.../8763>
- Baretta, G. A. P. (2013). Tratamento Endoscópico do reganho de peso pós bypass gástrico através da fulguração com argônio da anastomose gastrojejunal. (Tese de Doutorado). UFPR, Curitiba, PR, Brasil. Recuperado de <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/30613>
- Baretta, G. A., Alhinho, H. C., Matias, J. E., Marchesini, J., de Lima, J. H., Empinotti, C. & Campos, J.M. (2014). Argon Plasma Coagulation of Gastrojejunal Anastomosis for Weight Regain After Gastric Bypass. *Obesity Surgery The Journal of Metabolic Surgery and Allied Care*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005812>
doi: 10.1007/s11695-014-1363-2.
- Barhouch, A. S. et al. (2010). Excess weight loss variation in late postoperative period of gastric bypass. *Obes. Surg.*, Oxford, 20, 1479-1483.
- Belfort, P. B., Barros, S. M. M., Gouveia, M. L. A. & Santos, M. F. S. (2015). Representações sociais de família no contexto do acolhimento institucional. *Psicologia: teoria e prática*, 17(3), 42-51. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-3687201500030
- Bonetto, E., & Monaco, G. (2019). Social Representation and culture in food studies. *Food Research International*, 115, 474-479.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2018.10.029>
- Bosello, O., & Cuzzolaro, M. (2010). *Obesidade e excesso de peso: Entre a doença e o problema estético*. São Paulo, SP: Paulinas.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12).*
- Brasil. (2010). *Sistema de informações sobre mortalidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *VIGITEL Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.446/GM, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). *VIGITEL Brasil 2014 Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). Cuerpo y Cognición Social. *Liberalit*, 19(1), 21-32.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013a). IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518.
doi: 10.9788/TP2013.2-16
- Camargo, B. V., Justo, A. M., & Jodelet, D. (2010). Normas, representações sociais e práticas corporais. *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 449-466.
- Cambi, M.P., Marchesini, S. D., & Baretta, G. A. (2015). Post-bariatric surgery weight regain: evaluation of nutritional profile of candidate patients for endoscopic argon plasma coagulation. *Arq Bras Cir Dig*. 28(1), 40–43.
- Carvalho, M. C., & Martins, A. (2004). A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 1003-1012. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400021>
- Castro, H. C., Maciel, M. E., & Maciel, R. A. (2016). Comida, Cultura e identidade: conexões a partir do campo da gastronomia. *Ágora*, 18 (7), 18-27.
- Chadwick, J. & Mann, W. N. (1950). *Medical Works of Hippocrates*. Blackwell Scientific, pp. 154.
- Codo, W. (2012). O fazer e a consciência. In S.T.M. Lane, & W. Codo (Eds.), *Psicologia Social: O homem em movimento* (pp. 48-57). São Paulo: Brasiliense.
- Conitec. <http://conitec.gov.br/recomendacoes-sobre-as-tecnologias-avaliadas-2016>.
- Cremaço, M. V. F. & Ribeiro, C. C. (2017). Quando a Cirurgia Falha: Implicações da Melancolia na Cirurgia da Obesidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 258-272. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000132015>

- Dias, P. C., Henriques, P., Anjos, L. A dos, & Burlandy L. (2017). Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(7): e 00006016 doi: 10.1590/0102-311X00006016.
- Ehrenbrink, P. P., Pinto, E. E. P. & Prando, F. L. (2009). Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicol. Hosp.*, 7 (1), 88-105.
- Farr, R. (1991). Las representaciones sociales. In S. Moscovici (Org), *Psicologia Social* (pp. 495-506). Barcelona: Paidós.
- Felippe, F. M. (2003) O peso social da obesidade. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 2 (1), 1-12.
- 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.
- Flor, G. (2010). Beleza à venda: O corpo como mercadoria. *Comtempo*, 2(2), 1-10.
- Freitas, M. d. F. Q. (2013). Psicologia na Comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia (Social) Comunitária - Práticas da Psicologia em comunidade nas décadas de 1960 a 1990, no Brasil. In R. H. d. F. Campos (Ed.), *Psicologia Social Comunitária: Da Solidariedade à Autonomia* (pp. 44-65). Petrópolis: Vozes.
- Galassi, A., Yamashita, A. L. V. (2015). Obesidade mórbida, o peso da exclusão. *Revista Científica da Faculdade Dom Bosco de Cornélio Procópio*, 2 (2). Recuperado em 18 outubro, 2017, de facdombosco.edu.br:7080/revseer/index.php/revdireito/article/view/35
- Garcia, R. W. D. (1994). Representações Sociais da comida no meio urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. *Cadernos de Debate*, 2, 12-40.
- Garcia, R. W. D. (1997). Representações Sociais da Alimentação e Saúde e suas Repercussões no Comportamento Alimentar. *Physis: Ver. Saúde Coletiva*, 7 (2), 52-68.
- 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.
- Gelslechter, M. Z., & Zucco, L. P. Quanto Pesa a Mulher com Obesidade? / How Much Does the Woman With Obesity Weight? *Textos e Contextos*. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2017.1.23259>
- Gil, A. C. (1994). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (4. ed). São Paulo: Atlas.

- Goetz, E. R., & Camargo, B. V. (2014). Escala de Atitudes em Saúde e Estética: construção e validação. *Fractal : Revista de Psicologia*, 26(1), 199-222. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922014000100015>
- Goetz, E. R., Camargo, B. V., Bertoldo, R. B., & Justo, A. M. (2008). Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicologia & Sociedade*, 20, 226-236.
- Goffman, E. (2014). *Representações sociais do eu na vida cotidiana* (M. C. S. Raposo, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Góis, C. W. L. (1993). *Noções de Psicologia Comunitária*. Fortaleza: Edições UFC.
- Halpern, A. A epidemia da obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 43 (3), 249-256.
- Jacques, M. D. G. C. (2013). Identidade. In M. d. G. C. Jacques, M. N. Strey, J. d. S. a Bernades, P. A. Guareschi, S. A. Carlos & T. M. G. Fonseca (Eds.), *Psicologia Social Contemporânea* (pp. 159-167). Petrópolis: Vozes.
- 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). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Justo, A. M., Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. (2018). Sobrepeso e controle de peso: pensamento leigo e suas dimensões normativas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 20(20), 213-224. doi: 10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p213-224.
- Justo, A. M., Camargo, B.V. & Alves, C. D. B. (2014). Os efeitos de contexto nas representações sociais sobre o corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30 (3), 287-297.
- Kanan, L. L., Goetz, E. R., Agostini, A. & Bergamaschi, R. (2016). Beauty & working opportunities. *American Internacional Kournal of Contemporary Research*, 6 (2), 92-101.
- Klotz-Silva, J., Prado, S. D., & Seixas, C. M. (2016). Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(4), 1103-1123. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400003>
- Koelzer, L. P., Castro, A., Bousfield, A. B. S., & Camargo, B. V. (2016). O "olhar preconceituoso": Representações sociais sobre fotografias nas redes sociais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(2), 431-449.
- Kortchmar E, Merighi M. A, Conz C. A, Jesus, M. C, & Oliveira, D. M. (2018). Reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque da fenomenologia social. *Acta Paul Enferm.*, 31(4), 417-422.

- Lacerda, R. M. R., Castanha, C. R., Castanha, A. R., Campos, J. M., Ferraz, Á.O, A. B., & Vilar, L. (2018). Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(2), e1793. Epub May 24, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793>.
- Lamounier, J. A. & Parizzi, M. R. (2007). Obesidade e saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1497-1499. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600027>
- Lane, S. (2006). *O que é psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
- Lane, S. T. M. (1984). A Psicologia Social e uma nova concepção de homem para a Psicologia. In S. T. M. Lane & W. Codo (Eds.), *Psicologia Social: O homem em movimento* (pp.10-19). São Paulo: Brasiliense.
- Leal, C. W., & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 324-327. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000300013>
- Leonardo, M. (2009). Antropologia da Alimentação. *Antropos*, 3(2), 1-6.
- Lima, A. C. R., & Oliveira, A. B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 24(1), 1-14. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v24n1p1-14.
- Luz, M. T. (2003). *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. (3 ed.). São Paulo: Hucitec.
- Macedo, T. T. S., Portela, P. P., Palamira, C. S., & Mussi, F. C. (2015). Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. Obese people's perception of their own bodies La percepción de personas obesas sobre su cuerpo. *Revista de Enfermagem*, 19(3).
- Machado, C. E., Zilberstein, B., Ceconello, I., & Monteiro, M. (2008). Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 21(4), 185-191. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202008000400007&lng=en&tlng=pt.
- Magalhães, L. M., Brasil, A. C., & Tiengo, A. (2017). A influência de blogueiras fitness no consumo alimentar da população. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(68), 685-692.
- Marchesini, S. D., & Antunes, M. C. (2017). A percepção do corpo em pacientes bariátricos e a experiência do medo do reganho do peso. *Interação Psicol.*, 21(2), 127-136. doi: 10.5380/psi.v21i2.47944
- Marchesini, S. D., Baretta, G. A. P., Cambi, M. P. C., & Marchesini, J. B. (2014). Procedimento de plasma endoscópico de argônio no tratamento do reganho de peso após a cirurgia bariátrica: qual o conhecimento dos pacientes sobre isto?. *ABCD. Arquivos*

Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 27 (1), 47-50. <https://dx.doi.org/10.1590/s0102-6720201400s100012>

- Martin-Baró, I. (1989). El Poder Social. In: I. Martin-Baró, *Sistema, Grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica (II)*. San Salvador: El Salvador: UCA Editores.
- Mattos, M. I. P. (2007). Os Transtornos Alimentares e a Obesidade numa perspectiva Contemporânea: Psicanálise e Interdisciplinaridade. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 02. Recuperado de www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php
- Mattos, R. S., & Luz, M. T. (2009). Sobrevivendo ao estigma da gordura: Um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19 (2), 489-507.
- Melo, V. L. C., Serra, P. J., & Cunha, C. F. (2010). Obesidade infantil: Impactos psicossociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(3), 367-370.
- Mendes, N., & Vilhena, J. (2016). Corpo de Consumo, Corpo Consumido: Uma experiência ambulatorial no atendimento a pacientes de cirurgia bariátrica. *Polêm!ca*, 16(3), 009-030. doi:<https://doi.org/10.12957/polemica.2016.25244>
- Mioto, R. C. T. (2010). A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In L. A. B. Trad (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas* (pp. 51-66). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moliner, J., Rabuske, M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (2), 44-60.
- Mondragon, N. I. & Txertudi, M. B. (2018). Understanding fatness in the public sphere of young students: social representations and emotional response. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 34 (9), Recuperado em 23 maio, 2019, de <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197917>>. Epub 06 Sept 2018. ISSN 1678-4464. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00197917>.
- Moniz, M. J. V., & Elvas, S. (2010). Sentimento de Comunidade, qualidade e satisfação de vida. *Análise Psicológica. Análise Psicológica*, 3 (XXVIII), 451-464.
- Monteiro, Marko. (2011). Teatro anatômico digital: práticas de representação do corpo na ciência. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 18 (3), 641-660.
- Montero, M. (2003). El poder de la comunidad. In M. Montero. *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria*. La tensión entre comunidad y sociedad. (pp.31-57). Buenos Aires: Paidós.

- Montero, M. (2004). Qué es la psicología comunitaria. In M. Montero. *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos* (pp. 31-40). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Monteiro C.A, Conde W.L. & Popkin B.M. (2001). Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *The Journal of Nutrition*. EUA, 3(131).
- Montero, M. (2010). Crítica, autocrítica y construcción de teoría en la psicología social latinoamericana. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 177-191.
- Morales, S. Y. A., & Lorenzo, Z. B. (2014). Prevalencia y situación actual de la obesidad: ¿Cómo se construye su representación social? *Ciencia UNEMI*, 7(12), 9 -15. doi: 10.29076/issn.2528- 7737vol7iss12.2014pp9-15p
- Moretto, D. W. T. (2015). *Avaliação psicológica na cirurgia bariátrica: Estudos para a construção de uma escala* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC. Brasil.
- Morin, E. (1983). *O Problema Epistemológico da Complexidade*. Lisboa: Europa-América.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social* (P. A. Guareschi, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes (Trabalho original publicado em 2000).
- Néspoli, N; Novaes, J. V & Rosa, C. M. (2015). O Corpo na Cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização. Desafios: *Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 1 (02), 149-168.
- Novelle, Julia M., & Alvarenga, M. S. (2016). Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(3), 262-285. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000133>
- Oliveira, A. P. d. S. V., & Silva, M. M. d. (2014). Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1), 74-82.
- OMS. (2014). *Diretrizes para o Controle da Obesidade*. Ottawa: OMS.
- OMS. (2015). *Diretrizes para o Controle da Obesidade*. Ottawa: OMS.
- OMS. (2016). CID-10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: Edusp.
- OMS. (2017). *Diretrizes para o Controle da Obesidade*. Ottawa: OMS.
- Palma, A., Assis, M., Vilaça, M. & Almeida. M. N. (2012). Os "pesos" de ser obeso: traços fascistas no ideário de saúde contemporâneo. *Revista Movimento*, 18 (04), 99-119.

- Pérez, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L. & Ferronato, A. A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimento e comportamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (6), 1105-1112.
- Polli, G. & Camargo, B. V. (2010). A teoria das representações sociais e a abordagem estrutural. In J. Segata, N. Machado, E.C. Mandroi, & E.R Goetz (Org). *Psicologia: Inovações*. Rio do Sul. SC: Unidavi, (1), 13-41.
- Polli, G. M., Da Silva, J. C. C., Pereira, M. G., Dos Reis, R. A., Peruci, T. T., Gelinski, E. M. M., & Gebara, T. S. e. S. (2018). Social representations of anorexia among university students and risk factors: possible relations. *Psico: PUC-RS*, 49(1), 12-20. doi: 10.15448/1980-8623.2018.1.25251
- 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. doi:10.1590/S1413-294X2011000100008
- Prodanov, C. C., & Freitas E. C. *Metodologia do trabalho científico* [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico (2. ed.) Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Sistema requerido: Adobe Acrobat Reader. Recuperado de w.feevale.br/editora.
- Rapport, J. (1997). *Community psychology: values, research and action*. N. Y: Holt, Rinehart and Wintston.
- Ratinaud, P. (2009). IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires: [Computer software]. Retrieved from <http://www.iramuteq.org>
- Recuero, R. (2014). Contribuições da Análise de Redes Sociais para o Estudo das Redes Sociais na Internet: O caso da hashtag #Tamojuntodilma e #CalaabocaDilma. *Revista Fronteiras (Online)*, 16, 1-22.
- Reinhardt, P. (2009). *História e Alimentação: uma nova perspectiva* (2. ed). Curitiba: UFPR.
- Rossi, A., Moreira, E. A. M & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev. Nutr.*, 21(6), 739-748.
- Salesses, L., & Romain, D. (2014). The Imaginary and Social Representations Generated by Fashion Images in Women's Magazines. *Papers on Social Representations*, 23(2), 227-246.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre: AMGH.
- Saraiva, E. R. A., & Coutinho, M. P. L. (2012). A difusão da violência contra idosos: Um olhar psicossocial. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 112-121. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000100013>.

- Sarwer, D. B. et al. (2010). Changes in quality of live and body image after gastric bypass surgery. *Surg. Obes. Relat., Dis., New York*, 6, 608-614.
- Sawaia, B. (2013). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Schencman, P. (2013). O gerente está doente: Uma perspectiva sociológica sobre os vínculos existentes entre obesidade e trabalho. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(2), 613-628. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200015>
- Scheneiderr, A. P. (2011). Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3909-3916, doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000027>
- Schilder, P. (1977). *A imagem do corpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Silva, A. C. S. d., Sales, Z. N., Moreira, R. M., Boery, E. N., Santos, W. d. S., & Teixeira, J. R. B. (2014). Representações sociais de adolescentes sobre ser saudável. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 36(2), 397-409. doi: 10.1590/S0101-32892014000200009
- Silva, C., & Faro, A. (2015). Significações Relacionadas à Cirurgia Bariátrica: Estudo no Pré e PósOperatório. *Salud & Sociedad*, 6(2), 156-169. doi:10.22199/S07187475.2015.0002.00004
- Silva, D. S., Santos, M. B., Justo, A. M., Boulsfield, A. B. S., & Camargo, B. V. (2018). Representações Sociais Relativas ao Controle de Peso Corporal para Pessoas com Sobrepeso. *PSI Unisc*, 2 (2), 66-77. doi: <http://dex.doi.org/10.17058/psiunisc.v2i.11703>.
- Siqueira, A. C. & Zanotti, S. V. (2017). Programa de cirurgia bariátrica e reganho de peso: case study of a bariatric surgery program. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 157-159. <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180114>
- Soares, A., & Silva, I. (2011). Qualidade de Vida em Mulheres que Procuram Tratamento para a Obesidade: Estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(2), 235-254.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017). Recuperado de: <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/>
- Soratto, R. B. (2009). *O conceito de beleza pelo processo midiático: corpo gordo e corpo magro* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.
- Souto, S. & Ferro-Bucher, J. S. N. (2006). Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*, 19(6), 693-704. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732006000600006>

- Souza, D. B. (2005). *Representações sociais sobre indisciplina em sala de aula dos professores iniciantes da rede municipal de Presidente Prudente-SP: implicações para a formação inicial*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, SP, Brasil.
- Spahlholz, J., Baer, N., Könic, H. H., Riedel-Heller, S. G., & LuckSikorski, C. (2015). Obesity and discrimination – A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity reviews*, 17(1), 43-55. <https://dx.doi.org/10.1037/hea0000426>
- Sudo, N. (2004). *Diga-me quanto pesas e te direi quanto vales: um estudo sobre representações do gordo em revistas contemporâneas* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social.
- Teo, C. R. P. A. (2010). Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. *Saúde e Sociedade*, 19, 333-346.
- Tinoco, R. C., Tinoco, A. C de A., El-Kadre, L. J., Tinoco, L. A., Crespo, L. F., & Haddad, M. O. (2002). Cirurgia da obesidade mórbida por videolaparoscopia. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 29(3), 138-144. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912002000300004>.
- Torres, T. L., Camargo, B.V., Boulsfield, A. B., & Silva, A. O. (2015). Representações Sociais e crenças normativas sobre envelhecimento, *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (12), 3621-3630.
- Vala, J. & Castro, P (2013). Pensamento Social e Representações Sociais. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Coords.), *Psicologia Social* (569-602). Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian. <http://hdl.handle.net/10451/8702>.
- Vigarello, G. (2012). *As metamorfoses do gordo: História da obesidade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Wanderley, E. N., & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 185-194. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024>.
- Weinberger, N. A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., Luck-Sikorki, C. (2016). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts.*, 9(6): 424–441. doi: 10.1159/000454837
- WHO. (1948). *International Classification of Diseases (ICD)*. [em linha]. Disponível em <http://www.who.int/classifications/icd/en>.
- WHO. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO Obesity Technical Report Series.

- WHO. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series No. 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
- WHO. (2011). *Fact sheet nº331: obesity and overweight*. [em linha]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>.
- WHOQOL. Group (1993). *Study protocol for the World Health organization Project*.
- Wiesenfeld, E. (2014). La psicología Social Comunitária em América Latina: Consolidación o crisis. *Psicoperspectivas Individuo Y Sociedad*, 13 (2), 6-18.
- Willian, E. P., Mesidor, M., Winters, K., Dubbert, P. M., & Wyatt, S. B. (2015). Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of Growing Public Health Problem. *Current Obesity Reports*, 4 (3), 363-370. Doi: 10.1007/s13679-015-0169-4.
- Witt, J. S. G. Z., & Schneider, A. P. (2011). Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Ciênc. saúde coletiva*, 16 (9), 3909-3916. Recuperado em 09 junho, 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000027&lng=en&nrm=iso.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000027>.
- Yoshino, N. L. (2010). *A normatização do corpo em excesso* (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

APÊNDICES

Apêndice I – Roteiro de entrevista

1. O que é ser obeso para você?
2. Por que você decidiu realizar a primeira cirurgia bariátrica?
3. Quais as razões para a submissão ao novo procedimento?
4. Quais as causas que você imagina responsáveis pelo ganho de peso?
5. Quem são as pessoas que mais te apoiaram quando você teve problemas relacionados à obesidade?
6. Quando você tem algum problema, com quem você conversa?
7. Alguma dessas pessoas é obesa?
8. Você pratica algum tipo de atividade de lazer ou tem algum hobby que acha que te ajuda a lidar com os problemas cotidianos? Poderia falar sobre elas?

Apêndice II – Questionário

Questionário de caracterização

Olá! Nós estamos fazendo uma pesquisa para saber o que as pessoas pensam sobre a obesidade. Gostaríamos de contar com a sua participação para nos ajudar a identificar o que as pessoas em geral pensam sobre esse tema. Somente a pesquisadora terá acesso as suas respostas, e os dados que serão divulgados, terão o nome preservado, de forma que o sigilo sobre suas respostas está garantido.

Pedimos que as questões que seguem sejam respondidas de forma bem simples, sem preocupação em acertar, pois não há respostas certas ou erradas.

1. **Gênero:** () Masculino () Feminino
2. **Idade** _____
3. **Qual é a sua escolaridade?**
 1. Sem escolaridade ()
 2. Fundamental incompleto ()
 3. Fundamental completo ()
 4. Ensino médio incompleto ()
 5. Ensino médio completo ()
 6. Superior incompleto ()
 7. Superior completo ()
 8. Pós-graduação incompleta ()
 9. Pós-graduação completa ()
4. **Peso** _____ (KG)
5. **Altura** _____
6. **Qual seu peso quando se submeteu a primeira cirurgia?**
_____ (KG)
7. **Qual foi seu menor peso após a realização da cirurgia ?**
_____ (KG)
8. **Você realizou alguma vez o procedimento de argônio?**
() Sim () Não
9. **Quantas vezes?** _____
10. **Qual peso você tinha na ocasião?** _____ (KG)
11. **Qual o menor peso que você atingiu após o procedimento de argônio?**
_____ (KG)
12. **Por quanto tempo após a primeira cirurgia você se manteve magra**
(o) _____
13. **Você pratica atividade física** () sim () não.
14. **Qual ou quais?** _____
15. **Se pratica atividade física – qual a frequência?**

- Uma ou duas vezes por mês
 - Uma vez por semana
 - Duas a três vezes por semana
 - Mais de três vezes por semana
- 16. Já fez algum tipo de dieta**
 sim não.
- 17. Qual** _____
- 18. Está fazendo dieta atualmente** sim não.
- 19. Qual** _____
- 20. Se está fazendo dieta – possui acompanhamento** sim não

Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Tais Martins, aluna do Curso de Mestrado de Psicologia e Profa. Dra. Gislei Mocelin Polli ambas da Universidade Tuiuti do Paraná, estamos convidando você, a participar de um estudo intitulado **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA OBESIDADE ENTRE PESSOAS QUE VOLTARAM A GANHAR PESO APÓS A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA**. Este estudo é importante para aprofundar os saberes sobre as Representações Sociais da segunda cirurgia bariátrica que é nominada como Fulguração por Argônio que não sejam focados somente nas pesquisas e escritos da medicina. A função do psicólogo diante da psicologia social comunitária tem a expectativa de reestruturar as pesquisas feitas sobre o tema da obesidade. A importância da pesquisa bem como a sua necessidade confluem no sentido de promover uma mudança no paradigma das pesquisas que tem foco somente nos aspectos biológicos.

- a) O objetivo desta pesquisa é identificar as representações sociais da obesidade entre as pessoas que fizeram o procedimento de argônio.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder aos questionários e participar de uma entrevista.
- c) Para tanto você deverá comparecer na Clínica do Dr. Giorgio Baretta – Alameda princesa Izabel, 2559, Bigorrião. Curitiba -Paraná. Fone 3029-6665. Para tanto você deverá disponibilizar um horário para receber a pesquisadora para uma conversa prévia de uma (01) hora aproximadamente. Para que seja explicado o objetivo da pesquisa bem como seja

possível responder a pergunta indutora. E posteriormente seja possível responder o questionário como o foco de comprovar as hipóteses aventadas no estudo.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a um constrangimento ao revisitar questões de cunho pessoal e até mesmo revisitar os problemas de saúde ocasionados pela obesidade. Sejam eles emocionais ou sociais. Quando isso ocorrer haverá o encaminhamento para a Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são contribuir com o avanço dos escritos voltados as pessoas que recorrem a medida cirúrgica pela segunda vez. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são contribuir com o avanço dos escritos voltados as pessoas que recorrem a medida cirúrgica pela segunda vez. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) Os pesquisadores Tais Martins responsáveis por este estudo poderão ser localizados Rua Nunes Machado, 1826. Bairro Rebouças, Curitiba –Paraná. Fone 3387-4317, taismartinspsi@gmail.com, no horário 08:30 as 17:00 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento está assegurado e não será interrompido se optar pelo acompanhamento na clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como Gislei Mocellin Polli – orientadora da Pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa como cópias e transporte não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Você terá a garantia de que problemas como mal-estar ou constrangimento decorrentes do estudo serão tratados na Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 238 Sala 328 Bloco C. Horário de atendimento das 13:30 às 17:30.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local, ____ de _____ de 20____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Tais Martins